

Reunión Científica
Sociedad Vasco-Navarra
de Pediatría.
Vitoria, 17 de octubre de 2014

Bilera Zientifikoa Euskal
Herriko Pediatri Elkarte.
Gasteiz 2014ko urriaren 17^a

CARCINOMA COLORRECTAL EN EDAD PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO. **J. Guibert Valencia, I. Naberan Mardaras, M. Martínez Merino, A. Justo Ranera, R. Urabayen Alberdi, K. García Guevara, M. Sagaseta de Ilúrdoz Uranga, J. Molina Garicano.** *Servicio de Pediatría (Oncología Pediátrica) CHN. Pamplona.*

Introducción: A pesar de que el carcinoma colorrectal (CCR) del adulto es uno de los tumores malignos más comunes en el adulto, es muy poco frecuente en niños y adolescentes. Los CCR son tumores epiteliales malignos derivados del epitelio glandular de la mucosa intestinal.

Los síndromes de predisposición al cáncer gastrointestinal, desempeñan un papel importante en la patogénesis de estos tumores en edad pediátrica. y siempre deben tenerse en cuenta al evaluar a un niño con un posible tumor gastrointestinal epitelial.

Presentamos un caso de CCR en edad pediátrica.

Caso Clínico: Niño de 8 años sin antecedentes personales de interés que ingresa derivado de un hospital comarcal por dolor en hipocondrio derecho y ecografía abdominal donde se objetivan múltiples lesiones ocupantes de espacio (LOEs) en hígado y hepatomegalia. Refiere dolor en hipocondrio de 24 horas de evolución y hematoquecia desde hace un mes, sin síntomas constitucionales. Exploración física abdomen globuloso y distendido, doloroso a la palpación y hepatomegalia con pseudopubertad precoz.

Análítica al ingreso discreta anemia con AST/ALT normales y GGT de 265; alfa-fetoproteína, LDH y BHCG elevadas.

Se realiza TC abdominal que muestra hepatomegalia con LOEs compatibles con metástasis; TC torácico, ecografía testicular y RMN craneal son normales.

Se biopsian LOEs siendo compatibles con metástasis hepáticas de adenocarcinoma de tipo intestinal; por lo que se realiza colonoscopia que muestra un pólipo a 20 cm de recto, que se biopsia compatible con adenocarcinoma de colon con diferenciación neuroendocrina.

No antecedentes familiares de CCR y el estudio genético de cáncer hereditario de colon es negativo.

Se inició tratamiento quimioterápico (Irinotecán, Leucovorín y Fluorouracilo) sin apreciar mejoría, por lo que se inicia nueva línea de tratamiento (Platino, Etopósido e Ifosfamida) persistiendo progresión de la enfermedad.

La enfermedad es progresiva e irreversible falleciendo el paciente a los 6 meses del diagnóstico.

Conclusión: El carcinoma del intestino grueso es poco frecuente en el grupo de edad pediátrica siendo su pronóstico peor que los diagnosticados en edad adulta.

Los síndromes de predisposición al cáncer gastrointestinal,

DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PEDIATRÍA: UNA REALIDAD EMERGENTE EN NUESTRO MEDIO. **H. Arranz García, I. Díez López, A. Sarasua Miranda, I. Lorente Blázquez, L. Castaños Lasa, S. Hermoso Borrajo.** *Hospital Universitario de Alava (Txagorritxu).*

Introducción: El diagnóstico de obesidad cada vez más grave en edades precoces de la vida ha experimentado un gran incremento epidemiológico a nivel mundial en las últimas décadas y en particular en nuestro país y en algunos colectivos. Muchas de las complicaciones metabólicas (SM) y cardiovasculares tienen sus orígenes durante la infancia y se relacionan estrechamente con la presencia de resistencia a insulina (RI), la cual asocia complicaciones: esteatosis hepática, disfunción endotelial, síndrome de ovario poliquístico (SOPQ), dislipemia, prediabetes, DM2, y asma. Hasta la fecha no se han descrito en nuestro medio DM tipo 2 en la infancia asociada a obesidad.

Objetivo: Estudiar dentro de nuestra cohorte de niños obesos seguidos en el Hospital la prevalencia de RI y DM tipo 2.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de la cohorte de niños obesos de la Consulta (2000-12). IMC>P97 (Orbegozo 2004). Realización de TTOG (criterios ADA) y criterios de la IFD 2007 de SM. Estadístico descriptivo IBM SPSS 18.0

Resultados: 250 casos inicialmente seleccionados. 54 % (n=135) niñas 46% (n=115) niños. Edad primera consulta: 10,1± 2,2 (6-17). Peso y

talla al nacimiento: 92% PAEG, 2,7% PEG, 5,4% MEG. IMC (Kg/m²) media Z-score +2,8, con DS 0,75 [2-8,5]. Tanner I (61%); T2-4 (35%) T5 (4%). Obesidad grado I (44%), grado II (46%), grado III (7%) severa/mórbida (3%). TTOG intolerantes 30/250 (12%), criterios SM 12/250 (5%) y DM tipo 2 2/250 (0,8%). Descripción casos (se aporta iconografía)

Caso 1: Niño, 12a7m. X-frágil (+). PEG disarmonico. Debut glucosa 580 mgr/dl Insulinemia 29 mcU/ml HbA1c:11,8%. HLA DR3/DR4 (-/-). Ac GAD/IAA (-) Requiere insulino-terapia intensiva (glargina-lispro) + metformina. IMC inicial +4,3 SDS. Pérdida de peso a +2,2 SDS. Actual tratamiento ejercicio + metformina.

Caso 2: Niña, 13a8m. PEG disarmonico. Debut glucosa 385 mg/dl Insulinemia 33 mcU/ml HbA1c: 10,6%. Requiere insulino-terapia intensiva (glargina-glisulide) + metformina. HLA DR3/DR4 (-/-). Ac GAD/IAA (-) IMC inicial +3,4 SDS. Pérdida de peso a +2,8 SDS. Actual tratamiento ejercicio + metformina + ensayo liraglutide.

Conclusiones: La obesidad infantil en nuestro medio ha alcanzado tal prevalencia e intensidad que da a lugar a casos de DM tipo 2, ya descritos en otros colectivos de edad y regiones.

FRACTURA TRAQUEAL TRAS TRAUMATISMO CERVICAL CERRADO, COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE EN PEDIATRÍA. **A. Lecuona Serrano, L. Aguirre Pascasio, J. Cruz Aguilera, A. Bosque Zabala, J. Vicarregui Olabarrieta, S. Sánchez de Antonio.** *HUA Txagorritxu.*

Introducción: Las lesiones traqueobronquiales en la población pediátrica secundarias a un traumatismo torácico cerrado son raras, con una incidencia estimada del 3-5%. La fuga de aire que ocasiona produce una insuficiencia respiratoria que puede comprometer la vida del paciente. Por ello estas lesiones tienen una alta mortalidad y el reconocimiento de los síntomas de forma precoz es indispensable para el diagnóstico y el tratamiento posterior. El tratamiento de la fractura traqueal va a depender del tamaño de la lesión y de la sintomatología del paciente. Se presenta el caso clínico de un

niño de 7 años con fractura traqueal tras traumatismo cervical cerrado.

Caso clínico: Niño de 7 años que acude al servicio de urgencias por golpe en región cervical tras caída accidental sobre un aparcabici-cletas. A su llegada se encontraba consciente y hemodinámicamente estable, refería dolor en zona del golpe y a nivel abdominal. Presentaba edema en región cervical con enfisema subcutáneo al mismo nivel. Progresivamente comienza con dificultad respiratoria por lo que se administra oxigenoterapia y se canaliza vía periférica y se administra corticoterapia iv. Se realiza radiografía de torax donde se observa neumomediastino, neumotórax derecho e izquierdo e importante enfisema subcutáneo. Por lo que se completa estudio con TC en el que se objetiva una fractura traqueal a nivel de c6-c7. Ante el aumento progresivo del enfisema subcutáneo y la mayor dificultad respiratoria se avisa al servicio de intensivos, ORL y anestesia que procede a la intubación orotraqueal bajo sedación y fibroscopia. En la radiografía de control presenta neumotórax a tensión derecho, que precisa colocación de tubo torácico y se conecta a sistema de aspiración continua. Tras estabilización inicial se procede al traslado la UCIP del hospital de referencia donde se opta por una aptitud conservadora y es extubado a los 5 días del ingreso sin incidencias. Se realiza fibroscopia donde se ve resolución completa de la lesión.

Conclusiones: La fractura traqueal es una urgencia rara en pediatría, sin embargo la necesidad de una rápida actuación hace que el diagnóstico precoz sea imprescindible para la buena evolución del paciente. En nuestro caso la colaboración multidisciplinar ayudó a la rápida estabilización del paciente para su traslado al hospital de referencia. Por otro lado se constata que el tratamiento conservador en aquellos casos de laceraciones de pequeño tamaño puede ser una buena opción terapéutica.

INFLUENCIA DE LAS NUEVAS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS EN LA POSIBLE DESAPARICIÓN DE LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. **P. Gorrotxategi Gorrotxategi.** *Centro de Salud Pasaia San Pedro.*

Antecedentes y objetivos: Desde la creación de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) en el País Vasco se están produciendo cambios en la selección contratación y funciones de los pediatras de atención primaria. El objetivo del presente trabajo es analizar si dichas modificaciones se ajustan a la ley y las repercusiones que pueden tener en un futuro para la pediatría de atención primaria.

Material y métodos: Análisis de la legislación por la que se crean las OSI en el País Vasco, de la convocatoria de la Oferta Pública de empleo 2011, de las correcciones efectuadas en ella, del último Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud vigente y del Manifiesto en defensa del pediatra de cabecera.

Resultados: Los objetivos de la creación de OSI en el País Vasco, según la legislación analizada, son mejorar la continuidad de cuidados y afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi y se pretende convertir al paciente en el eje central para la configuración de la organización de los servicios sanitarios, no refiriendo nada relativo a la movilidad de profesionales entre primaria y hospitalaria. En la Oferta pública de empleo de Osakidetza 2011, en las plazas de pediatría de atención primaria, hubo una modificación, en forma de corrección de errores, que alteraba las funciones para las que se habían convocado las plazas lo que conllevó la protesta de los pediatras que formaban parte del tribunal de la misma que no fue tenida en cuenta. El acuerdo regulador de condiciones de trabajo exige un descanso semanal ininterrumpido de 24 horas al que se debe sumar las 12 horas de descanso entre jornadas (artículo 31) lo que imposibilita la realización de guardias en fines de semana sin repercusión en la actividad de atención primaria. Se ha indicado que el argumento que se podría utilizar para la obligatoriedad de realización de guardias hospitalarias es el artículo 80 que dice que la Dirección correspondiente por razones especiales de necesidad o de urgencia pueden hacer que el trabajador desempeñe otras funciones diferentes a su contrato, pero con una duración máxima de un año y que para ser prorrogada se precisa una resolución motivada. Finalmente, el "Manifiesto en defensa del pediatra de

cabecera", surgido en Madrid ante la creación de plazas mixtas atención primaria-hospital dice que crear una figura de pediatra a tiempo parcial compartido entre los centros de salud y los hospitales, a la larga llevará a la extinción de los pediatras de los centros de salud. En Madrid se realizó una recogida de firmas apoyada por todas las organizaciones pediátricas de atención primaria y de la regional de la Asociación Española de Pediatría recogiendo 24.000 firmas de pacientes con lo que puso fin al citado proyecto.

Conclusiones: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud ha utilizado las OSI para hacer una reestructuración de las funciones de las plazas de pediatría de atención primaria que no se ajustan a la ley ni a las finalidades del decreto de creación de las OSI. Si queremos mantener la pediatría de atención primaria como primer contacto de la población infantil con la asistencia sanitaria y que el pediatra sea siempre la misma persona, cercana a la familia y a sus problemas, es preciso la unión entre los pediatras de atención primaria y hospitalarios en la defensa de la pediatría de atención primaria.

HERNIA DISCAL LUMBAR EN UNA LACTANTE DE 27 MESES DE EDAD. **E. Fernández Mugaburu, J.M. García Cruz, C. Salado Marín, J.I. Jorge Montiano, L. Castaños Lasa, E. Cernat.** *HUA Txagorritxu Pediatría.*

Se presenta el caso clínico de una lactante de 27 meses de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude al Servicio de Urgencias derivada por su Pediatra, por dolor lumbar de 15 días de evolución. No había presentado fiebre, ni antecedentes infecciosos ni traumáticos previos. Tampoco sintomatología constitucional, molestias oculares, aftas orales ni alteración de esfínteres. El dolor era mayor al iniciar actividad, le mejoraba a lo largo del día y en ocasiones le despertaba por las noches. No presentaba artralgias o artritis en articulaciones periféricas. Entre los antecedentes familiares a destacar, el padre padecía colitis ulcerosa. El resto de familiares estaban sanos, sin presentar antecedentes de enfermedades reumatológicas ni autoinmunes.

En la exploración física destacó una llamativa rigidez lumbar, disminución de la lordosis fisiológica, molestias a la palpación de las articulaciones sacroilíacas, resistencia al realizar la maniobra de Lassègue bilateral y maniobra de Goldthwait positiva. La deambulación era normal. El resto de exploración osteoarticular, neurológica y física por aparatos era completamente normal.

Las pruebas complementarias realizadas fueron:

- Analítica sanguínea con perfil digestivo, férrico, hemograma, marcadores inflamatorios, reumatoideos y tumorales y HLA B27, que resultaron ser negativos. También se solicitaron serologías para virus Herpes, Parvovirus, *Brucella*, Paul Bunnell negativos. ASLO positivo.
- Radiografía de columna lumbosacra, ecografía abdominal, gammagrafía ósea y valoración Oftalmológica que fueron normales. Durante su ingreso, la paciente permaneció afebril, con constantes clínicas normales y respuesta parcial al tratamiento antiinflamatorio con ibuprofeno, presentado episodios de dolor nocturno. Valorada conjuntamente con Traumatología y Reumatología, se decidió realizar una RMN de columna lumbar que objetivó una hernia discal paracentral derecha pudiendo contactar con el segmento emergente de la raíz L4 derecha. La valoración por parte de Neurología Infantil descartó signos de radiculopatía.

La paciente fue dada de alta con tratamiento conservador y posterior seguimiento en consultas externas.

La hernia discal lumbar en la infancia es una entidad poco frecuente, siendo excepcional antes de los 10 años de edad. Su diagnóstico es difícil y tardío, ya que inicialmente no se sospecha por su rareza y escasez de hallazgos neurológicos objetivos. El síntoma principal es el dolor lumbar irradiado al miembro inferior, pero puede ser mínimo o estar ausente y la expresividad del síndrome radicular suele ser escasa. Generalmente está relacionada con anomalías estructurales raquídeas, traumatismos y/o prácticas deportivas, aunque también se han sugerido factores genéticos. Si después

de un tratamiento conservador persiste la sintomatología, debe plantearse el tratamiento quirúrgico, cuyos resultados suelen ser satisfactorios según las escasas publicaciones que se disponen de este caso en la edad pediátrica.

DISTRÉS RESPIRATORIO ASOCIADO A EDEMA PULMONAR AGUDO: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA GLOMERULONEFRITIS POSTESTREPTOCÓCICA. **J. Betolaza Asua, G. García Ulazia, M. Landa Garriz, M. Aguirre Meñica, M. Herrero Goñi, N. García Pérez.** *Hospital Universitario de Basurto.*

Antecedentes y objetivos: La glomerulonefritis postestreptocócica es la glomerulonefritis postinfecciosa más frecuente en niños. La clínica inicial típica es la asociación de edemas, macrohematuria e hipertensión. La presentación como distrés respiratorio por edema agudo de pulmón y/o derrame pleural con mínimo edema clínico esta descrita como forma rara y grave de glomerulonefritis aguda (GNA), lo que genera dificultades y retraso en el diagnóstico y tratamiento. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas de un paciente con glomerulonefritis postestreptocócica que como presentación clínica principal presenta un distrés respiratorio e intentar reconocer los signos clave que faciliten realizar un diagnóstico y tratamiento temprano de la entidad, evitando así tratamientos innecesarios.

Caso clínico: Presentamos el caso de un niño de 5 años que consulta en el servicio de Urgencias por dolor abdominal periumbilical de 3 horas de evolución y un vómito. Refieren traumatismo abdominal banal 24 horas antes y aparición de bultoma escrotal derecho en las últimas 4 horas. Desde hace 18 horas asociados y sensación de dificultad respiratoria tratada con salbutamol inhalado. Afebril. Como antecedentes personales destacar que se trata de un niño asmático en tratamiento de base con salmeterol y fluticasona. Proceso respiratorio febril 2 semanas previas tratado con antitérmicos. A su llegada a Urgencias está polipneico con signos de dificultad respiratoria, hipoventilación bilateral importante, que

no mejora con tratamiento con oxigenoterapia y tratamiento broncodilatador. Se detecta hematuria en tira de orina (microhematuria) y se realiza ecografía abdomino-escrotal donde destaca un derrame pleural bilateral y discreto hidrocele derecho. En la Rx de tórax se objetiva una condensación en lóbulo medio derecho, infiltrado alveolointersticial bilateral y derrame pleural bilateral. La analítica muestra leucocitosis con reactantes de fase aguda negativos, función renal y iones en sangre normales. El resto de exploración física, impresiona de facies abotargada con mínimo edema palpebral, hidrocele derecho e hipertensión arterial mantenida con TA 135/90 (>P 99). En la orina de laboratorio se constata una proteinuria en rango nefrótico asociado a la microhematuria. Se ingresa en reanimación con la sospecha diagnóstica de derrame pleural y edema agudo de pulmón secundario a probable glomerulonefritis aguda. Recibe tratamiento inicialmente con antibiótico empírico, asociando furosemida y oxigenoterapia de alto flujo. Mejoría clínica y radiológica de su cuadro respiratorio en 24 horas. La hipertensión arterial se controla inicialmente con furosemida y tras conseguir balances negativos y diuresis adecuada se inicia tratamiento con amlodipino. Se realiza ecocardiograma sin hallazgos patológicos significativos y la Rx de tórax se normaliza a los 4 días del ingreso, presentando entonces macrohematuria color coñac durante 4 días. Evolución favorable con pérdida ponderal de 2 kilos y desaparición completa de edemas. Alta a los 10 días con función renal normal, microhematuria y mínima proteinuria, y TA normal con dosis mínima de amlodipino.

Se completa estudio de GNA, con una disminución del complemento (C3 35 mg/dl y C4 6 mg/dl) y un ASLO elevado (593 UI/ml). El resto del estudio es negativo, incluido ANAs y ANCAs negativos, lo que confirma el diagnóstico de GMNA hipocomplementémica de probable origen postestreptocócico.

Comentarios: Aunque estamos familiarizados con el cuadro típico de presentación de una GMNA con edemas clínicos (facial, palpebral y de extremidades) y macrohematuria, existen formas de presentación atípicas como

la disnea, que supone un síntoma severo en estos pacientes. Esto puede generar diagnósticos tardíos y tratamientos innecesarios (antibioterapia, tubos de toracostomía, ventilación mecánica), retrasando el manejo adecuado con diuréticos y aumentando la morbimortalidad de estos pacientes.

Recordamos que en todo cuadro de dificultad respiratoria con derrame pleural bilateral, infiltrados intersticiales y/o aumento de la silueta cardiaca en la radiografía; debemos hacer una monitorización de la tensión arterial y un estudio de orina en busca de una enfermedad glomerular.

En pediatría los síndromes renopulmonares son una forma rara pero grave de presentación.

ATRESIA DE ESÓFAGO Y MORBILIDAD RESPIRATORIA.

J. Korta Murua, A. Laka Iñurrategi, P. Corcuera Elósegui, O. Sardón Prado, E.J. Mintegui Aramburu, E.G. Pérez-Yarza. *Neumología Infantil. Servicio Pediatría. Hospital Universitario Donostia. Euskal-Herriko Unibertsitatea UPV/EHU.*

Objetivos: Analizar la morbilidad respiratoria y la función pulmonar a medio plazo en niños intervenidos de atresia esofágica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico de atresia de esófago intervenidos entre 2000 y 2013. Se revisa historia clínica y función pulmonar (espirometría forzada, bajo recomendaciones ERS/ATS). Se realiza análisis estadístico descriptivo y chi cuadrado para comparación por grupos.

Resultados: Se incluyen 29 casos (58,6% niños) de los cuales 81,5% (n=22) han tenido seguimiento en Consultas de Neumología pediátrica. Tras un seguimiento medio de (8,6±2,97 años): 77% presentan bronquitis de repetición; 69,5% neumonías (18% neumonía recurrente); 22,7% asma; 9% bronquitis sibilantes; el 18,8% presentan algún grado de limitación para el esfuerzo y el 50% se diagnostican de reflujo gastroesofágico.

El 86% recibe tratamiento de mantenimiento, (22% glucocorticoides inhalados, 54% terapia combinada).

Respecto al estudio de la función pulmonar: FEV1 del 84,2% (DS 16,78), FVC 87,71% (DS 13,31), FEF75-25 68,23% (DS 30,89) El patrón es anormal en el 44%, (18,75% obstructivo, 18,75% restrictivo, 6,25% mixto)

Las infecciones respiratorias de repetición y el reflujo no han presentado relación estadísticamente significativa como causa de la disminución de la función pulmonar.

Conclusiones: Los síntomas respiratorios y la función pulmonar anómala a medio plazo son frecuentes en estos pacientes. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un seguimiento neumológico a medio-largo plazo en de estos pacientes.

NEUMONÍA GRAVE POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* PRODUCTOR DE LEUCOCIDINA DE PANTON-VALENTINE. **L. Ruiz Aranzana, J. Aristegui Fernández, M.I. Garrote Llanos, A. Vinuesa Jaca, G. Garcia Ulazia, N. López Vázquez.** *Sección de Infectología Pediátrica del Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. Vizcaya.*

Introducción: El *Staphylococcus aureus*, es uno de los patógenos más importantes de nuestro medio capaz de crear múltiples infecciones. Su virulencia depende de diferentes enzimas y toxinas, entre las que se encuentra la leucocidina de Pantón-Valentine.

Los *Staphylococcus aureus* productores de la leucocidina de Pantón-valentine, presentan una incidencia creciente que afecta a todo el mundo. Normalmente, causa infecciones de la piel y los tejidos blandos (abscesos recurrentes). Pero desde hace 10 años ha habido un incremento en la incidencia de neumonías necrotizantes que afectan a adolescentes y adultos jóvenes sin factores de riesgo y que se asocian a una altísima mortalidad (75%).

En esta comunicación, expondré un caso de neumonía grave producido por un *S. aureus* productor de la toxina de Pantón-Valentine.

Caso clínico: Niña de 12 años con antecedentes personales y familiares de abscesos cutáneos recurrentes, que ingresa por insuficiencia respiratoria en el contexto de un cuadro de neumonía. Al ingreso, se inicia tratamiento antibiótico endovenoso con ampi-

clina y claritromicina, así como oxigenoterapia según necesidades. A las 48 horas del ingreso empeora la clínica respiratoria e informan de hemocultivo positivo para *Staphylococcus aureus* meticilín sensible productor de la toxina de Panton-Valentine. Por lo que se modifica la pauta antibiótica a cloxacilina y clindamicina endovenosas. Al 4º día, requiere drenaje de derrame pleural bajo control ecográfico. La evolución clínica es favorable, por lo que es dada de alta el 12º día de ingreso con buen estado general.

En el evolutivo se constata el antecedente de infección cutánea intrafamiliar con abscesos purulentos de tórpida evolución. El estudio familiar de portadores nasofaríngeos mostró portación de *S. aureus* leucocidina positivo en la madre de la niña.

Conclusiones:

1. Las infecciones pediátricas por *S. aureus* portador de leucocidina de Panton-Valentine son poco frecuentes, pero su incidencia va en aumento.
2. Las formas clínicas son predominantemente cutáneas y pulmonares, con lesiones abscesificantes de evolución tórpida.
3. La mortalidad en las formas pulmonares asciende hasta el 75% en personas sanas (sin factores de riesgo) y jóvenes.

¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS MENÚS ESCOLARES DE CENTROS EDUCATIVOS PÚBLICOS Y CONCERTADOS? **R. Barrena Barbadillo, Clínica IMQ Zorrotzaurre, Bilbao. I. Irastorza Terradillos. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.**

Antecedentes y objetivos: Los comedores escolares ocupan un lugar central en la alimentación de los niños. La finalidad del estudio es evaluar y comparar la adecuación nutricional de los menús escolares en centro educativos públicos y concertados.

Material y Métodos: Utilizando como referencia nutricional la guía PERSEO se evaluaron los menús escolares normal, sin gluten, sin huevo y sin lácteos de 3 colegios públicos (CP) y 3 concertados (CC).

Resultados: Verdura [recomendación 5 veces por semana (v.p.s.)]: CP ofertan el 100%

de lo recomendado frente al 75% en los CC sin diferencias entre los diferentes tipos de menús. Farináceos [rec. 5 v.p.s.]: se oferta el 83% de lo recomendado, sin diferencias entre CP y CC ni entre menús. Carne [rec.1,25 a 2 v.p.s.]: En CP se supera en un 37% la oferta máxima, en CC en un 20%. En los menús "sin huevo" el exceso de oferta de carne es del 62% tanto en CP como en CC. Pescado [rec. 1,25 a 2 v.p.s.): la oferta tanto en CP como en CC y en todos los tipos de menús entra dentro del margen recomendado sin diferencias en función del tipo de menú. Sin embargo la oferta en CC es un 22% inferior a la de los CP. Huevo [rec. 1 v.p.s.): se oferta un 27% menos del mínimo recomendado sin diferencias entre menús ni tipo de colegios. Fruta [rec. 4 a 5 v.p.s.): los menús sin lácteos de los CP ofertan el 100% de lo recomendado, el resto de menús de CP ofertan un 22% menos del mínimo recomendado; en todos los menús de los CC ofertan un 27% menos del mínimo recomendado. Yogures [rec. complemento a la fruta]: en CP y en CC se oferta una media de 1,4 veces por semana como postre exclusivo, no como complemento a la fruta sino sustituyéndola. En los menús "sin lácteos" de los CP, no se ofrece yogur de soja; en los CC se ofrece como sustituto yogur de soja 1,9 veces por semana. Frituras [no recomendados]: se ofertan 0,25 v.p.s. en CP y 0,7 v.p.s. en CC en menús normales y en ningún menú de exclusión; no deberían ofrecerse según las recomendaciones. En ningún colegio se ofertan fritos en los menús "sin gluten, "sin huevo" y "sin lácteo". Postres lácteos hipercalóricos [no recomendados]: se ofertan 0,5 v.p.s. en CP y 0,7 v.p.s. en CC, en todos los menús excepto en los menús sin lácteos. Almíbares [no recomendado]: en CP no se ofertan, en CC 0,25 v.p.s. en todos los tipos de menús.

Conclusiones: La composición de los menús escolares es aceptable aunque mejorable. La ingesta verduras y frutas es inferior a la recomendada. Se ofrecen alimentos como frituras, lácteos hipercalóricos y almíbares que no deberían figurar en los menús escolares. Los CP y los menús de las dietas de exclusión siguen más fielmente las recomendaciones de Perseo que los CC y los menús de las dietas normales.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA, ¿HEMOS CONSEGUIDO MEJORAR? **M. De las Heras Martín, A. Vinuesa Jaca, F. Samson, X. Hernández Fernández, A. Larrauri Goiri, A. González Hermosa. Servicio de Pediatría. Sección de Urgencias. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.**

Objetivos: Conocer la evolución de la cultura en la seguridad del paciente en nuestro servicio de urgencias pediátricas (SUP) y adaptar las estrategias de mejora implantadas en 2012 a los resultados obtenidos.

Método: Estudio descriptivo comparativo de los resultados sobre la valoración del nivel de cultura de seguridad en nuestro SUP en enero del 2012 y en enero del 2014 utilizando como instrumento de medición la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano. La encuesta se realizó a profesionales del hospital que están o realizan guardias en el SUP. Se analizaron y compararon las respuestas positivas y negativas a 42 preguntas que configuran un total de 12 dimensiones sobre cultura de seguridad, así como la calificación de 0 a 10 otorgada a la seguridad del paciente en el SUP. Según los criterios de clasificación de la AHRQ, una dimensión se considera como fortaleza si obtiene un 75% o más de respuestas positivas y como debilidad u oportunidad de mejora si obtiene un 50% o más de respuestas negativas. Se realiza el análisis estadístico con Excel 2010.

Resultados: En 2014, realizaron la encuesta a 45 profesionales (participación del 94% vs 73% en 2012) representativos del servicio. De los encuestados un 27% son médicos adjuntos, un 33% médicos residentes, 29% enfermeras, 11% auxiliares. La calificación media es de 7 puntos en 2014 y en 2012 con una DE de 1,24 y 1,18 respectivamente. La dimensión "Trabajo en equipo en la unidad" aparece como una fortaleza en las encuestas de 2014 y 2012 con 73% y 79% (ns) de respuestas positivas respectivamente. En 2014 la segunda dimensión más valorada es "Aprendizaje organizacional/mejora continua" con un 67% de respuestas positivas (vs un 49% en 2012). En la última eva-

luación, la única dimensión considerada como debilidad es "Dotación de recursos humanos" con un 59% de respuestas negativas (vs 31% en 2012). En 2012, las dimensiones "Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales" y "Respuesta no punitiva a los errores" se identificaron como debilidad obteniendo un 55% y 50% de respuestas negativas respectivamente.

Conclusión: Creemos que la constitución en 2012 de un grupo de trabajo de análisis proactivo de riesgos y que el análisis sistemático de los efectos adversos graves con su difusión en el SUP han supuesto una mayor implicación de los profesionales del SUP en la seguridad del paciente. Se sugiere el diseño de un plan estratégico en seguridad del paciente para el 2014 con un enfoque especial en la gestión de situaciones de sobrecarga como posible respuesta a los problemas identificados.

TRICOBEOZAR GÁSTRICO EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO. **E. Etxart Lopetegui, A. Urbisondo Galarraga, R. Morante Valverde, F. Villalón, J.L. Ramos García, M. Suñol Amilibia.** Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario Donostia.

Introducción: El dolor abdominal es uno de los principales motivos de consulta en la urgencia pediátrica y puede ser debido a múltiples causas. Presentamos un caso de dolor abdominal recurrente de etiología poco frecuente.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 14 años sin antecedentes de interés que acude derivada por su pediatra, que la controlaba por anemia microcítica y trastornos inespecíficos en el pelo, al objetivar en la revisión habitual de los 14 años una masa epigástrica de 8 x 10 cm. La niña refiere dolor abdominal recurrente, sensación de saciedad precoz y pérdida de 4 kg de peso en los últimos 2 meses. En tratamiento con hierro oral por la anemia, no presenta otras alteraciones en la analítica. En la radiografía abdominal se objetiva sensación de masa en vacío derecho con calcificaciones y en la ecografía abdominal no se aprecian hallazgos significativos. Se realiza TC abdominal donde

se observa distensión gástrica con contenido denso en su interior que ocupa la práctica totalidad de su luz. En una nueva anamnesis, la niña reconoce hábito tricotilomaniaco. Se confirma el diagnóstico de tricobezoar mediante endoscopia digestiva superior, donde también se visualiza una úlcera parapilórica. Se decide derivar la paciente a psiquiatría infanto-juvenil y programar el tratamiento quirúrgico del tricobezoar, realizándose mediante laparotomía transversa en epigastrio, gastrotomía paralela a la curvatura mayor y extracción del tricobezoar. El postoperatorio transcurre sin complicaciones y la paciente es dada de alta a los 6 días de la intervención.

Conclusiones: La existencia de un bezoar gástrico es una causa muy poco frecuente de dolor abdominal en la población pediátrica, por ello, difícil de diagnosticar. El tricobezoar debe incluirse en el diagnóstico diferencial del paciente pediátrico con dolor abdominal recurrente o crónico, vómitos, tricofagia y masa abdominal. En la mayoría de los casos, se esconde patología psiquiátrica que incluye tricotilomanía y tricofagia. La endoscopia digestiva superior permite realizar un diagnóstico de certeza y planear el tratamiento más adecuado.

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN ORAL

ESTUDIO ETIOLÓGICO DE LAS COMPLICACIONES EN LA RETIRADA DE RESERVORIOS VENOSOS. **L. Medrano Méndez, L.F. Alfonso Sánchez, I. Astigarraga Aguirre, A. Galbarriatu Gutiérrez, L. Álvarez Martínez.** Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Cruces.

Introducción. Los reservorios venosos facilitan la administración de tratamientos intravenosos prolongados en algunas enfermedades como el cáncer infantil. La retirada de un reservorio es un procedimiento quirúrgico rutinario y sencillo aunque pueden ocurrir complicaciones. Ante un notable aumento de estas en nuestro servicio se revisa la casuística para analizar los problemas y proponer acciones de mejora.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los últimos 52 pacientes consecutivos a los que se ha retirado un reservorio venoso central entre enero 2012 y febrero 2014 (26 meses). Se estudian diferentes variables y se hace el análisis descriptivo y estadístico con SPSS 22

Resultados: La mayoría de los reservorios, 34 (65,4%), fueron retirados según la técnica habitual sin complicaciones. 18 (34,6%) presentaron algún tipo de complicación en la retirada, siendo ésta tipo adherencia firme del catéter al vaso en 10 casos (19,2%) o adherencia firme al vaso con rotura secundaria del catéter y retención intravascular de un fragmento en 8 casos (15,4%). De éstos, en 7 pudo extraerse la totalidad del material retenido mediante técnicas quirúrgicas o intervencionistas sin complicaciones.

Conclusiones: El factor de riesgo principal para presentar complicaciones en el momento de la retirada del reservorio es el tiempo de permanencia, siendo posiblemente el calibre del catéter un factor asociado. Se establecen protocolos de prevención y actuación, con el objetivo de evitar y solucionar estas complicaciones. Nuestro equipo aboga por la retirada del fragmento de catéter retenido mediante técnicas de radiología intervencionista siempre que sea posible

EXPERIENCIA EN EUSKADI CON EL USO DE ASISTENCIA CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA EN NIÑOS. **E. Morteruel Arizcuren, E. Pérez Estévez, S. Redondo Blázquez, D. García Urabayen, M. Nieto Faza, Y. López Fernández.** Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

Introducción: Hoy día, las técnicas de membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) ofrecen una alternativa a las situaciones de fallo hemodinámico o respiratorio refractarias al tratamiento convencional, hasta la recuperación del órgano afecto o como puente a un trasplante cardíaco o pulmonar

Material y métodos: Revisión de los episodios de los pacientes ingresados en Unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) de nuestro hospital que precisaron soporte con ECMO, desde

la implantación de esta técnica en septiembre de 2009 hasta la actualidad. Recogemos sus características epidemiológicas, clínicas, complicaciones y evolución.

Resultados: Fueron 34 pacientes, 12 (35,3%) fueron neonatos. La edad media de los pacientes pediátricos fue de 26 meses (1- 178 meses). Dos de ellos precisaron Asistencia ventricular, el resto ECMO veno-arterial. La canulación fue central en 55,8% de los pacientes, realizándose esta en el 64,7% de los casos en UCIP. La principal indicación fue el fallo hemodinámico en postoperatorio de una cardiopatía congénita (61,8%), seguida de hipertensión pulmonar por neumopatía aguda (meconio, tosferina maligna...) entre otras. El número de días en ECMO, días de ingreso en UCIP y en hospital fueron respectivamente de 5,3 días (0,2-31), 31 días (0-375) y 35 días (0-385). La complicación más frecuente asociada a la técnica, fue el sangrado en zona de inserción de las cánulas. 6 pacientes fueron trasladados al centro de referencia de trasplante pediátrico. La mortalidad global fue del 52,9%. De los supervivientes, 4 (25%) presentan secuelas, sobre todo neurológicas leve-moderadas (3 casos).

Conclusiones: En nuestra serie, como está descrito en la literatura: 1) El soporte ECMO permiten rescatar de un pronóstico fatal a un porcentaje de pacientes no desdeñable; 2) Mejora el pronóstico las indicación precoces y la formación en el uso de la técnica de todo el personal sanitario. 3) La calidad de vida a largo plazo de los supervivientes, en general, es considerada como buena o muy buena.

LEISHMANIASIS VISCERO-TROPICAL. UN CASO EN BILBAO. **A. Salmón, L. Martínez, O. Morientes, M. Vázquez, I. Pocheville.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cruces.*

Introducción: Los flujos migratorios están cada vez más integrados en nuestra sociedad, lo que obliga al médico de hoy en día, a incluir en sus diagnósticos diferenciales patologías poco prevalentes en nuestro medio como es el caso de la Leishmania.

Exposición del caso: Presentamos el caso de un niño de 8 años originario de Camerún,

residente en España desde los últimos 6 meses, que consulta por un cuadro de fiebre prolongada (3 semanas) y astenia. A la exploración, destaca heptatoesplenomegalia leve. Se inicia estudio de FSF en niño procedente del trópico, descartándose malaria, fiebre tifoidea, endocarditis, mononucleosis infecciosa, patología tumoral, sd. hemofagocítico. Ante sospecha alta de Leishmania se solicita un estudio de médula ósea, siendo la PCR positiva a Leishmania donovani. Ante diagnóstico de leishmaniasis viscerotropical (clínica leve) se inicia tratamiento con Anfotericina IV liposomal, con recuperación clínica completa y desaparición de la fiebre.

Discusión: La fiebre sin foco en el niño procedente del trópico es un reto diagnóstico por la diversidad de patologías que engloba, cuyo pronóstico es variable. Por ello un retraso en diagnóstico puede tener consecuencias fatales.

Una de las patologías a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial es la leishmaniasis, dentro de la cual se distinguen la forma visceral y la viscerotropical, esta última una forma atenuada y más leve con respecto a la forma visceral clásica.

Conclusión: Ante un niño con fiebre sin foco procedente del trópico sospecharemos inicialmente una malaria o fiebre tifoidea. Si asocia esplenomegalia y pancitopenia debería descartarse una leishmaniasis visceral, siendo importante excluir un síndrome hemofagocítico.

Por todo ello aunque en nuestro medio es poco frecuente, la leishmaniasis visceral tendría que estar presente en el diagnóstico diferencial del niño con fiebre sin foco, no solo procedente del trópico sino también en aquellos sin ese antecedente epidemiológico, principalmente en aquellas zonas del estado (Andalucía, Comunidad Valenciana...) donde está presente la Leishmania y su vector el mosquito flebótomo.

RESULTADOS PERINATALES DE MADRES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE LA SEROTONINA. **C. Mañanes Negro, A. Vinuesa Jaca, J. Betolaza Asúa, T. Iglesias López, Lorena Rodeño Fernández, J. Montero Gato.** *Unidad Neonatal. Hospital Universitario Basurto.*

Introducción: La depresión materna es una enfermedad común, con prevalencia del 10-15% en el embarazo. Existe un aumento progresivo del uso de antidepresivos en la gestación ya que su infratratamiento puede tener consecuencias severas para la madre, el feto y el recién nacido. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los más empleados por ser los más seguros y mejor tolerados aunque la exposición en el tercer trimestre se relaciona con un peor resultado perinatal siendo mayor la incidencia de aborto, muerte anteparto, parto pretérmino o bajo peso. Un 30% de los recién nacidos expuestos a ISRS pueden presentar sintomatología atribuible a la supresión del fármaco (síndrome de abstinencia neonatal o de discontinuación), pero también a efectos directos de la serotonina. La clínica suele ser inespecífica, leve y transitoria, difícil de diferenciar de otras patologías más frecuentes relacionándose el inicio de los síntomas con el tipo y dosis de fármaco. No hay evidencia de efectos adversos en el neurodesarrollo. El tratamiento se basa en medidas sintomáticas no farmacológicas. La lactancia materna no está contraindicada y contribuye a la disminución de la duración y severidad de los síntomas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los RN ingresados en la U. Neonatal del H.U. Basurto entre 2011-2014 con antecedente de consumo materno de ISRS durante el embarazo. Se describen los datos perinatales y la evolución clínica.

Resultados: En nuestra serie se recogen 10 casos siendo la fluoxetina el ISRS más utilizado. La indicación principal de tratamiento con ISRS es el síndrome ansioso-depresivo pregestacional. El 90% de las madres asociaba tratamiento con otros fármacos, fundamentalmente benzodiazepinas. Una gestante consumía drogas de abuso y otra era gran fumadora de tabaco.

Cuatro de los partos fueron instrumentados, uno finalizó mediante cesárea urgente por RPBF y un parto gemelar pretérmino nació mediante cesárea. En uno de los RN se sumó el diagnóstico de asfixia perinatal con encefalopatía hipóxico-isquémica.

Destaca la prematuridad en un 40%: 2 RN con EG<32 s y 2 pretérminos tardíos. Dos de

los casos eran RN con bajo peso para la edad gestacional (PN < p10).

El 40% de los ingresados desarrolló síndrome de privación, con síntomas neurológicos en todos ellos y clínica digestiva en un 30%. Entre los síntomas atribuibles al efecto directo de la serotonina destaca un caso con hipoglucemia y otro con bradicardia sinusal. El tiempo de aparición varió entre 6 y 36 horas desde el nacimiento. Precisó tratamiento específico el RN con hipoglucemia y el RN con E-H-I asociada. En el resto de los sintomáticos la clínica fue leve y transitoria.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL CELIACA EN GUIPÚZCOA. **L. Benjumea Moreno¹, FJ. Eizaguirre Arocena¹, MS. Sánchez Hernández¹, I. Larretxi Lamelas², J. Miranda Gómez², I. Churrua Ortega².**

¹Servicio de Pediatría, Unidad de Gastroenterología Pediátrica, Hospital Universitario Donostia.

²Laboratorio de Análisis de Gluten, Departamento de Farmacia y Ciencias de los Alimentos, Facultad de Farmacia, UPV/EHU.

Introducción: La exclusión del gluten de la dieta afecta al consumo de determinados grupos de alimentos, principalmente al de cereales, dificultando el cumplimiento de una dieta equilibrada en el colectivo infantil.

Objetivos: Analizar el estado nutricional y los hábitos alimentarios de los niños/as celiacos/as.

Método: Se reclutaron niños/as celiacos/as de edades comprendidas entre 3 y 15 años residentes en Guipúzcoa durante el año 2013. Se recogieron datos antropométricos (talla, peso, Índice de Masa Corporal (IMC) y valoración de la composición corporal por bioimpedancia eléctrica), se analizaron la composición de su dieta mediante recordatorios de 24 horas y sus hábitos alimentarios mediante cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos.

Resultados: Participaron un total de 37 niños (24 mujeres y 13 varones). Edad media: 8,7 años (rango: 3,6-15,4). El IMC fue 17,8±2,3 kg/m², situando al 70,3% en rangos adecuados (P15-P85). El porcentaje de masa grasa medio fue 19,5±6,6%, siendo superior al 25% en 7

niños (18,9%). En cuanto a la composición de la dieta, consumieron 1851±228 kcal de media repartidas de la siguiente manera: 43,8±5,6% de carbohidratos, 16,8±2,9% de proteínas y 39,4±5,3% de grasas (saturadas 12,8±2,6%, monoinsaturadas 13,1±2,6% y poliinsaturadas 3,5±1,8%). De los hábitos alimentarios, destacar que solo un 24% de los participantes cumple con las recomendaciones de consumo de cereales (>4 raciones/día). El consumo de verduras y hortalizas es insuficiente en un 96,3% (<2 raciones/día), y solo el 38% de los participantes alcanza la recomendación en cuanto al consumo de frutas (>2 raciones/día). El consumo de carne es excesivo en el 100%, mientras que el de pescado es más adecuado (41% correcto, 43% deficitario y 16% excesivo). Respecto a los lácteos y azúcares, en general, el consumo es más adecuado.

Conclusiones: La dieta de la población infantil celiaca de Guipúzcoa no es equilibrada. Se debe analizar más en profundidad los hábitos alimentarios de estos niños, y valorar la necesidad de desarrollar una herramienta de educación nutricional para promover pautas y hábitos de vida más saludables.

SÍNDROME DE LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES). **Dra. Luengo Echeveste, Dr. Muñoz-Seca, Dra. Ormazabal, Dra. García de Andoin¹, Dra. Martí², Dr. Lafuente².** ¹Unidad de Hemato- Oncología Infantil. ²Unidad de Neurología Infantil. Hospital Universitario Donostia.

Introducción: El PRES es un síndrome clínico-radiológico caracterizado por convulsiones, cefalea, alteraciones visuales y del nivel de conciencia asociados con lesiones bilaterales transitorias afectando predominantemente a los lóbulos occipito-parietales. Pese a que el número de casos reconocidos y descritos están en aumento, la incidencia real del cuadro se desconoce.

La patogenia no está clara, como posibles causas cabe destacar la hipertensión arterial y algún caso descrito en el tratamiento de fase de inducción de la leucemia.

Objetivo: Describir una entidad poco frecuente en la práctica clínica diaria mediante un

caso y subrayar la importancia de su inclusión en el diagnóstico diferencial de las alteraciones neurológicas durante el tratamiento quimioterápico de la leucemia.

Caso clínico: Paciente varón de 12 años de edad afecto de leucemia linfocítica preT SNC3 (blastos en el LCR con más de 5 leucocitos/ml) con afectación testicular, bajo tratamiento quimioterápico según protocolo SEHOP-PETHEMA 2013 en fase de inducción IA (buena respuesta a corticoides en sangre periférica el día + 8 y remisión completa en médula ósea y LCR el día + 15) que ingresa el día + 27 de la fase de inducción IA desde domicilio por presentar 2 episodios convulsivos tónico-clónicos generalizados. Refería sensación de mareo y alteración de la percepción visual antes de empezar la primera convulsión.

Como antecedente había recibido horas antes de la convulsión asparraginasas i.m. y terapia intratecal 4 días antes (MTX, hidrocortisona y ARA-C) con análisis de citología de LCR acelar. A su ingreso presentaba exploración neurológica normal, con una TA de 137/89 (TAM 105 mmHg, > p 97. Se inició tratamiento antiepiléptico con levetiracetam y estudio etiológico de convulsiones. Se instauró tratamiento antihipertensivo con enalapril, precisando en las primeras 48 horas nifedipino asociado que pudo retirarse posteriormente, con buen control de cifras de TA.

Se realizó punción lumbar en la que persistía citología acelular descartándose así mismo patología infecciosa. En el EEG se objetivó un enlentecimiento del ritmo de fondo temporo-parietal derecho con actividad epileptiforme. En el RM se visualizaron lesiones parcheadas en sustancia blanca subcortical de lóbulos frontales, parietales, occipitales y lóbulo temporal derecho, con algunos focos de afectación cortical. Ante el cuadro clínico sugestivo e imágenes radiológicas compatibles, se diagnosticó de PRES.

A las 24 horas de tratamiento con levetiracetam, comenzó con un cuadro de alucinaciones y agitación que se resolvió al sustituirse por ácido valproico. A nivel oncohematológico se mantuvo con tratamiento quimioterápico. Las cifras de TA fueron bien controladas con enalapril que pudo ser retirado a los dos

meses. Actualmente mantiene tratamiento antiepiléptico con ácido valproico y no ha presentado nuevos episodios convulsivos.

Comentarios: Aunque el PRES es una patología poco frecuente, presenta unas características clínico-radiológicas específicas que permiten reconocerla.

Es fundamental tratar la HTA así como prevenir las convulsiones con tratamiento anticonvulsivo. El levetiracetam quizá habría de evitarse en situación de riesgo de clínica psiquiátrica. Debido a que el retraso del tratamiento quimioterápico es perjudicial para el paciente, éste debe de reiniciarse cuanto antes.

ACCÉSIT MEJOR COMUNICACIÓN ORAL

EPILEPSIA REFLEJA POR AGUA CALIENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO. **A. Justo Ranera, G. Azcona Ganuza, A. Mosquera Gorostidi, A. Amézqueta Tiraplegui, S. Aguilera Albesa, M.E. Yoldi Petri.** *Hospital Virgen del Camino. Complejo Hospitalario de Navarra.*

Introducción: En aproximadamente el 5% de los pacientes con epilepsia, existen factores desencadenantes (estímulos sensoriales específicos), son las llamadas epilepsias reflejas. Las crisis desencadenadas por agua caliente son excepcionales (casi todos los casos han sido identificados en India).

Describimos el caso de una niña de 13 meses en el momento de la primera consulta, diagnosticada en nuestro servicio de epilepsia refleja por agua caliente, aportando imágenes de EEG crítico, así como vídeo de la prueba de provocación que resultó diagnóstica.

Resumen del caso: Niña de 13 meses, sin antecedentes patológicos de interés que consulta en Urgencias por pérdida de consciencia, eversión ocular y movimientos anormales tras el baño, de unos minutos de duración, persistiendo tras la recuperación somnolencia durante varios minutos. En la anamnesis destaca aversión del niño por el baño, llegando a vomitar en ocasiones (previo a bañarse). Antecedentes familiares: 2 hermanas mayores sanas, tío materno con epilepsia. Pruebas

complementarias y exploraciones para estudio neurológico y cardiológico normales, destacando en analítica hipertransaminasemia y serología de VEB positiva (con descenso de niveles de enzimas hepáticas en controles posteriores). Se sospecha de epilepsia refleja desencadenada por agua caliente, pudiendo realizar el diagnóstico mediante video-EEG con prueba de provocación (aparición de registro epileptiforme en EEG, con pérdida de tono y desconexión, movimiento de manos, balanceo y cianosis perioral de aproximadamente un minuto de duración con recuperación inmediata, exploración neurológica normal y tendencia al sueño). Comenzó tratamiento con valproato sódico hasta 7,5 mg/kg/día cada 12 horas consiguiendo un buen control, reduciendo el número de crisis hasta 1/3 meses en última revisión en consulta de Neuropediatria.

Conclusiones:

- La epilepsia refleja por agua caliente es poco frecuente en países occidentales (mayor incidencia en el sur de India). Su fisiopatología es desconocida, aunque parecen implicados factores genéticos que determinan una alteración en la termorregulación craneal. A diferencia de otras epilepsias reflejas, requiere de un estímulo complejo: táctil y térmico, además la crisis sólo se induce a determinada temperatura.
- El diagnóstico fundamentalmente es clínico, y el pronóstico suele ser favorable, con buena respuesta a tratamiento farmacológico y tendencia a remisión espontánea de las crisis (aunque en ocasiones puede evolucionar hacia otros tipos de epilepsia no refleja).

INGRESOS POR GASTROENTERITIS AGUDA POR ROTAVIRUS EN NUESTRO CENTRO ENTRE LOS AÑOS 2000-2014 ¿HA INFLUIDO LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA FRENTE A ROTAVIRUS? **M. Mendizabal Diez, M. Martínez Merino, I. Vaquero Iñigo, A. González Benavides, E. Aznal Saínz, F. Sanchez-Valverde Visus.** *Gastroenterología y Nutrición Infantil. Complejo Hospitalario de Navarra.*

Antecedentes y objetivos: La gastroenteritis aguda por rotavirus (GEAR), constituye una de las causas principales de hospitalización en menores de 5 años. Su morbilidad y coste económico para la sociedad es sin duda muy elevado dada su alta frecuencia diagnóstica.

El objetivo de este estudio es analizar la evolución histórica de ingresos por GEAR entre los años 2000-2014, así como su tendencia a partir de la introducción de la vacuna antirrotavirus.

Método: Se analizan los ingresos en planta de hospitalización de nuestro centro en temporada rotavírica (octubre-marzo) desde el año 2000 hasta 2014 con el diagnóstico de gastroenteritis aguda (GEA).

Resultados: Desde el 2000 hasta el 2014 han ingresado entre los meses de octubre a marzo un total de 1129 niños con el diagnóstico de GEA. Rotavirus ha sido identificado como agente causal en un 44.8% de los casos.

De los 340 casos de GEA ingresados entre octubre 2009 y marzo 2014, solo 44 niños (13%) había recibido vacuna frente a rotavirus. Entre los no vacunados, rotavirus fue identificado como agente causal en el 59% de los casos y solo en 6 niños (16%) entre el grupo de vacunados.

De los 1129 niños ingresados entre los años 2000-2014, un 63.3% lo hizo antes del 2007, frente al 36.4% que lo hizo en los próximos 7 años. No obstante, el porcentaje de ingresos por GEAR respecto al total de gastroenteritis ascendió de un 40% en el primer periodo a un 52% a partir del 2007. Sin embargo, analizando solo los 2 últimos periodos rotavíricos (2012-2013 y 2013-2014) se objetiva también un descenso en el porcentaje de GEAR (33%)

Conclusiones:

- La GEAR ha sido hasta el momento la causa principal de ingresos por GEA en nuestro hospital, sobre todo durante el periodo invernal.
- El número de ingresos por GEA ha disminuido a lo largo de los últimos años, sin embargo el porcentaje de ingresos de GEAR en el periodo invernal sigue siendo parecido e incluso más elevado, alcanzando en el periodo 2007-2014 un 52 % del total de

ingresos por GEA. Sin embargo, si analizamos los 2 últimos periodos rotavíricos (2012-2013 y 2013-2014) parece haber un cambio de tendencia objetivando una clara disminución de ingresos tanto por GEA como por GEAR. No obstante, el periodo observacional tras la instauración de la vacunación todavía no es suficientemente largo y teniendo en cuenta que la epidemiología de la infección por rotavirus es bienal, sin duda es necesario ampliar este periodo observacional para confirmar tendencias o desmentirlas.

- El porcentaje de gastroenteritis causadas por rotavirus es significativamente menor en el grupo de vacunado respecto a los no vacunados.

SÍNDROME MALABSORTIVO DE ORIGEN POCO FRECUENTE. **A. Rodríguez Ramos, H.E. Cabello Pucce, N. García de Andoin Barandiaran, J.J. Uriz Monaut, L. Arranz Arana, J. Korta Murua.** *Unidad de Oncología Pediátrica. Hospital Universitario Donostia.*

Introducción: Los desórdenes malabsortivos clásicamente caracterizados por déficit nutricional, distensión abdominal o diarrea crónica, incluyen un amplio grupo de etiologías cuyo diagnóstico implica la realización de múltiples pruebas. El pediatra debe ser capaz de reconocer las diversas manifestaciones del síndrome malabsortivo para el diagnóstico y tratamiento precoz.

Caso clínico: Paciente varón de 8 años que presenta astenia y palidez cutánea de una semana de evolución. A la exploración física se objetivan edemas generalizados. En la analítica se objetiva anemia severa, ferropénica (Hb 6,7 g/dl; VCM 77,5 fl; Hierro 8 mcg/dl; Ferritina 9,1 ng/ml), déficit de vitamina B12 (145,8 pg/ml) e hipoproteinemia (proteínas totales 3,4 mg/dl). Ante la sospecha de un trastorno malabsortivo, se hospitaliza para completar estudio: test de sangre oculta en heces positivo, anticuerpo antitransglutaminasa negativo. Se realizaron ecografía abdominal y gammagrafía Tc99 con resultado normal. Se realizó endoscopia digestiva

alta, observando pólipos en mucosa gástrica con mucosa duodenal muy friable, siendo el resultado de la biopsia compatible con trastorno linfoproliferativo. En el PET se objetiva afectación difusa de mucosa digestiva, parénquima hepático, pancreático y estructuras óseas. Tras el estudio inicial se diagnostica de Linfoma de Burkitt estadio III. Se completó el estudio diagnóstico y de extensión según protocolo SHOP 2005, para Linfoma No Hodgkin B, encuadrándose en grupo B de tratamiento. Se inicia tratamiento quimioterápico, y tras un primer ciclo COP (prednisona oral 8 días, vincristina intravenosa 1 dosis y ciclofosfamida intravenosa 1 dosis), presenta normalización en las imágenes del PET, entrando en remisión clínica completa y analíticamente con recuperación progresiva de la anemia e hipoproteinemia.

Comentarios: Ante un paciente con síndrome malabsortivo y ecografía abdominal normal, el linfoma difuso intestinal es una patología a tener en cuenta, sobre todo en pacientes con enfermedad celiaca, aunque no sea una forma de presentación habitual.

Es excepcional la presentación de un Linfoma de Burkitt con afectación exclusiva de la mucosa intestinal.

El Linfoma de Burkitt tiene una alta tasa de curación, la mayoría de los pacientes con ciclos relativamente cortos de quimioterapia.

SÍNDROME DE ALPORT. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO GENÉTICO. **E. Fdez. Mugaburu, J. Cruz Len Aguilera, G. Pérez de Nanclares Leal, M. Garmendia Elizalde, H. Arranz García, N. Larrinaga Dañobeitia.** *Nefrología Infantil. HUA-Txagorritxu.*

Introducción: El síndrome de Alport (SA) es una enfermedad hereditaria que afecta las membranas basales, principalmente la membrana basal glomerular, causada por mutaciones que afectan al colágeno tipo IV. Frecuentemente se acompaña de hipoacusia neurosensorial y anomalías oculares. Tiene una incidencia global de 1: 50.000, y el patrón de herencia es principalmente ligado al X (85% de los casos) y autosómica recesiva.

Caso clínico: Varón de 11 años, enviado a Nefrología Infantil a los 12 meses de edad por hallazgo casual de hematuria microscópica aislada.

Hijo único, padres no cosanguíneos, sin antecedentes patológicos de interés.

En la valoración inicial se comprobó una hematuria de origen glomerular con función renal y tensión arterial normal. A partir de los 2 años de vida comienza con brotes recurrentes de hematuria macroscópica acompañados de leve proteinuria coincidiendo con los episodios febriles, principalmente de infección respiratoria de vías altas; sin afectación de la función renal ni de la TA en los brotes.

Remisión al resolver el cuadro infeccioso, permaneciendo entre ellos con una hematuria microscópica libre de proteinuria

Con esta sintomatología clínica se hizo el diagnóstico de sospecha de nefropatía IgA. No se realizó biopsia por no reunir los criterios de indicación de la misma.

En los controles médicos rutinarios permaneció asintomático y a la edad de 10 años se objetiva una hipoacusia de tipo neurosensorial.

Con este dato se modifica la orientación etiológica de su afección renal, por lo que se realiza estudio genético para síndrome de Alport ligado al cromosoma X.

Diagnóstico genético: Portador en hemisiglo de la variante de la secuencia c. 3764 G>T (p.Gly 1255Val), que confirma el diagnóstico de Síndrome de Alport.

Evolución: Actualmente se encuentra clínicamente estable, TA normal, peso y talla en P3-10, presenta una hematuria microscópica persistente, con proteinuria significativa, sin repercusión en las proteínas plasmáticas. Recibe como tratamiento Enalapril a dosis bajas como antihipertensivo. No tiene alteraciones oculares y padece una hipoacusia de tipo neurosensorial, que no precisa prótesis auditiva.

Conclusión: EL SA generalmente se presenta en el niño como una hematuria persistente con leve proteinuria, aunque con mucha variabilidad en la expresión clínica. Un dato que claramente ayuda a diagnosticar esta afección es la aparición de hipoacusia de tipo neurosensorial, en ocasiones fácil de identificar con la anamnesis detallada.

ARTRITIS REACTIVA Y VARICELA: ¿REACCIÓN INFLAMATORIA O AFECTACIÓN DIRECTA DEL VIRUS? U.

González Camacho, A. Elozegi Castellanos, M.A. Vazquez Ronco, M.I. Pocheville Guruceta, M.C. Pinedo Gago. *Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo. Unidad de Hospitalización Pediátrica.*

Introducción: La varicela es una enfermedad exantemática producida por el *Herpesvirus varicellae*. La complicación articular es rara, apareciendo generalmente tras el exantema cutáneo durante las primeras 72 horas. No obstante, se han descrito tres casos en los que la artritis fue anterior a la varicela y otro caso en que fue concomitante.

Las articulaciones que suelen afectarse son, por orden de frecuencia: rodillas, tobillos, hombros y caderas.

El aislamiento del virus en el líquido sinovial es difícil de demostrar, habiendo pocos

casos documentados. No obstante, la PCR ha supuesto un gran avance para su detección.

Caso clínico: Se presenta el caso de una niña de 4 años que debuta con artritis bilateral de rodillas en el contexto de varicela. Inicialmente presentaba fiebre y exantema vesículo-costroso sugestivo de varicela, comenzando al cuarto día con tumefacción bilateral de ambas rodillas y torpeza al caminar. La analítica muestra PCR 1,03 mg/dl, PCT 0,2 ng/ml, 4.500 leucocitos (36%N, 56%L) y VSG 23 mm. En la ecografía se observa derrame articular bilateral con colecciones heterogénea. Se realiza artrocentesis con los siguientes hallazgos bioquímicos: glucosa 41 mg/dl, proteínas 6,3 g/dl, hematíes 4.400 cels/mm³, otras 15.000 cels/mm³ (80% linfocitos). Inicialmente se instaura antibioterapia y se añade tratamiento antiinflamatorio pautado. Se repite la punción en la rodilla contralateral donde se detecta PCR positiva para varicela zoster, siendo todos

los cultivos negativos. Se retira el antibiótico presentando una evolución favorable durante su estancia estando afebril, sin dolor y con disminución progresiva de la tumefacción. Es seguida en CCEE de Reumatología Infantil con normalización ecográfica, estudio analítico con ANA negativo y permaneciendo clínicamente asintomática.

Conclusiones: Las artritis reactivas en contexto de varicela en su mayoría se han descrito como reacciones inflamatorias, pero ¿y si son por afectación directa del virus?.

La reciente aparición de la PCR para detección del virus en el líquido sinovial nos permite ir un paso más y constatar que la afectación articular puede deberse a una invasión directa del virus, como ha sido nuestro caso. El tratamiento a realizar debe ser únicamente sintomático, apreciándose rápida mejoría clínica con desaparición en pocos días de la sintomatología local, sin dejar secuelas.