

COMUNICACIONES POSTERS

Sesión simultánea 1ª

SHOCK DE ORIGEN POCO FRECUENTE EN PEDIATRÍA**Z Coello, C Solís, J León, E Rodríguez, O Mesa, M Rive-ro***Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife*

Introducción: La pancreatitis aguda necrótica hemorrágica es una enfermedad muy poco frecuente en Pediatría. Predominan los fenómenos de necrosis grasa peri e intrapancreática y hemorragia, y constituye la forma más grave de pancreatitis aguda. En niños la etiología por orden de frecuencia son enfermedades sistémicas, traumatismo abdominal, obstrucción del sistema biliopancreático, infecciones virales o ingesta medicamentosa. Las manifestaciones clínicas derivan de la existencia de complejos enzimáticos pancreáticos activos en la circulación sistémica y en cavidad peritoneal. El pronóstico en niños es algo mejor que en adultos con una mortalidad del 6,5%, sobre todo cuando se asocia con fallo multiorgánico. No se dispone de un tratamiento específico capaz de detener el proceso de autodigestión pancreática.

Caso clínico: Niña de 2^{5/12} años de edad con cuadro clínico de pocas horas de evolución consistente en vómitos, mal estado general y frialdad cutánea. En el Servicio de Urgencias presenta a la exploración física taquicardia, taquipnea, hipotensión, mal estado general, cutis marmorata, relleno capilar enlentecido, etiquetándose como shock séptico grave descompensado iniciándose reanimación agresiva con líquidos y antibioterapia ev. En cuanto a los exámenes complementarios iniciales presentaba hemograma con hemoconcentración y leucocitosis con desviación a la izquierda, bioquímica con aumento de lactato. A las 24 h presenta gran distensión abdominal, con abdomen en tabla muy doloroso a la palpación. Se realiza ecografía y TAC abdominal objetivándose derrame pleural bilateral y gran cantidad de líquido libre intraperitoneal. Cirugía pediátrica practica inicialmente paracentesis evacuadora obteniéndose abundante cantidad de líquido serohemático y finalmente se realiza laparotomía exploradora. Durante la intervención se halla abundante líquido serohemático intraperitoneal, al abrir la transcavidad de los epiplones se objetiva necrosis pancreática que abarca toda su estructura (pancreatitis necrótica hemorrágica). En cuanto al manejo destaca la realización de lavados peritoneales durante cuatro días con normalización de las enzimas pancreáticas. Permanece 14 días en UCIP mejorando progresivamente por lo que se traslada a planta de cirugía pediátrica donde tras 12 días de estancia hospitalaria se decide su alta. La paciente en la actualidad permanece asintomática y con una función pancreática normal.

Conclusiones: La pancreatitis aguda puede presentarse como una enfermedad con leve o moderado compromiso del estado general y evolucionar de forma autolimitada en pocos días. También puede evolucionar hacia una forma grave con com-

promiso inflamatorio sistémico y shock, como el caso que hemos presentado. Esta última forma es rara en la edad pediátrica. El diagnóstico se basa datos clínicos sugestivos, determinaciones de laboratorio y estudio de imagen, aunque este último no siempre es lo determinante que muchas veces se cree. Casi todos los shock se benefician de tratamiento agresivo con líquidos independientemente del origen.

PERFORACIÓN GÁSTRICA ESPONTÁNEA**C Solís Reyes, E Rodríguez Carrasco, J León González, B Carrero Clemente, E Berrio Santana, M González García, Z Coello Torres, L Pérez Baena***Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife*

Introducción: La perforación gástrica espontánea es muy infrecuente en niños. Hasta el momento, la gran mayoría de los casos publicados son pacientes de origen chino o japonés.

Caso clínico: Niña de 2 años y 2 meses que presenta cuadro de menos de 24 horas de evolución consistente en náuseas, vómitos, dolor abdominal intenso y progresivo, rechazo de la alimentación y vómitos biliosos con restos sanguinolentos que en las últimas horas progresa a decaimiento con mal estado general, hipertermia de 38°C y abdomen en tabla. Como AP: Origen chino. Angioma retroauricular izquierdo en seguimiento por Oncología Pediátrica. EF: MEG, impresiona de gravedad, febril (38°C). Marcada distensión abdominal con abdomen en tabla, timpanismo a la percusión y ausencia total de ruidos intestinales. Resto de la exploración normal. Exámenes complementarios iniciales: hemograma y coagulación normales. Bioquímica: glucosa: 191 mg/dl. Amilasa: 205 U/L. Osmolalidad: 273 mOsm/kg. Urea: 53 mg/dl. Cloro: 86 mmol/l. Potasio: 5.1 mmol/l. AST: 59 U/L, resto de bioquímica normal. Ecografía abdominal: líquido libre con ecos en su interior, sugerente de obstrucción intestinal. Evolución y tratamiento: A su ingreso es intervenida quirúrgicamente urgentemente, objetivándose perforación por estallido gástrico de más de 2 cm en curvatura mayor y fundus gástrico, junto con dos perforaciones puntiformes cerca del desgarró. Respiratoriamente, precisa ventilación mecánica convencional intentándose la extubación al 5º día de ingreso, que no se consigue por atelectasia del pulmón izquierdo. Se lleva a cabo la extubación con éxito al 7º día de ingreso presentando una laringitis postextubación que requirió adrenalina nebulizada y administración de Heliox y corticoterapia sistémica. Se inicia nutrición parenteral que se mantiene 13 días, consiguiendo entonces nutrición enteral adecuada para las necesidades de la paciente. Se instaura antibioterapia empírica con cefoxitina, gentamicina y clindamicina. A los 11 días presenta picos febriles repetidos decidiéndose cambio de antibioterapia a cefotaxima y aztreonam. Se confirma hemocultivo de vía central positivo a *Pseudomonas aeruginosa* sensible a la antibioterapia existente. Se mantiene afebril hasta el momento del alta.

Conclusiones: La perforación gástrica espontánea es una patología quirúrgica urgente, que se presenta hasta en un 50% de los casos en el periodo neonatal. El pronóstico a largo plazo es excelente si se diagnostican y se intervienen precozmente.

INTOXICACIÓN ACCIDENTAL CON PARAFINA LIQUIDA

J León González, C Solís Reyes, E Rodríguez Carrasco, B Carrero Clemente, C Sierra Linares, JR Alberto Alonso, M Rivero Falero, S González Cerrato

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: Las intoxicaciones suponen un 0,3% de las urgencias pediátricas. La incidencia de las intoxicaciones por hidrocarburos es muy variable pero se sitúa alrededor del 9,3% respecto al total de intoxicaciones por productos del hogar. Presentamos un caso de intoxicación por parafina líquida, una mezcla inodora, incolora e insípida de hidrocarburos alifáticos obtenidos del petróleo.

Caso clínico: Niña de 23 meses que ingresa en UCIP por un cuadro brusco de dificultad respiratoria y somnolencia tras ingestión accidental de parafina líquida.

EF: MEG, palidez, sudoración profusa, frialdad distal. Temperatura corporal: 39°C. Glasgow 9. Pupilas mióticas reactivas. Saturación basal: 85%. Bradipneica, tos continua. ACP: roncus diseminados con aceptable entrada de aire bilateral.

Hemodinámicamente estable, resto normal

Radiografía de tórax inicial: condensación alveolar en LID-LMD. Resto de exámenes complementarios iniciales dentro de valores normales

Evolución: Se procede a IOT en servicio de urgencias y conexión a VM. Tras estabilización, se inicia antibioterapia con cefotaxima y clindamicina ev, que serán sustituidos a lo largo de la evolución por ceftazidima, amikacina y clindamicina ev por persistencia de la fiebre. Respiratoriamente, presenta buena evolución, siendo posible tras 5 días ingreso UCIP, el destete del respirador. Sedoanalgesia mientras precisó ventilación mecánica, presentó buena evolución desde el punto de vista neurológico, con exploración física normal una vez que se suspendió la sedación. Inestabilidad hemodinámica que precisa soporte inotrópico en las primeras 48 horas. En analítica de control se objetiva aumento amilasa sanguínea y urinaria más hipocalcemia sugestivas de pancreatitis secundaria, que se fueron normalizando en controles sucesivos.

Discusión: Las intoxicaciones por hidrocarburos presentan una baja incidencia, pero pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente. En el caso de la parafina, cuando hay una aspiración la clínica aparecen a los 30 min con síntomas irritativos. Posteriormente, signos externos de dificultad respiratoria y cianosis. Es relativamente frecuente el desarrollo de neumonía lipoidea exógena.

Además de la sintomatología respiratoria, podemos encontrar con clínica a nivel neurológico, gastrointestinales, cardiológico y dermatológico.

Tratamiento: No se recomienda realizar vaciamiento gástrico si no está intubado el paciente, y después hacer lavado gástrico, no siendo útil la administración de carbón activado.

No hay beneficio en la administración de corticoides ni antibióticos profilácticos.

DOLOR LUMBAR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Y Rodríguez Santana, B Montoro González, S Rivero Rodríguez, S Todorcevic, A Gozález Pérez, C Pérez

Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Fundamentos y objetivos: El dolor de espalda en el Servicio de Urgencias puede plantear dudas diagnósticas, al ser de causas variadas y de naturaleza diversa. En muchos casos, es el síntoma de procesos leves, pero en otras ocasiones constituye la manifestación de patología grave. Por nuestra situación geográfica, debemos incluir en el diagnóstico diferencial la patología propia del inmigrante, tal es el caso de la Drepanocitosis.

La drepanocitosis constituye la forma más frecuente y conocida de hemoglobinopatía estructural. Es muy frecuente en la raza negra y afecta al 10% de la población americana y a más del 40% en algunas poblaciones del continente africano. Clínicamente se caracteriza por anemia, dolores óseos y articulares, úlceras en piernas y crisis dolorosas. Genéticamente se transmite como un rasgo autosómico dominante incompleto.

Observaciones clínicas: Niño de 2 años de raza negra, procedente de Nigeria, que acude por dolor dorso-lumbar que le despierta por la noche de 3 días de evolución, acompañado de dolor abdominal reiterado. No otra sintomatología acompañante. No traumatismos previos.

Antecedentes personales: Nacido en Marruecos. Residente en España desde hace 18 meses. Antecedentes familiares: madre portadora hemoglobina S heterocigota.

Exploración Física: Dolor a la palpación a nivel de últimas vértebras torácicas y primeras lumbares. No limitación de la movilidad activa y pasiva. No signos inflamatorios.

Pruebas complementarias: Hemograma: hematíes: 3.260.000 u/ μ l; hemoglobina: 8.4 g/dl; hematocrito: 25'8%. Leucocitos: 10.400 (40% N, 48% L, 10% M, 2% Eo). 340.000 plaquetas.

Test de falciformación: positivo. Haptoglobina: 4'1 (23%). VSG: 48 mm/h. Estudio de anemia: microcitosis, hipocromía, algún hematíe en forma de hoz y algún dianocito.

Radiografía de la columna dorso-lumbar: no lesiones óseas agudas. Ecografía abdominal: normal. Gammagrafía ósea: sin alteraciones.

Dado el resultado de las pruebas complementarias y habiendo descartado anomalías anatómicas, inflamatorias o infecciosas de la columna dorso-lumbar, se concluye el diagnóstico de dolor lumbar secundario a crisis vaso-oclusiva en el contexto de una Anemia drepanocítica.

Comentarios:

- El aumento de la inmigración en nuestro medio puede estar modificando la incidencia de las diferentes causas de dolor lumbar.
- Las crisis vaso-oclusivas en el contexto de la Drepanocitosis deben ser incluidas en el diagnóstico diferencial del dolor lumbar, sobre todo en pacientes de raza negra.
- La oxigenación, sueroterapia y analgesia suponen los pilares básicos del tratamiento del dolor en las crisis vaso-oclusivas.

HEMATURIA MACROSCÓPICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

B Montoro González, S Rivero Rodríguez, Y Rodríguez Santana, S Todorcevic, B Valenciano Fuente, I Melián Domínguez

Hospital Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: La emisión de «orina oscura» en el niño constituye un signo de alarma para los padres que lo consideran un motivo para demandar la atención en un Servicio de Urgencias.

Objetivo: Analizar los datos epidemiológicos de los pacientes que acuden a un SU por la presencia de «orina oscura» en los que se confirma la presencia de Hematuria Macroscópica (HM).

Material y métodos: Estudio epidemiológico, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyen aquellos pacientes de 1 mes-14 años de edad que acudieron al SU durante el año 2008 y en los que se confirmó la presencia de HM mediante el análisis microscópico de la orina. Se analizaron los siguientes datos: incidencia global y estacional, edad, sexo, presencia de otras alteraciones en el sedimento urinario, síntomas asociados, sospecha diagnóstica, diagnóstico definitivo y la correlación entre la sospecha diagnóstica y el diagnóstico definitivo.

Resultados: Durante el año 2008 se recibieron en el SU 51.638 pacientes de los cuales 78 consultaron por orina oscura. La incidencia global fue de 15 de cada 10.000 pacientes, situándose la moda en el mes de Julio, en el que se atendieron a 13 pacientes por este motivo. La edad media fue de 74 meses (rango 1 a 156 meses con una desviación típica de 44), el 56,4% fueron varones y el 43,6% mujeres.

La HM fue el único síntoma en el 16,6% y se asoció a síntomas nefrourológicos en el 60,2% y a sistémicos en el 7,6%. El diagnóstico definitivo más frecuente fue el de infección del tracto urinario. La correlación entre el diagnóstico de sospecha y el definitivo fue del 96,2%.

Conclusiones:

1. En un SU pediátrico la HM constituye una causa poco frecuente de consulta, es más frecuente en varones en edad escolar y tiene una incidencia estacional.
2. La causa más frecuente fue la Infección del Tracto Urinario.
3. En nuestro SU el diagnóstico de sospecha fue confirmado en el 96,2% de los casos lo que indica que una exploración y una HC inicial correcta permite una correcta orientación diagnóstica.

UTILIDAD DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE LA INFECCIÓN POR EBHGA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

YGarcía Santos, S Bozicnik, A Nimo Román, S Serrano Perdomo, D Irigo Carosio, S Todorcevic

Hospital Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: La faringitis aguda es una causa frecuente de consulta médica en los servicios de urgencias. El estreptococo del grupo A es responsable del 15 al 30% de casos de faringitis en niños, y su detección precoz es prioritaria, para implementar un tratamiento rápido y oportuno que evite tanto las complicaciones supurativas locales, como las tardías (fiebre reumática, glomerulonefritis). Los test rápidos son altamente específicos para la de detección del EBHGA, pudiendo ser comparables al cultivo de fauces. En nuestro servicio de urgencias se introdujo de forma rutinaria en el año 2007.

Objetivos: Conocer la utilidad del test de detección rápida del EBHGA en el servicio de Urgencias del HUMIC.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en pacientes menores de 14 años que consultaron en el servicio de urgencias del Hospital durante el periodo julio-septiembre de 2008. Se revisaron las historias clínicas con diagnóstico de faringitis, faringoamigdalitis, angina y escarlatina. Las variables analizadas fueron edad, sexo, sintomatología, resultado del test y tratamientos administrados.

Resultados: De los 314 niños estudiados, se realizaron 178 test, 51 fueron positivos (40 mayores de 3 años, y 11 entre 24 y 35 meses); 127 pacientes resultaron negativos. De los 51 positivos, 46 presentaron fiebre, 25 odinofagia, 28 exudado faríngeo y hubieron 4 casos de escarlatina. De los 127 negativos, 116 presentaron fiebre, 46 odinofagia, 75 exudado faríngeo. No fueron prescritos antibióticos a los pacientes cuyo test resultó negativo.

Conclusiones: Las técnicas antigénicas rápidas son útiles para el diagnóstico de infección estreptocócica. La clínica es inespecífica, y la podemos encontrar en pacientes menores de 3 años a pesar de su baja incidencia. Estos test son rápidos, sencillos de realizar y no interfieren con la actividad habitual del servicio de urgencias, permiten disminuir la prescripción innecesaria de antibióticos, por lo que somos partidarios de continuar fomentando la implementación de estos test en los servicios de urgencia pediátricos.

TRAUMATISMOS TRAQUEALES :A PROPÓSITO DE UN CASO

SM Rivero Rodríguez, S García Luzardo, R Rial Gonzalez, S Todorčević

Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: Los traumatismos continúan siendo una causa importante de morbimortalidad en la infancia, dentro de ellos las lesiones traqueobronquiales son raras (< 1%) pero potencialmente letales que requieren un diagnóstico y tratamiento precoces con el fin de obtener un buen pronóstico vital. En ocasiones no existe una correlación directa entre la severidad de los síntomas y signos clínicos y las lesiones existentes por lo que la mera sospecha debe ya constituir una verdadera urgencia.

Observaciones clínicas: Llega al Servicio de Urgencias un paciente varón de 2 años que estando previamente sano sufre traumatismo a nivel del cuello seguido de estridor laríngeo sin excesivo trabajo respiratorio y enfisema subcutáneo en progresivo aumento y con marcada distensión de cuello, cara, tórax y abdomen. Acude en un primer momento a un hospital comarcal donde objetivan neumomediastino sin neumotórax y tras la sospecha diagnóstica de traumatismo traqueal se practica intubación orotraqueal y es trasladado por el 112 con ventilación mecánica a un hospital de tercer nivel. Tras una primera valoración en nuestro servicio se decide ingreso en U.M.I. en donde dados los antecedentes y siguiendo recomendaciones del servicio de Otorrino se decide mantener la intubación y relajación ante la sospecha de ruptura traqueal. Se practicó T.A.C. de cuello y laringoscopia sin observarse lesiones para-traqueales ni puntos de fuga. Dada su buena evolución se retira el tubo endotraqueal quedando sin dificultad respiratoria ni estridor decidiéndose su traslado a planta.

Comentarios: La sección completa o casi completa laringotraqueal es una entidad bastante rara; la causa más común en los niños es por golpearse la región cervical con el manillar de una bicicleta. La particular anatomía durante la infancia (cuello corto protegido por la caja torácica y una cabeza de dimensiones grandes) les hace relativamente resistentes a traumatismos cerrados. La sintomatología es variada desde pacientes asintomáticos a enfisema subcutáneo (84%), disnea (76%), disfonía (46%) o hemoptisis (21%). No existe una correlación directa entre la severidad del daño producido y las manifestaciones clínicas de presentación. En el diagnóstico la mayoría de los autores recomiendan la realización de un TAC cervicotorácico para la detección de lesiones que podrían pasar inadvertidas en una primera exploración e incluso tras una fibroscopia normal. La radiología convencional y la fibrolaringoscopia también son aconsejables y complementarias. El tamaño de la lesión y, especialmente, la sintomatología del paciente van a orientar el tratamiento. Lo primero es asegurar la vía aérea mediante I.O.T. o traqueotomía por debajo de la zona seccionada. Los casos con sintomatología grave o con una laceración mayor de 2 cm requerirán un tratamiento quirúrgico. En caso de una lesión más pequeña y una menor repercusión clínica podrán ser tratados de forma conservadora con antibióticos de amplio espectro, antiinflamatorios y oxigenoterapia según necesidad.

IMPACTO DE CURSOS DE FORMACION EN TERAPÉUTICA PEDIÁTRICA EN TENERIFE

C Santana Vega¹, CR Rodriguez Fdez-Oliva², P Lupiani Castellanos³, MJ García Mérida⁴, ME Suárez Hernández⁵

C.S. Icod de los Vinos¹, C.S. La Cuesta², C.S. La Laguna-San Benito³, C.S. Granadilla⁴, C.S. Tejina⁵. Tenerife

Introducción: Los cursos de Terapéutica pediátrica, promovidos por la Dirección General de Farmacia, tienen como objetivo promover el conocimiento de los tratamientos más adecuados para las patologías de mayor prevalencia en pediatría en Atención Primaria siguiendo los protocolos consensuados a nivel nacional e internacional y siempre utilizando la medicina basada en la evidencia. Tiene una duración de 30 horas y se divide en cinco bloques; ORL pediátrico, Digestivo, Neumología, Fiebre y Patología Genitourinaria, Dermatología, Enfermedades Exantemáticas e Intoxicaciones. Se han realizado 10 ediciones del curso entre el año 2007 y el 2008.

Objetivos: describir resultados de difusión en los profesionales que realizan asistencia a menores de 14 años, en diferentes ámbitos asistenciales y resultados preliminares de su repercusión en el perfil de prescripción

Resultados:

1. Difusión en profesionales: Los cursos han sido realizados por 118 alumnos en el 2007 (6 ediciones) y 51 en el 2008 (4 ediciones). Año 2007: De un total de 117 médicos y un diplomado en enfermería. Los médicos correspondían un 38 % a médicos de familia, 31% pediatras, 16% médicos no pediatras en plaza de pediatría, 8% residentes de pediatría, 1% residentes de medicina de familia. Año 2008: De un total de 51 médicos. Pediatras 37 %. Médicos familia 47%, residentes de pediatría 14%, residentes de familia 2%
2. Nivel de conocimientos: Los alumnos respondieron a un cuestionario previo al inicio del curso y al final del mismo, en el que se obtuvo una mejora del nivel de respuestas correctas de un 20-40% tras la realización del curso en más del 80% de los alumnos.
3. Los profesionales asistentes al curso valoraron la calidad del mismo con unas calificaciones entre 7 y 10 puntos. Asimismo se reflejó en los cuestionarios la necesidad de hacer el curso de forma periódica así como la de añadir temas de su interés, como traumatología pediátrica o reanimación cardiopulmonar.
4. Hemos obtenido datos de prescripción del 2007 y del 2008. Concretamente en cuanto a la venta de Paidoterin[®], fármaco anticatarral, cuyas ventas en el 2007 fueron 34.592 envases y en el 2008: 19.152. En cuanto a la prescripción de antibióticos, analizando datos de venta, se ha obtenido una disminución en las cifras de venta de amoxicilina-clavulánico, cefalosporinas de 3ª generación y macrólidos a expensas de un aumento en las ventas de penicilina V y amoxicilina.

Conclusiones:

1. Son necesarias iniciativas que mejoren el nivel de prescripción entre los profesionales que prestan asistencia en la edad pediátrica.

2. La asistencia pediátrica esta cubierta por diferentes profesionales que requieren una formación adecuada en esta área de asistencia.
3. Los cursos se deben realizar de forma periódica para mantener actualizados a los profesionales que realizan su labor asistencial en pediatría.

EVALUACIÓN SOBRE EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL

ME Fraga Hernández³, EP Díaz González¹, N García Hernández², C Hernández Rodríguez³, MA Díaz González³, MA Sosvilla Rivero³

¹Pediatra EAP Salamanca Duggi, ²Enfermera Servicio de Urgencias Jaime Chaves, ³Pediatra Servicio de Urgencias Jaime Chaves. Santa Cruz de Tenerife

La hiperreactividad bronquial es una patología muy frecuente en nuestro medio que ocasiona múltiples visitas a urgencias. El tratamiento se basa en fármacos inhalados y el éxito del mismo precisa de una técnica correcta de administración. El objetivo del presente estudio fue evaluar, a través de una entrevista el grado de conocimientos sobre el uso de inhaladores en los padres y/o cuidadores de niños afectados de hiperreactividad bronquial.

Material y métodos: De Mayo a Nov. del 2008 al cuidador que acompañaba al niño que cumplía los criterios siguientes: consultar por dificultad respiratoria + precisar aerosolterapia en el Servicio + haber tenido otras crisis previas, se le realizaba entrevista en la que el facultativo interrogaba a cerca de los pasos a dar para la administración de aerosolterapia (adecuada al dispositivo). Las variables estudiadas fueron agrupadas en datos de filiación y técnica de administración (quien le enseñó, necesidad y mantenimiento de cámaras espaciadoras, colocación e inmovilización, uso específico del inhalador, orden de administración, y diferenciación entre medicación para tratamiento de las crisis y tratamiento de base).

Resultados: se recopilaron 172 casos: de 4 meses-3 años 82 pacientes; 3-6 años 57 pacientes y > de 6 años 33. En la mayoría de los casos el cuidador entrevistado fue la madre (82,08%). Utilizaban MDI con mascarilla el 87,79%, MDI con boquilla 6,9%, dispositivos de polvo seco 3,4%. En la mayoría de los pacientes la primera explicación del uso de aerosol corrió a cargo de su pediatra (71.5%). Un 10% dicen que nunca le han explicado la técnica. Hasta un 21,5% utilizaba dispositivos no adecuados a la edad. El error mas frecuente en todos los dispositivos está en no realizar enjuague bucal posterior. Con el dispositivo MDI con cámara, hasta en un 32,8% no se asegura la adecuada inhalación del principio activo, (falta de ajustar la mascarilla al rostro, o por no mantenerla el tiempo adecuado...). El 48.8 % de los padres no conoce la técnica de inmovilización. Un 22.8% administra el tratamiento al niño estando éste acostado, y un 67% no sabían que debían cebar la cámara antes de su primer uso. Del total de la muestra, un 31.6% desconoce el orden de administración en caso de combinar aerosoles con diferentes principios activos y el 36,3 %

no sabe cual es el principio activo de uso inicial («tratamiento de rescate») en caso de crisis aguda.

Discusión y conclusiones: La mayor parte de los niños utilizaban por edad MDI con cámara y mascarilla, por lo que se evidencian mas los errores en este grupo de pacientes. Para el resto de dispositivos necesitaríamos ampliar la muestra. Aunque la educación sanitaria sea una constante en el quehacer de la mayoría de los profesionales de EAP, nuestra intervención ganaría en efectividad si comprobáramos que los cuidadores han comprendido la técnica de administración y el uso adecuado de la medicación en momentos de crisis.

COMUNICACIONES POSTERS

Sesión simultánea 2ª

MENINGITIS TUBERCULOSA

Y Rodríguez Santana, E Colino Gil, J Poch Páez

Hospital Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: La meningitis tuberculosa constituye la complicación más seria de la Tuberculosis, siendo además una causa de fiebre prolongada. Provoca la muerte si no se administra un tratamiento eficaz y conlleva secuelas neurológicas importantes como hidrocefalia, parálisis de pares craneales, herniación, accidentes cerebrovasculares y déficits neurológicos focales. El pronóstico está relacionado estrechamente con la fase de la enfermedad en la que se inicia el tratamiento, de ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz.

Observaciones clínicas: Motivo de consulta: Lactante de 10 meses que ingresa por persistencia de fiebre de hasta 39°C de 10 días de evolución.

Antecedentes personales: diagnosticada de ITU por Escherichia Coli 5 días antes y en tratamiento con Cefuroxima axetilo.

Antecedentes familiares: sin interés.

Exploración física: destacan adenopatías pequeñas rodaderas laterocervicales. Resto normal.

Pruebas complementarias: Hemograma: Serie roja normal. 31.700 leucocitos (53'4% N, 35'5% L, 9'7% M). 763.000 plaquetas. PCR: 2'81 mg/dl. PCT: negativa. Urocultivo: >100.000 UFC de E. Coli. Hemocultivo: negativo

Rx. Tórax: afectación parahiliar peribronquial bilateral. Ecografía abdominal: normal. Mantoux: 14 mm a las 36 horas. TAC tórax: conglomerado adenopático subcarinal y en hilio derecho de aspecto necrótico. A nivel de parénquima pulmonar, nódulo de alta densidad. Baciloscopia: negativa. Cultivo de aspirado gástrico: complejo Mycobacterium Tuberculoso.

Evolución: Tras la conclusión diagnóstica, se pauta tratamiento con Isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida. A las 3 semanas del ingreso, la paciente comienza con disminución de la movilidad del miembro superior izquierdo que mantiene en flexión y adducción con puño cerrado e inclusión del pulgar.

Se solicita interconsulta a Neurología que plantea realizar punción lumbar, RMN y angioRMN cerebral. Se obtienen los siguientes resultados:

LCR: 220 leucocitos/mm³ (90% mononucleares, 10% PMN), 65,7 mg/dl de proteínas totales, 32 mg/dl de glucosa.

RMN cráneo: aumento del volumen de los ventrículos laterales. Lesión nodular en pedúnculo cerebral derecho y a nivel de la cabeza del caudado ipsilateral, sugiriendo lesiones isquémicas agudas.

Angio RMN cerebral: disminución del flujo de la arteria carótida interna derecha que se hace filiforme a la llegada del polígono de Willis con pérdida de flujo de la arteria cerebral media.

Diagnóstico: Meningitis tuberculosa con afectación isquémica del hemisferio cerebral derecho.

Conclusiones:

- La fiebre prolongada requiere de una anamnesis y exploración física completa y diaria. Aplicar las pruebas complementarias de forma escalonada.
- Ante una fiebre prolongada, pensar en enfermedades frecuentes de presentación atípica, antes que en enfermedades raras.
- Fiebre prolongada en el contexto de una TBC requieren el estudio de posibles focos de enfermedad extrapulmonar.
- Importante el estudio de los contactos. En los niños expuestos y no tratados la evolución a enfermedad diseminada es rápida y tórpida.

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN VIH EN PACIENTE CON NEUMOPATÍA INTERSTICIAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

IM Triana¹, B Montoro¹, B Santana¹, E Colino¹, J Poch, G Cabrera²

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas. ²Unidad de Neumología. Hospital Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: El síndrome de Inmunodeficiencia (ID) adquirida o SIDA es una enfermedad debida al virus de la ID humana tipo I (VIH-1). La principal vía de infección en la edad pediátrica es la transmisión vertical (95%)

Caso clínico: *Enfermedad actual:* Paciente varón de 11 años que presenta un cuadro de 5 meses de evolución consistente en infecciones respiratorias de repetición asociadas a hiperreactividad bronquial e insuficiencia respiratoria con un patrón restrictivo severo. *Antecedentes personales:* Ingresos previos a los 15 meses por traumatismo craneoencefálico severo con hematoma intervenido, que precisó transfusión de hemoderivados (Venezuela); y hemiparesia residual derecha. Varios ingresos posteriores por patología respiratoria. *Exploración:* REG. NC. NH. Polipneico. Tiraje sub e intercostal. Sat O₂ 89% con FiO₂ ambiente. Cavidad oral: lesiones blanquecinas en mucosa oral. AP: roncus y subcrepitanes en ambos hemitórax. *Pruebas complementarias:* Inmunología: Ig A: 366 mg/dl, Ig G: 2660 mg/dl, Ig M: 329 mg/dl. Rx de tórax:

hiperventilación bilateral. TAC torácico: patrón esmerilado parenquimatoso de distribución bilateral y difuso. Microbiología: Cultivo oral: se aísla *Cándida albicans*. Cultivo de esputo: se aísla *Branhamella catarrhalis* (BLEA positivo). Cultivo de aspirado bronquial y lavado broncoalveolar (LBA) por broncoscopia: se aísla *Branhamella catarrhalis* y *Streptococcus pneumoniae* (resistente a cotrimoxazol y a eritromicina). Serología vírica: Ac IgG VIH ½ EIA (x2) positivos, confirmado con Western-Blot. Carga viral: 329.000 copias/ml. Subpoblaciones linfocitarias: CD4 114 ul (5.9%), CD8 1.453 (59.7%), cociente T4/T8 0.1. *Evolución:* Al paciente inicialmente se le administró tratamiento con aerosolterapia y corticoides. Tras la llegada de los Ac VIH positivos y ante la alta sospecha de neumonitis intersticial por P. jiroveci se inicia tratamiento con cotrimoxazol durante 21 días, presentando evolución favorable de su cuadro respiratorio; añadiéndose posteriormente Cefotaxima durante 10 días tras aislarse en LBA el Neumococo. Finalizado este tratamiento se inició terapia antirretroviral. *Diagnóstico:* Neumonitis intersticial, Infección respiratoria por *Branhamella catarrhalis* y Neumococo, Infección VIH estadio C3, Candidiasis oral.

Conclusiones: Ante una neumatía de patrón intersticial, es importante descartar la coexistencia de trastornos concomitantes infrecuentes pero de especial gravedad, como la infección VIH. En la actualidad la infección por el VIH en pediatría no ha desaparecido, por lo que las distintas manifestaciones de la enfermedad deben ser conocidas por todos los pediatras.

FIEBRE Y EXANTEMA EN UN VIAJERO. ALGO MÁS QUE SOUVENIRS EN EL EQUIPAJE DE VUELTA

M Mateos Durán¹, A Montesdeoca Melián¹, A Sancho Pascual¹, A Gonzalez de Eusebio¹, E Valerio Hernández¹, M Afonso Cordech¹, M Domínguez Suárez², J Rodríguez Luis¹

¹Servicio de Pediatría Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. ²Centro de Salud Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: El dengue es una enfermedad infecciosa producida por un arbovirus a través de la picadura del mosquito portador (*Aedes aegypti*). Se considera una infección emergente que ha dado lugar a graves epidemias en las últimas décadas. En la expansión del virus y de su mosquito vector se barajan factores relacionados con la alteración humana del medio, con la rapidez en el tránsito de mercancías y personas y debidos al cambio climático. Se estima que puede haber unos 2.500 millones de personas en riesgo de contraerlo en el mundo, objetivándose una tasa de mortalidad por dengue hemorrágico del 5% sin tratamiento adecuado. Presenta una distribución tropical, siendo endémico en todos los continentes excepto Europa y Antártida. Se distinguen cuatro síndromes clínicos: fiebre indiferenciada; dengue clásico; dengue hemorrágico y síndrome de shock de dengue. Los primeros días de la infección, se puede detectar el ADN del virus, mientras que posteriormente, el diagnóstico se establecerá por serología. No existe un tratamiento específico para la infección, ni se ha

desarrollado por el momento, una vacuna eficaz, aunque están en estudio.

Caso clínico: Se presenta el caso de un niño de 12 años, residente en Canarias que suele veranear en Venezuela. Nueve días tras regresar de uno de esos viajes, comienza con fiebre alta, cefalea y pérdida de apetito. Al cuarto día desaparece la fiebre y aparece un exantema inicialmente maculopapular generalizado, añadiendo posteriormente, elementos petequiales, pruriginoso, de predominio en extremidades y espalda. En una analítica inicial destacan leucopenia y plaquetopenia, con discreta elevación de transaminasas. Tras establecer un amplio diagnóstico diferencial, se solicitan las pruebas complementarias pertinentes: extensión de sangre periférica sin formas anormales, ANA positivo patrón granular grueso 1/160, serologías de VVZ IgM e IgG positivas, virus dengue IgM e IgG positivas con PCR negativa. Se llega al diagnóstico de dengue clásico, al establecerse que el ANA y la serología de varicela son falsos positivos.

Conclusiones: a) La información sobre los antecedentes de viajes recientes a zonas endémicas de enfermedades tropicales, los síntomas guía de la enfermedad actual y las potenciales complicaciones de las enfermedades importadas, debe investigarse en el estudio de fiebre de origen desconocido o exantema febril en nuestro medio. b) En el diagnóstico diferencial de fiebre y petequias debe incluirse al dengue. c) Tras la primoinfección por dengue, el paciente presenta un mayor riesgo de desarrollar dengue hemorrágico (forma potencialmente mortal) si se expone a una nueva infección en zona endémica por otro serotipo diferente al inicial. d) Como consecuencia de los movimientos migratorios y el aumento de los viajes a lugares exóticos, cabe esperar una mayor incidencia de enfermedades importadas en nuestro medio.

PALUDISMO: A PROPÓSITO DE UN CASO

E Rodríguez Carrasco, J León González, B Carrero Clemente, M Rivero Falero, L Pérez Baena, C Solís Reyes, A León¹, M Trujillo

¹Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Servicio de Hematología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candalaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: El paludismo es una enfermedad parasitaria con amplia distribución en zonas tropicales y subtropicales, endémica en más de 100 países. Cada año aparecen 300-500 millones de nuevos casos, de los que 1,5-2 millones fallecen, principalmente niños de menos de 5 años de edad de África Subsahariana.

Caso clínico: Varón de 22 meses con cuadro de 3 días de fiebre hasta 39°C, ictericia y decaimiento. Viaje a Nigeria el mes previo sin profilaxis antipalúdica.

Exploración: MEG. Ictericia. T^a: 37,1°C.

No distrés. Murmullo vesicular conservado. FC: 180 lpm. TA: 110/70 mmHg. RsCsRs, sin soplos. Buena perfusión periférica. Abdomen distendido, hepatoesplenomegalia. SNC: normal.

Hemograma: Anemia microcítica. Trombopenia. Leucocitos:

21,100/mmc (35%N, 48%L, 15%M, 5%C) Coagulación: TP: 14,2 s. D Dímero: 4570 ng/ml. Bioquímica: Bilirrubina total: 11,27 U/L (indirecta: 3,09 U/L, directa: 8,18 U/L). LDH: 1,827 U/L. Sodio: 131 mmol/l. AST: 104 U/L. ALT: 77 U/L PCR: 10,9 mg/dl.

Tras ingreso inicia distres respiratorio que requiere intubación y conexión a ventilación mecánica.

Frotis de sangre periférica: Parasitemia por Plasmodium falciparum superior al 50%. Se practica una exanguinotransfusión que consigue rebajar la misma hasta un 1%. Se inicia tratamiento con Gluconato de Quinina y Clindamicina endovenosos. Al tercer día aparece una trombopenia severa con sangrado activo nasal y por sonda nasogástrica, que precisa transfusión.

Discusión: Las enfermedades tropicales son cada vez más frecuentes en nuestro medio dado el alto índice de inmigración. La profilaxis es una herramienta eficaz de prevención que en ocasiones no se realiza adecuadamente. La exanguinotransfusión es un tratamiento eficaz, conjuntamente con los fármacos antipalúdicos, para casos graves con parasitemia superior al 15%. Es el primer caso de paludismo severo en nuestro hospital.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO: DOS CASOS DE AFECTACIÓN HEPATO-ESPLÉNICA

VE García Rodríguez, M Murray Hurtado, H Armas Ramos, D González Barrios, A González de Eusebio, R López Almaraz, JC Rodríguez Luis

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

Introducción: la enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una infección producida mayoritariamente por *Bartonella henselae* y transmitida por contacto con gatos. Habitualmente cursa como un cuadro benigno y autolimitado consistente en lesión cutánea en el punto de inoculación y adenomegalias en la cadena ganglionar más próxima. En aproximadamente un 10% de los casos se presenta como formas diseminadas, entre las que destaca la afectación de hígado y/o bazo, desde una simple hepato-esplenomegalia hasta la presencia de abscesos, en su mayoría múltiples y de pequeño tamaño.

El diagnóstico de la EAG se basa en una clínica compatible junto con el antecedente de contacto con gatos, y se confirma mediante pruebas serológicas, histología y cultivo. En general no precisa tratamiento salvo en casos complicados (formas agudas graves, sistémicas o adenopatías muy dolorosas, así como en pacientes inmunocomprometidos). El tratamiento antibiótico de elección es controvertido.

Casos clínicos:

– *Caso 1:* varón de 14 años de edad que presenta fiebre diaria de hasta 39,5°C axilar durante 15 días, asociada a dolor abdominal epi y mesogástrico, astenia y pérdida ponderal. No refiere viajes recientes ni contacto con animales. En la exploración destacan una hiperemia faringoamigdalal con exudado blanquecino y abdomen blando, sin masas o visceromegalias, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio e hipocondrio

izquierdo. No adenomegalias. Exámenes complementarios: anemia ferropénica, trombocitosis y aumento de reactantes de fase aguda. Inmunoglobulinas, complemento y estudio de autoinmunidad normales. Mantoux negativo. Cultivo de exudado faríngeo positivo para *S. aureus*. Serologías negativas salvo IgM e IgG positivas para V. Epstein Barr e IgM positiva para *B. henselae*. En ecografía abdominal y TAC se detecta esplenomegalia con imágenes quísticas con tractos en su interior, la mayor, muy superficial, de 6x8 cm. Tras iniciar tratamiento con cefotaxima se produce una clara mejoría, precisando posteriormente esplenectomía por riesgo de rotura del quiste, cuya anatomía patológica reveló una esplenitis granulomatosa tuberculoide abscesificada y un quiste epitelial esplénico como hallazgo casual. La evolución fue favorable.

– *Caso 2*: varón de 13 años de edad que presenta un cuadro de 1 mes de evolución consistente en fiebre casi diaria de hasta 39°C, acompañada de astenia, cefalea ocasional, sudoración, disminución del apetito y dolor costal derecho coincidiendo con la fiebre. Refiere contacto con gatos los dos meses previos. La exploración física no muestra ningún dato de interés. Se inicia estudio de fiebre prolongada, destacando anemia ferropénica, trombocitosis, aumento de reactantes de fase aguda, hiperproteinemia e hipercolesterolemia. Inmunoglobulinas, complemento y estudio de autoinmunidad normales. Mantoux negativo. Hemocultivos negativos. Serología Ig M para *B. henselae* positiva. Ecografía y RMN abdominal: microabscesos múltiples en parénquima hepático y esplénico. Se inicia antibioterapia con rifampicina y gentamicina.

Conclusión: La enfermedad por arañazo de gato debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la fiebre prolongada o de origen desconocido, dado que se trata de una de las causas infecciosas más frecuentes y está infradiagnosticada. La afectación hepatoesplénica debe sospecharse cuando existe dolor abdominal asociado, confirmandose con pruebas de imagen y serológicas.

EL PALUDISMO UNA ENFERMEDAD IMPORTADA
M Afonso, F Fraga, M Mateos, A Cobo, V Ramos, A Montesdeoca

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

Introducción: El Paludismo es una enfermedad infecciosa debilitante, producida por un parásito protozoario del género plasmodium, devastadora en los países en desarrollo al ocasionar una muerte cada 30 segundos. Es endémica de regiones tropicales, teniendo una mayor incidencia en África. Es transmitida por la hembra de la especie de Anopheles de mosquito, siendo las especies más comunes el plasmodium falciparum y vivax.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, a partir de historias clínicas, de 4 pacientes (1 de ellos mujer), diagnosticados de Paludismo antes de los 14 años, en el período comprendido entre Agosto de 2004 y Octubre de 2008. Se analizan las siguientes variables: edad, procedencia, tiempo desde su llegada a nuestro país, clínica de presentación y especie.

Casos clínicos:

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
Edad	11 meses	14 años	19 meses	8 años
Procedencia	Guinea Ecuatorial	Senegal	Guinea Ecuatorial	Guinea Ecuatorial
Tiempo de llegada	7 días	21 días	Mismo día de ingreso	15 días
Clínica	Fiebre Irritabilidad	Fiebre Escalofríos Cefalea	Fiebre Disminución apetito	Fiebre Tos seca Sdr. miccional Vómitos Cefalea Dolor abdominal
Especie	Plasmodium Falciparum y vivax	Plasmodium falciparum	Plasmodium falciparum	Plasmodium falciparum

Resultados: La edad media de presentación es de 6 años. Nacionalidad en el 100% de los casos africana (75% de ellos procedentes de Guinea Ecuatorial). El tiempo medio desde su llegada a Canarias es de 11 días. La clínica de presentación es variable, aunque en el 100% de los casos aparece fiebre alta. Las especies que se aislaron en la extensión sanguínea con tinción de Giemsa correspondían con Plasmodium falciparum en todos los casos.

Discusión y Conclusiones: En los últimos años se ha producido un aumento de la incidencia del Paludismo en nuestra región, debido principalmente al fenómeno migratorio desde África. Es importante para su diagnóstico sospecharla en todo paciente inmigrante con síndrome febril, ya que muchos casos pasan desapercibidos por su presentación inespecífica, destacando la reducción de la morbimortalidad en caso de tratamiento precoz.

ERITEMA EXUDATIVO MULTIFORME SECUNDARIO A ETIOLOGÍA

M Casariego Toledo, E Valerio Hernández, A Cobo Costa, C Villafruela Álvarez, R López, MC Ontoria Betancort, J P González Díaz

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

Introducción: El Eritema exudativo multiforme (EEM) es una dermatosis eruptiva autolimitada de piel y mucosas causada frecuentemente por infecciones víricas. Existen dos formas de presentación según su afectación de mucosas (EEM menor y EEM mayor). Se trata de una entidad rara en la pediatría, cuyo diagnóstico se basa principalmente en la clínica. El tratamiento es etiológico, además de las posibles complicaciones y sobre infecciones que pudieran darse. Su pronóstico varía dependiendo de la forma en la que se presente, de la afectación general y de la extensión de las lesiones mucosas y cutáneas.

Caso clínico: Niño de 3 años que acude a Urgencias de Pediatría de nuestro centro por cuadro clínico de 7 días de evolución consistente en fiebre de hasta 39°C, tos húmeda y mucosidad nasal clara, que en los últimos días asocia lesiones cutá-

neas en diana y costras melicéricas hemorrágicas en mucosa oral que le impiden realizar una buena tolerancia oral, motivo por el cual ingresa en la planta de pediatría con la sospecha de EEM foma mayor. Es valorado por el Servicio de Dermatología, que confirma el diagnóstico. Se le realizan diferentes estudios para búsqueda etiológica, presentando: PCR(+) varicela zoster y micoplasma. Además de las medidas de soporte habituales (hidratación, analgesia), se trata con antibioterapia tópica y vía oral (eritromicina). Su evolución fue satisfactoria, presentando al momento del alta un buen estado general, lesiones cutáneas cicatrizando y recuperación de la orexia.

Comentarios: 1) El diagnóstico del eritema exudativo multiforme es eminentemente clínico. 2) La etiología fundamental es el virus de herpes simple, siendo mucho más infrecuente causado por el virus varicela zoster (VVZ) y/el micoplasma pneumoniae, como en nuestro caso. 3) El tratamiento es sintomático, estando muy controvertido el uso de corticoides sistémicos. 4) En los que el VVZ está implicado, el aciclovir carece de eficacia una vez presentadas las lesiones.

GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA ISLA DE TENERIFE

M Rivero¹, Z Coello¹, O Mesa¹, R Sánchez², J Alcoba², L Ortigosa¹

¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción y objetivos: Aunque la gastroenteritis aguda por rotavirus (GEARv) provoca escasa mortalidad en países desarrollados, es motivo frecuente de hospitalizaciones (que constituyen tan solo la punta del iceberg de la carga asistencial que representan estas infecciones), ya que origina un gran número de visitas extrahospitalarias y a los servicios de urgencias, ocasionando considerables costes económicos, absentismo laboral y escolar y un impacto emocional y en la calidad de vida. EL objetivo de nuestro trabajo es analizar algunos parámetros clínicos y epidemiológicos de los niños que requirieron hospitalización con diagnóstico de GEARv en el servicio de pediatría del HUSNC entre Marzo del 2007 y Marzo de 2009.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de todos los niños <5 años, hospitalizados por una GEARv o que permanecieran 24 horas en el servicio de urgencias y en los que se aisló RV en heces, estudiándose los siguientes datos: situación clínica (edad, sexo, manifestaciones clínicas), tipo de infección (adquirida en la comunidad (AC) o nosocomial (N)), situación vacunal frente a Rv, ingreso en planta o UCI pediátrica, infección aislada o coinfección, uso de sueroterapia ev. y días de ingreso, entre otras variables.

Resultados: La población de nuestro estudio fue de 60 niños (43 V y 17 M) con edades comprendidas entre 0.3 y 57 meses (media: 17.8), 40/60 fueron infecciones AC y 20/60 N. La media de días de evolución de AC fue 3,26 días. Clínica previa al ingreso de AC: el 77,5% presentó fiebre, el 82,5% alteración del carácter, el 92,5% vómitos, el 87,5% diarreas y el 80% deshidratación. La media de días de ingreso de AC+N fue de 8,96.

Conclusiones y discusión: Aunque ninguno de los niños falleció, 5 requirieron ingreso en UCI pediátrica, el 90% requirió sueroterapia ev. y el 80% estaban deshidratados al ingreso, no estando ninguno vacunado frente al rotavirus. Además de extremar las condiciones medioambientales para prevenir este tipo de infecciones, y dado que actualmente ya existen vacunas eficaces y seguras frente al rotavirus, su implementación universal en el calendario de vacunaciones, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Pediatría y ESPGHAN podría contribuir a disminuir la carga por enfermedad.

LACTANTE CON VÓMITOS, DIARREA Y EDEMAS: ENFERMEDAD DE MÉNÉTRIER

JR Alberto, S Roper, M González, I Abreu, A Domínguez, D. Soriano¹

Sección de Planta de Hospitalización. Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Resumen: La enteropatía pierde proteínas se caracteriza por una pérdida excesiva de proteínas plasmáticas por el tubo digestivo que con frecuencia se asocia a una amplia variedad de enfermedades gastrointestinales y extraintestinales. Los mecanismos fisiopatológicos de esta enfermedad son la alteración de la permeabilidad vascular, la obstrucción linfática y lesiones inflamatorias de la pared intestinal. La consecuencia clínica de estos hechos es la pérdida de la presión oncótica con la consecuente aparición de edemas.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un niño de 2 años de vida, sin antecedentes personales de interés, que consulta por cuadro de una semana de evolución de vómitos y diarrea, asociados a distensión y dolor abdominal. 12 horas previas al ingreso inicia edema facial y escrotal. Refiere aumento ponderal de 3 kg.

En la exploración física destaca edema bpalpebral, escrotal, sacro, en dorso de manos y pies, y edema con fovea en miembros inferiores y pared abdominal. El abdomen está distendido pero no presenta organomegalias. La tensión arterial es normal. Como despistaje de pérdida proteica renal vs entérica se solicitan bioquímicas de sangre y orina. Destaca hipoproteïnemia (2,9 g/L) con función hepática y renal normales. Ante la sospecha de Enteropatía Pierde Proteínas ingresa con tratamiento de soporte (seroalbúmina y nutrición parenteral) y se solicitan exámenes complementarios pertinentes.

La alfa-1-glicoproteína ácida en heces se encontró elevada (5,11 mg/g). La biopsia gástrica endoscópica muestra cambios histológicos compatibles con la Enfermedad de Ménétrier, confirmándose la sospecha diagnóstica inicial. La serología para CMV es positiva, quedan pendientes de resultado la PCR para CMV de la biopsia gástrica y en orina. El paciente evolucionó de manera favorable, dándose de alta a los 10 días.

Comentarios: La Enteropatía pierde proteínas es una entidad poco frecuente en niños que nos debe hacer sospechar ante un paciente con edemas y función renal y hepática normales. Al contrario que en los adultos, la enfermedad de Ménétrier tiene un pronóstico favorable en los niños y se reconoce como una

enfermedad benigna y autolimitada.

Aunque esté pendiente la PCR para CMV, nuestra sospecha es que la patología de nuestro paciente sea secundaria a infección por este virus, tal como se describe en otros casos de la literatura.

COMUNICACIONES POSTERS

Sesión simultánea 3ª

ENFERMEDAD DE WILSON: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LA EDAD PEDIÁTRICA

FE Fraga Bilbao, C Ontoria Betancort, M Afonso Coderch, M Casariego Toledo, E Valerio Hernández, R López Almaraz, H Armas Ramos

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

Introducción: La enfermedad de Wilson es un error innato del metabolismo del cobre poco frecuente, con una prevalencia de 1/30.000 recién nacidos vivos. Se caracteriza por el depósito de cobre en ciertos órganos, especialmente en hígado, cerebro y córnea, secundario a una disminución de su excreción biliar e incorporación a la ceruloplasmina. Su origen se encuentra en una mutación a nivel del transportador celular del cobre, localizado en el Cr. 13.

Metodología: se realiza un análisis retrospectivo de los últimos 20 años de pacientes diagnosticados durante la edad pediátrica de enfermedad de Wilson mediante biopsia hepática. Se determina la concentración de cobre sérico en peso seco como estudio confirmatorio.

Resultados: Caso 1: Varón de 11 años con hallazgo casual de trombocitosis y esplenomegalia. Antecedentes personales: apendicectomía hace 3 meses. En los estudios complementarios presenta hipertransaminasemia (GOT: 124 U/l GPT: 258 U/l) y GGT 92 U/l. Se inicia su estudio en el que destaca: niveles de ceruloplasmina de 3 mg/dl, cobre sérico 8.3 µg/dl y cupruria de 24 horas 62.30 µg. Exploración oftalmológica: no se observa anillo de Kayser-Fleischer. Ante la alta sospecha de enfermedad de Wilson se realiza biopsia hepática, que muestra signos de hepatopatía crónica con depósitos de cobre intracitoplasmáticos. Concentración de cobre en tejido hepático seco: 753 µg/g, confirmándose nuestra sospecha e iniciándose tratamiento específico con buena respuesta. Caso 2: Niño de 11 años con hallazgo casual de hipertransaminasemia asintomática. Exploración física destaca: hepatomegalia de 2-3 cm, no dolorosa a la palpación. Antecedentes personales: sin interés. Se inicia su estudio constatándose la hipertransaminasemia (GOT: 112 U/l, GPT: 324 U/l) asociada a signos de colestasis disociada (FA: 589 U/L, Bb total: 0.7 mg/dl) y GGT 94 U/L. Ecografía abdomen: hígado de tamaño ligeramente aumentado. Niveles de ceruloplasmina: 13 mg/dl, con niveles séricos de cobre de 112 µg/dl y cupruria basal de 24h: 224 µg. Exploración oftalmológica: no se observa anillo de Kayser-Fleischer. Biopsia hepática: hepatitis crónica activa. Concen-

tración de cobre en tejido hepático seco: 2700 µg/g; por lo que se inicia tratamiento con buena respuesta. Caso 3: Niña de 9 años con hallazgo casual de hipertransaminasemia asintomática (GOT: 110 U/L GPT: 222) y colestasis disociada FA:790 U/L Bb total: 0.5 mg/dl). Se inicia su estudio con los siguientes hallazgos: ceruloplasmina: 4.4 mg/dl, cobre sérico: 21 µg/dl, cobre basal en orina de 24h: 25 µg, cobre en orina 24h post-estimulación con Penicilamina: 294 µg. Exploración oftalmológica: no se observa anillo de Kayser-Fleischer. Biopsia hepática: esteatosis hepática difusa. Concentración de cobre en peso seco: 600 µg/g. Se inicia tratamiento con adecuada respuesta.

Conclusiones: Las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Wilson son muy diversas; en la edad pediátrica predominan las del depósito de cobre en el hígado, como ocurre en nuestros casos. Su diagnóstico temprano es tan importante como dificultoso, con la finalidad de reducir o minimizar el daño existente y, más importante aún, anticiparnos al daño en aquellos pacientes que se encuentran asintomáticos. Para confirmar su diagnóstico resulta imprescindible la toma de biopsia hepática para determinar la concentración de cobre en peso seco y estudio genético, ya que ninguno de los demás exámenes complementarios confirma ni descarta su diagnóstico, teniendo en consideración la posibilidad de iniciar un tratamiento eficaz y realizar un adecuado control.

TRASTORNO PRIMARIO DEL DESARROLLO VACTERL

L Pérez Baena, I Abreu Yanes, JR Alberto Alonso, SA González Serrato, MI Luis Yanes, V García Nieto

Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: El acrónimo VATER representa la presencia simultánea de malformaciones congénitas vertebrales, anales, traqueo-esofágicas y radial-renales. Fue descrito originariamente por *Quan and Smith* [1973] y definido como la presencia no arbitraria de estos 5 defectos. La entidad no ha sido reconocida como un síndrome específico. Conocido con el nombre de «asociación VACTERL», *Martínez Frias y cols.* [1998] propusieron sustituir el término por «Defecto primario del desarrollo VACTERL», en el cual se incluirían las malformaciones de origen blastogénico.

Objetivo: Analizar las variables generales entre los pacientes diagnosticados de «Trastorno primario del desarrollo VACTERL» en seguimiento en la Unidad de Nefrología Pediátrica del HUNSC.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo incluyendo los pacientes con un mínimo de tres anomalías VACTERL. Se analizaron variables generales, las posibles causas etiológicas, los criterios mayores de diagnóstico y las asociaciones más frecuentes.

Resultados: Se analizaron un total de ocho pacientes (5 V, 3M) de edades comprendidas entre 3 meses y 14 años. Todos presentaron un mínimo de 3 y un máximo de 4 anomalías VACTERL. La anomalía más frecuente fue la atresia anal

(n=6). Dentro de los componentes mayores o colectivos (VCR) las anomalías más frecuentes observadas fueron hemivértebras (hasta un 45% de las anomalías vertebrales), hidronefrosis (40% de las renourinarias) y la CIV 42,5% entre las cardíacas. Las asociaciones observadas fueron: VAR (n=4), ACR (n=1), VLC (n=1), CTER (n=1) y VATER (n=1). Ninguno tenía antecedentes familiares de anomalías congénitas que pudieran sugerir un origen genético. No identificamos ninguna causa etiológica que pudiera explicar un origen blastogénico.

Conclusiones: En nuestra serie, tanto el subtipo dentro de las anomalías colectivas (V, C y R), las anomalías y la asociación de anomalías más frecuentes coinciden con las descritas en la literatura. El hecho de no encontrar una etiología clara, confirma la posible heterogeneidad etiológica de esta entidad. Las anomalías que comparte con otros síndromes (síndrome de regresión caudal) podrían explicar que se deba a un trastorno primario del desarrollo (de la blastogénesis). Ante todo neonato con alguna de estas anomalías, se debería completar un estudio para descartar el resto de anomalías VACTERL (fundamentalmente, ecografía cardíaca y de vías urinarias) junto a un cariotipo.

EXANTEMA Y CONVULSIÓN NEONATAL

S González Cerrato, S López Mendoza, L Martín Conde, C González

Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: Los síndromes neurocutáneos constituyen un grupo heterogéneo de desórdenes congénitos que afectan principalmente a las estructuras derivadas del neuroectodermo embrionario teniendo gran variabilidad clínica.

Caso clínico: Recien nacido mujer que a las 48 horas de vida comienza a realizar crisis consistentes en movimientos de rotación interna de muñeca, antebrazo derecho con flexión de los cinco dedos de unos cinco minutos de duración y se acompañan de cianosis facial. No presenta antecedentes perinatales ni familiares de interés. A su ingreso presenta exantema máculo-papular confluyente, borrrable a la dígito-presión de predominio en hemicuerpo izquierdo y extremidad superior derecha y desde el punto de vista neurológico destaca hipotonía axial.

Pruebas complementarias: En el hemograma destaca serie roja y plaquetaria normal con eosinofilia, bioquímica con perfil renal, hepático, amonio, láctico, pirúvico y PCR normales; serología para infecciones perinatales negativa; no se detectan ANAs, Ac Anti SSA, Ac AntiSSB; ecografía transfontanelar sin hallazgos significativos; EEG al tercer día de vida con brotes de morfología aguda en región temporal derecha; PEATC y PEV normales; RM cerebral: múltiples lesiones frontales y occipitales bilaterales fundamentalmente corticales con restricción de la difusión lo que implica lesión isquémica cortical; fondo de ojo: en ojo derecho hay aumento de la tortuosidad vascular venosa, estrechamiento del calibre vascular arterial y abundantes exudados glifonosos.

Evolución: A los dos días las lesiones evolucionan destacando erupción lineal eritematosa, vesículo-ampollosa con placas en miembros superiores e inferiores. Se instaura tratamiento anticonvulsivo con Levetiracetam. Ante la clínica se sospecha Incontinencia Pigmenti y se solicita estudio genético y biopsia cutánea donde se objetiva espongirosis vesicular eosinofílica compatible con la sospecha diagnóstica. La niña estuvo ingresada durante 20 días, las lesiones cutáneas evolucionan sin presentar signos de sobreinfección y permanece sin convulsionar siendo la exploración neurológica normal al alta.

Conclusiones: La Incontinencia Pigmenti es una enfermedad genética rara (en torno a 700 casos publicados) con herencia dominante ligada al cromosoma X donde existe una mutación a nivel del gen NEMO con expresión variable en los tejidos derivados del neuroectodermo y del mesodermo. Las lesiones cutáneas aparecen en todos los pacientes evolucionando en cuatro estadios y también hay manifestaciones dentarias, del sistema nervioso central, oculares y óseas.

Es una enfermedad potencialmente grave si existe afectación neurológica y obliga al seguimiento multidisciplinar precoz del paciente. Es importante el asesoramiento genético de la familia y hay que incluirla en el diagnóstico diferencial de los exantemas pápulo-vesiculosos y convulsiones neonatales.

POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA RECESIVA: DOS CASOS DESCRITOS EN LA ISLA DE TENERIFE

A González de Eusebio

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

Introducción: La poliquistosis renal autosómica recesiva es una enfermedad en la que parece estar involucrado un solo gen localizado en el cromosoma 6 (PKHD1). Presenta una combinación variable de quistes múltiples en ambos riñones y fibrosis hepática congénita. Incidencia 1:20.000 nacidos vivos. Se manifiesta durante la gestación o en los primeros meses de vida.

Casos clínicos:

1) Niño procedente de Venezuela, diagnosticado a los 3 años tras debutar con hematuria. Antecedentes personales y familiares sin interés. En la exploración física destacan unos riñones aumentados de tamaño y discreta hepatomegalia. Ecografía abdominal: nefromegalia bilateral con múltiples quistes. Hígado multiquístico. Actualmente presenta alteraciones en la función renal e hipertensión arterial.

2) Recién nacida diagnosticada desde la época prenatal de displasia renal severa y oligoamnios. Antecedentes familiares: sin interés. RNPT (34+5 sem), PAEG (2,610 Kg). Distrés respiratorio neonatal que precisó ventilación con VPPI. En la exploración física destaca una franca nefromegalia. Ecografía abdominal: riñones aumentados de tamaño, globulosos, con aumento de ecogenicidad y microquistes en la totalidad del parénquima. Urografía iv: retraso en la concentración y elimi-

nación del contraste (sugiere disminución de la función renal). Siluetas renales aumentadas de tamaño (7 cm) con patrón cortical en cepillo y estriaciones tubulares. RM: gran nefromegalia bilateral sin datos de uropatía obstructiva. Todo ello indicativo de enfermedad renal poliquística infantil autosómica recesiva. Durante su evolución presenta alteraciones de la concentración renal, con tendencia a la hiponatremia y a la acidosis tubular renal tipo I o distal 2ª a la poliquistosis, que precisó tratamiento con bicarbonato sódico. Presenta cifras tensionales elevadas.

Conclusiones: No existe actualmente tratamiento específico de la EPAR, el tratamiento es sintomático y de soporte. El periodo más crítico es el neonatal. La insuficiencia renal crónica debe ser tratada de forma conservadora. La hipertensión arterial es muy común y aparece con frecuencia muy precozmente en la enfermedad. El pronóstico de estos niños es difícil de establecer. La supervivencia depende sobre todo de la gravedad del periodo neonatal y del grado de hipoplasia pulmonar.

CISTINOSIS, PRIMER CASO DIAGNOSTICADO EN TENERIFE

L Pérez Baena, MI Luis Yanes, V García Nieto, M Higuerras, L Martín Conde, A Armas Rodríguez

Unidad de Nefrología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz Tenerife

Introducción. La cistinosis (1903 Abderhalden) es una enfermedad metabólica rara (incidencia 1/200.000 r.n.) de transmisión AR caracterizada bioquímicamente por la disfunción del sistema de transporte de cistina en la membrana lisosomal conduciendo a la acumulación de cistina libre en los lisosomas de la mayor parte de las células del organismo. Dicha acumulación de cistina determina un deterioro progresivo de los órganos afectados, especialmente del riñón.

La forma de presentación más frecuente (95%) y la más grave es la forma infantil (3-6 m de vida) en forma de síndrome de Fanconi.

El gen responsable de la enfermedad se denomina CTNS y está localizado en la región cromosómica 17p13. Este gen codifica la proteína de la membrana lisosomal, cistinosisina.

Caso clínico: A continuación se presenta el caso de una niña de 1 año de edad remitida a consultas externas de nefrología pediátrica al detectarse glucosuria y proteinuria en una bioquímica de orina. Fruto de una gestación de 37 semanas con un peso al nacimiento 2150 gr. En estudio por retraso pondero estatural desde los 8 meses. Recibía alimentación con fórmula hidrolizada desde entonces. La determinación de anticuerpos anti proteínas de leche de vaca y el estudio de celiaquía fueron negativos.

En la primera consulta tiene un peso 5,490 gr y talla 65,6 cm, ambos <P3. Al examen físico no se evidencian masas ni visceromegalias y posee un desarrollo psicomotor adecuado para su edad.

En los exámenes complementarios solicitados destaca: acidosis metabólica, ácido úrico 1,56 mg/dl, Fosfato 3,2 mg/

dl, PTH: 21,9 pg/mL, Vol 6,7%, glucosuria 300 mg/dl, EF Na 2,57%; EF K 52,6, EF ac úrico 70,19%, NAG/cr: 118,4 U/g; B2-microglobulina/Cr 474.764,8 mcgr/g, citrato/creatinina 8008,77 mg/g.

Con el diagnóstico de disfunción generalizada del túbulo proximal (síndrome de Toni-Debré-Fanconi) se amplía estudio y se inicia tratamiento con citrato potásico, fósforo y tiazidas. La determinación de cistina en granulocitos fue de 3,64 nmol (normal= menor de 0,2)

Conclusiones: Ante un paciente con glucosuria y glucosa en sangre normal hay que descartar una tubulopatía proximal.

La cistinosis nefropática infantil representa la causa más frecuente de síndrome de Fanconi secundario.

El diagnóstico de cistinosis se realiza mediante la determinación de la concentración de cistina intraeucitocitaria y el estudio molecular de la región 17p13.

Desde el descubrimiento de la cisteamina (Thoene 1976), la cistinosis constituye una de las pocas enfermedades lisosomales con tratamiento efectivo. En los lisosomas esta se combina formando un compuesto disulfuro mixto de cisteína y cisteamina, el cual utiliza el transportador de lisina para salir de la célula.

MICRODELECCIÓN 22q11.2: A PROPÓSITO DE UN CASO

JR Alberto, A Armas, MI Luis, S López, C Marrero, LF Pérez

Sección de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Resumen: La delección 22q11 es el síndrome microdeleccional más frecuente, con una incidencia de 1 caso por cada 4.000-6.000 recién nacidos. Responde a un mecanismo de herencia autonómico dominante aunque más del 85 % de los casos se trata de mutaciones *de novo*. Esta alteración tiene lugar hacia el día 34 postcoceptual cuando ocurre la migración celular hacia los arcos faríngeos y los conductos de salida cardiacos. Debido a esto puede dar lugar a alteraciones cardiacas conotruncales, anomalías palatinas, hipocalcemia, problemas de inmunidad y de aprendizaje, y un fenotipo facial característico. La afectación multisistémica unida a la gran variabilidad clínica provocan un retraso en el diagnóstico de estos pacientes.

Caso Clínico: Presentamos el caso de una recién nacida a término, primera gestación de madre de 27 años con antecedentes personales de Tetralogía de Fallot, con controles prenatales normales y parto sin incidencia, que presenta a las pocas horas de llegar al nido dificultad en la deglución y expulsión del alimento por la nariz. Posteriormente se objetiva una secreción mucosa clara y continua, así como dificultad respiratoria leve. En la exploración física destacaba retrognatía, palidez cutánea y soplo sistólico panfocal I-II/VI.

Dada la persistencia clínica, iniciamos estudio analítico con hemograma, bioquímica, serología prenatal (TORCH y Sífi-

lis), pHmetría, Rast a las proteínas de leche de vaca y Tripsina inmunorreactiva que fueron normales. Como estudio de imagen además de una RMN cerebral que fue normal, cabe destacar en la ecocardiografía una CIV pequeña subaórtica y una CIA de 3 mm y la realización de varias nasofibroscopias donde se descartó anomalía palatina estructural pero no funcional. Además se decide envío de cariotipo para estudio cromosómico.

La paciente posteriormente presentó infecciones repetidas del área ORL y respiratoria, precisando incluso oxigenoterapia y ventilación tanto invasiva como no invasiva requiriendo ingresos en UCI.

La llegada del resultado del cariotipo evidenció 46 XX con microdelección 22q11.2.

Una vez obtenido el diagnóstico genético, se decide realizar gastrostomía, tras lo cual la paciente experimenta una reducción significativa de la mucosidad nasal que presentaba, y por consiguiente mejoría evidente en la clínica. En la actualidad la paciente tiene 20 meses y continúa con la alteración deglutoria.

Comentarios: Los trastornos deglutorios aislados en neonatos son poco frecuentes. Englobarlos dentro de una entidad genética ayuda a su enfoque diagnóstico-terapéutico.

Debemos de pensar en esta entidad cuando nos encontremos ante un neonato o un lactante con cardiopatía congénita conotruncal, anomalías palatinas, retraso psicomotor que puedan presentar o no un fenotipo facial indicativo u otras de las anomalías mencionadas.

Desconocemos la relación existente entre la realización de la gastrostomía y la desaparición de las secreciones nasales en nuestro caso, pero destacamos que podría ser una medida eficaz para la mejoría de la calidad de vida de estos pacientes.

El diagnóstico precoz será muy útil para ofrecer atención multidisciplinaria adecuada con un correcto seguimiento clínico.

NEVUS MELANOCÍTICO CONGÉNITO GIGANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

S Rivero Rodríguez, Y Rodríguez Santana, Y Santos García, S Molina Marrero, S Henríquez Santana, R Díaz Pulido, F García-Muñoz Rodrigo

Hospital Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: Los nevos melanocíticos congénitos son proliferaciones de melanocitos presentes al nacimiento o que aparecen en los primeros meses de vida. En ocasiones las lesiones cutáneas se acompañan de manifestaciones neurológicas, y se conforma un síndrome conocido como melanosia neurocutánea. La incidencia global de los NMC se calcula alrededor del 1%. El diagnóstico diferencial de los NMC en el neonato incluye diversas lesiones pigmentadas.

Caso clínico: Recién nacida que presenta en la exploración al nacimiento lesión cutánea compatible con nevus melanocítico gigante. Destaca una lesión grande, de aproximadamente 15

cm en su diámetro mayor, que ocupa la espalda casi en su totalidad. Coloración negruzca con zonas aclaradas en la periferia, bordes bien definidos aunque algo irregulares. Superficie rugosa, sobreelevada cubierta de pelos en algunas zonas. Presentaba igualmente lesiones satélites en ambas extremidades inferiores, hipocondrio derecho y otra a nivel facial sobre cola de ceja izquierda de tamaño variable entre varios milímetros hasta 1,5 cm. El resto de la exploración física estaba dentro de la normalidad. Antecedentes familiares y personales sin interés. Se realiza ecografía abdominal y craneal en las que no se observan hallazgos patológicos. Igualmente se solicita RMN cerebral al mes de vida con el objetivo de descartar melanosia neurocutánea. Valorada por el servicio de Dermatología que confirma el diagnóstico. La paciente está siendo controlado por consultas externas de forma conjunta.

Conclusiones: En el abordaje de los nevos melanocíticos congénitos se plantean tres puntos importantes: el riesgo de melanoma maligno, las asociaciones que pueda tener con otros síndromes y el aspecto cosmético. El riesgo de melanoma y mal pronóstico está fuertemente relacionado con el tamaño de CNM y la presencia de lesiones satélites.

FENILALANINA HIDROXILASA. ESTUDIOS EN BIOINFORMÁTICA

E Valerio, M Casariego, A González de Eusebio. JR Castro, E Salido¹

Servicio de Pediatría, ¹Unidad de Investigación. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

Introducción: La fenilcetonuria, enfermedad autosómica recesiva, es debida a mutaciones (unas 508 mutaciones descritas) en el gen que codifica la enzima fenilalanina hidroxilasa (PAH), esencial para el metabolismo de la fenilalanina (Phe) hacia tirosina (tyr), y a coenzimas que participan en la ruta metabólica de dicho aminoácido. El objetivo de este trabajo es hacer un estudio con herramientas bioinformáticas para la obtención de documentación sobre las alteraciones mutacionales que se presentan en dicho gen, así como la reconstrucción tridimensional de la proteína para las conformaciones normal y dos mutaciones específicas.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda a través de las bases de datos del NCBI, obteniendo la secuencia genómica para humanos del gen que codifica la proteína PAH para la realización del estudio genómico, su localización, mutaciones más frecuentes, la creación de cebadores para la realización de PCR, etc. Se realizó mediante el programa bioinformático Swiss-PDBViewer® la estructura tridimensional de la enzima PAH y dos de sus variantes mutacionales, la R408W y F263S, y cómo dichas mutaciones tienen su correspondencia en la estructura tridimensional de la enzima, en forma de alteraciones morfológicas en sitios específicos de acción.

Resultados: El gen PAH, localizado en el cromosoma 12 (12q22-q24.1), codifica la proteína esencial para la transformación del aminoácido Phe en Tyr, y cuyas mutaciones, en nuestro casos las mutaciones escogidas fueron ls R408W (una

de las mutaciones más frecuentes como fenilcetonuria clásica) y la F263S, mutación de una de las líneas de ratones de laboratorio más usados, el enu2), las cuales originan el anormal plegamiento de la proteína con la consecuente disminución en su función metabólica. La representación de las estructuras tridimensionales fueron realizadas por el programa Swiss-Viewer.

Conclusiones: el estudio genético de las enfermedades de origen metabólico es esencial, no sólo para dar un consejo genético a las familias, sino para estudiar las posibilidades terapéuticas que actualmente ofrece y ofrecerán en un futuro, la terapia génica. Para nosotros los pediatras, las herramientas bioinformáticas de las que disponemos actualmente deberían ser explotadas en mayor medida, así como la comprensión de los resultados que se obtienen de un estudio mutacional.

DILATACIÓN IDIOPÁTICA DE AURÍCULA DERECHA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MJ Jiménez Toledo, PI Mendoza Álamo, I Sebastián García, LH Falcón González, S Rivero Rodríguez, A Nimo Román, P Suárez Cabrera, ML Antúnez Jiménez

Hospital Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: La dilatación idiopática de aurícula derecha es una anomalía rara, de etiopatogenia desconocida, probablemente congénita. El tratamiento es controvertido y debe individualizarse, reservándose la corrección quirúrgica a los pacientes sintomáticos o con cardiomegalia severa.

Caso clínico: Niña de 7 años, sin antecedentes personales de interés, presenta desde hace 48 horas dolor centrotorácico en relación con mínimos esfuerzos que cede con el reposo, y además refiere desde hace un mes intolerancia a esfuerzos físicos moderados. La exploración física es normal, salvo obesidad. En la radiografía de tórax se objetiva cardiomegalia a expensas de cavidades derechas. El ECG es normal. La ecocardiografía muestra una aurícula derecha muy dilatada con un FO permeable, sin valvulopatía tricuspídea, signos de anomalía de Ebstein ni trombos intraauriculares; lo que se confirmó mediante ETE, RMN y cateterismo. Se pauta tratamiento con diuréticos, antiagregantes plaquetarios y dieta hipocalórica. Evoluciona favorablemente y actualmente se encuentra asintomática.

Conclusiones: La presentación clínica de esta patología es muy variable, y aunque normalmente es bien tolerada, pueden surgir complicaciones graves como arritmias refractarias a tratamiento médico, TEP o ictus. Por ello, es importante realizar una buena aproximación diagnóstica de los pacientes con clínica sugestiva de patología cardíaca.

COMUNICACIONES POSTERS

Sesión simultánea 4ª

FORMACIÓN EN BIOÉTICA

F García-Muñoz Rodrigo, J C Martín González, O Ramírez García

Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: Durante la última década la Bioética Clínica ha experimentado un desarrollo importante en nuestro país, fruto de la inquietud y compromiso por parte de numerosos profesionales procedentes de diferentes áreas de la Salud. Como consecuencia de este renovado interés han sido creados diversos Comités de Ética Asistencial a lo largo del territorio nacional, entre los cuales se encuentra el CEA de nuestro Complejo. Conscientes del déficit formativo histórico en este terreno, uno de nuestros cometidos más importantes ha sido el de contribuir a la formación bioética de los profesionales del Complejo Hospitalario.

Objetivos: 1. Examinar los conocimientos teóricos y las «actitudes» de base de los médicos residentes en formación en nuestra institución respecto de ciertas cuestiones generales o concretas relacionadas con la Bioética Clínica. 2. Establecer si la actividad docente y formativa en Bioética es útil para incrementar dichos conocimientos y/o modificar las «actitudes» previas de estos profesionales, a corto plazo.

Material y métodos: Llevamos a cabo un curso intensivo de Bioética Clínica para residentes en formación, de 25 horas de duración, consistente en 10 módulos con el siguiente Programa:

1. La deliberación moral: el método de la ética clínica.
2. Consentimiento Informado.
3. La Capacidad de los pacientes para tomar decisiones.
4. Confidencialidad e Información Clínica.
5. Toma de decisiones con el paciente menor de edad.
6. Limitación de Esfuerzo Terapéutico.
7. El deber de no abandono.
8. Uso racional de recursos.
9. Ética de las Actividades Preventivas y Predictivas.
10. Relaciones entre profesionales sanitarios.

Para la evaluación de las actitudes y conocimientos de los participantes llevamos a cabo un Test Pre y Post-Curso, consistente en una primera parte de 10 preguntas sobre actitudes (Escala Likert) y una segunda parte de 20 preguntas sobre conocimientos teóricos básicos o específicos.

Resultados: 31 residentes (10 hombres y 21 mujeres) participaron en los talleres, con una distribución similar por año de residencia. Todos contestaron el test inicial y 24 (80%) el test final. Observamos cambios significativos en la percepción de la Bioética como una disciplina de «sentido común» a la necesidad de un método apropiado para el abordaje de los conflictos de valores. Así mismo, se produjeron cambios importantes en la actitud de los participantes respecto a cuestiones relacionadas con la gestión de los problemas al final de la vida y el

uso racional de recursos. En cuanto a los conocimientos teóricos la puntuación media \pm DS del Test pasó de $4,30 \pm 1,20$ a $6,35 \pm 0,85$ ($p < 0,05$) (T-Student para datos apareados). La satisfacción de los participantes con la metodología y los contenidos fue muy elevada.

Conclusiones: La actividad formativa en Bioética en forma de Talleres participativos produce cambios importantes en los conocimientos y actitudes de los participantes, al menos en el corto plazo.

SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS

S Henríquez Santana, S Rivero Rodríguez, S Molina Marrero, Y Rodríguez Santana, Y García Santos, C Siles Quesada, F García-Muñoz Rodrigo

Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: El SAM es un trastorno respiratorio causado por la aspiración de meconio del líquido amniótico dentro del árbol bronquial. Los casos severos pueden ser secundarios a procesos patológicos intrauterinos (asfixia crónica e infección). Su incidencia y gravedad presenta grandes variaciones entre los distintos centros.

Objetivos: Conocer la epidemiología (incidencia y gravedad) del SAM en nuestro medio, así como las estrategias terapéuticas empleadas y los resultados obtenidos.

Material y métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática de las Historias Clínicas de todos los pacientes ingresados por SAM durante los 3 últimos años (2006-2009) en nuestro centro.

Resultados: Durante el periodo de estudio nacieron en nuestro hospital 21.535 RNV, de los que ingresaron en Neonatología 4002 (19%). De éstos, 30 RN (0,75%) ingresaron por SAM (incidencia 1,39% RNV). La distribución por sexos fue similar y todos, excepto un prematuro de 36 semanas, fueron RN a Término. El tipo de parto fue: Cesárea 50%, Fórceps 33% y Eutócico 17%. Dos niños fueron macrosómicos, siendo el resto de Peso Adecuado a la Edad Gestacional. La mitad de los niños nacieron deprimidos, con Test de Apgar al minuto < 5 . La mayoría de los RN (90%) presentaban afectación parenquimatosa en la Rx de tórax al ingreso, y 24 (80%) precisaron alguna forma de soporte respiratorio: CPAP 10%, VMC 50%, y VMC+VAFO 20%. La FiO_2 inicial fue $> 40\%$ en 22 RN (73%). Cinco pacientes (16,6%) precisaron administración de Oxido Nítrico por HTP importante. La duración de la VM fue muy variable, oscilando de unas pocas horas a 6 días. La estancia media fue de 11,2 días (rango 1-38) y no se registraron éxitos por este motivo durante el periodo de estudio ni alteraciones neurológicas relevantes.

Conclusiones: La incidencia de SAM en nuestro medio no es elevada, pero su gravedad puede ser importante llegando a precisar los pacientes gran soporte respiratorio. Un adecuado manejo perinatal es fundamental para obtener unos buenos resultados.

RECIEN NACIDO CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA Y CARDIOPATÍA CONGÉNITA

S Rivero Rodríguez, S Molina Marrero, Y Rodríguez Santana, Y García Santos, S Henríquez Santana, L León Aren-cibia, C Siles Quesada, F García-Muñoz Rodrigo

Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: La Hernia Diafragmática Congénita es una condición infrecuente que se presenta en 1/3.000 RNV y en muchas ocasiones aparece asociada a otras malformaciones. La presentación conjunta de HDC y Truncus Arteriosus ha sido escasamente referida y supone una dificultad importante en el manejo de los pacientes.

Caso Clínico: Presentamos un RNT de BPEG, con diagnóstico prenatal de HDC y CIV perimembranosa y Truncus. Madre 25 años, primigesta. Embarazo controlado. Serología neg. Exudado VR positivo a EGB. Amniocentesis: Cariotipo normal. Biometría $< p3$. (PFE 1.676 g). Doppler AU y ACM normales. Parto a las 40 semanas inducido. TBR 18 horas. LA claro. Cuatro dosis de antibióticos intraparto. Cesárea por RPBF. Apgar 2/5. REA con intubación y administración de una dosis de SF. Traslado a UCIN. Exploración Física: PRN: 1.660 g ($< p10$). Mal estado general. Pálido-grisáceo. Mal perfundido. ACP: Latido desplazado a la derecha. No soplos. Hipoventilación en Hemitórax izqdo. Abdomen excavado. Genitales externos normales. Neurológico: ligera hipotonía generalizada. Resto normal. La Rx tórax al ingreso confirma el diagnóstico de HDC.

Intervención: Se inició Tratamiento con VAFO, ONi, DVA, Sedoanalgesia, Antibioterapia y Fluidoterapia IV. Fue valorado de urgencia por Cardiología Infantil diagnosticándose de Truncus tipo I sin EP e HTP. La ecografía cerebral fue normal y la renal mostró riñones de tamaño y estructura normal con ectasia piélica bilateral. El resto de los estudios analíticos fue normal y el hemocultivo negativo. Ausente las primeras 12 horas de vida se pudo reducir la FiO_2 hasta 40% y los aportes de ONi, pero a las 18 horas presentó un neumotórax que fue drenado. Permaneció estable pero precisando soporte respiratorio máximo. A partir de las 48 horas de vida presenta deterioro progresivo con hipoxemia refractaria y fallece a las 75 horas, llevándose a cabo estudio anatomopatológico.

Comentario: El estudio necrópsico confirmó la existencia de HDC izquierda de Bochdalek, pero en cambio mostró la presencia de un Truncus Arteriosus tipo A4 de Van Praagh. Esta asociación ha sido escasamente comunicada. El hecho de que a la hipoplasia vascular pulmonar propia de la HDC se asocie un defecto cardíaco con ramas pulmonares pequeñas dificulta enormemente el manejo y la supervivencia de estos pacientes, haciendo de dicha asociación una situación prácticamente incompatible con la vida.

ESTUDIO DE LOS LÍMITES DE VIABILIDAD EN NUESTRO MEDIO: MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN RECIEN NACIDOS MENORES DE 26 SEMANAS DE EDAD

S Molina Marrero, Y Rodríguez Santana, Y García Santos, S Henríquez Santana, S Rivero Rodríguez, C Siles Quesada, F García-Muñoz Rodrigo

Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: La toma de decisiones en caso de RN extremadamente inmaduros es compleja debido a la alta morbilidad en el periodo neonatal y a la posible aparición de secuelas importantes en su neurodesarrollo. Para una apropiada toma de decisiones es fundamental conocer los propios resultados, así como los poblacionales si estuvieran disponibles.

Objetivos: 1) Conocer las tasas específicas por edad gestacional (EG) de supervivencia al alta y 2) Evaluar la situación de los pacientes supervivientes a los dos años de edad corregida para su prematuridad.

Pacientes y métodos: Se recogieron los datos correspondientes a los recién nacidos ≤ 26 semanas de EG atendidos en nuestra unidad (2004-2006). Se analizó la mortalidad y la evolución de los supervivientes a los 2 años categorizándose su Discapacidad como ausente, leve, moderada o severa.

Resultados: Los resultados principales quedan resumidos en la tabla:

EG (sem)	<23	23	24	25	26	Total
Numero de admitidos	0	2	9	20	25	56 (85%)
Supervivencia al alta hospital	-	1 (50%)	2 (22%)	7 (35%)	15 (60%)	25 (45%)
SV sin discapacidad moderada o severa (- 2 años)	-	1 (50%)	1 (11%)	5 (26%)	10 (45%)	17 (33%)

Conclusiones: En nuestra unidad no sobreviven niños menores de 23 semanas de edad gestacional (EG). Las posibilidades de supervivencia sin discapacidad moderada o severa a los dos años de edad corregida en recién nacidos con 23-25 semanas de EG son escasas y los padres deben participar, cuando sea posible, en la toma de decisiones, después de un apropiado consejo no directivo. Los recién nacidos con 26 o más semanas de EG tienen posibilidades razonables y deben recibir reanimación completa y cuidados intensivos.

SELLADO PULMONAR CON HIDROGEL EN NEONATO CON ATELECTASIA SEVERA

JR Alberto, LD Martín, C Marrero, I Abreu, S González, G Barrientos¹

Sección Neonatología. Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Resumen: Los adhesivos tisulares se utilizan con frecuencia como adyuvantes en la práctica quirúrgica. En la actualidad existen numerosos tipos de estos adhesivos que ofrecen múltiples opciones terapéuticas como el cierre de heridas quirúrgicas, sellantes de las líneas de suturas para prevenir o disminuir las dehiscencias y fistulas entre otros.

La nueva tecnología de hidrogel ofrece sellado efectivo de pérdidas de aire en intervenciones torácicas.

Caso clínico: Exponemos el caso de un paciente edad gestacional 33 2/7 semanas, que precisa tras pocas horas de vida apoyo respiratorio y que presenta al 18/30 mes de vida un neumotórax que no responde a tratamiento, a pesar de la colocación de tres drenajes torácicos de (6, 8, 10 Fr) conectados a aspiración continua, y VAFO (Sensormedics®) durante 15 días.

Debido a la no mejoría del paciente con el tratamiento habitual y la no posibilidad de intervención quirúrgica se decidió, previo consentimiento informado y solicitud de uso compasivo, administrar en coordinación con el Servicio de Cirugía Pediátrica el adhesivo de Hidrogel Pleuraseal® para el cierre del neumotórax según la técnica indicada por el fabricante.

Comentarios: El polímero de Pleuraseal®, se utiliza como un sellador quirúrgico durante las resecciones pulmonares no urgentes, como complemento de las técnicas habituales de cierre de zonas de pérdidas de aire pleurales viscerales.

Creemos que en situaciones como la actual, donde no hay alternativa quirúrgica y el tratamiento médico habitual no ha logrado control de la fístula pleural se puede considerar este tratamiento, animados además por la nula toxicidad atribuible al hidrogel en otras indicaciones.

USO COMPASIVO DE DNASA EN NEONATO CON ATELECTASIAS DE REPETICIÓN

JR Alberto, L Martín, LD Martín, C Marrero, LF Pérez, S González

Sección Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Resumen: Los pacientes neonatos con enfermedad pulmonar crónica que obliga a ventilación mecánica prolongada tienen cambios histológicos y fisiopatológicos que desembocan en la producción de moco abundante y espeso, entrando en un círculo vicioso de empeoramiento de la función pulmonar.

La DNAsa se ha mostrado como un fármaco eficaz para tratar problemas similares en pacientes afectados de fibrosis quística. Por tal motivo se ha sugerido que puede desempeñar un papel en el tratamiento de las atelectasias neonatales de repetición, asociados en ventilación agresiva y prolongada.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente edad gestacional 33 2/7 semanas, precisando tras pocas horas de vida apoyo respiratorio con dificultad respiratoria progresiva y necesidad de ventilación mecánica (VAFO-Sensormedics®) prolongando la ayuda respiratoria con períodos de alternancia de mejoría y empeoramiento brusco de la función pulmonar. El paciente presentaba continuamente episodios de atelectasias, escapes aéreos e infecciones respiratorias bajas.

Tras valoración literatura, consentimiento informado y autorización de uso compasivo se decidió administrar DNAasa nebulizada a dosis de 1.25 mg durante un periodo de 15 minutos, 2 veces al día. Se registraron en las horas siguientes la saturación de oxígeno, la tensión arterial y los datos de mecánica respiratoria suministrados por el respirador (Babylog®). En las primeras horas no se observaron modificaciones mecánicas ni disminuyeron las necesidades de oxígeno. En las horas siguientes se observó disminución de la presión media de la vía aérea.

La experiencia comunicada en la literatura neonatal se reduce a unos pocos casos, con los consiguientes sesgos como el publicar sólo resultados favorables o mejorías debido a otros tratamientos concomitantes. Por otro lado, el tratamiento tiene un mecanismo de acción sobre la fisiopatología de la secreción y el espesamiento del moco, por lo que en conjunto podemos considerar que la mejoría observada, sobre todo en los días siguientes a su administración se puede considerar atribuible al fármaco. De hecho, la mejoría fue tal que mientras persistieron las causas del cuadro respiratorio se siguió administrado el fármaco, y la suspensión del mismo debido a problemas intercurrentes como la cirugía se acompañaba de espesamiento de las secreciones.

Comentarios: Creemos que en situaciones como la presente se debe ensayar este medicamento, si bien sería deseable crear bases de datos conjuntas que permitan aumentar el número de pacientes con lo que se podría evaluar mejor el lugar ocupa en el arsenal terapéutico.

MACROSÓMICOS 2007. NUESTRA CASUÍSTICA

L Pérez Baena, S Romero Ramírez ¹, M Rivero Falero, O Mesa Medina, JM Rial ²

¹Unidad de Neonatología, ²Unidad de Endocrinología, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: En la última década hemos asistido a un incremento de los nacimientos de niños macrosómicos. En la actualidad la prevalencia de macrosomía fetal se estima en torno a 0,5 a 15 % de los recién nacidos, dependiendo de la definición que se use (10,5% de > 4.000 g y 1,5% de > 4500 g %). Una de las posibles causas de este aumento son las cifras crecientes de obesidad, HTA y diabetes tipo II en la población general, factores que se han relacionado con peso elevado al nacimiento. La macrosomía aumenta el riesgo de problemas perinatales y de partos por cesárea (hasta el 50% según las series), pero también incrementa el riesgo de aparición de otros problemas a largo plazo (obesidad, síndrome metabólico...).

Material y Métodos: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo, incluyendo todos los recién nacidos desde el 1 enero hasta el 31 de diciembre del 2007 en el HUNSC con diagnósticos principales de: peso elevado para edad gestacional, macrosoma, hijo de madre diabética (pregestacional o gestacional). Se recogieron variables maternas, gestacionales, tipo de parto y patología neonatal. El procesamiento de datos se realizó con el SPSS v 15.0.

Resultados: Se analizaron un total de 119 recién nacidos con diagnóstico de macrosomía (73V, 46M). La edad gestacional media fue de 39^s semanas (R 36-42), peso 4.127,06 g (R 3.630-5.240), talla 53,5 cm (50-58) y perímetro craneal 36,5 cm (32,5-39). Las madres presentaron un aumento ponderal medio de 14,71 kg (R 5-30), de las cuales el 18,64% tenían diabetes gestacional y 3,39% diabetes pregestacional. El 14% eran fumadoras durante el embarazo. El parto por cesárea fue el más frecuente (61,4%), siendo el 46,22% cesáreas urgentes y el 15,18% cesáreas electivas, justificadas un 28% por desproporción pélvico-cefálica y 38% por parto prolongado. Con respecto a la patología neonatal el 18,5% precisaron maniobras del RCP en la sala de partos (10% PPI) y 23 niños (19%) precisaron ingreso. Un total de 41 niños presentaron hipoglucemias, 6 displasia de caderas, 5 taquipnea transitoria, 4 cardiopatía, 4 malformaciones, 1 síndrome de aspiración meconial y 1 asfisia perinatal. En el apartado de trauma obstétrico, 2 niños presentaron cefalohematoma, 2 parálisis braquial de Klumpke, 1 parálisis de Erb y 1 fractura clavícula-humero.

Conclusiones: Nuestra incidencia de macrosomía en 2007 fue de 2,92% (1,9% > 4.000 g y 0,05% > 5.000 g). El total de partos por cesárea fue del 61,35 %, la mayoría de ellas urgentes, porcentaje que está por encima de la mayoría de las series publicadas en la literatura. A pesar del mejor control y diagnóstico de la diabetes materna, ésta se sigue mostrando como un importante factor determinante del peso al nacimiento, sobre todo en el rango > 4500 g, en el que en nuestra serie el 23% provenían de madres diabéticas. Al igual que en la literatura observamos que el peso elevado al nacimiento presenta un aumento de riesgo de trauma materno y neonatal, así como de la patología neonatal. Actualmente ha aumentado el interés sobre los recién nacidos de peso elevado debido a su relación con el riesgo posterior de enfermedad en la edad adulta. El hecho de que se haya observado un aumento de obesos y de síndrome metabólico en este grupo de pacientes, nos plantea en la actualidad la necesidad de establecer protocolos de seguimiento y actuación en los niños con peso elevado al nacimiento.

HIPERTRANSAMINASEMIA EN EL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN DE LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA)

D González Barrios, VE García Rodríguez, A González de Eusebio, C Villafruela Álvarez, JC Rodríguez Luis, R López Almaraz

Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

Objetivo: Estudiar las características y consecuencias clínicas de la hipertransaminasemia en el tratamiento de inducción de la LLA según el protocolo de tratamiento SHOP-LAL 99 y 2005, y recaídas.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de LLA en los últimos 9 años en nuestro hospital, durante el tratamiento de inducción, que incluye daunorrubicina, vincristina, ciclofosfamida, prednisona y asparaginasa. Se analizaron las siguientes variables: enfermedad de base, sexo, edad, peso, índice de masa corporal (IMC), hipertransaminasemia (definida por elevación de las transaminasas al menos 2 veces su valor normal), días de ingreso, infecciones y otras complicaciones, y evolución posterior.

Resultados: La muestra consta de 20 pacientes. La edad media de presentación es de 6 años, con un IMC medio de 16,4. Predominio del sexo masculino (75%). La estancia media fue de 33 días (rango: 14-52), y 12 pacientes desarrollaron alguna infección (57%). En cuanto al riesgo final tras la respuesta inicial al tratamiento de inducción, el 35% (n = 7) eran de riesgo estándar, 30% (n = 6) de alto riesgo y 30% (n = 6) de muy alto riesgo. Dos fallecieron durante el tratamiento de inducción (9%). Actualmente 14 se encuentran en remisión completa (66%). Ocho presentaron hipertransaminasemia (14%), con una edad media de 7.7 años. No hubo diferencias en la distribución por sexos ni en el IMC con respecto a la muestra. La estancia media fue de 39 días (rango: 23-52), en tres pacientes hubo que retrasar el inicio de la fase de consolidación (rango: 7-15 días). En cuanto al pico máximo de hipertransaminasemia, encontramos dos picos: día (+11-14), en relación probablemente con la administración de prednisona y el objetivo del tratamiento, y otro posterior (+40-45), asociado a la asparaginasa. Actualmente 5 se encuentran en remisión completa, uno de ellos tras recaída tardía, y 3 fallecieron en relación con procesos infecciosos.

Conclusiones: 1) El desarrollo de hipertransaminasemia secundaria al tratamiento de inducción en nuestra serie se asocia, de forma idiosincrática, a la administración de asparaginasa. 2) La hipertransaminasemia supone en ocasiones un retraso en el inicio de la fase de consolidación. Sin embargo, no modifica de forma significativa la respuesta al tratamiento, ni las complicaciones durante el mismo.

TELEMEDICINA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA. UTILIDAD EN COMUNIDADES CON IMPORTANTE DISPERSIÓN GEOGRÁFICA

R Beltrà Picó, LA Santamaría Betancourt¹

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. ¹Coordinador Médico Nacional. Sección Operativa Programa Tele Salud. Caja Costarricense del Seguro Social. Costa Rica

Introducción: Los grandes avances técnicos y tecnológicos en Telecomunicaciones están siendo, y así lo reconocen distintas Organizaciones Sanitarias Internacionales, de una gran utilidad en el campo de la Tele Salud. Los cuatro componentes fundamentales que la configuran son la Telemedicina, la Teleadministración, la Televigilancia y la Teleducación.

Material y métodos: Presentamos en esta comunicación una primera aproximación a los fundamentos, aplicaciones y utilidad de la Telemedicina en Cirugía Pediátrica. Utilizamos para ello la configuración para una Comunidad Autónoma con importante dispersión geográfica de su población, que repercute de manera significativa en la asistencia quirúrgica a los niños tributarios de precisarla, fundamentalmente en casos de urgencias inmediatas y/o diferidas. Se analizan los condicionantes de distancias entre los Hospitales de Atención Especializada de referencia y los Hospitales Comarcales, así como las características de los medios de transporte, evaluándose los múltiples beneficios que aporta la Telemedicina.

Conclusiones: Habiendo superado a nivel mundial el filtro del tiempo, del uso y de la utilidad innegable, aportamos la idea de su factibilidad para implantarla en múltiples territorios y poblaciones de España que, por sus características geográficas, demográficas y socio-sanitarias, están permanentemente amenazadas por una falta de equidad asistencial con respecto a otras zonas poblacionales más afortunadas y/o beneficiadas.