



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Filial Córdoba



Por un niño sano
en un mundo mejor



La Niñez de Hoy
DESAFÍO, OPORTUNIDAD Y ESPERANZA

38°

**CONGRESO
ARGENTINO**

de PEDIATRÍA

26, 27, 28 y 29 de septiembre de 2017

Orfeo Superdomo • Av. Cardeñosa 3450

Centro de Convenciones Dinosaurio Mall • Rodríguez del Busto 4086

Ciudad de Córdoba • Provincia de Córdoba

**RESÚMENES de
TRABAJOS LIBRES**

Los resúmenes de los Trabajos
son reproducción exacta de los enviados por los autores.

*La Sociedad Argentina de Pediatría no tiene
responsabilidad alguna sobre sus contenidos.*





CISTOADENOMA DE OVARIO EN PACIENTE ADOLESCENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Vadela Trivi E.¹; Cattaneo L.²; Martín A.³; Lezcano A.⁴; López M.⁵; Bonesi D.⁶; Armendariz F.⁷

HOSPITAL VIRGEN DEL CARMEN ^{1,2,3,4,5,6}; HOSPITAL SOR MARIA LUDOVICA ⁷

<soledad.vadela@hotmail.com>

1

Paciente de sexo femenino, de 14 años y previamente sana, que consulta por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por tumoración abdominal de aumento progresivo de tamaño y dolor de tipo cólico.

EXAMEN FÍSICO

Abdomen blando y depresible, de difícil palpación, indoloro y globoso. Presenta tumoración abdominal que ocupa todo el hemiabdomen inferior. FUM incierta y con ciclos irregulares. Niega IRS. En IC con ginecología, se descarta embarazo. EN IC con cirugía, se realiza ecografía abdominal evidenciando múltiples imágenes quísticas que ocupan la totalidad de la cavidad abdominal, imposibilitando la visualización de los órganos. Se realiza laboratorio y s. urinario, dentro de parámetros normales, y subunidad beta-HCG negativa. Debido a la imposibilidad de continuar con exámenes complementarios y proporcionar eventual tratamiento, se deriva a la paciente a centro de mayor complejidad. La intervención quirúrgica confirmó una masa quística originada en ovario izquierdo y se logró extirpar la totalidad del tumor. El estudio anatomopatológico la clasificó como cistoadenoma mucinoso ovárico benigno. Los tumores ováricos son raros en pediatría, representando menos del 1 % de los tumores infantiles. Los tumores epiteliales representan menos del 20% de los tumores ováricos en niñas. Como subtipos histológicos se encuentran los tumores serosos y los mucinosos, habiéndose encontrado pocos casos de estos últimos en la literatura especializada. Pueden ser benignos, malignos o intermedios.

Formas de presentación: aumento del perímetro abdominal acompañado de una masa intraabdominal palpable. El dolor abdominal es poco frecuente.

DIAGNÓSTICO

La elevada sensibilidad de la ecografía, superior a la TC, permite una buena definición morfológica del tumor, así como su localización y extensión. Se debe realizar TC y RMN para definir el estadio del tumor y planificar el tratamiento. La determinación de los marcadores tumorales específicos de tumores de células germinales es importante para el diagnóstico diferencial. Los tumores epiteliales se acompañan de elevación de los niveles de Ca125 y Ca19.9. El estudio anatomopatológico es el único que brinda un diagnóstico definitivo.

TRATAMIENTO

Es quirúrgico y debe ser lo más conservador posible para preservar la fertilidad. Se realizará quistectomía, o salpingooforectomía unilateral, con exploración de la gónada contraria.

PRONÓSTICO

Es excelente; sin embargo, es fundamental su adecuado seguimiento por el riesgo de recidiva.

SÍNDROME DE CASCANUECES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Groselj M.¹; Viani M.²; Vicari D.³

HOSPITAL FLEMING^{1,2,3}

<gabrielagroselj@yahoo.com>

4

Ante un paciente con dolor lumbar, hematuria y varicocele, una de las patologías a descartar es el Síndrome de Cascanueces.

Los exámenes de diagnóstico deberían incluir un análisis de orina, ecografía y/o urografía intravenosa, Doppler color, tomografía computarizada o angiografía por resonancia magnética, flebografía de la vena renal izquierda y manometría. El tratamiento del síndrome del cascanueces depende de la severidad de los síntomas, aquellos pacientes con síntomas leves o tolerables pueden ser tratados en forma conservadora.

Las opciones terapéuticas disponibles en la actualidad pueden sub clasificarse en 3 grupos: 1) vigilancia, tratamiento propuesto principalmente en hematuria moderada, ya que la resolución espontánea suele ocurrir en estos casos 2) procedimientos quirúrgicos abiertos: nefropexia medial, derivación de la vena renal, trasposición de la vena renal izquierda y autotrasplante de riñón izquierdo (estos procedimientos más agresivos se pueden requerir si la hematuria es severa y causa anemia o existe dolor abdominal o en el flanco izquierdo incapacitante) 3) stents intra vasculares: esta es una alternativa mínimamente invasiva, con resultados favorables y menor morbilidad, aunque su eficacia y seguridad debe ser comprobada a largo plazo.

El síndrome del cascanueces se presenta por igual en ambos sexos, su prevalencia verdadera no se conoce; aparece en aquellos individuos en los que hay una compresión de la vena renal izquierda en la pinza que forma la arteria mesentérica superior y la aorta, de esta forma aquellos pacientes con ptosis renal, con escasa grasa perirrenal y lordosis lumbar

acentuada presentan una predisposición anatómica.

En nuestro caso, el dato clínico inicial fue dolor lumbar izquierdo y hematuria leve, lo cual fue estudiado y se descartó cada uno de los diagnósticos diferenciales como litiasis, malformaciones congénitas vasculares, tumores, infecciones, anomalías del parénquima o de la vía urinaria, entre otras. Se debe enfatizar que la primera herramienta diagnóstica es la semiología y la exploración física, si el paciente tiene síntomas de congestión pélvica y hematuria, la asociación de dolor en el flanco izquierdo con irradiación al área glútea y várices pélvicas en una mujer, o varicocele en el varón, constituyen una fuerte base en el diagnóstico. El apoyo de imagen con la TAC y Ecografía renal Doppler utilizados en este caso nos permitieron establecer el diagnóstico y pusieron de manifiesto las alteraciones vasculares venosas secundarias a la persistencia de la hipertensión venosa.

En los pacientes jóvenes (menores de 18 años de edad) se recomienda el tratamiento conservador. A este respecto se ha observado que con el desarrollo físico aumenta el depósito de tejido graso y fibroso en el origen de la arteria mesentérica superior, lo cual puede atenuar la compresión de la vena renal izquierda. Por otro lado, pueden ocurrir cambios en las proporciones anatómicas vasculares asociadas con el crecimiento corporal. Asimismo, la formación de venas colaterales puede favorecer la disminución de la presión en la vena renal izquierda.



HEPATITIS COLESTÁSICA POR VIRUS DE EPSTEIN BARR EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Pineda Guido L.¹; Jaimes Sanchez M.²; Garriga S.³; Dominguez V.⁴; Canda P.⁵

CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

<lauris287@hotmail.com>

6

INTRODUCCIÓN

El Virus de Epstein Barr (EBV), pertenece a la familia de Herpes Virus. La primoinfección en niños menores de 4 años suele ser asintomática, mientras que en el niño mayor y en el adolescente suele manifestarse como mononucleosis infecciosa caracterizado por la presencia de fiebre, amigdalitis, adenopatías, hepatoesplenomegalia y molestias abdominales; en la mayoría de los casos cursa con una afectación hepática subclínica con elevación leve de enzimas hepáticas (80-90% de los pacientes) que se normalizan alrededor de las 4 semanas, la ictericia tan solo ocurre en el 5% de los pacientes, y es más frecuente en pacientes cercanos a los 35 años. La falla hepática raramente es reportada. La ictericia por EBV puede ser causada por anemia hemolítica, colecistitis alitiasica, obstrucción de la vía biliar por adenopatía abdominal y hepatitis colestásica.

OBJETIVO

Describir un caso de infección por Virus de Epstein Barr (EBV) con hepatitis colestásica, en un paciente pediátrico.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia; se interna por fiebre de 5 días de evolución asociado a faringitis, náuseas, hiporexia e ictericia generalizada; Durante su internación se obtienen función hepática alterada, hiperbilirrubinemia (AST 251U/L ALT 203U/L GGT 440U/L BT10.3mg/dl BD 9.1mg/dl FAL 529U/L) y serologías virales reportando positivas para EBV (AntiVCA IgM 42.7 AntiVCA IgG 23.6 AntiEBNA: Negativo), se descarta hepatitis autoinmune, hepatitis

tóxica y anemia hemolítica. A través de estudios por imagen (ecografía y TC abdominal con y sin contraste) se observa múltiples adenomegalias y hepatoesplenomegalia con vía biliar sin particularidades. Se realiza diagnóstico de hepatitis colestásica por EBV, se indica tratamiento sintomático, control ambulatorio por servicio de infectología y hepatología pediátrica. La paciente evoluciona satisfactoriamente, presentando descenso de enzimas hepáticas y bilirrubinas a las 6 semanas de evolución.

CONCLUSIÓN

La hepatitis por EBV, en la mayoría de los casos, tiene una evolución benigna y autolimitada; sin embargo debe sospecharse esta etiología en pacientes con hepatitis colestásica o falla hepática aguda.

A PROPÓSITO DE 4 CASOS PEDRIÁTICOS HIV-SIDA DE TRANSMISIÓN VERTICAL CON ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITO

Sosa M.¹; Basta P.²; Capeluto N.³; Dimasi F.⁴; Galaso R.⁵; Hirsch R.⁶

HTAL. MUÑIZ^{1,2,3,4,5,6}

<marisol2208@gmail.com>

9

INTRODUCCIÓN

Existe poca experiencia en pediatría de tratamientos para Chagas congénito en niños coinfectados con VIH de transmisión vertical (TV) recibiendo tratamiento antirretroviral (TARV) concomitante.

OBJETIVO

Comunicar 4 casos clínicos de pacientes con Chagas congénito y HIV/SIDA de TV a los que se indicó tratamiento para Chagas concomitante con TARV. Descripción de caso: Se evaluó Serología por 2 métodos para Chagas, strout, correlación CD4/Carga Viral (CV), adherencia a TARV junto a Nifurtimox (NFX) o Benznidazol (BNZ), días y dosis de tratamiento, efectos adversos, evolución y seguimiento. Los 4 pacientes recibieron tratamiento para Chagas durante 2 meses concomitante con TARV, 3 niños con BNZ y 1 con NFX. No presentaron efectos adversos a ninguna de las drogas. 2 niños eran mayores a 7 años y ambos realizaron tratamiento con BNZ. Uno negativizó su serología para Chagas a los 3 años con adherencia 100%, CV indetectables durante todo su tratamiento y hasta negativizar la serología de Chagas. El 2° paciente continúa con serología positiva y PCR negativa para Chagas. Transcurrieron 2 años desde la finalización del tratamiento con BNZ, presentó mala adherencia a TARV durante el tratamiento para Chagas y posterior a éste. Los 2 niños restantes, menores de 2 años, realizaron tratamiento para Chagas uno con BNZ concomitante con TARV y negativizó su serología a los seis meses de finalizarlo. No presentó efectos adversos a la medicación y tuvo buena adherencia con CV indetectable para HIV durante todo su tratamiento. El último

niño inició NFX y a los 20 días se agregó TARV por inmunocompromiso severo con excelente adherencia, pendiente resultados según evolución (actualmente menos de 30 días de finalización del tratamiento).

CONCLUSIÓN

A la fecha no podemos predecir la evolución de los 2 niños que mantienen serología positiva para Chagas porque se desconoce en pediatría el tiempo para negativizar la serología después del tratamiento.

Observamos que los dos pacientes que negativizaron, presentaron una evolución serológica similar a los niños inmunocompetentes.

Los 4 niños presentaron buena tolerancia al tratamiento para Chagas junto a TARV sin efectos adversos.



COMPLICACIÓN DE COQUELUCHE EN PACIENTE NO VACUNADO. REALIDAD ACTUAL

10

Alvez S.¹; Amantia G.²; Bernale M.³; Gonzalez Fernandez M.⁴; Ferraro N.⁵

HOSPITAL RAUL LARCADE^{1,2,3,4,5}

<yaninaalvez@hotmail.com>

INTRODUCCION

En el marco legal, la ley 22909/1983 art.11 menciona que las vacunaciones incluidas en el calendario nacional son obligatorias para todos los habitantes del país La ley 114, art. 45, establece que la autoridad de protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el ámbito de CABA la constituye el consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Existen vacunas que generan exclusivamente protección individual por lo que no representa un riesgo en cuanto convivan vacunados con no vacunados, ya que sólo tiene riesgo de enfermar el no vacunado. De esta forma se vulnera el derecho INDIVIDUAL a la salud. Ejemplo: vacuna con componente tetánico Existen vacunas con las que convivir con no vacunados representa un riesgo de enfermar, aún estando adecuadamente vacunado. Así se vulnera el derecho INDIVIDUAL como COLECTIVO. Ejemplo: vacuna con componente pertusis. La vacunación de toda la población es un derecho y obligación tanto individual como colectivo, para evitar las complicaciones prevenibles de la ausencia de la misma.

OBJETIVO

Comunicar las complicaciones prevenibles en pacientes no vacunados.

CUADRO CLÍNICO

Paciente de 13 meses de edad de sexo femenino, sin antecedentes perinatológicos de importancia, con esquema de vacunación incompleto, que presenta cuadro respiratorio y convulsión tónica clónica generalizada asociada a fiebre y de 30 minutos de duración que cede con impregnación con fenobarbital. Paciente pasa a UTIP donde permanece 19 días

internado. Requirió ARM por 18 días y cánula nasal por 5 días. Recibió tratamiento antibiótico empírico inicial con: Ceftriaxona 80 mg/kg/día por 7 días; y luego con Claritromicina 15 mg/kg/día por 7 días; Oseltamivir 3 mg/kg/ día; Vancomicina 60 mg/kg/día 10 días
PCR BORDETELLA PERTUSSIS: POSITIVO (18/06/16) Hemocultivos, LCR y aspirado traqueal Negativo

CONCLUSIONES

El caso expuesto nos pone en tema actual de la negativa de algunos padres o cuidadores, que se niegan a la administración de la vacunación nacional obligatoria. Se podría haber evitado la internación y su afección neurológica por Bordetella Pertussis con la vacuna. El desafío actual es demostrar, que la mejor herramienta es la prevención de enfermedades y complicaciones, realizando vacunaciones previstas.

SEPSIS POR STREPTOCOCCO PNEUMONIAE EN UN RECIÉN NACIDO

11

Steinberg D.¹; Koroluk M.²; Festa S.³; Benitez J.⁴; Di Pompo N.⁵; Salva V.⁶; Altamirano L.⁷; Yebara P.⁸; Gorostiaga P.⁹; Mamani L.¹⁰; Rombola S.¹¹; Pestchanker F.¹²

HOSPITAL RAMÓN CARRILLO^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12}

<diegosteinberg@gmail.com>

Se trata de una paciente de 72hs de vida que ingresa por guardia presentando dificultad ventilatoria severa, palidez generalizada e hiporeactividad. Al examen físico impresiona séptica, por lo que luego de las medidas de rescate iniciales (hidratación, ingreso a arm y compensación hemodinámica e hidroelectrolítica) se toman hmc, urocultivo y lcr y se medica empíricamente con ampicilina y gentamicina. Los análisis de laboratorio revelan una acidosis metabólica moderada, leucopenia y plaquetopenia (800 GB y 88000 plaquetas). El físico químico del lcr es normal. Seis horas después del ingreso la paciente es derivada por su obra social, donde fallece horas después, presentando un derrame pericardio y derrame pleural. En los hemocultivos tomados en nuestra institución se observan colonias de diplococos gram positivos con alfa hemólisis, no viables, mientras que en el lcr desarrolla Streptococo Pneumoniae. Con respecto a los antecedentes cabe consignar que se trataba de un recién nacido de término, de peso adecuado, hijo de una madre sana, con un control del embarazo adecuado, con serologías negativas y cultivo negativo para SGB.

La sepsis por *Streptococo Pneumoniae* en neonatología es muy poco frecuente, muy por detrás del *Streptococo Agalactiae*, la *E. Colli* y luego la *Klebsiella*. Algunas estadísticas hablan del 0,2%.

El curso clínico es muy agresivo, con una mortalidad mayor al 60% y la vía de transmisión propuesta es la vertical.

La falta de test específicos para la detección de madres portadoras de *Streptococo Pneumoniae*, la ausencia de características clínicas diferenciadoras con respecto a la sepsis por SGB y la poca viabilidad del Pneuococo en hemocultivos hacen que el diagnóstico sea difícil, potenciando aún más la morbimortalidad de este germen.



14

PARTICIPACION MATERNA (MSCF) INGRESÓ IRRESTRICTO A NEONATOLOGÍA, EN EL CUIDADO DE PREMATUROS MENORES DE 1500 GRAMOS Y SU EFECTO EN LA MORBIMORTALIDAD. HOSPITAL SCHESTAKOW SAN RAFAEL MZA - ESTUDIO COMPARATIVO (ANTES-DESPUÉS)

Gerbaudo, Genaro Rafael¹; Tapia, Cynthia²; Martínez, Yesenia Zamira³; Montecino, Irene Nancy⁴; Fajardo, Cristina María⁵; Rosales, Silvana⁶; Gerbaudo, Genaro⁷
HOSPITAL SCHESTAKOW^{1,2,3,4,5,6,7}

INTRODUCCIÓN

Los prematuros menores a 1500 gramos, es un desafío en el sistema sanitario debido a la vulnerabilidad a contraer enfermedades y muertes precoz, el modelo MSCF (Maternidad Segura Centrada en la Familia), con la participación irrestricta de los padres ha contribuido a mejorar supervivencia en estos. Objetivos: Analizar indicadores tales como la Mortalidad en prematuros menor a 1500 gramos (TMN) y morbilidad tales como, Enfermedad Hialina, Displasia Broncopulmonar, Hemorragia cerebrales, Sepsis, Retinopatía, Enterocolitis necrotizante y también analizar los días de estada que estuvieron estos niños, también cual fue el tipo de leche que tomaron luego de la implementación de un modelo de MSCF; en el servicio de neonatología. Materiales y métodos: estudio comparativo Antes/Después al ingreso irrestricto, descriptivo, de corte transversal de los periodos 2013-2015 (retrospectivo), comparado con estudio de corte transversal prospectivo periodos 2016-2017. Población niños y padres del servicio de neonatología, la muestra los recién nacidos con peso menor a 1500gr, los que serán subdivididos en intervalos peso. Se analizará las HC y las variables a estudiar en dichos periodos. Se analizarán porcentajes, medidas de frecuencia central, Tasas y serán presentados en tablas, gráficos.

RESULTADOS

Mortalidad Neonatal se redujo en el periodo de ingreso irrestricto; TMN Antes (43,86%), Después (21,7%) OR:2,89-RR: 2,05. Las Sepsis Tardías (OR: 2,22), NEC (OR:2,67) y DBP se redujeron notablemente, no así con las otras enfermedades. Se disminuyó el día de estada y aumento de leche humana.

CONCLUSIONES:

Si bien se ha disminuido la TMN, creemos que no solo es la variable de ingreso irrestricto la decisora, deberíamos introducir otras variables y acotar otras desde la morbilidad. Palabras Claves: Prematuros – Ingreso Irrestricto- Mortalidad y Morbilidad.

Tabla Nº 1: “Tasa de Mortalidad en niños menores de 1500 gramos, Años 2016-2017 con ingreso irrestricto, comparado con los del 2013-2015 sin ingreso irrestricto, del Servicio de Neonatología del Hospital Schestakow”

TMN	2013	2014	2015	2016-2017
%	58,06	39,13	34,4	21,7

Tabla Nº 2: “Comparación del antes (2013-2015) y después (2016-2017) del ingreso irrestricto, de las morbilidades en menores de 1500 gramos, en el Servicio de Neonatología del Hospital Schestakow”

	EMH	DAP	HIV	DBP	ROP	SEPSIS TEMPRANA	SEPSIS TARDÍA	NEC	NEUMONIA
2013-2015	87,09	41,93	9,67	9,67	29,03	67,74	41,93	6,45	35,48
2016-2017	91,3	21,73	13,04	17,39	30,4	60,83	34,78	4,34	21,73

¿CÓMO DETECTAR TRASTORNOS INAPARENTES DEL DESARROLLO? EXPERIENCIA DE LA APLICACIÓN DE PRUNAPE EN LA COMUNIDAD DE GENERAL VILLEGAS

17

Del Valle M.¹

Hospital Municipal General Villegas¹
<pazdelvalle@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La detección oportuna de los problemas del desarrollo es un gran desafío para los pediatras. Algunos déficits del desarrollo no son evidentes; salvo en condiciones severas, y sólo se detectan mediante una evaluación formal y específica. La detección temprana de estos problemas mejora la respuesta terapéutica, reduce el tiempo de tratamiento, mejora el rendimiento escolar, reduce la deserción escolar y la desocupación juvenil. La Sociedad Argentina de Pediatría recomienda la administración de PRUNAPE a todo niño menor de 6 años.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de trastornos del desarrollo en la comunidad de General Villegas mediante la aplicación de PRUNAPE.

MATERIALES Y METODOS

La Prueba Nacional de Pesquisa de Trastornos del Desarrollo (PRUNAPE) es un instrumento capaz de detectar una amplia gama de problemas del desarrollo. Fue desarrollada y validada por profesionales del Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Garrahan. Para su aplicación se utiliza un formulario que incluye 79 pautas de desarrollo que evalúan el área personal-social, motricidad fina, lenguaje y motricidad gruesa. Se obtiene como resultado si el niño PASA o NO PASA la prueba. El resultado desfavorable es sugestivo de una alteración en el desarrollo, pero no es suficiente para confirmarlo, es necesario explorar varias funciones cerebrales, visión, audición, lenguaje, motricidad, desarrollo cognitivo, relación social.

Se realizó un trabajo de prevalencia aplicando PRUNAPE a niños que asistieron a control al Hospital Municipal de General Villegas y en el ámbito privado desde el 1 de enero del 2012 hasta el 30 de abril del 2017.

RESULTADOS

Se aplicó la PRUNAPE a 252 niños sanos que asistieron a control. El 47.22 % fueron niñas (N=119) y el 52.78 % fueron niños (N=133). La edad media de la población evaluada fue de 2.81 años.

El 78.97 % (N=199) de los niños PASO la prueba y el 21.42 % (N=54) de la muestra NO PASO la misma.

Entre los pacientes que no pasaron la prueba, el 10.31 % (N=26) presentaron trastornos de lenguaje, el 3.6 % (N=9) retraso global del desarrollo, el 3.17 % (N=8) trastorno de integración sensorial, el 2.77 % (N=7) retraso motor grueso, el 0.8 % (N=2) presentó trastorno de la coordinación motora, el 0.4 % (N=1) trastorno visual y otro 0.4 % (N=1) trastorno del espectro autista.

CONCLUSIONES

La PRUNAPE es útil para detectar trastornos inaparentes del desarrollo en niños sanos menores de 6 años, de sencilla aplicación y bajo costo. La detección precoz y el tratamiento oportuno de estas patologías son las medidas más efectivas para mejorar la calidad de vida de estos niños y sus familias.

La prevalencia encontrada coincide con la descrita en la bibliografía



APLICACION DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LESIONES F11+ EN FUTBOLISTAS JUVENILES DEL CLUB ATLETICO BELGRANO

19

Cavallotti A.¹; Ferreyra J.²

HOSPITAL INFANTIL DE CORDOBA¹; SGCD-FCM-UNC- POSTGRADO MEDICINA DEL DEPORTE²

<alfonso_cavallotti@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El fútbol es el deporte más popular del mundo. Practicarlo induce efectos beneficiosos para la salud, aunque con un alto riesgo de lesión. Lesión deportiva: injuria producida a un deportista durante un partido o entrenamiento, que requiere asistencia médica y que genera baja deportiva. La mayoría son causadas por traumatismos o entrenamiento excesivo, siendo esta última la de mayor incidencia. Preparadores Físicos, Kinesiólogos y Médicos desarrollaron Programas para prevenir lesiones, como el FIFA 11 plus (F11+).

OBJETIVOS

Analizar el F11+ en futbolistas juveniles del sexo masculino del Club Atlético Belgrano de Córdoba. Evaluar epidemiológicamente lesiones deportivas durante un periodo de 1 (un) año sin la intervención del F11+ (temporada 2009) y otro año con la intervención del F11+.

MATERIAL Y METODOS

Análisis descriptivo, retrospectivo, analítico y de intervención de las variables en estudio (mecanismo causal, incidencia, severidad y localización de las lesiones deportivas). Se realizó el cálculo de la incidencia relativa de cada lesión cada 1000 hs de exposición. Se calculó la incidencia relativa y reducción del riesgo relativo de lesiones. Los datos se cargaron en una planilla Excel®. Las variables mensurables se expresaron como su media y error estándar. Las variables categóricas se expresaron como su valor absoluto y porcentaje. Se consideró significativo una $p < 0,05$. El software que se utilizó fue InfoStat. Criterios de Inclusión: lesiones que ocurrieron durante los entrenamientos

y partidos del Club Atlético Belgrano. Criterios de Exclusión: lesiones que ocurrieron fuera del ámbito de entrenamiento o partidos donde participara el Club Atlético Belgrano, como accidentes de tránsito, accidentes domésticos, accidentes escolares, etc.

RESULTADOS

Se hallaron índices de lesiones más bajos en el grupo de Intervención basado en todas las medidas de resultado ($p < 0,05$). El programa de prevención redujo la tasa general de lesiones 57,59% en comparación al año 2009. El riesgo relativo de lesión fue 1,87 menor. El análisis de la severidad de las lesiones muestra la tendencia de reducción $>50\%$ en relación a días de convalecencia y severidad de la lesión en relación al total de lesiones.

CONCLUSIONES

El F11+ es un aporte eficaz para la reducción de la incidencia de lesiones en jugadores de fútbol juveniles de sexo masculino del Club Atlético Belgrano luego del período de Intervención (año 2015), sobre todo en aquellas en las cuales el sobreuso o fatiga muscular fue su principal mecanismo causal respecto al período de control (año 2009); siendo la reducción de lesiones $>56\%$ y el riesgo relativo de lesión $>63\%$.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE HISTIOCITOSIS

27

Sanchez Addario J.¹; Rad C.²

HOSPITAL PEDIATRICO A. FLEMING, OSEP^{1,2}

<lamarujacity@hotmail.com>

INTRODUCCION

La Histiocitosis de Células de Langerhans (HCL), o Histiocitosis X, es una enfermedad poco frecuente caracterizada por la acumulación y proliferación de histiocitos, Eosinófilos y células de Langerhans, con inclusión de gránulos de Birbeck detectables por microscopia electrónica, afectando órganos y sistemas de forma aislada o múltiple. El diagnóstico se realiza mediante biopsia de la lesión. Tiene una incidencia anual estimada en 2 a 10 casos por millón de niños menores de 15 años, no presenta predilección por sexo y el pico de incidencia se encuentra entre 1 y 3 años de edad.

PRESENTACION DE CASO

Paciente sexo masculino, 8 años de edad. NT (40s), PAEG, Vacunación completa. Espirometría a los 7 años con diagnóstico de asma en seguimiento tratado con Montelukast 5 mg/día. Varicela a los 5 años, sin complicaciones. MC: Consulta por presentar hace aprox. 2 meses TEC sin pérdida de conocimiento. Refiere la mamá que 15 días posteriores ha dicho evento nota cefalohematoma en región occipital, de 4-5 cm de diámetro, doloroso a la palpación, por lo cual decide consultar en guardia de este nosocomio. En dicho momento se examina al paciente, se solicita Rx de Cráneo observándose imagen lítica en región occipital. Se realizó TAC de Cerebro: a nivel de calota craneana dos lesiones osteolíticas, la mayor de ellas se ubica a nivel occipital izquierdo, la restante a nivel parietal del mismo lado que la previa.

PET/TAC: Imágenes realizadas con filtro óseo, evidencia de lesiones osteolíticas hipermetabólicas en calota, C2 y escapula derecha, a cotejar con Histopatología:

Informa infiltrado linfocitario rico en Eosinófilos con Leucocitos polimorfonucleares e Histiocitos. Hallazgo consistente en Histiocitosis.

Inmunohistoquímica:

Inmunomarcación con Met A, B y C: Proteína S-100: positiva. CD 1a: positiva.

Diagnóstico: Tumor craneal, Inmunofenotipo correspondiente a Histiocitosis de Células de Langerhans.

Comenzó tratamiento quimioterápico según protocolo de la Sociedad Americana de Histiocitosis actualizado en el año 2009.

CONCLUSIÓN

Presentamos un paciente con una patología infrecuente, con una forma de presentación poco habitual, se manifiesta en 80 % en tejido óseo, la biopsia es el GOLD ESTÁNDAR. Imprescindible considerar: uni o multisistémica y si presenta afectación de órganos de riesgo, para definir tratamiento.



A PROPÓSITO DE DOS CASOS SOBRE DISPLASIA OSEA MONOSTÓTICA

29

Wolter V.¹; Garibaldi M.²; Macleod V.³; Araguas J.⁴; Tronconi S.⁵

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO^{1,2,3,4,5}

<vickyw87@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El término displasia fibrosa (DF) fue acuñado por Lichtenstein en 1938 para describir un grupo de tumores de hueso benignos que se manifestaban en chicos y en adultos jóvenes. La DF es una lesión en la cual partes del hueso son reemplazadas por tejido conectivo fibroso y hueso mal formado. Es causada por una mutación postcigótica en el gen de la proteína estimuladora de nucleótidos de guanina (GNAS1). Es más una displasia esquelética que una neoplasia verdadera. La DF suele ser unilateral y de curso clínico prolongado, caracterizado por dolor, deformidades y fracturas patológicas del hueso afectado. La DF puede presentarse como una lesión Monostótica (lesión osea simple) u oligostótica o poliostótica (múltiples huesos). Frecuentemente el hueso afectado es el fémur seguido de tibia, húmero, costilla, clavícula y esqueleto craneo facial. Afecta más a hombres que a mujeres. En esta presentación describimos dos casos de una patología poco frecuente, que requiere un abordaje multidisciplinario debido a su difícil manejo.

OBJETIVOS

Describir dos casos de DF monostótica, diagnóstico y tratamiento.

Descripción de los casos: Niña de 2 años de edad, que según relato materno, presentaba desviación del pie izquierdo y debilidad del miembro inferior del mismo lado desde el comienzo de la deambulación. Consulta por notar tumoración en la tibia izquierda luego de sufrir traumatismo ese mismo día. Se realiza radiografía (RX), se constata imagen delimitada, bordes definidos, de aspecto vidrio esmerilado en el tercio distal de la diáfisis y se realiza RMN, que informa lesión focal expansiva, que compromete la diáfisis tibial con adelgazamiento y disrupción de la cortical, compatible con

proceso neofornativo. Se biopsia. Segundo caso, niño varón de 2 años de edad, previamente sano, consulta por tumoración en antebrazo derecho, indolora, sin signos de flogosis ni limitación de movimientos. Se realiza RX, se constata imagen compatible con DF. Se biopsia. Se efectúa biopsias en ambos casos: trabéculas inmaduras e irregulares de contornos distorsionados redondeados parcialmente por osteoblastos. Dichas trabéculas están inmersas en una proliferación fusocelular compuesta por células elongadas de núcleos homogéneos, sin mitosis ni atipias. Conclusión: Displasia Fibrosa Inmadura. Tratamiento médico, 5 ciclos de pamidronato endovenoso. Uno de los pacientes requirió tratamiento quirúrgico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La DF es una patología poco frecuente no hay estudios controlados que demuestren la eficacia de intervenciones médicas o quirúrgicas efectivas. El diagnóstico definitivo depende del estudio anatomopatológico. En nuestro hospital sólo se realiza tratamiento quirúrgico en aquellos con deformidad significativa, fractura en hueso patológico y dolor considerable. El tratamiento médico es controversial, ya que es sumamente difícil evaluar mejoría clínica, aunque pareciera que es efectivo para el tratamiento sintomático del dolor, no quedando claro si hay mejoría radiológica o de marcadores de remodelación ósea. Es necesario realizar estudios controlados en gran número de pacientes y evaluar a largo plazo la utilidad del uso de pamidronato.

PRIMER ESTUDIO DE PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

32

Astorino F.¹; Fernandez De Carrera E.²; Contini L.³; Manni D.⁴; Fessia G.⁵; Kuttel Y.⁶

HOSPITAL DR. O ALLASIA. FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL¹;

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL^{2,3,4,5,6}

<fran24@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Una de las discusiones actuales en cuanto a la prevalencia de trastornos del espectro autista (TEA), es su pronunciado y hasta sorprendente aumento en los últimos años, pasando de una prevalencia de 10 por cada 10.000 a valores de 110 por cada 10.000. Se abrió un debate intenso respecto a las razones por las cuales se están registrando cada vez más casos de TEA en la población. En Argentina no se cuenta con estudios de prevalencia de TEA para comparar con las cifras internacionales siendo primordial para establecer lineamientos que permitan lograr diagnósticos precoces e intervenciones oportunas. Investigadores completaron un protocolo de determinación de prevalencia de TEA en niños pequeños.

MATERIAL Y MÉTODO

El muestreo fue estratificado para contar con representación de toda la ciudad. Significancia $\alpha = 0,05$, confianza del 95%. El tamaño de esta población de niños de edad 18 a 36 meses a estudiar resultó $N = 17.656$. El tamaño de la muestra se calculó mediante la aplicación de la fórmula para poblaciones finitas, donde N es el tamaño de la población, p la prevalencia esperada, Z_{α} = 1,96 constante calculada en base a la significancia elegida y d la precisión deseada en función de un error de estimación del 0,8%, así $d = 0,008$. Resultó un tamaño muestral corregido por un coeficiente para población finita con n de 512 niños de 1 a 3 años. Prevalencia esperada fue 0,0085 promedio de los valores de prevalencia de Estados Unidos y Reino Unido, en la ciudad de Santa Fe no existen registros de cálculo de prevalencia de autismo.

Acción en terreno: a- Evaluación cualitativa de los participantes "Vigilancia del desarrollo" b- "Screening para TEA" c- Evaluación específica para TEA/Autismo

RESULTADOS

Evalúados 512 niños-sexo 230 mujeres - 282 varones - Sin riesgo para el desarrollo: 452- presentaron riesgo 60 (se les aplicó el cuestionario M-CHAT)-53 M-CHAT fueron negativos 7 fueron positivos- 3 niños (dos mujeres/un varón) no tuvieron cuadro clínico para TEA- Los 4 varones fueron TEA, 3 Autismo y 1 espectro autista (ADOS). Tamaño de muestra para una precisión de 0,008 con una precisión calculada de 0,0038, permite estimar la prevalencia de autismo o TEA en niños de 18 a 36 meses de edad en la ciudad de Santa Fe es de 78 por cada 10000.



SÍFILIS CONGÉNITA: IMPORTANCIA DIAGNOSTICO PRECOZ

Lopez D.¹; Cardetti M.²; Cáceres H.³; Cantisani B.⁴; Anriquez D.⁵; Solís M.⁶

CLÍNICA MATERNIDAD¹; CLÍNICA MATERNIDAD CERHU^{2,3,4,5,6}

<alba.emir@hotmail.com>

33

INTRODUCCIÓN

La sífilis congénita es una infección del recién nacido transmitida por su madre infectada con la bacteria *Treponema Pallidum*. En la embarazada los estadios primario y secundario suelen pasar desapercibidos, por ello la importancia de solicitar el screening prenatal y en caso de ser positivo, estudiar a su pareja.

OBJETIVO

Describir un caso de S.C quien fuere derivado sin diagnóstico y que mostro amplio rango de manifestaciones clínicas.

CASO CLÍNICO

Paciente de 5 semanas de vida RNT/PEG derivado de institución privada por presentar falta de incremento de peso y fiebre. Ingresó con regular estado general, fiebre, pálido terroso, edema generalizado, melanocitosis dérmica sacra, placas eritematosas en palmas con descamación periungueal, hepatoesplenomegalia, abdomen distendido y tenso. Laboratorio con anemia y leucopenia, se poli cultiva y se solicita serología. VDRL positiva. PL VDRL negativa. Comienza tratamiento con penicilina y Mejoría clínica, a las 48 horas presenta nuevas lesiones petequiales en cara, tronco y abdomen. Al 7° día ya con lesiones cutáneas en fase de resolución. Rx de huesos largos y huesos propios de la nariz sin alteraciones. Valoración oftalmológica normal. Se completa tratamiento ATB durante 14 días, Con alta para seguimiento por consultorio externo y equipo multidisciplinario.

CONCLUSIÓN

Tanto por sus complicaciones tempranas como tardías la sífilis produce un aumento significativo de la morbimortalidad del neonato, Comprende una patología fácilmente prevenible, por lo que debemos remarcar la importancia del screening en la embarazada, realizándolo en la 1° consulta y repetirlo en el 3° trimestre y puerperio para un temprano abordaje de la enfermedad, incluyendo el tratamiento a la pareja, como así reconocer las numerosas manifestaciones que pueden desarrollarse y que hacen sospechar la enfermedad en pacientes con status serológico desconocido.

HISTIOCITOSIS SISTÉMICA DE CÉLULAS DE LANGERHANS: PRESENTACIÓN Y DIAGNÓSTICO

De Martini C.¹; Gutierrez M.²; Ramos Mejía L.³; Macleod V.⁴

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO^{1,2,3,4}

<catalinademartini@gmail.com>

34

La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad poco frecuente en la cual hay infiltración de células dendríticas de Langerhans en uno o varios órganos. Puede ser localizada o sistémica.

La forma sistémica es más frecuente en niños de entre 1 y 3 años. La incidencia anual estimada es de 2 a 10 casos por millón de niños menores de 15 años. Las causas y los factores de riesgo asociados son aun no son claros, las distintas formas de presentación clínica, el compromiso de varios órganos y diferentes formas de evolución sugieren que se trata de una enfermedad de origen multifactorial. La evolución puede ser variable desde autolimitada hasta rápidamente progresiva llevando a la muerte. La afectación hematológica, del hígado y bazo son considerados como marcadores de mayor riesgo al momento del diagnóstico. Entre el 30% y 40% puede desarrollar secuelas permanentes. Los síntomas iniciales suelen ser inespecíficos y pasar fácilmente desapercibidos, confundiendo con entidades benignas que se presentan de forma recurrente o con mala evolución. El diagnóstico se realiza por medio de biopsia de los órganos afectados. Las características histológicas de las células de langerhans en las tinciones con eosina y hematoxilina se encuentran bien definidas pero se requiere la presencia de CD1a y/o CD207 para confirmar el diagnóstico.

OBJETIVOS

Describir forma de presentación y diagnóstico de los pacientes ingresados en el Hospital Materno Infantil de San Isidro con diagnóstico de histiocitosis de células de Langerhans sistémica (LCH - Langerhans cell Histiocytosis).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal. Se revisaron 5 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LCH internados en el hospital entre los años 2008 y 2016.

RESULTADOS

Se revisaron las historias de 5 pacientes con diagnóstico de LCH. La edad media de diagnóstico fue de 11.6 meses, 60% (n3) varones. El 80% (n4) tenía antecedentes de otitis media o la tuvieron durante la enfermedad. El motivo de consulta más frecuente tumoración cervical 40% (n2), fiebre 40% (n2) y petequias 60% (n3). Todos los pacientes presentaron al ingreso anemia microcítica, adenopatías y hepatoesplenomegalia. El 80% (n4) de los casos tenían compromiso de piel (petequias, dermatitis seborreica y del pañal). El 40 % (n2) tuvo afectación ósea. El diagnóstico en el 80% (n4) de los casos fue por biopsia de piel, en 40% (n 2) de los casos por biopsia de lesión tumoral confirmando el diagnóstico. La mortalidad fue del 40% (n2), todos menores de 2 años.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

La mayoría de nuestros pacientes presentaron dermatitis y otitis con mala evolución, todos tenían hepatomegalia y adenopatías. Los pacientes fallecidos fueron aquellos con menor edad al momento del diagnóstico. La histiocitosis es una entidad poco frecuente, debemos tener presente que ante niños con patologías aparentemente benignas que no resuelven debemos realizar un examen físico exhaustivo buscando signos que nos puedan alertar sobre la presencia de ésta patología y considerar la biopsia de las lesiones de piel.



ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITO EN FORMOSA. NORDESTE ARGENTINO

38

Romano M.¹; Romano J.²; Gonzales C.³; Venica M.⁴

HOSPITAL LA MADRE Y EL NIÑO^{1,3,4} ; SANATORIO IOT²

<medicinaticho247@gmail.com>

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de la enfermedad de Chagas en embarazadas y los riesgos de chagas congénito (ECC). Determinar la prevalencia de antecedentes perinatólogicos en embarazadas del Hospital la Madre y el Niño.

MATERIAL Y MÉTODOS

se realizó un estudio observacional retrospectivo, de corte transversal, en embarazadas y recién nacidos, desde 2007 a 2016; de los 110594 pacientes estudiados, el 30% corresponde al Hospital de la Madre y el Niño y el 70% al Centro de Zoonosis de Formosa.

RESULTADO

En 2014, en los primeros 100 pacientes continuos con serología positiva para Chagas, 19 fueron recién nacidos, 3 eran niños, y el resto fueron embarazadas. El 52% de los pacientes era de Formosa Capital. El resto provenía del interior de la provincia de Formosa, de los cuales el 40% era de los departamentos Bermejo, Matacos y Ramón Lista. El 78% de las embarazadas tenía un promedio de edad de 27 años, moda 16 años. De las 100 pacientes estudiadas, el 5% era de raza aborígen. Del 2012 al 2014 por grupo etario presentaron una moda (M) del 5% con serologías positivas para Chagas, siendo la media 15%, con un rango en prevalencias del 1% al 42%, lactantes estudiados 3053 (9% de la población). El menor porcentaje de serologías positivas por edad se encontró en los niños de 2 a 4 años, mientras que el mayor porcentaje se encontró en los mayores de 65 años. Del 2007 al 2008 hubo 120 (6%) pacientes con Chagas en el Hospital la Madre y el Niño, con mayor prevalencia en el grupo de 10 a 14 años, 14%.

Del 2014-2016 Chagas congénito 10% y los niños 3% con serología positiva. Embarazadas del 2007 al 2014, todos los grupos etarios 6% por año, mientras que por grupo etario en las mayores de 34 (todos los años) fue mayor al 10%. En el servicio de Neonatología del Hospital la Madre y el Niño en el 2011 se internaron 669 pacientes, de los cuales 2 presentaron Chagas con microhematocrito positivo. Al año siguiente se confirmaron por microhematocrito 7 casos de Chagas congénito (2012). En este período se internaron en el servicio de neonatología 744 pacientes; los recién nacidos con Chagas fueron el 37% de las TORCH, 37% de las sepsis tardías y 9% de las sepsis intrahospitalarias. Todos estos pacientes comenzaron el tratamiento en el servicio de neonatología. Las patologías más frecuentes asociadas con la enfermedad de Chagas en el servicio de Neonatología fueron Sepsis temprana, Neumonía, y prematuridad. En los controles perinatales realizados desde el 2007 hasta el 2012 se evidenció: Chagas positivo en embarazadas de 2474%000 y tasa de fallo 10078%000. No se realizó el control de Chagas 17%. Madres < de 19 años de edad 29460%000. Etnia aborígen 2877%000. Bajo peso al nacimiento 14%. Controles prenatales insuficientes 37%. < 37 semanas al nacimiento 24%. Apgar < 7 primer minuto 7% y < 7 a los 5 minutos 2%.

CONCLUSIÓN

Se vio en los pacientes con ECC un alto porcentaje de sepsis, prematuridad y neumonía. También se encontró que las pacientes presentaban insuficientes controles prenatales. Se puede concluir que los pacientes provenían de varios puntos de la provincia, no siendo predominio de uno. Al observar por grupo etario, es mayor la prevalencia en los de mayor edad, y en los pacientes con ECC antes de los 60 días de vida.

BACTEREMIA, EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEONATOLOGÍA

39

Romano M.¹; Gonzales C.²; Venica M.³; Vivaldo S.⁴; Silvera M.⁵

HOSPITAL LA MADRE Y EL NIÑO^{1,2,3,4,5}

<medicinaticho247@gmail.com>

OBJETIVO

Determinar prevalencia de bacteremias en pacientes internados en áreas críticas de neonatología y su resistencia mas frecuente en el antibiograma. Muestra de pacientes internados en áreas de cuidados intensivos de neonatología del Hospital la Madre y el Niño en el período 2006 al 2014.

RESULTADO

En los primeros 5 años del estudio el promedio de ingresos anuales en la Terapia Neonatal fue de 1083 pacientes. Se estudiaron 2777 muestras de hemocultivos con un promedio por año de 517 muestras. De los 5712 pacientes, ingresados en Neonatología con 2777 muestras analizadas, 463 muestras presentaron aislamiento de microorganismos, 2010 muestras fueron negativas. Las más frecuentes fueron Klebsiella spp con resistencia a las cefalosporinas de tercera, y cuarta generación 74%; Serratia spp 87% y Enterobacter spp 100%; presentando esta última bacteria, una resistencia a las carbapenemasas en el 2011, en un 18%. Los cocos Gram positivos más frecuentes son el Staphylococcus aureus con el 42%, y el Staphylococcus coagulasa negativo (SCN) con el 43%, mas del 70% meticilinoresistente. El 10% perteneció a Enterococcus spp; 1% a Listeria monocytogenes; 1% a estreptococo beta hemolítico Grupo "A"; 3% a estreptococo beta hemolítico grupo "B" y el 1% a Streptococcus pneumoniae. El Acinetobacter spp, probable baumannii presentó resistencia múltiple, habiendo uno solo caso de resistencia al colistín por expresión fenotípica en el antibiograma. Este fue el más frecuente, seguido de la Pseudomona aeruginosa, Burkholderia spp. En el período 2012 al 2014 con una población de 330 hemocultivos

positivos 128 fueron gramnegativos y 182 grampositivos en el servicio de cuidados intensivos de neonatología hubo un 40% de estafilococos coagulasa negativos con una incidencia de 13/año, siendo multirresistente mas del 60% excepto a la rifampicina y ciprofloxacina; seguido del complejo Acinetobacter baumannii 12% con una incidencia de 4/año, siendo multirresistente en mas del 80% a todos los ATB excepto a ampicilina-Sulbactam, colistín y minociclina. Staphylococcus aureus 11% con incidencia de 4/año siendo ; Klebsiella pneumoniae 12% con 4/año siendo BLEE + y multirresistente en mas del 80% para gentamicina, amikacina y ampicilina-sulbactam; Enterobacter cloacae 5% con 1,5/año; Escherichia coli 5% con 1,5/año; Pseudomona aeruginosa 3% con 1/año; Enterococcus sp 3% con 1/año; Serratia sp 1% con 0,4/año; Streptococcus agalactiae 1% con 0,3/año.

CONCLUSIÓN

Se vio en el primer período una prevalencia de Klebsiella pn, pero en los últimos tres años del estudio se vió un cambio de prevalencia siendo SCN el mas frecuente; las multirresistencias no disminuyeron.



DERMATITIS PERIORIFICAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ELIZALDE.

Bustamante Marroig P.¹; Castro N.²; Vivoda J.³; Bellelli A.⁴; Barabini L.⁵; Rueda M.⁶; Yarza M.⁷; Grees S.⁸

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<drabmarroig@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La dermatitis periorifical es una dermatosis eritemato-papulopustulosa que afecta el rostro a nivel perioral, perinasal y periocular; y menos frecuentemente la zona vulvar. Se la relaciona con el uso de corticoides inhalatorios y tópicos, pastas dentales fluoradas, chicles, cosméticos, entre otros. La terapéutica consiste en evitar los factores desencadenantes, el uso tópico de metronidazol, eritromicina o clindamicina y en casos severos se puede usar tratamiento sistémico.

OBJETIVOS

Evaluar epidemiología de nuestra población, frecuencia de factores desencadenantes, valorar respuesta al tratamiento y calcular tasa de recidiva.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico de dermatitis periorifical atendidos en el servicio de dermatología pediátrica del Hospital de Niños Pedro de Elizalde de la ciudad de Buenos Aires desde marzo 2012 hasta marzo 2017. Las variables evaluadas fueron edad, sexo, zona corporal afectada, factores desencadenantes, tratamiento y recidiva.

RESULTADOS

Se evaluaron 25 pacientes con diagnóstico de dermatitis periorifical. 14 de sexo femenino (56%) y 11 masculino (44%). El rango de edad abarcó desde el año y 6 meses de vida hasta los 14 años, con una media de 7 años y 4 meses. El 100% tuvo compromiso perioral. Un 20%, además presentó

lesiones a nivel perinasal, 12% periocular y el 8% ambos. El 36% tenía el antecedente de uso de corticoides inhalatorios, el 30% había usado corticoides tópicos, 2% pastas dentales fluoradas y en el resto de los pacientes no se encontraron factores desencadenantes. El 40% se trató con metronidazol tópico, obteniendo en el 80% un resultado favorable. Un 24% se trató con eritromicina tópica, 12% con respuesta favorable y el resto se desconoce el resultado. El 8% se trató con tacrolimus, 12% con silicona tópica y el 16% restante con vaselina. En estos últimos se desconoce respuesta ya que no volvieron a control. Un 28% del total tuvo recidiva de su dermatosis.

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio encontramos mayor compromiso en el sexo femenino. Se observó que las lesiones se localizaron con mayor frecuencia en la zona perioral y en segundo lugar la combinación de perioral y perinasal. El factor desencadenante más observado fueron los corticoides inhalatorios, en segundo lugar los corticoides tópicos. Como tratamiento obtuvimos mejores resultados con el metronidazol tópico. El 28% presentó recidiva, debido a la imposibilidad de suspender el factor desencadenante.

BACTEREMIA, EN PEDIATRÍA DEL HOSPITAL LA MADRE Y EL NIÑO FORMOSA. ARGENTINA

Cordoba E.¹; Romano M.²; Fernandez O.³; Ferreyra L.⁴; Silvera M.⁵; Vivaldo M.⁶

HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO^{1,2,3,4,5,6}

<enriquecordoba57@gmail.com>

OBJETIVOS

Observar las frecuencias de bacteremias en pediatría, en relación a la edad del paciente y a los distintos servicios de salud del hospital.

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo.

RESULTADOS

De un total de 204 muestras de hemocultivos positivos de niños, no contaminados, con un promedio de 70 rescates microbiológicos por año, en el período 01 de Enero del 2012 al 31 de Diciembre del 2014, la población total de estudio presenta una tasa específica para Pseudomona aeruginosa (Pae) de 2% con una incidencia de 0,6 por año; Staphylococcus aureus (SAU) 40% con una incidencia de 13,5 por año siendo este la moda todos los años estudiados; Streptococcus pneumoniae (Spn) 7% con una incidencia anual de 2; Escherichia coli (E coli) 6% con una incidencia de 2 por año; Burkholderia cepacia (Pce) 9% con una incidencia de 3/año; Streptococcus pyogenes 3% con una incidencia de 1/año; Klebsiella pneumoniae. 5% con una incidencia de 1,5/año; Serratia marcescens 8% con una incidencia de 2,6/año.

En el 2012 la bacteremia más frecuente fue a SAU en 44%(31), seguido por Pce 18,5% (13), Staphylococcus coagulasa negativo (SCN) 14% (10), E coli 9% (6) Pae 6% (4). En el 2013 permanece el mismo orden de prevalencia con respecto a los tres primeros microorganismos más comunes, pero aparece como brote la Serr 7% (6) seguida por la E coli 5%(4) y Spn 5%(4). En el último año de estudio el patrón de microorganismo cambio SAU 35% (15), seguido por Serr 23%(10), Kpn 14% (6), SCN 12%(5), Spn 7%(3).

En unidad de cuidados intensivos de pediatría (UCIP) la moda todos los años fue SAU; en el 2012 de 23 rescates de los cuatro microorganismos más frecuentes fueron SAU, SCN, E coli y Spn. En el 2013 de 28 rescates de microorganismos la Pce y SCN presentan la misma prevalencia que el SAU 21%, seguidos de Kpn, Serr y Ecoli 7%. En el 2014 de 11 aislamientos SAU 27% y E coli 18%.

Por edades los microorganismos más frecuentes fueron: en lactantes menores de 3 meses SAU 29%(5) 2012, SCN 42%(8) y Pce 26%(5) 2013, Spn 40% (4) 2104. En lactantes entre 3 y 6 meses de edad Pce fue el más frecuente en 2012 33%(2) y 2013 36%(4), mientras que en el 2014 fueron SCN 26%(16) y Serr 16%(10). En lactantes mayores de 6 meses, preescolares, escolares y adolescentes todos los años fue el SAU el más frecuente.

CONCLUSIÓN

En la mayoría de los servicios y según edad el microorganismo más frecuente fue SAU; pero de los gram negativos no fermentadores en el primeros año de estudio se observó una prevalencia de Pae y en el último año fue Pce; de las enterobacterias la E coli fue más frecuente en el primer año de estudio, y en el último año de estudio era más frecuente la Serr.



CONOCIMIENTO DE LOS PADRES ACERCA DE LA UTILIDAD, INDICACION Y PROBLEMAS DE LOS METODOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

45

Urman G.¹; Lopera Cortes L.²; Quin Alonso S.³; Acuña Pavon L.⁴

CARRERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, UNIVERSIDAD MAIMONIDES^{1,2,3,4}

<urman.gabriela@maimonides.edu>

INTRODUCCION

Los estudios por imágenes (EPI) son de gran ayuda para el diagnóstico clínico. Sin embargo se ha visto que su uso irracional puede ocasionar daños irreversibles y evitables. Los pacientes y las familias deben ser parte de las discusiones de riesgo-beneficio sobre su uso.

OBJETIVO

Describir el antecedente, conocimiento y creencias de los padres acerca de la práctica de EPI en sus hijos

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio exploratorio, analítico, descriptivo, transversal en una muestra por conveniencia. Se aplicó una encuesta anónima y autoadministrada sobre el conocimiento de los padres de niños sanos que asistían a un centro ambulatorio de atención pediátrica acerca de la utilidad, indicación y problemas de los EPI.

RESULTADOS

Respondieron 175 padres. El 91,4% refirió conocer métodos de EPI. En orden decreciente de familiaridad mencionaron radiografía, ecografía, resonancia, tomografía. El 66,3% de los encuestados respondió que en los últimos doce meses se había practicado algún estudio a su hijo. Entre ellos un 51,6% afirmó que fueron entre 1 y 2 estudios, el 35,8% refirió entre 3 y 4 estudios y 12,6% refirió más de 5 prácticas. El medico había explicado la necesidad y utilidad del estudio en forma clara en el 93% de los casos. Al preguntar si conocían las consecuencias del uso repetitivo de los EPI el 47,7% respondió que sí, mientras que el resto las desconoce. El

81,6% estuvo muy o de acuerdo con la afirmación "ante un niño con fiebre de más de 48 horas es necesario realizar una Rx de tórax para descartar un proceso infeccioso" y con que "ante cualquier traumatismo se debe realizar una Rx para descartar fractura". El 17,6% de los encuestados opina que los médicos piden EPI de más, 55,9% considera que lo hacen de menos y 26,5% en la medida justa. Sobre las causas de la no solicitud de EPI el 23,3% respondió falta de recursos, el 12,7% para trabajar menos, para ahorro de dinero el 5,3% y otras causas el 58,7%.

CONCLUSIÓN

Encontramos que un gran porcentaje de padres conoce los EPI, sin embargo más de la mitad desconoce los riesgos asociados a su uso. Existen importantes errores de concepto que generan expectativas desmedidas con respecto a la indicación de EPI. A pesar de la cantidad de estudios solicitados, los padres consideran que se solicitan de menos, resta indagar el origen de esta creencia para dar lugar a estrategias de concientización sobre el uso racional de EPI.

A PROPÓSITO DE UN CASO: ABSCESO HEPATICO

46

Duarte B.¹; Ruiz, Guñazu F.²; Castro Mendez J.³; Yeber M.⁴; Fleidermann S.⁵; Mascardi N.⁶

HOSPITAL PENNA¹; HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{2,3,4,5,6}

<Beluu.23@hotmail.com>

INTRODUCCION

El absceso hepático piogénico (AHP) es una patología poco frecuente, de múltiples causantes, variable sintomatología y alta morbimortalidad si no se instaura el tratamiento efectivo precoz.

OBJETIVOS

Informar a la comunidad médica sobre esta entidad y remarcar la importancia de realizar el drenaje precoz del foco.

CASO CLINICO

Paciente masculino, de 3 años, sin antecedentes relevantes, consulta por fiebre de 9 días y dificultad ventilatoria. Los estudios complementarios evidencian leucocitosis con fórmula desviada a la izquierda, reactivos de fase aguda elevados; radiografía de tórax y ecografía pleural y abdominal con derrame pleural derecho y absceso de 92mm x 84mm en lóbulo hepático derecho. El servicio de Cirugía coloca tubo de avenamiento pleural y mantiene conducta expectante en cuanto al hígado. Se toman muestras para cultivos sin rescate y se medica con antibióticos.

Por reaparición de la fiebre se realiza punción del absceso con drenaje parcial del mismo, donde rescata SAMR y se ajusta esquema. A las 48hs se recoloca tubo pleural por reaparición del derrame, con cultivos negativos se asume por contigüidad al absceso. Por persistir con colecciones se completa el drenaje y con mejoría clínica, egresa luego de cumplir 14 días de antibioterapia efectiva.

DISCUSIÓN

El AHP es una entidad poco frecuente en niños. El hígado puede ser invadido por varias vías: hematogena; por infección intrabdominal; por extensión directa, por obstrucción biliar extrahepática y colangitis y raramente por trauma hepático. Hay múltiples gérmenes causantes, siendo el más frecuente el Staphylococcus aureus.

Los AHP solitarios (70%) suelen localizarse preferentemente en el lóbulo derecho por el mayor flujo sanguíneo. La sintomatología puede ser muy inespecífica y el tratamiento consiste en la combinación de aspiración con aguja guiada por ecografía o TC ó con menor frecuencia, drenaje quirúrgico y antibiótico endovenoso.

CONCLUSION

Si bien el AHP es una entidad infrecuente, presenta elevada tasa de morbimortalidad si no es diagnosticado y tratado precozmente. Cabe destacar en nuestro paciente la persistencia clínica a pesar del tratamiento endovenoso, requiriendo recolocar el tubo de avenamiento pleural, considerándose el tratamiento efectivo al que incluye el drenaje del absceso y la antibioticoterapia.



A PROPOSITO DE UN CASO DE DISECCION CAROTIDEA POSTRAUMA DE PALADAR BLANDO EN NIÑA DE 1 AÑO DE EDAD

48

Voyame M.¹; Monti M.²; Lattanzi N.³; Salvatico N.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS SANTISIMA TRINIDAD^{1,2,3,4}

<solvoyame122@hotmail.com>

INTRODUCCION

Los traumatismos de paladar blando son frecuentes en pediatría, la disección de carótida interna constituye una rara complicación. Todos los casos se han descrito en la bibliografía, no siempre asociados a traumas penetrantes.

OBJETIVOS

Reportar un raro caso de disección de carótida interna posttrauma no penetrante de paladar blando en niña de 1 año de edad a fin de concientizar al equipo de salud sobre la sospecha diagnóstica ante la presencia de foco neurológico.

CASO CLINICO

Paciente previamente sana que sufre trauma no penetrante de paladar blando con objeto punzante (lapicera) al caerse de su propia altura. Presenta pérdida de consciencia seguida de convulsión afebril tónica generalizada en tres oportunidades en los primeros tres días. Al cuarto día consulta a servicio de emergencia de nuestro hospital por persistencia de convulsiones y paresia de miembro superior derecho atribuida a prono doloroso. Al examen físico: Glasgow 15/15, escoriación en paladar blando izquierdo y hemiparesia braquial derecha. Se realiza TAC cerebro: extensa hipodensidad temporofrontoparietal izquierda compatible con isquemia cerebral por embolia en arteria cerebral media. Fondo de ojo, ECG y ECOcardiograma

normales. RMN (10 días posttrauma): trombosis completa en origen de carótida interna izquierda, émbolo en arteria cerebral media, isquemia subaguda fronto-parietal y temporo-occipital izquierdas y aguda en capsula interna. Screening de trombofilia: normal. La paciente permaneció en sala común recibe tratamiento anticoagulante (enoxaparina) sin complicaciones y buena evolución de su hemiparesia. Alta hospitalaria con anticoagulación oral y seguimiento con servicio de hematología.

CONCLUSION

Se reporta un raro caso de disección carotídea secundaria a trauma no penetrante de paladar blando en paciente de 1 año de edad, con resolución favorable.

VIOLENCIA PROFESIONAL EN UN HOSPITAL GENERAL.

50

Salvatierra J.¹; Grassi Lofriu N.²; Olivera C.³; Chapoval O.⁴; Alzamendi R.⁵;

Lagala Y.⁶; Moreno E.⁷; Peñaloza C.⁸; Losardo D.⁹; Santolin C.¹⁰

HOSPITAL MI PUEBLO^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

<yustin_6127@hotmail.com>

INTRODUCCION

Se entiende como violencia profesional a todo acto violento dirigido contra una persona en el contexto de su trabajo. Este hecho se ha convertido en un problema global, en un mundo en permanente transformación. El incremento de la violencia social, se ha expandido a todas las esferas, siendo el área de salud, escenario de casi la cuarta parte del total de la violencia laboral.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de profesionales del servicio de clínica pediátrica del HZGA Mi Pueblo, que han estado expuestos a hechos violentos en marco de su acción laboral, las características y consecuencias de dichos eventos.

MATERIALES Y METODOS

Se ha realizado una encuesta dirigida a todos los profesionales médicos del servicio de clínica pediátrica del HZGA Mi Pueblo de Florencio Varela. Analizándose las siguientes variables: edad, sexo, tipo de cargo, lugar de trabajo, carga horaria, antigüedad, antecedente de padecimiento de violencia profesional, característica de dicho evento y su percepción frente al mismo. Realizándose un análisis cuali - cuantitativo. Estudio descriptivo, prospectivo. RESULTADOS: Se entrevistaron 30 médicos pediatras y residentes del servicio de Pediatría del Hospital Mi Pueblo. De ellos el 63% (n=19) fueron de sexo femenino el 40% (n=12) mayores de 50 años y 37% (n=11) entre 24 - 35 años, el 30% (n=9) son residentes, el 63% (n=19) poseen cargo de planta, el 6.9% (n=7) restante poseen beca, replazo o concurrencia. El 73.3% (n=22) ejerce su trabajo en la

guardia externa, el 66.3 (n=20) en consultorio y el 43.3% (n=13) en salas de internación de pediatría. El 53.3% (n=16) posee un cargo mayor de 36 hrs, el 40% (n=12) posee mayor a 5 años de antigüedad y el 26.6% (n=8) posee mayor de 20 años de antigüedad. El 93% (n=9) refiere haber sufrido violencia, el 63.3% (n=19) mas de una vez, el 40% (n=12) refiere episodio de violencia la última semana, 83.3 (n=25), refiere haber sufrido violencia verbal, el 46.6% (n=14) sufrieron amenaza, el 6.6% (n=2) todo tipo de violencia, el 43.3% (n=13) pensó en abandonar su puesto de trabajo, y el 66.6% (n=20) se siente afectada su capacidad de atención, luego de episodios de violencia.

CONCLUSION

De los resultados obtenidos se refleja y confirma el hecho de que la violencia es moneda corriente en la actualidad profesional diaria. Exacerbada por el área ecográfica en donde estamos insertos con sus características socio-culturales propias. Sin ver relación con edad de los médicos con su antigüedad, en cargo, ni con su sitio de atención todos se ven afectados por este hecho personal y profesionalmente. Esto no hace otra cosa que prender alarma acerca de futuras incorporaciones a nuestro plantel próximamente diezmando por retiros.



ENFERMEDAD POR ACÚMULO DE COBRE O ENFERMEDAD DE MENKES. A PROPÓSITO DE UN CASO

52

Holsman N.¹; Wepler N.²; Gea Sanchez G.³

HOSPITAL DE NIÑOS ORLANDO ALASSIA^{1,2,3}

<nataliaholsman@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Dentro de las enfermedades metabólicas, la enfermedad de Menkes es un trastorno neurodegenerativo de herencia recesiva ligada al cromosoma X. Se debe a una alteración del gen que codifica la enzima transportadora de cobre con acumulación del mismo en mucosa intestinal principalmente. Esto ocasiona déficit sanguíneo del metal, y síntomas neurodegenerativos y trastornos del tejido conjuntivo.

OBJETIVOS

Describir la presentación clínica de una enfermedad poco frecuente en un paciente internado en la sala de Cuidados intermedios.

CASO CLÍNICO

Varón de 2 meses de edad, RNT/PAEG, único de esta pareja (antecedentes de 3 abortos espontáneos). Curso internación al nacimiento por sospecha de sepsis, con hipoglucemias. Derivado a nuestro hospital por episodios convulsivos caracterizados por sialorrea, con parpadeo derecho y desviación de la mirada homolateral. Examen físico: vigil y reactivo, no fija, no sigue con la mirada, emaciado, piel redundante, fenotipo peculiar con hipertelorismo ocular, cabello ralo, delgado y decolorado, áreas de alopecia frontal y occipital, inclusión permanente de pulgares, hipotonía axial, no sostén cefálico, hipotrofia de extremidades, ROT 2/4, no clonus, no Babinski. Laboratorio: glucemia (0.38 mg/dl), lactacidemia (49.9 mg/dl) e hiperamoniemia (179.1 ug/dl), sin acidosis metabólica, y cetonuria. Ácidos orgánicos

urinarios y aminoácidos plasmáticos normales. RMN cerebral normal. EEG: punta y polipunta en región occipital derecha de elevada amplitud y frecuencia de descarga. Se medica con levetiracetan y piridoxina. Con la sospecha de error congénito del metabolismo se deriva a centro de mayor complejidad. Solicitan cupremia (<30mmol/L) y ceruloplasmina (3g/L) confirmando el diagnóstico.

CONCLUSIÓN

Ante un niño con trastornos neurológicos, con sospecha de enfermedad neurometabólica que presenta fenotipo peculiar (pelo ensortijado, blanquecino y frágil) sospechar esta enfermedad.

A PROPÓSITO DE UN CASO, ACIDURIA GLUTARICA TIPO 1 (AG-1): IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA

53

Priani A.¹; Devia D.²; Semprino M.³; Piastrellini L.⁴; Gimenez C.⁵

RESIDENTE DE PEDIATRÍA, CLÍNICA SAN LUCAS¹; PEDIATRA, CLÍNICA SAN LUCAS^{2,4,5}; NEURÓLOGO, CLÍNICA SAN LUCAS³

<arianapriani@gmail.com>

La AG-I es una enfermedad neurometabólica autosómica recesiva producida por la deficiencia de la enzima glutaril-CoA deshidrogenasa (GCDH) involucrada en el catabolismo de L-lisina, L-hidroxilisina y L-triptófano lo que ocasiona acumulación de los ácidos glutárico y 3 hidroxiglutarico responsables del compromiso neurológico severo característico de esta enfermedad. Dicha patología desencadena en pocos meses una encefalopatía que lleva a la parálisis cerebral si no es detectada y tratada en forma oportuna por el pediatra de cabecera. Su prevalencia mundial se estima en 1:100.000 nacidos vivos. En nuestro país no se encuentran disponibles las pruebas para tamizaje neonatal de enfermedades metabólicas, por lo cual el estudio inicial se realiza mediante la detección en sangre de concentraciones elevadas de glutaril-carnitina (C5DC).

OBJETIVO

Presentación de un caso de AG-1 y revisión del tema.

DESCRIPCION DEL CASO

beba de 5 meses, RNT/PAE, parto vaginal, sin antecedentes neonatales ni perinatales previos, que luego de catarro de vía aérea superior, comienza con irritabilidad y rechazo alimentario. Posteriormente ingresa por presentar episodios de distonías, irritabilidad, llanto con rechazo del alimento de cinco días de evolución. Se obtiene PCR aumentada, LCR normal y TAC de cráneo que evidencia aumento del tamaño de los espacios subaracnoideos bilateral. Se observa hipotonía axial con hipertonía distal y crisis distónicas con predominio de hemicuerpo izquierdo, disquinesias oromandibulares asociado a irritabilidad. Debe considerarse que la misma presentaba macrocefalia y retraso de pautas neuromadurativas de 2 meses de

evolución: ausencia de sostén cefálico y permanencia de reflejo tónico cervical asimétrico. Se plantean 2 diagnósticos enfermedad de krabbe y AG-I, se solicita EEG el cual es normal y RMN de cerebro la cual evidencia patrón simétrico de afectación, compromiso de ambos núcleos caudados, lenticulares y globos pálidos con compromiso de sustancia blanda. Falta de operculización, marcado ensanchamiento silviano y atrofia frontotemporal bilateral. Se solicita análisis de ácidos orgánicos en orina y en sangre respectivamente: Glutaril carnitina (GC), Ac. Glutarico y 3-hidroxiglutarico aumentados. GC 0,44 (<0,13), Aminoácidos plasmáticos (AA): Alfa-aminobutirico: 2 (VN 3-26) Isoleucina: 27 (31-86). Se evidencia aumento de GC a nivel plasmático y en orina con descenso marcado de AA confirmando diagnóstico AG-I. Se inicia tratamiento con alimentación con fórmula GA1 libre de lisina con contenido de carnitina, y ácidos grasos de cadena larga, se indica carnitina 51mg/kg/día cada 8 hs y diazepam. Debido a la progresión de la enfermedad presenta pérdida de succión, y luego de 15 días de iniciado tratamiento se evidencian cambios notorios en la paciente, no repite crisis encefalopáticas, no se evidencia disquinesias oromandibulares; aunque aún mantiene hipotonía axial. Se coloca botón gástrico a fin de rehabilitar reflejo de deglución con evolución favorable.

CONCLUSIÓN

Siendo una enfermedad que desencadena encefalopatía progresiva, la detección oportuna permite mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.



USO DE PANTALLAS EN NIÑOS PEQUEÑOS EN UNA CIUDAD DE ARGENTINA

54

Hidalgo E.¹; Waisman I.²; Rossi M.³

NEOCLÍNICA^{1,2,3}

<elihidalgo1987@gmail.com>

El impacto de la tecnología en la vida del hombre está en aumento permanente. En los últimos años, la aparición de tablets y smartphones, ha cambiado la forma de comunicarse, informarse y entretenerse. La cultura de las pantallas ha penetrado y permea todas las clases sociales y se utiliza a edades cada vez más tempranas

OBJETIVOS

Evaluar el uso de pantallas fijas y móviles en niños pequeños en una ciudad de Argentina, el tiempo dedicado a otras actividades infantiles tradicionales y su relación con el nivel educativo de las madres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: observacional, descriptivo, prospectivo, transversal.

Población. Pacientes de 6 meses a 5 años, y sus madres, atendidos en Río Cuarto de julio a septiembre de 2016.

Cálculo muestral. Para prevalencia estimada de uso de pantallas táctiles del 50%, se calculan 159 encuestas.

Métodos. Encuesta con preguntas cerradas, adaptada de Common Sense Media.

VARIABLES: demográficas, ingreso familiar, edad de comienzo, frecuencia de uso, minutos diarios, otras actividades.

Análisis: base de datos en Excel, análisis Epi Info 7.1.4.0. Variables numéricas prueba z y ANOVA; significativo < 0,05.

Odds ratio para variables cualitativas, IC 95%.

RESULTADOS

Se incluyeron 160 encuestas.

99% de los hogares tenía TV, y 98,75% poseían teléfonos celulares inteligentes.

Promedio de aparatos electrónicos 5,68. Los de menores ingresos 5,1 (DS 1,57) y mayores ingresos, 6,32 (DS 1,18). (p=0,0000).

Antes de los 2 años 80,3% de los niños mira TV, y 37,4% utiliza pantallas táctiles con ayuda. Entre 2 y 4 años 38,7% utiliza pantallas sin ayuda.

93% de los niños miró TV con mucha frecuencia, y 56% utilizó pantallas móviles con mucha frecuencia, (diario o varias veces por semana).

Los niños miraron un promedio de 75,6 minutos diarios de TV y utilizaron otras pantallas 31,3 minutos; la lectura ocupó 20,4 minutos.

El puntaje semanal de lectura de libros tuvo una media y DE de 2,16 (2,1) cuando el nivel de la madre fue educación primaria o secundaria incompleta; 3,51 (2,1) para secundario completo y 4,12 (1,5) para universitario completo. ANOVA: p= 0,00007.

CONCLUSIONES

El equipamiento tecnológico de los hogares es universal. Los niños están expuestos a las pantallas desde temprana edad. La TV sigue siendo el dispositivo más utilizado, pero las pantallas móviles, ocupan un tiempo y espacio importantes en la vida de los niños. Los padres deben acompañar y monitorear su utilización, y los pediatras difundir pautas seguras.

Palabras claves: Pantallas táctiles, televisión, tiempo de exposición, niños pequeños.

EN LACTANTES HOSPITALIZADOS POR BRONQUIOLITIS POR SINCICIAL RESPIRATORIO SE ASOCIARON MAS DÍAS DE SUPLEMENTACION DE OXIGENO Y REQUERIMIENTOS DE ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA

55

Salvatierra A.¹; Suarez V.²; Curia A.³; Burgos M.⁴

HOSPITAL EVA PERON^{1,2,3,4}

<adriana_salvatierra@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es causa frecuente de hospitalización en menores de 60 días. Siendo el virus sincicial respiratorio (VSR) el más comúnmente asociado a su etiología.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, por revisión de historias clínicas. Se analizó la población de pacientes internados desde Marzo 2014 a Junio 2016 en un hospital Materno-Infantil, cuya edad de ingreso fue menor a 45 días de vida, y cuyo diagnóstico clínico fue determinado por médicos pediatras y neonatólogos encargados del ingreso a la internación de estos pacientes. Se creó una base de datos codificados para proteger la confidencialidad de los pacientes y se determinaron 2 grupos, formados según los resultados del aspirado de secreciones nasofaríngeas para determinar la etiología viral; se utilizó la técnica de Inmunofluorescencia Indirecta para identificar al agente viral causante, los dos grupos fueron pacientes con prueba positiva para infección por VRS y en el segundo grupo con prueba negativa para VSR, incluyendo en este grupo los resultados negativos, como la positividad para otros virus. Consideramos: días de internación, uso de asistencia respiratoria mecánica, edad gestacional, días totales de oxígeno y mortalidad.

RESULTADOS

Se incluyeron 264 pacientes en el trabajo, luego de evaluar todas las historias clínicas de internación de pacientes internados con bronquiolitis que tuvieron hasta 45 días de vida en el momento de la internación; en 120 pacientes el resultado de Inmunofluorescencia de la muestra de secreciones nasofaríngeas fue positivo para VSR (45,5%), y 144 pacientes el resultado de la misma

prueba fue negativa, o positiva para otros virus (11 pacientes positivos para Virus Parainfluenza, y 4 pacientes positivos para Metaneumovirus). En relación a los días de uso de oxígeno, en el grupo con prueba positiva para VSR, el 47% lo requirió por más de 7 días OR:2 (IC95% 1,21-3,28), mostrando una asociación significativa con la positividad del VSR y el requerimiento de oxígeno durante la internación por más de 7 días; En el mismo grupo de VSR positivo, el 25% requirió asistencia respiratoria mecánica OR:1,95 (IC95% 1,05-3,6), también mostrando una asociación significativa entre la positividad VSR y el requerimiento de asistencia respiratoria mecánica; con respecto a días de internación, permanecieron internados más de 15 días 19% OR:1,56 (IC95% 0,81-3,02). En pacientes VSR positivo la mortalidad fue 2,5% OR:1,82 (IC95% 0,31-10,84). Con respecto a edad gestacional el 8,3% fueron prematuros (<34 semanas) sin relación significativa OR:1,1 (IC95% 0,45-2,69) entre los dos grupos VSR positivo y los pacientes con prueba negativa.

CONCLUSIONES

Al analizar el grupo bronquiolitis VSR positivo encontramos asociaciones significativas con días de oxígeno, días totales de internación y el uso de asistencia respiratoria mecánica, estas variables parecen aumentar en las bronquiolitis VSR positivo. Además la mortalidad fue más probable que se produzca en este grupo. Mientras que la edad gestacional no muestra una relación significativa importante con las bronquiolitis VSR positivo. Palabras Claves: Bronquiolitis, Internación, Virus Sincicial Respiratorio



PILOMATRIXOMAS MÚLTIPLES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bilbao M.¹; Gato F.²; Maronna E.³

HOSPITAL ALVAREZ¹; HOSPITAL MUÑOZ^{2,3}

<lujan.bilbao@outlook.com>

56

INTRODUCCIÓN

El pilomatrixoma es un tumor benigno, que deriva de las células de la matriz del pelo. La mayoría son solitarios y raramente aparecen como lesiones múltiples (2.5-5% de los casos). La presencia de pilomatrixomas múltiples puede ser esporádica, familiar o asociarse a enfermedades de las cuales solo está bien documentado con la enfermedad de Steinert.

Es más frecuente en las primeras dos décadas de la vida.

Clínicamente se manifiesta como una lesión de consistencia dura y facetada a la palpación, cubierta de piel normal o eritematoviolácea; en ocasiones dolorosa.

En la histología predominan nidos de células basófilas y eosinófilas (células "fantasma") inmersas en una matriz de calcificación.

Sus diagnósticos diferenciales son: osteomas cutáneos, quistes epidérmicos, muy raramente forúnculos o lesiones vasculares (por su tonalidad violácea).

Parece que la mutación de la β -catenina juega un papel importante en la génesis del pilomatrixoma.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 4 años de edad. Es traída a consulta por lesiones tumorales en de 4 meses de evolución, que previamente habían sido tratadas en otro centro con cefalexina al interpretarlas como forúnculos.

Antecedentes: tío con lesión de similares características en dorso.

Al examen físico en brazo derecho y dorso de cuello 2 lesiones tumorales, eritematovioláceas, facetadas a la palpación, de consistencia dura y dolorosas. Ecografía de piel y partes blandas: imagen hiperecogénica con intensa sombra acústica posterior.

Biopsia de piel: formación contenida por tejido fibroconectivo, dentro de la cual se observan nidos de células basaloides y células tipo "fantasma" entremezclados con áreas de calcificación y osificación.

Diagnóstico: Pilomatrixomas múltiples.

Se deriva a cirugía plástica para exéresis, con buen resultado estético. Luego de 6 meses consulta por nueva lesión compatible con pilomatrixoma en región temporal derecha.

CONCLUSIONES

- Se destaca la presentación inusual de pilomatrixoma múltiple.
- Remarcar la importancia de la anamnesis tanto personal como familiar, y el seguimiento de estos pacientes, que en un bajo porcentaje se asocian a distrofia muscular; la cual puede manifestarse años después del pilomatrixoma.
- Recordar que no toda lesión eritematosa es de etiología infecciosa.
- Tener en cuenta la oportuna derivación y el trabajo en equipo con dermatología.

ARTRITIS SÉPTICA POR KINGELLA KINGAE EN PEDIATRÍA, MÁS COMÚN DE LO QUE PARECE.

Sevesi M.¹; Martínez Romagosa L.²; García Coppola M.³

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3}

<mvevesi@gmail.com>

58

INTRODUCCION

Kingella kingae, es un cocobacilo aerobio gramnegativo, que coloniza la mucosa orofaríngea, respiratoria y el tracto genitourinario. Presenta especial tropismo por el tejido osteoarticular, endocardio y espacio vascular siendo los menores de 5 años los más susceptibles a infecciones invasivas. Con el avance en las técnicas de cultivo y biología molecular para la detección del germen, ha habido un mayor número de casos identificados, considerándose a la Kingella k, agente etiológico común de bacteriemia e infección osteoarticular en este grupo etareo.

OBJETIVOS

1. Presentación de un paciente con artritis séptica por Kingella kingae.
2. Revisión de la bibliografía.

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 5 años de edad, previamente sana, consulta por gonalgia derecha con impotencia funcional y febrícula de 7 días de evolución. Se la valora en buen estado general con artritis de rodilla. Se solicita laboratorio con GB 13200 (N74/L14), Hb 11.8, plaquetas 440000, eritrosedimentación 64, PCR 59, Rx de rodilla con aumento del tamaño articular, artroscopia con citoquímico patológico (abundantes leucocitos, piocitos, glucosa 7mg/dL, proteínas 6200mg/dL), Hemocultivos y cultivo de liquido articular para gérmenes comunes negativo. Inicia tratamiento con

clindamicina endovenosa. Permanece afebril durante toda la evolución, pero con persistencia de artritis y reactantes de fase aguda elevados por lo que, al octavo día de internación, se realiza nuevo drenaje articular con citoquímico patológico (abundantes leucocitos, piocitos, glucosa 33mg/dL, proteínas 6900mg/dL), cultivo para gérmenes comunes, anaerobios y micobacterias negativos. Se solicita PCR para Kingella kingae, siendo la misma positiva. Se rota antibioterapia a Ceftriaxona con buena evolución clínica y de laboratorio. Cumple 10 días de dicho antibiótico, rotándose a cefalexina que recibe 4 semanas. Se constata resolución completa de síntomas articulares.

CONCLUSION

Considerar este microorganismo en infecciones osteoarticulares y endocárdicas especialmente en pacientes menores de 5 años y con clínica moderada; para realizar diagnóstico oportuno con técnicas adecuadas y específicas y tratamiento acorde a dicho germen.



LESIONES DERMATOLÓGICAS EN EL RECIÉN NACIDO COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Leiva G.¹; Lopez Turconi E.²; Alvarez P.³; Subotovsky P.⁴; Torroja C.⁵; Luna P.⁶; Bezrodnik L.⁷

SANATORIO DE LOS ARCOS^{1 2 3 4 5 6 7}

<gracielleiva6@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las lesiones de piel en el recién nacido son motivo de consulta habitual, pero rara vez requieren internación. Se presenta un caso poco frecuente con debut neonatal de una Inmunodeficiencia Primaria de difícil diagnóstico.

OBJETIVO

Evaluar y reconocer tempranamente a aquellos pacientes que presentan un exantema persistente desde el nacimiento y sospechar de una manifestación clínica de inmunodeficiencia.

CASO CLÍNICO

Recién nacida a término de sexo femenino con bajo peso para la edad gestacional, Apgar 9/10 y sin antecedentes familiares ni de consanguinidad; permaneció en internación conjunta alimentándose con lactancia materna exclusiva. Durante las primeras 72 hs de vida presentó compromiso cutáneo generalizado en forma de rash maculopapular generalizado que persistió en el tiempo. En los análisis de sangre presentó sólo plaquetopenia que no requirió transfusión y se descartaron infecciones congénitas; posteriormente los controles clínicos y bioquímicos se llevaron a cabo en forma ambulatoria y con distintas especialidades como hematología y dermatología. Se realizó biopsia de piel que determinó una dermatitis intersticial aguda con predominio de neutrófilos compatible con enfermedad autoinflamatoria siendo el criterio de derivación a especialista en inmunología. Inicialmente se sospechó una Deficiencia del antagonista del receptor de interleuquina 1 (DIRA IL1RN) que fue descartado al no encontrarse dicha mutación. Al mes de vida se detectó hipogammaglobulinemia y bajo número de linfocitos B por lo que se planteó el diagnóstico de un Síndrome Autoinflamatorio asociado a alteración del

compartimento B, posible Déficit de adenosindeaminasa-2 (ADA-2) iniciando tratamiento con Gammaglobulina EV, corticoides y fármacos anti TNF mientras se aguardaban los resultados de la mutación genética. A los 3 meses se descartó mutación para ADA-2. En su evolución pediátrica presentó varias infecciones oportunistas y compromiso hematológico que requirió trasplante de medula ósea. Ante la falta de diagnóstico específico se continuó con el estudio del panel de 40 genes candidatos, detectándose finalmente una interferonopatía con mutación en gen SAMDL9L.

CONCLUSIÓN

La presentación clínica e inmunológica de un síndrome autoinflamatorio en un recién nacido es muy poco frecuente y conlleva un desafío diagnóstico que continúa en la edad pediátrica. Es importante la sospecha inicial de estos síndromes para que a la brevedad se realicen las interconsultas pertinentes.

SALUD AMBIENTAL Y SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE EN NIÑOS QUE VIVEN ALREDEDOR DE FÁBRICA DE BIOETANOL

Avila Vazquez M.¹; Difilippo F.²; Mac Lean B.³; Maturano E.⁴

CATEDRA DE CLÍNICA PEDIÁTRICA UNC^{1 2 3}; INSTITUTO DE VIROLOGIA, UNC⁴

<medardoavilavazquez@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

En Barrio San Antonio de Córdoba funciona una fábrica de bioetanol desde 2012, los vecinos sufren cuadros irritativos, los más afectados son los niños, estudios ambientales encuentran formaldehído, tolueno, xilenos, hexanos y etanol en las calles del barrio. Los afectados solicitan estudios.

OBJETIVOS

Evaluar salud ambiental infantil y afecciones probablemente vinculadas a contaminantes ambientales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio trasversal de prevalencias en barrios San Antonio y Residencial San Antonio considerados como conjunto poblacional, encuestando todos los domicilios.

RESULTADOS

Evalúamos 120 niños menores de 15 años (78% de la población infantil del sector). Problemas respiratorios y Asma son la principal afección, en el grupo de referencia epidemiológica (6 y 7 años) el uso de broncodilatadores alcanzó al 57% (Reporte Global de Asma del 2014 Argentina: 14%), en todos los niños 29% usa aerosoles y el 43% refiere también rinitis, sinusitis y laringitis. El segundo problema de salud es la dermatitis, esta afección compromete a 27 de los 120 niños (22%), mientras que la conjuntivitis y las cefaleas son el tercer y cuarto problema con 26 casos en 120 niños (22%). Síntomas

digestivos (gastritis/dispepsias/reflujo) alcanzan el 13%. Sensibilidad química múltiple: el 63% de los niños tiene al menos 1 síntoma, 48% tienen dos, tres síntomas sufren el 22% y el 9% sufre de cuatro síntomas, en todos los casos la enfermedad comenzó en los últimos años y se agrava progresivamente, los niños mejoran cuando pasan varios días alejados del barrio. En cuanto a las anomalías congénitas la tasa últimos 5 años resultó de 14,8% (n: 4/27) y último año de 28,6% (n: 2/4), estos resultados contrastan con RENAC quien refirió 1,6% para ciudad de Córdoba en 2012; todos los casos son residentes a escasos metros de la planta de bioetanol. La tasa de natalidad de Barrio San Antonio resultó similar a la del resto de la ciudad de Córdoba.

CONCLUSIÓN

La población infantil que vive junto a la planta de bioetanol presenta elevada prevalencia de malformaciones congénitas, asma y síndrome de sensibilidad química múltiple, estudios ambientales previos reconocen la presencia de sustancias tóxicas reconocidas como desencadenantes de estas enfermedades, se requieren urgentes medidas para proteger el derecho a la salud ambiental de esta población infantil urbana.



DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES QOM DE FORMOSA, ARGENTINA

64

Olmedo S.¹; Mamondi V.²; Valeggia C.³; Berra S.⁴

CONICET¹; ESCUELA DE NUTRICIÓN. FCM, UNC. CENTRO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y EN SALUD PÚBLICA. ESCUELA DE SALUD PÚBLICA Y AMBIENTE FCM, UNC.²; DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE YALE.³; INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD (INICSA-CONICET).CENTRO DE INVESTIGACIONES EN EPIDEMIOLOGÍA Y SERVICIOS DE SALUD (CIESS- ESCUELA DE SALUD PÚBLICA)⁴

<olmedo2013.so@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las comunidades indígenas presentan condiciones de vida desfavorables que influyen en el estado nutricional infantil. Se sugieren diferencias en la salud de preescolares según sus condiciones de vida dentro de la misma comunidad. El objetivo del trabajo fue describir el estado nutricional de preescolares qom de Formosa y su relación con las condiciones de vida.

MÉTODOS

Estudio transversal-cuantitativo en una muestra de 160 niños/as Qom de 2 a 5 años de Formosa. Se evaluó peso/edad, talla/edad e IMC/edad del niño/a, según las referencias de la Organización Mundial de la Salud 2006. Las condiciones de vida se determinaron con una encuesta sociodemográfica y de recursos materiales en los hogares de los participantes creada según datos etnográficos previos.

RESULTADOS

El 62% de las madres sabía leer y escribir. El 16% de los preescolares presentó talla baja para su edad, siendo más frecuente en niños (22%) que en niñas (9%, p=0,02). Un cuarto de la muestra tenía exceso de peso, con 5 niños (3%) categorizados como obesos. De los niños que presentaron retraso en el crecimiento, el 28% también presentó exceso de peso. La prevalencia de baja talla para la edad es mayor en preescolares cuyas madres no leen ni escriben (21,1%), que

viven en casas de palma y barro (21,3%), que no tienen acceso a agua potable (18%) y cuyas familias cocinan a leña (30%) La prevalencia de exceso de peso fue mayor en los niños que viven en casas nuevas de planes habitacionales provinciales (40.9%; p=0,05), que disponen de heladera o freezer (32,7%; p=0,08) o de cocina a gas (28,5%; p=0,04).

CONCLUSIÓN

La prevalencia de baja talla y exceso de peso fueron mayores a lo esperado y existen desigualdades sociales en el estado nutricional y el crecimiento de preescolares aún dentro de la comunidad qom.

TIEMPO DE ELIMINACIÓN FECAL DE *ESCHERICHIA COLI* PRODUCTORA DE TOXINA SHIGA EN NIÑOS CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO

67

Lucarelli L.¹; Alconcher L.²; Arias V.³; Rizzo M.⁴; Benvenuti M.⁵

HIGA PENNA BAHIA BLANCA^{1,2,3,4,5}

<l_lucarelli@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

En el 60-70% de los casos de síndrome urémico hemolítico (SUH) se detecta infección por *Escherichia coli* productora de Toxina Shiga (STEC). Conocer el tiempo de eliminación fecal de STEC sería útil para controlar la transmisión de la enfermedad.

OBJETIVOS

1- Determinar el tiempo de eliminación fecal de STEC. 2- Analizar la asociación entre el tiempo de eliminación y las variables: género, edad, requerimiento de diálisis, administración de antibióticos y serotipos de STEC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional, longitudinal y analítico. Se analizó la materia fecal (MF) de los niños con SUH atendidos en la unidad centinela del Hospital Penna en el período 2013 al 2017. Criterio de exclusión: paciente STEC negativo o sin coprocultivo. Las muestras de MF se tomaron al ingreso y cada 5-7 días hasta obtener 2 resultados negativos consecutivos. La búsqueda de STEC en MF se realizó a través de la detección de los genes stx1, stx 2, y rfbO157 por Reacción en Cadena de la Polimerasa. Se eliminaron los pacientes que no cumplieron número y/o plazo de entrega de las muestras. Se calcularon media y mediana del tiempo de negativización y sus intervalos de confianza del 95%. El tiempo de eliminación para cada una de las variables se comparó mediante la prueba log Rank. Una p<0,05 se consideró significativa.

RESULTADOS

De 55 pacientes atendidos, 28 se excluyeron (27 con coprocultivo negativo y 1 no se estudió) y 27 resultaron positivos para STEC (50%). Cuatro no cumplieron con las muestras de MF. Se incluyeron 23 pacientes (14 mujeres), 15 menores de 2 años. Nueve dializaron y 3 recibieron antibióticos previos al diagnóstico. Dieciocho pacientes fueron STEC O157 y 5 NO O157. La media de tiempo de eliminación fue 9,8 días (IC95% 8,25-11,39). El tiempo de eliminación en promedio fue más prolongado en los menores de 2 años (11,7 días vs 7,5 días respectivamente, p=0,02). No existieron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de eliminación según género, ni por requerimiento de diálisis, ni por administración de antibióticos, ni según el serotipo de STEC.

CONCLUSIÓN

El 90% de los pacientes tenían 2 coprocultivos negativos a los 14 días (mediana 10 días). La eliminación de STEC fue más prolongada en los menores de 2 años. Estos datos podrían ser útiles para prevenir nuevos casos, extremando los cuidados higiénicos y evitando el reingreso a guarderías y/o jardines de infantes hasta tener 2 coprocultivos negativos o, de no contar con este recurso, hasta al menos 14 días desde el inicio de la diarrea.



EFICACIA DEL USO DE ORTESIS EN PIE PLANO FLEXIBLE PEDIÁTRICO - REVISIÓN SISTEMÁTICA

69

Andersen A.¹; Romaris M.²; Fontenla R.³; Bouso C.⁴

GARRAHAN^{1,2,3,4}

<Ana.andersen.mnorte@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El pie plano flexible es una de las entidades ortopédicas más frecuentes en pediatría. Algunos autores lo consideran una variante anatómica. La incertidumbre en cuanto a su evolución y pronóstico, sumado a la preocupación y demanda por parte de los padres, hace que en muchas ocasiones se indique tratamiento ortésico.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda sistemática en Medline, Lilacs, Cochrane y literatura gris a través de Scholar Google. Como estrategia de búsqueda se utilizaron los términos therapy, flatfoot, flatfeet, pie plano y pes planus. Se establecieron como límites: población hasta los 18 años, trabajos publicados y disponibles hasta abril 2017 y restringiendo por idiomas español e inglés. Se revisó la literatura al final de cada artículo y se realizó consulta con expertos en el tema. Para la lectura crítica de los artículos se utilizaron la guía crítica del Hosp. Garrahan y la escala de calidad metodológica JADAD.

RESULTADOS

Se hallaron 778 resultados: 421 artículos correspondían a pacientes con patología de base o que describen otras patologías diferentes al pie plano flexible, 194 evaluaban corrección quirúrgica, 144 eran trabajos descriptivos, 7 comparaban diferentes tratamientos ortésicos entre si y 7 eran revisiones de trabajo. Finalmente fueron analizados 5 trabajos. De los artículos seleccionados, 4 corresponden a ECCAs y 1 es un estudio de cohorte. De los 5 estudios, 2 poseen aceptable y muy buena calidad

metodológica utilizando la escala de JADAD, ninguno de ellos demostró cambios significativos con el tratamiento ortésico. De los 3 estudios restantes sólo uno demostró mejores resultados en cuanto al alivio del dolor y mejoría de la marcha al combinar ortesis con ejercicios (RR 0.33 y 0.29 respectivamente), el resto tampoco mostró cambios estadísticamente significativos.

CONCLUSIÓN

Se concluye, de acuerdo a esta revisión, que no hay evidencia científica que demuestre la eficacia del uso de ortesis para la corrección del pie plano flexible en la población pediátrica sana.

Como conclusión secundaria, es importante remarcar que no hay una definición aceptada y consensuada de pie plano flexible. Se coincide con el experto, en que estudiar los cambios anatomofisiológicos que atraviesa el pie del paciente pediátrico durante su desarrollo es una buena forma de lograr una mejor categorización del mismo en el futuro.

SEVERO COMPROMISO CARDIOVASCULAR EN UN NIÑO CON SÍNDROME DE SWEET

70

Rama M.¹; Vidal D.²; Giovo M.³; Aguado Y.⁴; Baud V.⁵; Mothe V.⁶; Guevara A.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS SANTISIMA TRINIDAD, CORDOBA^{1,2,3,4,5,6,7}

<mariaerama1@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Sweet o dermatosis neutrofílica febril aguda es una patología muy poco frecuente sobre todo en niños en quienes se relaciona con importante compromiso cardiovascular.

OBJETIVO

Presentar un paciente con dicha patología seguido en nuestro hospital.

CASO CLÍNICO

Varón de 6 meses ingresa por pápulas y placas eritematosas y edematosas en extremidades y rostro, asociadas a síndrome febril de 2 meses de evolución. Laboratorio: Leucocitosis : 26.000/mm³ Neutrofilia (NS:80%). Anemia: Hb: 8 g% Hto: 26,1% -Trombocitosis:650.000/mm³,VSG acelerada (110mm/h), PCR aumentada(90 mg %) Cultivos: sin desarrollo. Patergia: positivo. Ecografía abdominal: normal. Fondo de ojo: normal. Centellograma óseo: normal. Ecocardiograma: normal. Medulograma: normal. Citodiagnóstico de Tzanck: frecuentes PMN. No se observan signos de infección viral. Biopsia de piel: Epidermis con acantosis irregular y leve espongirosis. Dermis con infiltrado inflamatorio difuso de PMN neutrófilos y escasos eosinófilos sin compromiso vascular.

DIAGNÓSTICO

Síndrome de Sweet. Se trata con dosis altas de esteroides con mejoría del cuadro. A los 6 meses del comienzo reactivación de las lesiones cutáneas y fiebre. Examen Físico: cutis laxa postinflamatoria. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia y reactantes de fase aguda elevados. Ecocardiograma: dilatación severa de raíz y de aorta ascendente, derrame pericárdico, insuf. valvular aortica. Angio IRM :

Aortitis y dilatación de aorta ascendente (z score=6.89). Tratamiento: esteroide a altas dosis, inmunoglobulina, metotrexato, Canakinumab. Buena respuesta, en espera de cirugía cardiovascular.

CONCLUSIÓN

Los escasos reportes de Síndrome de Sweet en niños con severo compromiso cardiovascular son casos posmortem. En nuestro paciente hemos logrado mantener la enfermedad controlada aunque nos espera un gran desafío con respecto a la severa complicación cardíaca.



ABSCESO PRIMARIO DE MUSCULO ILIACO. REPORTE DE UN CASO DE UN NIÑO DE 18 MESES.

71

Paladino M.¹; Guglielmino M.²; Etcharrán M.³

HOSPITAL ITALIANO^{1,2,3}

<cecilia.paladino@hospitalitaliano.org.ar>

Existen pocos casos reportados en pediatría de absceso del músculo iliopsoas idiopático. El IPA primario representa aproximadamente el 30% de todos los casos vistos. Es más común en los niños donde se puede confundir con artritis séptica de la cadera. -1

En el siguiente reporte se describe el caso de un paciente masculino de 18 meses de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, que consultó a la guardia de pediatría por fiebre de 24 hs de evolución y dificultad en la marcha que llevó a descartar diagnósticos diferenciales de cojera dolorosa. Se le realizaron múltiples estudios de imagen, a su ingreso y durante la internación, hallándose finalmente una imagen compatible con un absceso del músculo iliaco en una resonancia magnética nuclear (RMN). Realizó tratamiento antibiótico por 21 días totales, sin rescate de germen en el hemocultivo. En RMN de control ambulatoria a los 35 días de su internación se observó mejoría del proceso inflamatorio/infeccioso en comparación al estudio previo.

El motivo de discusión de este caso es la baja prevalencia de absceso del músculo iliopsoas en pediatría, debiendo considerarse dentro de los posibles diagnósticos diferenciales de cojera dolorosa.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA MORTALIDAD POR LESIONES POR CAUSAS EXTERNAS EN MENORES DE 15 AÑOS, ARGENTINA, 2013-2015

72

Perinetti A.¹; Silva A.²; San Martín M.³; Christian B.⁴; Lavayén S.⁵; Córdoba M.⁶

INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA "DR JUAN H. JARA"^{1,2,3,4,5,6}

<perinettiandrea1@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las lesiones por causas externas (LCE) son la primera causa de muerte en Argentina en niños de 1 a 15 años. Se clasifican en intencionales, no intencionales e intención no determinada (InD).

OBJETIVOS

Describir el perfil de mortalidad por LCE en población pediátrica argentina durante el trienio 2013-2015.

MÉTODOS

Estudio transversal. Se calculó la tasa promedio de mortalidad por LCE (TMLCE) en menores de 15 años durante el período 2013-2015 según: principales causas, grupo de edad, sexo y lugar de ocurrencia. No se incluyó CABA por presentar bajo número de casos reportados para algunos códigos.

RESULTADOS

La TMLCE en Argentina durante el período 2013-2015 fue de 11,6/100.000, con un descenso entre el año 2013 (12,4/100.000) y 2015 (10,9/100.000). El 51,1% de las muertes (n=606) se produjo en menores de 5 años, con una tasa en niños de casi 4 veces que en niñas. En el grupo de 10-14 años la TMLCE fue el doble en varones que en mujeres. El 77,5% (n=920) de las muertes fue por LCE no intencionales, el 11,9% por InD y el 10,5% intencionales. Las causas más frecuentes fueron: tránsito (25,1%), obstrucción de la respiración (14,4%), InD (11,9%) y ahogamiento (11,4%).

Las muertes por tránsito se produjeron con más frecuencia en ocupantes de autos (44,3%) y peatones (18,8%). En estas categorías los menores de 5 años fueron los más afectados. Las provincias con mayor TMLCE fueron San Juan, Jujuy y Formosa. En San Juan y Neuquén se observó una tasa de muertes por tránsito del doble de la nacional. En Catamarca, Jujuy, Salta y Chubut se registró una tasa de suicidios tres veces más que la tasa nacional (p<0,05). La tasa de homicidios fue el doble de la nacional en Mendoza y Neuquén (p<0,05). La mortalidad por obstrucción de la respiración fue mayor al triple de la nacional en San Luis, Mendoza y Jujuy (p<0,001). Por ahogamiento el mayor riesgo se observó en Formosa, San Juan, Catamarca, Santiago del Estero y Salta (p<0,05).

CONCLUSIONES

La TMLCE fue mayor en menores de 5 años, varones y con determinadas características en cuanto a intencionalidad y mecanismo según provincia. Surge la necesidad de investigar su relación con otros factores como nivel de pobreza, implementación de políticas públicas preventivas, así como evaluar la tendencia de la TMLCE durante un período más prolongado en las distintas provincias. Las diferencias observadas muestran la importancia de enfoques integrales e intersectoriales, dirigidos a aquellos sectores más vulnerables.



ESTUDIO SOBRE LA UTILIDAD DE LOS SEGMENTOS CORPORALES PARA LA VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS CON LIMITACIONES FUNCIONALES

74

Ruiz Brunner M.¹; Cieri M.²; Ferrero A.³; Zarate M.⁴; Bainotti F.⁵; Cuestas E.⁶
INSTITUTO DE INVESTIGACION EN CIENCIAS DE LA SALUD (CONICET- UNC)^{1,2,3,4,5,6}
<mercedesruizb@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El peso y la talla son datos esenciales para la valoración del crecimiento y estado nutricional en pediatría. La determinación por método directo resulta difícil en individuos hospitalizados con limitaciones funcionales. Es por esto que se ha propuesto correlacionar las mediciones de la circunferencia media de brazo (CMB) con el peso y de la altura talón rodilla (ATR) con la talla, para así poder utilizarlos para valorar el crecimiento y el estado nutricional en estos grupos de pacientes. No se conoce en la literatura estudios que describan esta correlación desde los 2 a los 19 años.

OBJETIVO

Analizar la correlación entre el peso y la CMB, y entre la talla y la ATR de niños y adolescentes para su uso en la valoración nutricional y de crecimiento en niños hospitalizados con limitaciones funcionales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron, niños, niñas y adolescentes sin patología de 2 y 19 años. Quedaron excluidos quienes presentaron desórdenes endócrinos, metabólicos, genéticos y anomalías congénitas que afecten o hayan afectado su crecimiento. Se calculó el tamaño muestral estratificado en, al menos, 10 sujetos por estrato etario y por sexo. Para establecer la correlación se calculó el coeficiente de correlación r y de determinación R^2 con una significación de $p < 0,005$, graficando la correlación. Para el análisis de los datos se utilizó el software STATA 13.0.

RESULTADOS

Se recolectaron datos de 861 sujetos. 484 femeninos (56.2% IC95% 52,8 a 59,5), y 377 masculinos (43.8% IC95% 40,4 a 47,2) con edades entre 2 y 19 años. El rango etario fue de 2.375 a 18.923 años decimales. Se determinó una correlación entre la ATR y la talla de $r=0.98$ tanto para mujeres como para varones, con un $R^2=0.96$ para mujeres y un $R^2=0.97$ en varones, todos estos datos se evaluaron con un $p < 0.001$. La CMB demostró una correlación con el peso de $r=0.92$ ($R^2=0.76$) en varones y de $r=0.87$ ($R^2=0.85$) en mujeres, ambas con un $p < 0.001$.

CONCLUSIÓN

Se observó que los segmentos corporales ATR y CMB presentan una alta correlación con la talla y peso, respectivamente. Es por esto que proponemos utilizar los mismos para la valoración del crecimiento y estado nutricional en niños hospitalizados con limitaciones funcionales.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR VIH DE TRANSMISIÓN VERTICAL

75

Fariña M.¹; Barboni G.²; Candi M.³; Gaddi E.⁴
HOSPITAL ELIZALDE^{1,2,3,4}
<florentinafariña@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La utilidad en la estimación de escalas de calidad de vida permite adoptar decisiones frente al cuidado pediátrico y del adolescente con VIH.

OBJETIVOS

Describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes de 5 a 18 años con VIH de transmisión vertical.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal y analítico. Se utilizó el cuestionario PedsQL®. Se incluyó a pacientes entre 5 y 18 años de edad, con infección VIH de transmisión vertical junto con sus cuidadores. Se consideró un puntaje del PedsQL > 70 como indicador de buena calidad de vida.

RESULTADOS

Se realizaron 70 encuestas a pacientes y sus cuidadores. La media de la edad fue de 13.21 años para pacientes (con DS 3.65) y de 43 años para cuidadores (DS 11.79). El 51% (n=36) fue de sexo femenino. El 23% (n=16) tenía secuelas: bronquiectasias 13% (n=9) IC95% 6.05-23.01%, encefalopatía por VIH 4% (n=3) IC95 0.89-12.02%, hipoacusia 4% (n=3) IC95% 0.89-12.02 y baja talla 1.4% (n=1) IC 95% 0.04-7.70%. El 47% (n=33) era huérfano de uno o ambos padres. El 83% (n=58) estaba escolarizado. El 73% (n=51) presentó valores de buena calidad de vida global (media de 76.28 DS 10.77). Los valores más altos fueron en la esfera física y subesfera social (81.53; DS 14.32; 86.36; DS 12.79). Las más afectada fue la esfera psicosocial y dentro de ella la emocional y escolar (media de 68.43 DS 19.10; 63.36 DS 18.4 respectivamente). Al comparar promedios de CVRS entre pacientes y

cuidadores se encontró diferencias de la percepción en la esfera física (X^2 5.10; $p=0.023$; OD 4.46 IC: 1.13-17.55) y la psicosocial (X^2 4.49; $p=0.033$; OD 3.23 IC: 1.06-9.8), así como en la subesfera escolar (X^2 16.39; $p=0.00005$; OD 8.29 IC: 2.83-24.25). Se encontró asociación entre la presencia de secuelas y la calidad de vida global (X^2 5.4; $p=0.024$; RR 2.68). Las mujeres presentaron valores de media más bajos en la escala global, en la esfera psicosocial y en la subesfera emocional ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES

En el presente estudio la mayoría de los pacientes que viven con VIH, refieren buena CVRS total. La esfera psicosocial fue la más afectada, y de ella particularmente la subesfera escolar y emocional. Hubo buena concordancia en el dominio global, y las subesferas emocionales y social entre la percepción de pacientes y cuidadores. La presencia de secuelas podría predecir peor calidad de vida global. Hubo diferencias entre las percepciones de CVRS según el sexo, siendo las mujeres las que peor percepción tienen acerca de su calidad de vida. La mayor afectación en la subesfera emocional fue observada en adolescentes y mujeres. Esto podría corresponder a la mayor concientización de las implicancias que conlleva crecer con VIH.



ENFERMEDAD DE MENKES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Bureu P.¹; Ruiz A.²

HOSPITAL REGIONAL "VICTOR SANGUINETTI"^{1,2}

<paulabureu@hotmail.com>

76

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Menkes es un trastorno neurodegenerativo progresivo de herencia recesiva ligada al cromosoma X. El gen de la enfermedad codifica la proteína ATP7A transportador citoplasmático de cobre que en condiciones normales facilita la exocitosis del metal a la sangre, la eliminación del exceso a través de la bilis o del intestino y el ingreso al aparato de Golgi para la síntesis de enzimas. Las mutaciones de la proteína se asocian con una concentración sérica disminuida de cobre y ceruloplasmina, así como un déficit de la absorción y el transporte del cobre en el intestino. Las principales funciones del cobre están dadas como cofactor de diversas enzimas. Los síntomas comienzan tempranamente, consisten en hipotermia y crisis mioclónicas generalizadas. La facies típica con mejillas prominentes y rosadas, cabello ensortijado, blanquecino y frágil. Microscópicamente el pelo muestra tricorrexis nodosa (fracturas a lo largo del tallo capilar) y pili torti (pelo enrollado). Hay dificultades en la alimentación, retraso mental grave y atrofia óptica. Los cambios neuropatológicos consisten en degeneración serpenteante de la sustancia gris y cambios marcados en el cerebelo. Sin tratamiento mueren hacia los 3 años de vida.

OBJETIVOS

Presentar un caso de Enfermedad de Menkes.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 4 meses. Antecedentes: Embarazo mal controlado. Parto eutócico. RNT/PAEG. Vigoroso. Pesquisa neonatal normal. Hermano fallecido a los 3 meses (según referencia paterna por meningitis). A los 19 días de vida presenta varicela neonatal impetiginizada (varicela materna al

quinto día postparto). A los 3 meses internación en Paraguay por convulsiones tónicas clónicas parciales y generalizadas. Se retiran sin alta médica. Reingresa a los 15 días por status epiléptico. Se realiza TAC de encéfalo patológica. Se indican anticonvulsivos al alta (son suspendidos) y se solicita RNM. Ingresa a nuestro Servicio a los 4 meses con deshidratación moderada/grave (peso 4.800 kg) cursando un catarro de vía aérea superior y convulsiones focalizadas. Sospecha clínica y fenotipo característico de Enfermedad de Menkes. Estudio macro y microscópico de pelo. Interconsulta con neuróloga infantil. Confirmación diagnóstica por dosaje de Cobre < 0,5 mg/l (6,65-1,65 mg/l) y Ceruloplasmina 6 mg/l (15-30 mg/dl). RNM patológica. Actualmente se encuentra a la espera de tratamiento con cobre histidina.

CONCLUSIÓN

Nos presentamos ante un caso típico de Enfermedad de Menkes. Nos resulta interesante ya que, a pesar de su baja incidencia, es importante la sospecha clínica por los rasgos característicos de la enfermedad para poder así diagnosticarla y realizar consejería genética adecuada.

DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA, UN MODELO DE ATENCIÓN. RELATO DE UNA EXPERIENCIA.

Ledezma Abarca F.¹; Gutson K.²; Regatky N.³; Salamanco G.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4}

<fran.ledezma@live.com.ar>

79

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del espectro autista (TEA) son alteraciones del desarrollo temprano caracterizadas por déficits persistentes en comunicación e interacción social en múltiples contextos, asociados a patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses.

Existe evidencia que la combinación entre detección precoz y atención temprana es la intervención más eficaz para reducir el grado de discapacidad futura. A pesar de esto, en la práctica, la detección temprana no es una actividad sistemática, y muy pocos niños con sospecha de TEA son derivados a servicios especializados antes de los 3 años. El pediatra juega un rol primordial en la detección.

OBJETIVO

Implementar un protocolo de detección temprana de TEA, diagnóstico y tratamiento oportuno en el Consultorio de Seguimiento Longitudinal del Niño y su Familia.

Actividades Realizadas:

- Administración y análisis de cuestionario M-CHAT-Arg en sala de espera a los cuidadores de niños entre 18 meses y 36 meses.
- Entrevista de seguimiento: a padres de niños que no pasan M-CHAT.
- Evaluación pediátrica.
- Diagnóstico mediante un equipo interdisciplinario.
- Derivación para tratamiento oportuno según las necesidades de cada caso.
- Registro y análisis de la información.

RESULTADOS

Se realizaron 151 cuestionarios M-CHAT (60% varones y 40% mujeres). El 74% de esta población se ubica en los estratos 4 y 5 de la escala Graffar. La media y mediana de edad de los niños evaluados fue de 25 meses. El 45% (69 niños) fueron de riesgo para TEA. Luego de la entrevista de seguimiento, 17% (26 niños) presentaron riesgo. Después de una evaluación clínica y pruebas semiestructuradas, 6.6% (10 niños) presentaron diagnóstico de TEA, todos fueron varones. 4.6% (7 niños) fueron diagnosticados con retraso global del desarrollo, 1 niña con trastorno reactivo del vínculo y en 2 niños se descartó trastorno del desarrollo. 3 niños presentan sospecha de TEA y continúan en evaluación, 2 niños fueron orientados para continuar el seguimiento cercano a su domicilio y 1 niño no continuó el seguimiento. Todos los niños iniciaron tempranamente tratamiento durante la evaluación diagnóstica.

CONCLUSIONES

La implementación de este protocolo en niños pequeños permitió detectar tempranamente trastornos del desarrollo, entre ellos TEA, brindarles diagnóstico, tratamiento oportuno y acompañamiento a las familias durante este proceso.



MIASTENIA GRAVIS OCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ferrucci M.¹; Celauro F.²; Botto S.³; Druetta G.⁴; Bonfiglio P.⁵; De Iriondo A.⁶

HOSPITAL DENIÑOS ORLANDOALASSIA^{1,2,3,4,5,6}

<mariaflorenceferrucci@gmail.com>

80

INTRODUCCIÓN

La miastenia gravis es una enfermedad neuromuscular autoinmune, que se caracteriza por la debilidad y fatiga de uno o de un grupo de músculos voluntarios a causa de un bloqueo y destrucción de los receptores de acetilcolina de la unión neuromuscular. Se presenta a cualquier edad con una prevalencia de 10/100000 habitantes de los cuales un 15% corresponde a la edad pediátrica. La presentación de la enfermedad y su severidad pueden variar. La forma ocular es inusual; se puede progresar y generalizarse en el 85% de los casos. El diagnóstico realizado a tiempo mejora el pronóstico y la mortalidad.

OBJETIVOS

Describir las características clínicas, evolución y tratamiento de una niña que ingresó al servicio con diagnóstico de miastenia gravis ocular.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico: una niña de 10 años, sin antecedentes de jerarquía, RNT/PAEG, consulta por cuadro de 72hs de evolución caracterizado por debilidad muscular en párpados superiores, visión borrosa, diplopía y ptosis palpebral durante todo el día, sin otra sintomatología asociada. Se realizaron análisis de laboratorio e imagenológicos completos; estos arrojaron que no se hallaron rasgos patológicos. Por lo tanto, se descartó la presencia de timoma y otras patologías oncológicas. Se realiza prueba de piridostigmina que muestra una mejoría progresiva del cuadro hasta su resolución que confirma el diagnóstico.

CONCLUSIONES

La miastenia gravis es una enfermedad poco frecuente en pediatría, aún más atípica es su presentación ocular. Como pediatras, la sospecha de esta implica no solo que se realice un diagnóstico y tratamiento precoz, sino que mejora el pronóstico de la enfermedad y disminuye su mortalidad.

PANCREATITIS AGUDA INDUCIDA POR MERCAPTOPURINA EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA TIPO B

Rojas A.¹; Fernandez C.²; Romero C.³

HOSPITAL A. FLEMING^{1,2,3}

<rojas.ariadnam@gmail.com>

83

La Leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la enfermedad maligna más frecuente en pediatría. La sobrevida global ha mejorado debido al avance en protocolos quimioterápicos y a la mejoría del soporte clínico, llegando a ser del 90%. La mercaptopurina (6-MP) es un pilar fundamental y en los protocolos llevados a cabo en nuestro país (SAHOP-GATLA) se utiliza en etapa post-inducción, consolidación y mantenimiento. Raros casos de pancreatitis aguda (PA) asociados a 6-MP en niños con LLA han sido reportados. Nosotros describiremos una niña que presentó PA durante la etapa de post-inducción.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 5 años de edad, con diagnóstico de LLA-B en Abril 2016. Durante la quinta semana de la etapa de post-inducción (lb aumentado), recibiendo L Asparaginasa, vincristina y 6-MP se realiza el diagnóstico de PA por clínica (vómitos y dolor abdominal), laboratorio (Amilasa 1154 U/L y lipasa 1650 U/L) e imágenes (TAC). Se diagnostica PA secundaria a L-Asparaginasa, y se contraindica la misma.

A la quinta semana de iniciado el mantenimiento, el cual consiste en 6-MP y metrotexato vía oral, inicia dolor abdominal. Se sospecha nuevo episodio de PA confirmándolo por laboratorio (Amilasa 1164 U/L y lipasa 278 U/L) e imágenes. Ante segundo episodio de PA, se asocia a 6-MP ya que ocurrió en ausencia de la administración reciente o concurrente de L Asparaginasa y/o glucocorticoides, agentes también asociados a

esta complicación. Una vez superada la PA en nuestro paciente, reinicia mantenimiento modificado el cual consiste en metrotexato, menor dosis de 6-MP junto con allopurinol con estricta evaluación para mantener en forma constante los objetivos hematológicos de la fase de mantenimiento sin toxicidades relevantes. Actualmente se encuentra en la semana 14 de mantenimiento.

CONCLUSIÓN

Nosotros describimos la asociación de 6-MP y LLA y una forma de mantenimiento modificado que permite continuar con la 6-MP sin toxicidad severa.



ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TEA DEL HOSPITAL PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

84

Valentini M.¹; Sagray E.²; Turza M.³; Valdata N.⁴

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4}

<agusvalen@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro autista (TEA) es una alteración del neurodesarrollo con déficit persistente en la comunicación y la interacción social, acompañados de un repertorio de comportamientos, intereses o actividades restringidos y repetitivos. Debido a un aumento en su incidencia se ha postulado que factores medioambientales actuarían sobre una predisposición genética.

OBJETIVO

Describir los factores de riesgo en niños con diagnóstico de TEA en el Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" y compararlos con la literatura actual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo en niños con TEA que ingresaron al servicio de Clínicas Interdisciplinarias en el año 2015. Se analizaron las historias clínicas, evaluando antecedentes perinatólogicos, personales y familiares.

RESULTADOS

Se analizaron 139 pacientes con una prevalencia en el sexo masculino del 83% (relación varón: mujer 5:1). Un 73% presentaban fenotipo ampliado. Un 11% tenía al menos un hermano con TEA. Un 14% de los pacientes tenían padres mayores a 35 años. En relación a factores prenatales, 9% de las madres desarrolló HTA gestacional, 6% DBT gestacional y un 9% presentó sufrimiento fetal agudo. De los eventos neonatales, del 12% que presentó ictericia, un 69% requirió

luminoterapia y un 6,5% sufrió infección neonatal. Se encontraron 2 con sospecha de enfermedad metabólica y 4 con síndrome genético. Un 53% presentaban cariotipo y estudio para fragilidad del X normales. En relación con los cuadros convulsivos sólo un 7% tenía un cuadro epiléptico definido. Un 13% presentaron macrocefalia y mostraban signos inespecíficos en la TC y/o RMN. Por último, un 45% presentaba comorbilidades, siendo la obesidad (24%) y los trastornos del sueño (37%) los más prevalentes.

CONCLUSIÓN

En este trabajo pudimos observar que la edad paterna y la presencia del fenotipo ampliado junto con factores prenatales y antecedentes personales, podrían asociarse a mayor riesgo de TEA, coincidiendo con los factores de riesgo descritos en la literatura actual. Dada la alta prevalencia de TEA, los pediatras deberían estar alertas a tales factores de riesgo con el objetivo de pesquisar y diagnosticar tempranamente esta patología.

¿ES LA HOMEOPATÍA UNA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL ASMA EN PEDIATRÍA?: REVISIÓN SISTEMÁTICA.

85

Turza M.¹; Valdata N.²; Valentini M.³; Sagray E.⁴

HOSPITAL PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN^{1,2,3,4}

<mariana_turza@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es un trastorno inflamatorio crónico de las vías aéreas inferiores, caracterizado por la presencia de episodios recurrentes de sibilancias, tos y disnea secundarios a obstrucción bronquial difusa. Constituye la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, siendo la prevalencia en la Argentina entre un 10 y 20%. En los últimos años, ha habido un interés creciente en la utilización de terapias alternativas junto con el tratamiento convencional, tanto por los pacientes como los médicos tratantes. La homeopatía es una de las formas de medicina alternativa más extendidas y controversiales en la actualidad. Consiste en diluciones sucesivas de diversas sustancias, originalmente inocuas o no, que fortalecerían la respuesta del organismo frente a un problema.

OBJETIVO

Revisar la bibliografía disponible en relación a la eficacia del tratamiento homeopático en el Asma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó búsqueda en bases bibliográficas MEDLINE, LILACS, COCHRANE, y la literatura gris a través de GOOGLE SCHOLAR con las palabras clave "children", "homeopathy" y "asthma" y se buscó la opinión de expertos. Se analizaron los artículos según las guías del Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan.

RESULTADOS

Se encontraron 89 artículos, de los cuales se descartaron 20 que no se correspondían con la pregunta formulada. Se descartaron 61 por ser encuestas, casos y controles, estudios descriptivos transversales o inaccesibles. De los 8 artículos analizados, 3 son ensayos clínicos aleatorizados (1 de mala calidad metodológica), 2 meta-análisis, y 2 revisiones y 1 estudio longitudinal, de mala calidad metodológica. A partir de los artículos analizados con buena calidad metodológica, no se observaron modificaciones en las manifestaciones clínicas, de laboratorio y funcionalidad respiratoria con el tratamiento homeopático adyuvante vs placebo.

CONCLUSIONES

Según la evidencia encontrada, el uso de medicina homeopática no demostró ser superior al placebo. Señalamos la necesidad de realizar estudios de mayor calidad metodológica para recomendar el tratamiento homeopático.



TUBERCULOSIS PLEURAL COMO CAUSA DE DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE

Apkarian M.¹; Torroija C.²; Alonso G.³; Gil M.⁴; Vignola A.⁵; Giuliani P.⁶; Bazano E.⁷

CLINICA ZABALA^{1 2 3 4 5 6 7}

<mjapkarian@gmail.com>

87

Se presenta el caso de un paciente de 2 años con un segundo derrame pleural en un lapso de 2 meses, que ingresa a sala de internación pediátrica para evaluación y tratamiento. Dentro de los cultivos generales no se detecta germen. Ante las características del líquido, la recaída del derrame pleural, y el probable contacto con Tuberculosis se decide realizar PPD (con resultado positivo), lavados gástricos (negativos) y biopsia pleural, donde se rescata la positividad de la mycobacteria.

La tuberculosis extrapulmonar constituye entre el 15% y el 20% de todas las formas de tuberculosis. Pueden acompañarse de tuberculosis pulmonar en actividad de cualquier magnitud, o de lesiones curadas. Los síntomas generales son similares a los de las formas pulmonares, y se agregan los específicos para cada localización. El diagnóstico puede ser dificultoso, incluso en zonas de gran prevalencia; ninguna técnica ha logrado considerarse un "gold standard". El análisis histopatológico es el examen con más sensibilidad, seguido del cultivo del líquido pleural. Es importante ante los largos períodos que se necesitan para arribar a un diagnóstico definitivo, tener en cuenta la clínica, el medio epidemiológico y apoyarse en herramientas diagnósticas rápidas para poder iniciar tratamiento en tiempo adecuado.

NEONATO CON SINDROME BRONQUIOLITICO, COMPORTAMIENTO AL ASOCIARSE A HIPERTIROIDISMO NEONATAL

Suarez N.¹; Falk J.²; Debuñ M.³; Jaroslavsky D.⁴

CLINICA SANTA ISABEL^{1 2 3 4}

<norbertosuarez@yahoo.com.ar>

88

La bronquiolitis grave en un paciente neonato es mas severa, es vulnerable y cuando hay una enfermedad previa modifica su evolución aumentando los riesgos de morbi-mortalidad. Es una enfermedad infecciosa causada por virus respiratorios que afectan las vías respiratorias bajas. La causa más frecuente de hipertiroidismo neonatal es la enfermedad de Graves Basedow materna, es una tiroiditis autoinmune que produce inmunoglobulina estimuladora de la glándula tiroidea (TSI), se acoplan sobre el receptor del TSH de la glándula, estimulando la célula tiroidea para formar más hormonas. Provoca taquicardia, diarrea, pérdida de peso, nerviosismo, temblores, aumento de calor, arritmia y disnea. Estas hormonas aumentan el metabolismo, el gasto energético, el consumo de oxígeno y aumenta la sensibilidad de los tejidos a las catecolaminas. Se describe los datos de una neonata de 27 días de vida que se interna por bronquiolitis grave y mal progreso de peso. Antecedentes perinatales PN: 2.920K. Alimento con suplemento de formula maternizada, 38Sde gestación. FEI normal Al ingreso (23/5/16), Peso: 2.925k, medio viral familiar, febril, adelgazada, saturación aire ambiente 85%, puntaje clínico de Tal: Grave 11 puntos (frecuencia cardíaca mayor a 160, frecuencia respiratoria mayor a 60, sibilancia en inspiración y espiración, tiraje mas aleteo nasal). Se realiza: ECG con taquicardia sinusal, FC240, ecodoppler cardíaco sin cardiopatía estructural, indicando Propanolol 2mg/k/día. Reinterrogando a su madre refiere, estar medicada con Danantizol no habiendo realizado control endocrinológico post

alta. Se recibe de laboratorio perfil tiroideo .Anticuerpo receptor de TSH:10.43 (0-1.75), TSH:0.07(0.27-4.20)T3:419(80-200)T4.4.19(0.90-1.70),T4total:23.3(5.1-13.5).Al sumarse dos enfermedades aumenta los riesgos de severidad. Realiza interconsulta en endocrinología indicando Danantizol 2.5 mg día, Lugol 2 g c/8hs, prednisona 2mg k/día. Se recibe estudio virológico positivo a virus sincicial respiratorio. Se extuba al 4to día de internación, deja el oxígeno y mejora la frecuencia cardíaca al octavo día. Se suspende prednisona y Lugol a los 11 días al mejorar los dosajes de hormonas tiroideas, egreso sanatorial a los 16 días de internación con un aumento de peso de 680gr. La TSH logra rango de normalidad a los 35 días post ingreso. Este caso incentiva a realizar buen interrogatorio de la historia clínica, y seguimiento por endocrinología de todo neonato de madre hipertiroidea, evitando la crisis hipertiroidea o síndrome de tirotoxicosis con riesgo de vida por insuficiencia cardíaca.



PSEUDOBROTE EN NEONATOS POR BACILO GRAM NEGATIVO NO FERMENTADOR DE GLUCOSA RELACIONADO A PSEUDOBACTERIEMIA Y A LA UTILIZACION DE CLORHEXIDINA CONTAMINADA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL SAMIC - EL CALAFATE

90

Olmedo E.¹; Bruno V.²; Galache V.³; Enrico C.⁴

SAMIC^{1,2,3,4}

<ebolmedo@gmail.com>

Cuando hablamos de infecciones en neonatología, y más aun de las ocurridas dentro del nosocomio, debido al grupo de pacientes del que se trata y por las condiciones inmunológicas de los mismos. Llama la atención la aparición de un PSEUDOBROTE de bacterias ambientales en 5 pacientes recién nacidos. INTERES PRIMORDIAL: definir el tratamiento del niño en cuanto a espectro antibiótico y cantidad de días del mismo. ESTUDIO RETROSPECTIVO: presentaremos 5 casos de pacientes internados en NEONATOLOGIA, en los meses de agosto a noviembre de 2016, las causas de dichos ingresos son síndromes febriles con factores de riesgos puntuales, en los cuales en alguno de los cultivos tomados al ingreso fueron positivos para un microorganismo con las mismas características microbiológicas generales: BACILO GRAM NEGATIVO NO FERMENTADOR DE GLUCOSA. ¿Se trata de una infección real en el niño asociada al microorganismo obtenido en los cultivos microbiológicos o es contaminación de las muestras tomadas? VARIABLE PRINCIPAL: 5 PACIENTES FEBRILES.

OBJETIVOS

Relacionar la positividad de cultivos y la clínica del paciente.

DESCRIPCION: 5 NIÑOS CON HIPERTERMIA ANTES DE LAS 72 HS DE VIDA, SE SOLICITA HEMOGRAMA CON PCR Y HEMOCULTIVOS POR 2, A UNO SE SOLICITO PUNCION LUMBAR POR IRRITABILIDAD E INAPETENCIA, ANTECEDENTE MADRE SGB + SIN PROFILAXIS INTRA PARTO: LABORATORIO PRE ALTA DE BAJO RIESGO SIN SINTOMAS. LOS DEMAS NO PRESENTARON MAS QUE HIPERTERMIA. LABORATORIOS: LEUCOCITOSIS (EN 2 DE LOS CASOS). PCR: POSITIVA EN LA NIÑA CON SINTOMATOLOGIA, RESTO NEGATIVA. HEMOCULTIVOS: 1/2 POSITIVOS PARA BACILO GRAM NEGATIVO NO FERMENTADOR DE GLUCOSA. TECNICA DE ANTISEPSIA: CLOREXIDINA AL 4 % JABONOSA, NO CONTABAMOS AUN CON CLORHEXIDINA SOLUCION ACUOSA AL 2% (FUE LA MISMA PARA TODOS

LOS CASOS). MEDICACION INICIAL: AMPICILINA + GENTAMICINA. ANTIBIOGRAMA: BACILO GRAM NEGATIVO NO FERMENTADOR DE GLUCOSA. SENSIBLE: IMIPENEM – MEROPENEM. RESISTENTE: AMIKACINA – GENTAMICINA. SE REPITIERON LOS HEMOCULTIVOS A LAS 48 HS EN LOS PRIMEROS 3 PACIENTES, DANDO NEGATIVOS. CON EL 5º HEMOCULTIVO "CONTAMINADO". SE INDAGAN LOS METODOS EN QUE SE TOMARON LOS CULTIVOS Y SUS OPERADORES: CLORHEXIDINA AL 4 % SOLUCION JABONOSA - OPERADORES: TODOS FUERON DISTINTOS PROFESIONALES. SE REALIZARON HISOPADOS EN NEO INCLUIDA LA SOLUCION JABONOSA DE CLORHEXIDINA DE VARIOS FRASCOS DISTRIBUIDOS EN TODO EL HOSPITAL (LOTES DISTINTOS/ DISTINTAS MARCAS). RESULTADOS DE CULTIVOS: CLORHEXIDINA: FLORA MIXTA, PREDOMINA EN UN MISMO LOTE: BACILO GRAM NEGATIVO NO FERMENTADOR DE GLUCOSA; DE IGUALES CARACTERISTICAS MICROBIOLÓGICAS. RESTO DE LOS HISOPADOS: FLORA MIXTA.

CONCLUSIÓN

SE DETERMINA EL PSEUDOBROTE RELACIONADO AL LOTE DE CLORHEXIDINA CONTAMINADA EN TODOS LOS PACIENTES MENCIONADOS. SE EXTRAJERON TODOS LOS DISPENSADORES DE LA INSTITUCION. SE ASUME COMO CASO POSITIVO, SEPSIS A SGB A LA PACIENTE CON CLINICA Y LABORATORIO ALTERADO. LOS 4 PACIENTES RESTANTES: UNO CUMPLIO 7 DIAS DE ANTIBIOTICOS POR MADRE SGB +. LOS DEMAS SOLAMENTE 48 HS TENIENDO EN CUENTA QUE NO TENIAN TALES ANTECEDENTES, SIENDO SUSPENDIDOS LOS MISMOS Y FUERON DADOS DE ALTA. HOY GOZAN DE BUEN ESTADO DE SALUD. LOS CONTROLES ECOGRAFICOS CEREBRALES Y ABDOMINALES FUERON NORMALES.

EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS CON EXANGUINOTRANSFUSIÓN EN PACIENTES CON COQUELUCE GRAVE.

91

Meneces Rojas A.¹; Fortini Y.²; Sagarnaga E.³

HOSPITAL DE TRAUMA Y EMERGENCIAS FEDERICO ABETTE^{1,2,3}

<abigail.meneces@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La coqueluche es una enfermedad infecciosa de transmisión respiratoria causada por Bordetella Pertussis. Afecta a niños pequeños, siendo grave en recién nacidos y lactantes. Es la quinta causa de muerte prevenible por vacunación, la mayor morbimortalidad se asocia al grupo etario menor de 1 año. Se define como coqueluche grave cuando se asocia a hiperleucocitosis, insuficiencia respiratoria grave e hipertensión pulmonar, responsables del colapso cardiovascular. Se analizaron 2 historias clínicas de pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos pediátricos con diagnóstico de coqueluche por técnica de reacción en cadena de la polimerasa, durante el período 01/01/2014 al 18/12/2016 que fueron sometidos a terapia de leucorreducción, con resultado favorable.

OBJETIVO

Describir la evolución de pacientes con coqueluche grave que fueron sometidos a exanguinotransfusión (ET).

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: niña de 6 meses, RNPT, PAEG. Consulta por cuadro de 6 días de evolución de dificultad respiratoria, accesos de tos y palidez generalizada. Ingresada desde la guardia a UCIP, se coloca en ARM con altos parámetros. Hematocrito 30%, GB 118.000/mm³, plaquetas 806.000. PAFI 100. Rx tx: infiltrado difuso bilateral. Ecocardiograma: ausencia de cardiopatía estructural y de hipertensión pulmonar. Al día siguiente, desmejora clínicamente, con requerimiento de inotrópicos y marcada hiperleucocitosis (GB 140.000/mm³), se realiza ET recambiando 2 volemias. Laboratorio control (GB 41.000/mm³ y plaquetas 235.000).

Al cuarto día se realiza nueva ET por aumento de masa leucocitaria (52.000/mm³), demostrando un descenso de GB a 24.000/mm³. La niña permaneció 22 días en ARM. Caso 2: paciente masculino de 2 meses, RNT, sin antecedentes patológicos. Consulta por dificultad respiratoria de 4 días de evolución y tos quintosa. A las 24 hs de internación pasa a UCIP, por claudicación respiratoria ingresa en ARM con altos parámetros. Presenta hipoxemia severa (PAFI 63). Rx tx: infiltrado intersticial paracardíaco izquierdo. Hematocrito. 26%, GB 38.000/mm³ y plaquetas 177.000. El paciente desmejora hemodinámicamente con requerimiento de inotrópicos y marcado aumento de GB (71.000/mm³). Ecocardiograma: hipertensión pulmonar severa, tratamiento convencional (sildenafil durante 30 días). A las 24 horas de internación se realiza ET con recambio de 2 volemias. El laboratorio control evidenció descenso de masa leucocitaria (GB 19.000 mm³). Permaneció 43 días en ARM.

RESULTADOS

Se realizó exanguinotransfusión precoz (dentro de las 48 horas) en pacientes con hiperleucocitosis, hipoxemia refractaria y requerimiento de fármacos vasoactivos. Se recambiaron 2 volemias, evidenciando mejor oxigenación objetivable por PAFI, disminución de inotrópicos, y del valor absoluto de GB. Ambos pacientes sobrevivieron sin complicaciones, contaban con vacunación completa. No se detectó la presencia de coinfección viral ni complicaciones.

CONCLUSIÓN

La exanguinotransfusión precoz redujo la masa leucocitaria y las toxinas de secreción, siendo una alternativa válida de tratamiento, de bajo costo y fácil realización.



IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ EN MENINGITIS BACTERIANA. A PROPOSITO DE TRES CASOS

92

Alarcon Santos A.¹; Kingston C.²; Mariaca Herrera A.³; Martinez Martinez D.⁴; Disarli Marmol X.⁵; Menece Rojas A.⁶; Arancibia Limachi M.⁷

HOSPITAL DR. CLAUDIO ZIN MALVINAS^{1,2,3,4,5,6,7}

<dra.andrea.alarcon@gmail.com>

INTRODUCCION

La meningitis bacteriana es una emergencia infectologica que puede producir muerte o secuelas severas aun con tratamiento. Los gérmenes involucrados son: Neisseria meningitidis(NM), Streptococcus pneumoniae (S.pneumoniae) y Haemophilus influenzae(HI). Argentina reporta 500 casos anuales, 8 casos semana. El diagnóstico precoz de infecciones agudas del SNC tiene gran trascendencia en la evolución clínica y pronostico del paciente.

OBJETIVO

Presentar tres casos de meningitis bacteriana a gérmenes frecuentes y comparar evolución clínica.

CASO 1: Paciente femenina de 7 meses ingresa en status convulsivo febril, con signos meníngeos. Antecedente de otitis media aguda (OMA) tratamiento incompleto, relato de convulsiones focalizadas días previos desestimados por la madre. Vacunas incompletas, solo dos dosis. Paciente con consulta tardía con meningitis y bacteremia por HI que presenta mala evolución con secuela neurológica severa.

CASO 2: Paciente masculino de 1 mes, consulta por irritabilidad, mala actitud alimentaria y fiebre. Con signos de shock séptico y paro cardiopulmonar pasa a UTIP. Meningitis y bacteremia por S. Pneumoniae. Evolución neurológica favorable sin secuelas.

CASO 3: Paciente femenina de 3 meses con convulsión febril focalizada que se generaliza. Vacunas completas. TAC cerebral normal. LCR patológico. Diagnóstico de meningitis y bacteremia por NM. Paciente con evolución clínica y neurológica favorable.

DISCUSION

A pesar de la vacunación para S. pneumoniae y HI se siguen presentando casos. Condicionaron la evolución, el estado de vacunación, pero fundamentalmente la consulta y diagnostico precoces fueron los que marcaron la diferencia para la aparición de secuelas neurológicas.

TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES NO MALIGNAS.

93

García M.¹; Sartori L.²; Berretta A.³; García P.⁴; García J.⁵

HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA^{1,2,3,4,5}

<virgigarcia@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Trasplante Alogénico de Médula Ósea (TMO) es una modalidad de tratamiento potencialmente curativa para pacientes con enfermedades no malignas. Este estudio es una revisión de los resultados del TMO en pacientes pediátricos con enfermedades no malignas que fueron tratados en nuestro centro.

OBJETIVOS

El objetivo primario fue determinar la supervivencia global (SG) a los 36 meses del TMO. Los objetivos secundarios fueron analizar la frecuencia de falla del injerto y de enfermedad de injerto contra huésped (EICH).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron las historias clínicas de los pacientes menores de 18 años que recibieron TMO por presentar diagnóstico de Inmunodeficiencia, metabolopatía, hemoglobinopatía y fallo medular congénito entre el año 1999 y el año 2016 en nuestra institución. Las variables continuas se describieron como medianas (rango). La estimación de la SG se realizó mediante el método de Kaplan-Meier. Se utilizó el software estadístico StatsDirect.

RESULTADOS

Entre los años 1999 y 2016, se realizaron 25 TMO en pacientes pediátricos con enfermedades no malignas. La media de edad fue de 3 años (rango: 0-16). Del total de pacientes, 11 (44%) tenían inmunodeficiencias, 7 (25%) metabolopatía, 2 (4%) hemoglobinopatías, y 5 (28%) fallos medulares congénitos. De los 25 TMO, 6 (24%) fueron de donante relacionado; y

19 (76%), de donante no relacionado. Diferentes regímenes de condicionamiento fueron utilizados según la patología y el tipo de donante. Las fuentes de rescate utilizadas fueron: médula ósea en 14 pacientes (56%), sangre periférica en 2 (8%), y cordón umbilical en 9 (36%). Con un seguimiento medio de 22 meses la SG estimada a los 36 meses del trasplante fue de 58,45%. La falla del injerto ocurrió en 4 pacientes (16%), tres de ellos fueron trasplantados a partir de un donante no relacionado. Once pacientes (44%) presentaron EICH aguda, y sólo 1 (4%), presentó EICH crónica. Sólo en 2 casos (8%), la EICH fue severa (GIII-IV). De los 10 pacientes fallecidos, 9 ocurrieron dentro de los primeros 100 días post-trasplante. Las causas de mortalidad fueron infectológicas en 5 pacientes, EICH severa en 2 pacientes y enfermedad veno-oclusiva en 2 pacientes.

CONCLUSIONES

En nuestra serie, la SG estimada a los 36 meses del TMO fue similar a la reportada en publicaciones previas. La mayoría de las muertes ocurrieron dentro de los 100 días post-trasplante. Las causas de fallecimiento más frecuentes fueron las complicaciones infecciosas.



DETECCIÓN DE PROBLEMAS CONDUCTUALES Y DESTREZAS SOCIALES EN NIÑOS QUE CONCURRIERON A LA CLÍNICA CLASE, MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ACHENBACH DURANTE EL PERIODO 2008 -2015

95

Giannotti A.¹; Dra. richaudeau A.²; Dra. Tringler N.³; Dr. Burgos F.⁴; Dr Rocca Rivarola M.⁵

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4,5}

<giannottiadrian@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Una forma de detectar problemas de comportamiento y competencias sociales es mediante el empleo de procedimientos de valoración estandarizados y la comparación de estos resultados con la muestra de pares de la misma edad y sexo. El sistema de evaluación ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment), creado por Achenbach (1991), identifica problemas de conducta mediante un conjunto integrado de formatos, como el Child Behavior Checklist (CBCL), entre otros.

OBJETIVO

Aplicar un cuestionario para detectar la Frecuencia de problemas de conducta en niños de 6 a 18 años que concurren a la Clínica CLASE. (Clínica del Lenguaje, atención y seguimiento escolar) Población. Se evaluaron 250 niños con una X de 7.8 que consultaron a la clínica CLASE en el periodo 2008-2015. Estudio observacional y prospectivo. Se incluyeron: Niños que ingresaron para la evaluación a la clínica CLASE con diagnóstico al ingreso de Déficit de atención, Trastornos del aprendizaje. Se excluyeron: Niños con déficits sensoriales asociados, con encefalopatías crónicas, y con trastorno generalizado del desarrollo (TGD). Las características conductuales se obtuvieron por el cuestionario CBCL T.M. Achenbach (1991). Se comparó con una muestra de niños con desarrollo típico apareados por edad y sexo. Se consideraron conductas: Externalizadoras(E): P del comportamiento y conductas agresivas, Internalizadoras (I): retraimiento, ansiedad/depresión, somatización y otras categorías fueron conductas de hiperactividad/déficit de atención, problemas de pensamiento y conductas disociales. Se completó

el consentimiento informado para los controles Resultados Se encontró que de la población que completó el cuestionario de Achenbach eran 195 varones y 55 mujeres. Los pacientes ingresaban derivados por: TA en 80 casos y sospecha de déficit de atención en 170. De los que consultaron por TA un 78% presento síntomas internalizantes (I) y un 22% S. Externalizantes (E), mientras que un 10% ambos (E-I) De los que consultaron con sospecha de TDAH un 84% presento S. I y un 44% S.E y un 25 ambos(E-I).

CONCLUSIONES

La alta frecuencia de síntomas (I) y (E) en niños con problemas de aprendizaje y en aquellos con diagnóstico diferencial inicial de déficit de atención nos obliga a evaluar estos aspecto conductuales para así tener una mirada interdisciplinaria a la hora de encarar el diagnostico, seguimiento y evolución en el tiempo de estos pacientes.

EL ROL DEL FARMACEUTICO EN LA ATENCION PRIMARIA PEDIATRICA.

96

Melina L.¹; Baldini E.²; Estrada S.³

CESAC 5^{1,2,3}

<laumelina@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

El CESAC Nº 5 cuenta con profesionales en diversas áreas. A partir de un Convenio firmado en 2002 entre la Secretaría de Salud de CABA y la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UBA se incorpora un Farmacéutico al Centros de Salud de Atención Primaria y en 2016 se suma otro Farmacéutico. Durante los último año aumentó la cantidad de pacientes que se atienden y retiran medicación siendo en su mayoría pacientes pediátricos que provienen de la llamada "Ciudad Oculta", una villa de emergencia densamente poblada.

OBJETIVO

Evaluar el uso racional de los medicamentos dispensados al familiar a cargo de pacientes pediátricos a partir de la Atención Farmacéutica y su impacto social, asistencial y económico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Relevamiento de la comprensión de las prescripciones e indicaciones médicas por parte del familiar a cargo del paciente pediátrico.

RESULTADOS

Antes de 2002 no había personal asignado para farmacia y no había aseguramiento de la comprensión del tratamiento pediátrico por parte del familiar a cargo. Actualmente se verifican y se hace un seguimiento del 100 % de las prescripciones pediátricas reforzando el entendimiento de las indicaciones médicas en cuanto a la forma de administración, posología, preparación, conservación con la finalidad de lograr el resultado esperado del tratamiento farmacológico. La dispensación de medicamentos es bajo receta y personalizada.

CONCLUSIÓN

Con la atención personalizada del farmacéutico al familiar a cargo del paciente pediátrico se garantizó la calidad en la eficacia del tratamiento farmacológico . Se reforzó la confianza del familiar a cargo en su comprensión y seguimiento del tratamiento pediátrico . El farmacéutico es importante en el equipo de salud facilitando la tarea de los médicos y brindando atención profesional a los pacientes.



NEUROBLASTOMA EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE DIECIOCHO CASOS: SU VARIABILIDAD CLÍNICA Y LA SOSPECHA DEL PEDIATRA DE CABECERA

97

Amaya M.¹; Cardoso I.²; Tarsetti E.³; Morici M.⁴; Pérez M.⁵

HOSPITAL POSADAS^{1,2,3,4,5}

<martin-amaya@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El neuroblastoma es el tumor sólido más frecuente en pediatría, luego de los tumores de Sistema Nervioso Central. Presenta una gran heterogeneidad clínica, fenotípica y biológica. Los pacientes son clasificados según clínica, estadificación y biología tumoral en alto o bajo riesgo. Las formas de presentación varían desde masas abdominales, torácicas o compromiso de canales vertebrales hasta compromiso sistémico. Ante la sospecha debe derivarse a un centro especializado. El diagnóstico se basa en biopsia del tumor y/o metástasis y catecolaminas en orina. El tratamiento es multidisciplinario: quimioterapia, cirugía, radioterapia y trasplante en los pacientes de alto riesgo y observación y cirugía en los de bajo riesgo.

OBJETIVO

Describir una serie de casos de pacientes con diagnóstico de neuroblastoma de la sección de Oncología Infantil destacando sus formas de presentación, diagnóstico, pronóstico y evolución posterior al tratamiento y la presencia de secuelas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: observacional, descriptivo, retrospectivo. Criterios de Inclusión: pacientes pediátricos con diagnóstico de neuroblastoma de la sección de Oncología Infantil del Hospital Prof. A. Posadas en un período de diez años. Se revisaron historias clínicas en archivo y dicha sección. Variables:

motivos de consulta, síntomas al inicio, edad, sexo, días de evolución en la primera consulta, patología previa, resultados de laboratorio e imágenes iniciales. Confirmado el diagnóstico, se describen factores pronósticos, respuesta al tratamiento y evolución.

RESULTADOS

Durante evolución período se registraron 18 pacientes con diagnóstico de neuroblastoma (17 menores de 4 años) cuyos síntomas iniciales coinciden con los motivos de consulta, siendo los más prevalentes fiebre, masa y distensión abdominal. Los pacientes con compromiso sistémico presentaron más de un mes de evolución. Las ecografías iniciales mostraron e volvo lución o grafías su mayoría masa abdominales, retroperitoneales heterogéneas. En el laboratorio de ingreso el hallazgo más frecuente fue anemia.

DISCUSIÓN

La presentación clínica, biológica y la evolución de la serie descrita coincide con los resultados de la bibliografía. Como pediatras e volvo lución o grafías serie necesario tener presente esta patología dentro de los diagnósticos presuntivos por su variedad clínica. Ante su sospecha no demorar su derivación ya que esto permitirá mejorar el pronóstico de la enfermedad y disminuir la mortalidad.

DUPLICACIÓN GÁSTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

99

Rebollo Guelar J.¹; Di Fabio M.²; Ghea A.³; Gomez M.⁴; Olivar P.⁵; Gil M.⁶; Lafont M.⁷

FUNDACIÓN HOSPITALARIA^{1,2,3,4,5,6,7}

<juliana_rebollo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La duplicación gástrica es una causa poco frecuente pero importante de suboclusión intestinal y síndrome pilórico. Es frecuente la obstrucción parcial antes de los 12 meses de vida. El diagnóstico suele hacerse con ecografía. La resolución es quirúrgica con buen pronóstico.

OBJETIVO

Presentar un caso de intolerancia oral y dolor abdominal a causa de duplicación gástrica para alertar sobre este diagnóstico en lactantes y niños pequeños.

Descripción del caso: Niña de 19 meses oriunda de la provincia de Santa Fe que consultó por vómitos biliosos, fiebre y dolor abdominal de 72 horas de evolución. Se realizó ecografía abdominal que fue compatible con probable invaginación intestinal por lo que se decidió conducta quirúrgica. Se realizó laparotomía mediana descartándose invaginación intestinal y se encontró una masa localizada en zona retroperitoneal en hipocondrio izquierdo. Se tomaron muestras para biopsia. Se realizó TAC de cerebro y tórax, ambas normales. En la TAC de abdomen se observó una masa heterogénea que impresionaba comprometer la pared abdominal. Se derivó a nuestra institución. Ingresó en regular estado general, pálida, adelgazada, con deshidratación moderada y persistencia de vómitos gástricos y biliosos. Presentaba dolor abdominal de tipo cólico, con masa palpable en región centroabdominal. La biopsia tomada en su provincia de origen no arrojó datos concluyentes por

lo que se realizó laparoscopia exploradora con exéresis completa del tumor retroperitoneal encapsulado. Presentó evolución clínica favorable logrando la tolerancia oral con progreso de peso una semana después de la cirugía. Se recibió informe de anatomía patológica: duplicación gástrica.

DISCUSIÓN

Las duplicaciones gastrointestinales son anomalías congénitas raras. Las duplicaciones gástricas constituyen el 4-7% de estas anomalías. La mayoría son quísticas. Son una causa poco frecuente de síndrome pilórico en la infancia. Los síntomas más frecuentes son vómitos, dolor abdominal y masa palpable en hemiabdomen superior. Suelen manifestarse antes de los 12 meses de vida. La ecografía abdominal es suficiente para el diagnóstico en la gran mayoría de los pacientes, reservándose la tomografía para los casos de difícil diagnóstico. EL tratamiento es quirúrgico con resección completa. El pronóstico es muy bueno.



INFECCIONES INTRAABDOMINALES SECUNDARIAS A PERITONITIS APENDICULAR EN PEDIATRÍA

Bellomo J.¹; Canda P.²; Blanco L.³; Acerenza M.⁴; Garcia F.⁵; Casella R.⁶; Murilla M.⁷; Cordido I.⁸; Di Diego A.⁹; Netri G.¹⁰

SANATORIO SAGRADO CORAZÓN¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰

<julieta.bellomo@hotmail.com>

101

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente en pediatría. El adecuado conocimiento de la forma de presentación, las opciones de tratamiento, la etiología microbiológica y las complicaciones más habituales permiten una terapéutica integral disminuyendo días de internación, uso irracional de antibióticos y costos al sistema de salud.

OBJETIVO

Describir la etiología, tratamiento y evolución de las infecciones intraabdominales secundarias a peritonitis apendicular (PA) en una población pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de las HC de los pacientes pediátricos internados por peritonitis apendicular de julio 2016 a febrero de 2017 en una sala de pediatría. Se tomaron como criterios de inclusión niños sanos de entre 1 y 14 años. Se describen microbiología, tratamiento quirúrgico-médico, evolución y complicaciones.

RESULTADOS

Durante un período de 7 meses se registraron 49 casos de PA con un rango de edad de 2 a 14 años y un promedio de 8.7 años. El 63% (n=31) fueron de sexo masculino y el 37% (n=18) de sexo femenino. Como clínica al inicio de los síntomas el 100% de los pacientes presento dolor, 65% (n=32) fiebre, 82% (n=40) vómitos y 33% (n=16) diarrea. El 6% (n=3) de los niños había recibido durante el mes previo ATB por cuadros virales. El cultivo de líquido peritoneal en este grupo fue polimicrobiano y el tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta la primera consulta fue en promedio de 3 días vs 2.1 días para

el grupo que no había recibido ATB. El 61% (n=30) de los pacientes fueron operados por laparotomía dentro de este grupo la tasa de complicaciones fue del 30% (n=9) correspondiendo a infecciones de la herida quirúrgica (n=7), colección intraabdominal (n=1) y perforación intestinal (n=1). El 39% (n=19) fueron operados por laparoscopia y presentaron complicaciones el 26% (n=5) correspondiendo a infección de herida quirúrgica (n=1) y colección intraabdominal (n=4). El tratamiento empírico fue ampicilina sulbactam más gentamicina y el tiempo medio de internación 5 días siendo mayor en los casos que presentaron complicaciones. Los cultivos de líquidos peritoneales fueron polimicrobianos en el 85% de los casos, en el 10% se rescató E.Coli sensible a ampicilina sulbactam/gentamicina, en el 4% E.Coli R a ampicilina sulbactam y en el 1% se aisló Pseudomona auriginosa. El 80% de los pacientes con IMC mayor a 25 presentó complicaciones vs el 3.6% de los pacientes con IMC menor a 25.

CONCLUSIONES

En nuestra población el uso de ampicilina sulbactam/ gentamicina resulto útil como tratamiento empírico de la PA al igual que en otras series reportadas en la bibliografía. En el grupo que había recibido ATB en el último mes el tiempo desde el inicio de síntomas hasta la primera consulta fue mayor. Los pacientes obesos presentaron más porcentaje de complicaciones. Creemos necesario destacar tanto la importancia de la atención primaria y la educación de la población en medidas de vida saludables como el uso adecuado de antibióticos en todos los niveles de atención. La vigilancia de los cultivos peritoneales nos permitió consolidar el esquema empírico y disminuir el uso irracional de ATB.

SHOCK COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI: A PROPOSITO DE UN CASO

Escobar Mieres A.¹; Marega A.²; Battagliotti C.³

HOSPITAL DE NIÑOS ORLANDO ALASSIA¹²³

<luisina_em@hotmail.com>

102

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis multisistémica exantemática febril de etiología desconocida. El síndrome de Shock es una rara manifestación de la enfermedad, caracterizada por hipotensión sistólica o signos de mala perfusión. Kanegaye la describe por primera vez en el 2009 su prevalencia es cercana del 2 al 4% de los casos. El shock puede ser cardiogénico, distributivo o ambos. Aunque la etiología es incierta es posible que se deba a una vasculitis intensa con capilaritis relacionada con el aumento de citoquinas y disfunción miocárdica.

OBJETIVO

Describir un caso de Enfermedad de Kawasaki que ingresa como Shock Refractario a líquidos.

CASO CLÍNICO

Varón de 13 meses, RNT PAEG, eutrófico sin antecedentes personales ni familiares relevantes, consulta por fiebre de 48 hs con decaimiento y lesiones dérmicas eritemato-pruriginosas generalizadas. Al ingreso presenta mal aspecto general, taquicárdico, hipotenso, perfusión alterada y depresión del sensorio, requiere expansión con cristaloides a 60 ml/kg sin mejoría, pasa a UCIP. Laboratorio: GB 18.480 (neutrófilos 78%, linfocitos 16%) Hb 9,6mg/dl Hto 29.5 % Plaquetas 392.000. Albúmina 4,07g/l, VSG 120mm PCR 96,22 mg/l. Permanece 7 días con inestabilidad hemodinámica, requiriendo inotrópicos, ARM por 3 días y varios esquemas antibióticos, sin rescates bacteriológicos y ecocardiogramas normales. Al 8vo día pasa a Cuidados Especiales donde

agrega nuevamente fiebre y luego acroedema con descamación fina y queilitis. Al día 11 de internación por persistir febril, se realiza nuevo ecocardiograma donde presenta aneurisma de ambas coronarias de 5,4 mm con trombo intraluminal en arteria descendente anterior. GB 25.130 (neutrófilos 66%, linfocitos 25%) Hb 7,1mg/dl, Hto 22,3%, VSG 120 mm, PCR 212, Albúmina 2,29g/l. Recibe Gammaglobulina EV 2g/kg al día 14 de inicio de la enfermedad, Aspirina 80mg/kg/día, anticoagulante y carvedilol.

Se externa a los 24 días persiste con aneurisma coronario de 8 mm.

CONCLUSIÓN

Aunque el síndrome de shock en la Enfermedad de Kawasaki es poco frecuente, es necesario considerarlo también en los diagnósticos diferenciales de un paciente febril que requirió expansión con líquidos y drogas vasoactivas. Para iniciar oportunamente el tratamiento reduciendo el riesgo de afección coronaria.



A PROPÓSITO DE UN LACTANTE CON DÉFICIT DE VITAMINA B12

Ceva P.¹; Hernández L.²

HOSPITAL ZONAL BARILOCHE^{1,2}

<cevapau@gmail.com>

103

INTRODUCCIÓN

La Vit B12 o cobalamina se encuentra en alimentos de origen animal, no pudiendo ser sintetizada por el ser humano. Su deficiencia puede ocurrir en casos de restricción dietética extrema (vegetarianos estrictos), entre otras causas. Los niños mayores y los adultos tienen reserva de vit B12 para 3 a 5 años. En lactantes, hijos de madres con depósitos escasos, los signos clínicos de su deficiencia pueden aparecer entre los 6 y 18 meses de vida. La misma es esencial en la síntesis de ADN y su déficit produce anemia megaloblástica y alteraciones neurológicas.

OBJETIVO

Describir un caso clínico que permita aumentar la sospecha de déficit de vit B12 en lactantes.

CASO CLÍNICO

Ingresa niño de 17 meses con decaimiento, palidez generalizada, gingivorragia, epistaxis, hiporexia, apatía, hipotrofia muscular, hipotonía, cabello quebradizo, úlceras orales y regresión del desarrollo psicomotor. P Pc10, T Pc 50. Antecedentes: parto domiciliario, sin controles de salud y padres vegetarianos.

Diagnósticos diferenciales: Enf oncológica, malabsorción y deficiencia nutricional.

Estudios complementarios: Laboratorio con pancitopenia y LDH 2377.

Eco abdominal, Rx tórax y huesos largos: normal. Frotis: Anisocitosis, hipocromía, punteado basófilo, anillos de cabot. Trombocitopenia.

Neutropenia. PAMO: médula rica, hiperplásica. Serie eritroide: 42%,

mieloide 43%, abundante megaloblastos típicos, eritropolidiscariosis, granulocitos de gran tamaño, metamielocitos de gran tamaño. Dosajes de Vit B12 < 50 pg/ml y Ác Fólico 11,70 ng/ml. Vit B 12 materna: 113 pg/ml. Ac ATG y parasitológico en materia fecal negativos.

Diagnóstico: Anemia Megaloblástica de muy probable causa carencial por los antecedentes maternos.

Recibe tratamiento interdisciplinario con pediatría, hematología, nutrición, terapia ocupacional, psicología y Servicio Social. Se administró Vit B12 IM diaria, luego semanal y posteriormente mensual, más hierro, ác fólico y vit D. Presentó mejoría clínica y del laboratorio a la semana de comienzo del tratamiento. A los 9 meses del mismo tiene niveles hematológicos normales y leve retraso grueso y fino.

CONCLUSIÓN

Los niños con deficiencia de vitamina B12 suelen presentar manifestaciones inespecíficas acompañadas de síntomas neurológicos. Debe sospechase en lactantes amamantados por madres vegetarianas estrictas y que además no comen alimentos de origen animal. Es importante el seguimiento longitudinal para evaluar la necesidad de estudios mas complejos a fin de descartar otras causas infrecuentes en pediatría.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE PEDIATRÍA

Giner, Ignacio¹; Maschio, Maria Laura²; Fernandez, Gabriela³; Fernandez Galvez, Gabriel⁴

POLICLÍNICO NEUQUEN^{1,2,3,4}

104

INTRODUCCIÓN

La atención del consultorio externo es la actividad principal que desempeña la mayoría de los pediatras. No obstante, en un gran porcentaje de las residencias se pone mayor énfasis en la formación de internistas y las rotaciones por consultorio externo ocupan una pequeña parte del programa formativo. Para adecuar los contenidos formativos de la residencia de pediatría y optimizar la rotación por consultorio externo se realizó el presente estudio.

OBJETIVOS

Conocer las características de la población atendida en consultorio externo de pediatría, los motivos de consulta y las patologías prevalentes.

POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los pacientes que concurren a los consultorios externos del servicio de pediatría durante marzo y julio del 2013. Los pacientes fueron atendidos por 15 médicos pediatras y 5 residentes de pediatría.

RESULTADOS

Durante el año 2013 se atendieron 77.862 pacientes. En este estudio se incluyeron 11952 pacientes que representa el 15,35% del total. El 83,2% (9684) de las consultas fueron por demanda espontánea, y el 16,6% (1917), de forma programada. Del total de pacientes, 7604 (63,7%) fueron atendidos por médicos de planta, y 4335 (36,3%) por residentes. El control de niño sano es el principal motivo de consulta. Siguen en orden de frecuencia las patologías respiratorias, CVAS (13,6%) y síndrome bronquiolar (9,3%). En la tabla 1 figuran los motivos de consulta predominantes.

Cólicos	45	0,4%
CVAS	1628	13,6%
Exantemáticas	138	1,2%
GEA- Vómitos	530	4,4%
Hiperbilirrubinemia	54	0,5%
Infección urinaria	105	0,9%
IRAB	423	3,5%
Laringitis	361	3,0%
Lesiones dermatológicas	366	3,1%
Otitis	392	3,3%
Otras	920	7,7%
Parasitosis	29	0,2%
Síndrome febril	753	6,3%
Síndrome gripal	178	1,5%
Tos	194	1,6%
Traumatismos	205	1,7%

De los pacientes atendidos el 47,8% corresponde a lactantes de 2 años o menores. El 27% a niños de 2,1 a 6 años, y el 25,1% a niños mayores de 6 años. De total de pacientes atendidos por médicos de planta, el 74,4%, correspondió a demanda espontánea. Al 10,3% de estos pacientes se le solicitaron estudios complementarios. Se indicó tratamiento antibiótico a 789 pacientes que representan un 13,9%. Y requirió internación el 0,48% de los pacientes. El 99,7%, (4027) de los pacientes atendidos por residentes consultaron por guardia. Se solicitaron estudios complementarios en el 10,5% de las consultas y se prescribió tratamiento antibiótico en el mismo porcentaje (10,5%). El 0,49% de los pacientes requirió internación.

CONCLUSIONES

El 74,9% de los pacientes atendidos fueron menores de seis años y el control de niño sano fue el principal motivo de consulta. Los pacientes atendidos por demanda espontánea consultaron más frecuentemente por problemas respiratorios, síndrome febril, otitis, gastroenteritis, y enfermedades dermatológicas. Por lo que se debe poner énfasis en la enseñanza a residentes del control de niño sano y de las patologías prevalentes en el grupo etario predominante.

Tabla 1. Motivo de consulta, diagnóstico, de los pacientes atendidos

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Atendidos en agudo	1191	1,0%
Accidentes-lesiones no intencionales	93	0,8%
Amigdalitis-faringitis	694	5,8%
BOR	1106	9,3%
CNS	3497	29,3%



MORBIMORTALIDAD EN RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO DE NACIMIENTO, PERÍODO 2010-2015.

106

Giner I.¹; Read A.²; Fernandez Galvez G.³

POLICLÍNICO NEUQUEN^{1,2,3}

<nachitoginer@yahoo.co.uk>

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es un problema en todo el mundo, con una incidencia del 11%. Los recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNMBPN) o menores de 1500 gr representan entre el 1 y el 1,5% del total de los nacimientos, y contribuyen a la mortalidad neonatal. En el Cono Sur de América representan el 50 al 70% de la mortalidad neonatal y hasta el 25 al 40 % de la mortalidad infantil.

OBJETIVO

El objetivo principal del presente trabajo es describir la morbilidad de los recién nacidos de muy bajo peso al nacer (peso menor o igual a 1500 gramos).

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, de los RN < a 1500 gr. nacidos entre 1/ 2010 y 12/ 2015. Los datos se obtuvieron del análisis de H.CI.

RESULTADOS

Se analizaron 170 RNMBPN, con PN entre 449 y 1500 gramos. La media de PN fue de 1093.6 gramos (+/- 287 gramos), R entre 449 y 1500 gramos. La media de EG fue de 28.9 (+/-2.6), con R entre 23 y 35.5 semanas. Parto vaginal 13.1%, cesárea 86.9%. Se identificó como factores de riesgo para parto prematuro la RPM y Preeclampsia 17%, ecodoppler alterado 24.2% y RCIU 14%. El porcentaje de embarazos gemelares fue de 20.2%. La sobrevida global fue del 73,83%. Para el grupo de menos de 750 gramos

fue de 17,6%, para el grupo entre 750-1000 fue de 56,52% y entre 1001-1500 gramos del 94 %. El 51.4% de los pacientes el diagnóstico fue EMH, todos requirieron uso de surfactante. El 64.5% de los pacientes requirieron ARM. La media de días de ARM fue de 15.3 días (mediana de 9 días).

El diagnóstico de DBP fue efectuado en 8.4% de los pacientes. El diagnóstico ecocardiográfico de DAP se realizó a 31 pacientes, en 29 se efectuó tratamiento médico, y en 2 cierre quirúrgico.

En 5 pacientes (4,67%) se confirmó el diagnóstico de NEC. NEC GII en 2 casos y NEC GIII en 3 casos. En 32 pacientes (29.9%) se diagnosticó HIC. Trece de ellos presentaban HIC GI, 3 HIC GII, 3 de ellos HIC GIII y 12 HIC GIV.

Se realizó evaluación oftalmológica con diagnóstico de ROP grado I en 15 pacientes, ROP GII 23 pacientes, y GIII 5 pacientes. En 19 pacientes se efectuó fotocoagulación laser.

El diagnóstico de sepsis con hemocultivo positivo se efectuó en 14 pacientes (13%). En 63 pacientes el diagnóstico fue de sepsis clínica/bioquímica (58%). Entre los gérmenes aislados en hemocultivos los más frecuentes fueron Estafilococo coagulasa negativo (11 casos) y Cándida (3 casos).

CONCLUSIONES

Si bien los resultados del presente estudio son limitados debido al pequeño número de la muestra, los datos son alentadores sobre la evolución de los RNMBPN y proveen información objetiva para mejorar las prácticas y cuidados en base a la evidencia disponible.

SÍNDROME DE EVANS ASOCIADO A LES: A PROPOSITO DE UN CASO

108

Jofre M.¹; Pareja Y.²; Alvarez E.³; Bordon P.⁴

RESIDENCIA DE PEDIATRÍA - HOSPITAL RAWSON^{1,2,3,4}

<melijofre88@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Evans, caracterizado por la aparición simultánea o secuencial de anemia hemolítica autoinmune y púrpura trombocitopénica autoinmune, es una entidad infrecuente en la infancia. Requiere el estudio del paciente para determinar si se trata de un evento idiopático o secundario, ya que esto modificaría las estrategias terapéuticas y el pronóstico de los pacientes.

OBJETIVO

Describir el síndrome de Evans como forma de presentación asociado a Lupus eritematoso sistémico (LES), siendo esta una entidad infrecuente. Caso clínico: Varón de 16 años, sin antecedentes patológicos personales, con antecedentes familiares (madre y hermana) de enfermedad celíaca. Consulta por dolor e impotencia funcional en los cuatros miembros, acompañado de astenia, fiebre y disminución ponderal de 10 kg aproximadamente, de un mes de evolución. Al examen físico inicial presenta regular estado general, palidez cutánea, caquexia, adenopatías múltiples y lesiones ulceradas en región facial y tórax. El laboratorio revela leucocitosis, anemia, plaquetopenia, autohemaglutinación (coombs positiva), reactivos de fase aguda acelerada con alteración de la función renal, sedimento urinario con proteinuria y hematuria, serología viral negativa y perfil inmunológico con anticuerpos antitransglutaminasa positivos, C3-C4 bajos, FAN y Anti DNA positivos. Se asume diagnóstico de síndrome de Evans secundario a LES y Enfermedad Celíaca (biopsia intestinal positiva). Intercurre con bacteriemia para S. aureus metilino

sensible para la cual cumple esquema con cefazolina con buena evolución. Se realiza biopsia renal que informa Nefritis lúpica difusa (clase IV). Se realiza pulso de corticoides y luego ciclofosfamida, valorándose mejoría clínica y de laboratorio, recibiendo el egreso hospitalario con seguimiento y tratamiento multidisciplinario de forma ambulatoria.

DISCUSIÓN

El síndrome de Evans es un trastorno hematológico que se relaciona a varias enfermedades de origen inmunológico. Es por esto que, ante un paciente que se presenta con síndrome de Evans, creemos necesario enfatizar la búsqueda de otros criterios para descartar origen secundario a otra patología autoinmune, entre ellas LES, como en nuestro paciente.



STATUS CONVULSIVO COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE LA ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA (EAD), A PROPÓSITO DE UN CASO.

109

De Santo M.¹; Iannicillo A.²; Morales S.³; Nazareno N.⁴; Caramuta L.⁵
HOSPITAL NACIONAL PROF. DOCTOR ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4,5}
<catalinadesanto@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La EAD es una patología desmielinizante inflamatoria inmunomediada que afecta al Sistema Nervioso Central, caracterizado por la asociación de una encefalopatía aguda o subaguda y déficit neurológicos multifocales seguidos a un proceso infeccioso que puede no ser evidente. Se han asociado a la misma agentes infecciosos, patologías autoinmunes, desencadenantes emocionales y humorales. Afectando predominantemente la sustancia blanca de cerebro, cerebelo y médula espinal.

OBJETIVO

Se describe un caso clínico de status convulsivo como forma de presentación de EAD, la cual fue considerada como diagnóstico presuntivo una vez descartada otras enfermedades que generan compromiso agudo de la conciencia y habiendo obtenido una neuroimagen compatible con dicha patología.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 2 años de edad, presenta episodio de convulsiones tónico-clónicas generalizadas de 60 minutos de duración, internándose en UTIP.

Se realiza TAC de encéfalo normal y EEG normal.

Presentó serología positiva para Mycoplasma y radiografía de tórax patológica, asumiéndose como neumonitis.

Se solicita RMN de encéfalo: "lesiones hiperintensa en T2 y FLAIR en región córtico- subcortical occipital izquierda, en ambos caudados y lesiones periventriculares inespecíficas que se corresponden con EAD." Por antecedente de mascota felina, se envía muestra para serologías para Bartonella henselae al Instituto Malbrán, las cuales reportan: "IgM Bartonella sp.: Título <1/20; IgG Bartonella sp.: Título 1/256." Se asume relación de infección aguda por Bartonella y EAD.

La paciente evoluciono en sala de Pediatría sin secuelas, con recuperación neurológica completa.

CONCLUSIÓN

El cuadro neurológico por EAD se caracteriza por un compromiso encefálico difuso, que puede ir desde la confusión hasta el coma. El mismo debe ser sospechado en aquellos pacientes donde se han descartado otras causas de compromiso agudo de la conciencia, apoyado por imágenes de desmielinización compatibles y antecedente infeccioso. Las convulsiones se observan predominantemente en los pacientes más pequeños, como crisis motoras focales, hasta el cuadro de status convulsivo.

El pronóstico es generalmente favorable, con recuperación neurológica completa reportada entre el 50 y 94% de las series pediátricas publicadas.

ESTRABISMO Y MENINGITIS A PROPÓSITO DE DOS CASOS

110

MARTINEZ, DAYANA¹; MARIACA, ALEJANDRA²; ERIKA, VALLEJO³; KINSTONG, CONSTANZA⁴
HOSPITAL CENTRAL DE PEDIATRÍA DR CLAUDIO ZIN^{1,2,3,4}

INTRODUCCIÓN

Las parálisis oculomotoras adquiridas son infrecuentes en la infancia. Se estima una incidencia de 7,6/100.000, 33% corresponden al VI par craneal. La afectación en niños puede comprometer el desarrollo adecuado de la visión. Entre las causas inflamatorias se destaca la meningoencefalitis.

OBJETIVO

Presentar dos casos clínicos de parálisis del VI par craneal asociado a meningitis.

Caso 1. Bebé de 7 meses, consulta por estrabismo bilateral, historia de trauma craneal una semana antes. Al ingreso febril, Glasgow Modificado 15, céfalo-hematoma parietal derecho, estrabismo convergente bilateral. Tomografía de cráneo (TAC), fractura oblicua en región parieto-temporal derecha y hematoma subgaleal ipsilateral. Examen oftalmológico: endotropía bilateral con limitación a la abducción, fondo de ojo normal. Paciente se torna irritable, con deterioro del sensorio, se realiza punción lumbar. Citoquímico de líquido cefalorraquídeo (LCR) patológico. Hemocultivos por 2 (HMCx2) y Cultivo de LCR negativos; PCR negativa para Herpes y Enterovirus. Recibió Ceftriaxona 10 días, Aciclovir 5 días a dosis meningea. Evolución neurológica favorable. Al 6 día de internación leve esotropía del ojo izquierdo; con resolución completa al 12° día.

Caso 2. Niña de 9 años, consulta por cefalea intensa y fiebre; ingresa con sensorio alternante, fotobia y rigidez de nuca, otitis media supurada derecha y torticolis ipsilateral, presenta estrabismo convergente bilateral. Tratada con cefalexina por otitis externa derecha. Sin otros antecedentes. TAC cerebro y macizo facial: ocupación de celdillas mastoideas y oído medio derecho; Citoquímico de LCR patológico. HMCx2 y cultivo LCR negativos. PCR en LCR positiva para Neisseria Meningitidis C. Recibió Ceftriaxona a dosis meningea 14 días hasta resultado PCR. Interconsulta con Oftalmología: reflejos pupilares normales, esotropía y limitación a la abducción bilateral. Fondo de ojo normal. Angio resonancia Magnética Cerebral con/sin gadolinio: descarta trombosis del seno cavernoso. Evolución neurológica favorable con mejoría pero persistencia de esotropía al egreso.

DISCUSION

El estrabismo es el signo más común en todas las anomalías neuromusculares de los ojos. Dentro de las causas adquiridas de parálisis del VI par, el 7%, son secundarias a meningitis. Entre los gérmenes implicados predomina la etiología viral inespecífica. La resolución de estas parálisis depende del tratamiento precoz de la etiología de base.



112

ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y ABORTOS ESPONTÁNEOS ASOCIADOS A EXPOSICIÓN AMBIENTAL A GLIFOSATO EN UN PUEBLO AGRÍCOLA ARGENTINO.

Avila Vazquez M.¹; Difilippo F.²; Mac Lean B.³; Maturano E.⁴

CATEDRA DE CLINICA PEDIATRICA UNC^{1,2,3}; INSTITUTO DE VIROLOGIA, UNC⁴
<medardoavilavazquez@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Argentina utiliza anualmente 240.000 toneladas de glifosato en cultivos transgénicos resistentes a glifosato y un cambio del perfil de morbilidad y mortalidad es percibido en las áreas agrícolas, trastornos reproductivos como abortos y anomalías congénitas parecen prevalecer ahora. Monte Maíz es un típico pueblo agrícola, el municipio en 2014 nos requirió un estudio de salud ambiental debido a que apreciaban un aumento en las frecuencias de esos trastornos.

OBJETIVO

Evaluar frecuencias de anomalías congénitas y abortos inexplicables y analizar contaminación ambiental para desarrollar hipótesis de causalidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Un estudio ecológico exploratorio fue desarrollado para evaluar la contaminación ambiental urbana y las frecuencias y distribución de malformados y abortos, utilizando un análisis de la distribución de fuentes de contaminación que incluía mediciones de pesticidas en matrices ambientales, junto a un estudio trasversal de prevalencias de malformados y abortos que exploró asociaciones con diferentes variables.

RESULTADOS

Glifosato fue detectado en suelo y polvillo de granos, sus concentraciones fueron más elevadas en el interior del pueblo que en el área rural. 975 toneladas de plaguicidas son utilizadas en la región, 650 son glifosato y se manipulan dentro del pueblo. No hallamos otras relevantes fuentes de contaminación.

853 niños nacieron en los últimos 10 años, encontramos 25 de ellos con anomalías congénitas, una tasa de prevalencia de 2,93%, RENAC informa en Argentina 1,7% anomalías, 72% menor que Monte Maíz; no incluimos en la pesquisa los niños malformados que murieron en este lapso (los que se estimaron en 12 casos, generando una tasa de prevalencia presunta de 4,33%).

Ocurrieron 98 abortos en últimos 5 años entre 981 mujeres en edad reproductiva, 62 de ellas tuvieron solamente un evento, 15 sufrieron dos y 2 de ellas tuvieron tres abortos, significando una tasa de abortos no intencionales de 9,98 por 100 mujeres en edad reproductiva, el Ministerio de Salud nacional la estima en 3%, tres veces más baja.

CONCLUSIONES

Este estudio corrobora la concurrencia de alta exposición a glifosato y trastornos reproductivos, muchos estudios demuestran genotoxicidad generada por glifosato y otros plaguicidas dando plausibilidad biológica a nuestros hallazgos. Otros diseños de estudios son requeridos para clarificar causalidad, pero se debe proteger la salud reproductiva de la población en forma precautoria..

FACTORES PROTECTORES PARA ENFERMEDADES PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES DE UNA ZONA RURAL DE TUCUMÁN

Gómez S.¹; Coria F.²

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS TUCUMÁN¹; INSTITUTO DE MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED - TUCUMÁN²
<sergioogomez@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los factores protectores son características que favorecen el desarrollo de los adolescentes y los ayudan a mantener o a recuperar la salud. Los trastornos psicosociales constituyen una de las problemáticas más frecuentes en los adolescentes, siendo los más graves la ideación suicida, la depresión profunda y la drogadependencia.

OBJETIVOS

Conocer la presencia de factores protectores en los adolescentes de una zona rural de la provincia de Tucumán y determinar si existe relación entre la ausencia de dichos factores y la probabilidad de presentar algún trastorno psicosocial.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Durante el ciclo lectivo 2016 se realizó una encuesta anónima y voluntaria a alumnos de 3 colegios de la localidad de Trancas, garantizando la confidencialidad de sus datos. Se aplicaron la escala de Autoestima de Rosemberg y el APGAR familiar.

RESULTADOS

Se evaluaron 154 adolescentes entre 12 y 20 años, de estos el 55% de sexo femenino, y se observó que un 39,6% presenta autoestima alto, un 60% convive con una familia funcional, un 73% realiza actividades extracurriculares, un 86% está satisfecho con su colegio y, un 79% tiene un grupo de amigos que lo contiene. En cuanto a la probabilidad

de trastornos psicosociales se observó: ideación suicida en un 20%, depresión en un 31% y adicciones en el 33% de los adolescentes encuestados. Hubo asociaciones significativas de ideación suicida con: autoestima baja ($p < 0,0001$), disfunción familiar ($p < 0,0001$) y falta de actividades extracurriculares ($p = 0,037$). La depresión presentó asociaciones significativas con: autoestima baja ($p < 0,0001$) y repitencia escolar ($p = 0,031$).

CONCLUSIÓN

Los factores protectores observados en esta población son: autoestima alta, familia funcional, participación en actividades extracurriculares y un ambiente escolar bueno. De este trabajo surgen las siguientes propuestas: promover la autoestima mediante diversas actividades (culturales, deportivas, recreativas y artísticas) en establecimientos educativos y otras instituciones, informar a los gabinetes psicopedagógicos de los colegios la relación entre repitencia y depresión para que se enfoquen en los adolescentes en esta situación y generen acciones preventivas, realizar talleres con la familia para destacar la importancia e influencia que tiene en el desarrollo psíquico y social de los adolescentes..

113



114

INFECCIÓN POR BORDETELLA PERTUSSIS EN EL LACTANTE: OPORTUNIDADES PERDIDAS DE VACUNACIÓN DURANTE EL EMBARAZO.

Torregrosa Lastra C.¹; Collia A.²; Eguren A.³; García Roig C.⁴; Estraviz M.⁵; Paolillo A.⁶; Ellis A.⁷

SANATORIO MATER DEI^{1 2 3 4 5 6 7}

<carotorregrosa73@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La coqueluche es una de las enfermedades infectocontagiosas inmunoprevenible, más frecuentes en niños < 12 meses en el mundo. La incidencia aumentó significativamente durante la última década. La vacunación durante el embarazo, indicada desde pocos años atrás, mostró ser la medida más útil en prevenir las formas graves en los primeros meses de vida del niño.

OBJETIVO

Describir el impacto de la enfermedad en lactantes < 24 meses internados, cuyas madres tuvieron ≥ 5 controles durante el embarazo.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en pacientes menores de 24 meses internados en el Sanatorio Mater Dei con diagnóstico de Bordetella pertussis desde el 01-01-2013 al 30-11-2016. Éste fue realizado en secreciones nasofaríngeas por PCR-real time Bordetella pertussis, (Light Cycler 480 Instruments II, Roche, CH).

RESULTADOS

17 pacientes fueron registrados durante el periodo. La tasa anual de internación 2013-16 (%000) fue: 9,7; 4,6; 23,8; 34,0. La mediana de edad fue de 2 meses siendo 58,8% mujeres (10/17 pacientes). El 64% residía en Buenos Aires, la mayor incidencia fue en otoño (41,2%) y el 94,1% de los niños sin antecedentes patológicos previos al ingreso. El 64% de los pacientes con coqueluche no estaban vacunados, ninguno había sido registrado como contacto con caso confirmado

de la enfermedad ni tampoco habían recibido antibióticos previos al ingreso. El 29,4% de los niños estuvieron en contacto con tosero. El 41,2% de las madres no habían sido vacunadas durante el embarazo, según recomendaciones vigentes del Ministerio de Salud. Tampoco se constató vacunación en ningún padre. En 47% de los pacientes se documentó leucocitosis ≥15000/mm³ y 2 niños tuvieron coinfección con virus sincicial respiratorio. Dos pacientes presentaron taquicardia ≥ 200/minuto que requirieron medicación. El 70,6% de los pacientes recibió tratamiento con claritromicina a 15mg/kg/día. Entre los contactos de los casos internados el 94,1% recibieron profilaxis con macrólidos. Letalidad: 1 paciente.

CONCLUSIÓN

Si bien coqueluche es una enfermedad frecuente y potencialmente grave en menores de 12 meses, como lo muestra nuestra casuística, aún con controles frecuentes en el embarazo de sus madres, no hubo verdadera conciencia de la importancia de la vacunación, a pesar de la recomendación del Calendario Nacional de Vacunación en Argentina..

FEOHIFOMICOSIS EN PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Della Latta M.¹; Di Staso A.²; Maldonado I.³; Fernandez Barbieri M.⁴; Rijavek M.⁵; Mendez J.⁶

HOSPITAL ALEMAN^{1 2 3 4 5 6}

<paudella@yahoo.com.ar>

115

INTRODUCCIÓN

Las infecciones fúngicas representan una causa frecuente de infección en los pacientes con cáncer. Las feohifomicosis o infecciones por hongos negros se adquieren por inhalación o por inoculación percutánea. Las formas clínicas predominantes son sinusitis, neumonía, abscesos cerebrales y formas diseminadas (en inmunosuprimidos). Las localizadas son onicomicosis, queratitis y la forma subcutánea.

OBJETIVO

Presentar un caso con enfermedad oncohematológica y feohifomicosis, diagnóstico y tratamiento.

Caso: Paciente de 11 años, masculino, leucemia linfoblástica aguda, en etapa de inducción. Consulta por escoriación en dorso de pie izquierdo, por roce con el calzado. La lesión evoluciona drenando material sanguinolento, evaluado por cirugía plástica, se indica curas oclusivas. Al 10° día sin respuesta al tratamiento, lesión dolorosa a la palpación con rodete eritematoso, no neutropénico y afebril, se indica biopsia que no se realiza, recibe TMS 10 días. Al día 18° ulcera de mayor tamaño, Dermatología indica mupirocina local. Al día 21° presenta neutropenia febril, lesión con mayor eritema y dolor, se medica con ceftazidima, amikacina, vancomicina. Al día 25° lesión empeorada, base necrótica, rodete eritematoso, drenaje de material necrótico-sanguinolento, se realiza resección quirúrgica. Resuelve la neutropenia y egresa. Al 9° día de cultivo: desarrollo de probable

hongo negro, inicia tratamiento con voriconazol vía oral (carga 400mg c/12hs luego 200mg c/12hs), se identifica: Exserohyllum rostratum. Se realiza resonancia magnética que descarta afectación profunda local y tomografía de pulmón, cerebro y de senos paranasales: normales. Requiere múltiples curaciones. Completó 4 meses de antifúngico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las formas localizadas suelen tener buena evolución cuando se acompañan de resección quirúrgica profunda. Hay poca evidencia de cuál es el mejor tratamiento antifúngico de estas formas en niños hematooncológicos. El voriconazol ha demostrado ser eficaz. Es de gran importancia realizar biopsia en toda lesión cutánea del paciente oncohematológico para el diagnóstico etiológico. Este paciente sufrió un retraso > 4 semanas en el inicio del tratamiento. En las feohifomicosis el diagnóstico debe ser precoz y el tratamiento quirúrgico agresivo. .



116

LESIONES NO INTENCIONALES EN LA INFANCIA

Giner I.¹; Espinoza Olguin S.²; Fernandez Galvez G.³
POLICLÍNICO NEUQUEN^{1,2,3}
<nachitoginer@yahoo.co.uk>

INTRODUCCIÓN

Las lesiones no intencionales originan daños en los niños que ocurren en forma brusca o imprevista. Esta definición excluye la noción de “casual” o “inevitable”, términos que se asimilaban a las lesiones accidentales. Es trascendental que se perciba que los “accidentes” no son eventos fortuitos imposibles de predecirse, y que es posible evitarlos. Por esto, el término accidente está en desuso, ya que lleva implícito el concepto de lo imprevisible, que ocurre por azar o por causa del destino o de la “mala suerte”. Las lesiones no son fenómenos al azar, sino que ocurren en patrones predecibles basados en la edad, el sexo, la hora del día, entre otros. Dado que las lesiones de los niños constituyen una de las principales causas de morbilidad se requieren estrategias efectivas de prevención.

OBJETIVO

Conocer qué tipo de lesiones son más frecuentes, la edad de máxima incidencia, al cuidado de quien están los niños y la relación entre los distintos rangos etarios y sexo.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio analítico, descriptivo, de las lesiones no intencionales de los pacientes que consultaron por guardia del 09/2014 al 04/2015. La información se obtuvo directamente de los padres o cuidadores.

RESULTADOS

Presentaron lesiones no intencionales 300 pacientes. El 44,3 % fue por traumatismo, seguido de heridas con un 37,2 %, quemaduras 6,37%, lesión en vía pública 4,7%, mordeduras 4%, intoxicaciones 2,7% e ingesta de cuerpo extraño 1,7%. Con una mayor incidencia del sexo masculino 61% con respecto al sexo femenino 39%. Las lesiones se produjeron

en el domicilio 87%, vía pública 6%, escuela 1%, parque-plaza 1%, otro lugar 5%. La distribución por edades fue de 50,3% en pacientes de 3 años o menores, 25,2% de 3,1 a 8 años, 13,1% de 8,1 a 12 años y 11,4 en > de 12 años. Al momento de la lesión el paciente permanecía al cuidado de la madre en 126 casos (42%), del padre 35, (11,7 %), de ambos padres a la vez 56 (18,7%), escuela 20 (6,7%), abuelos 11 (3,7%), niñera 8 (2,6%) otros cuidadores 44 (14,6%). La lesión se produjo a la tarde en 58% de los casos, noche 27% y mañana 15%. El lugar anatómico de la lesión fue: en la cabeza 52%, miembros superiores 22%, miembros inferiores 15% tórax 2%, otros 9%. Con respecto a los traumatismos (n=129) el 31,8% es por caídas de su propia altura, caídas de la cama 28,7%, caídas > 2 metros 11%, caídas de sillas 10%, de escaleras 8,5%, golpes por terceros 9,3%, caídas de andador 0,7%. Se observó que existen más lesiones en vía pública como pasajero (64%) que como peatón (36%). De los primeros el 63% no utilizaba asiento adecuado o cinturón de seguridad. De los 300 pacientes el 70,30% no se internó y el 29,70 % requirió internación en pediatría. El 70 % de los pacientes había recibido información del pediatra sobre prevención de lesiones, de forma verbal en 96% y escrita 4%.

CONCLUSIONES

Las lesiones fueron más frecuentes en menores de 3 años, en varones, en horario vespertino, en el hogar y estando al cuidado de sus padres. El 29,7% tuvo una lesión que requirió internación. Los pediatras deben intervenir brindando información, advirtiendo a los padres de los peligros potenciales. Se debe concientizar sobre la necesidad de prevenir las lesiones. Es trascendental que se perciba que los “accidentes” no son eventos fortuitos imposibles de predecirse, y que es posible evitarlos.

DOLOR ABDOMINAL EN PEDIATRÍA.

Rojas M.¹; Savoye N.²; Ortellao L.³
SANATORIO SANTA FE^{1,2,3}
<mlarojasd@hotmail.com.ar>

121

INTRODUCCIÓN

Las masas tumorales en hemiabdomen inferior se incluyen dentro de los diagnósticos diferenciales del abdomen agudo. Los tumores de ovario representan del 1 al 5% de los tumores infantiles, la edad de presentación es entre los 9 y 12 años. Alrededor del 80 % son benignos y alcanzan un mayor porcentaje de malignidad en las niñas de mayor edad.

OBJETIVO

Presentar el caso un tumor de ovario en una adolescente de 14 años. Descripción del caso: paciente de 14 años de edad sin antecedentes personales patológicos, eutrófica bien vacunada, menarca a los 12 años ritmos regulares, polimenorrea hace 3 meses. FUM hace 7 días. Niega IRS y uso de anticonceptivos. Comienza con dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio y FII de 7 días de evolución, con aumento en intensidad en las últimas 24hs asociado a distensión abdominal y 1 vómito alimenticio escaso. Consulta en guardia, y se decide internación.

Exploración físico: Tanner V:4 M:3 A:4, afebril, en suficiencia cardiorrespiratoria, normotensa. Examen físico abdomen distendido a nivel de hipogastrio, doloroso a la palpación superficial y profunda en FII, con defensa sin despegue, se palpa tumoración dolorosa, redondeada, de bordes lisos, límites netos de 15cm x 12cm, mate a la percusión. Resto s/p. Exámenes complementarios:
Laboratorio y RX: normal.

Ecografía abdominal: riñón izquierdo: dilatación ureteropielocalicial sin stop, ovario izquierdo: formación quística voluminosa de 15,1 x 13,6 x 9,4cm que se extiende a región umbilical con tabiques internos, doppler color: negativo.

TAC: gran quiste de ovario izquierdo de paredes finas con septos internos con formación cálcica en su interior de 17,2cm x 11,7cm x 11,2cm aparente origen anexial, quiste simple de ovario derecho de 3,4cm x 2,9cm de contenido graso. Impresionan procesos neoproliferativos.

Marcadores tumorales normales: CEA, AFP, HCG, CA 19.9, CA -125

Evolución: se realiza laparoscópica ooforectomía.

Anatomía patológica: teratoma quístico maduro.

CONCLUSIÓN

Las masas ováricas son con frecuencia asintomática, por lo que su detección suelen ser hallazgos. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, masa palpable, metrorragia. La ecografía ocupa un lugar fundamental en la valoración de una masa ovárica. El aumento de la sobrevida y la preservación de la fertilidad a futuro son las metas principales de la terapéutica actual.



CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS... LA SOSPECHA ANTE TODO:

Rojas M.¹; Savoye N.²; Ortellao L.³

SANATORIO SANTA FE^{1,2,3}

<mlarojasd@hotmail.com.ar>

122

INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías congénitas son las malformaciones congénitas más frecuentes con una prevalencia estimada de 8/1000 recién nacidos vivos. Al plantearse una sospecha diagnóstica de cardiopatía congénita en un recién nacido debe tenerse en cuenta su dificultad ya que la sintomatología cardiaca puede simular a la de otros órganos o patologías, especialmente a la pulmonar y a la infecciosa.

OBJETIVO

Presentar un neonato con diagnóstico de cardiopatía congénita Descripción del caso: Neonato varon eutrofico de 14 días de vida, derivado del norte de la provincia de Santa Fe desde un hospital de referencia, con diagnóstico de sepsis clínica para continuar tratamiento. RNT/PAEGI, embarazo controlado, cesarea por macrosomía, vigoroso al nacer, lactancia materna exclusiva. Comienza a los 3 días de vida con dificultad respiratoria y signos de hipoperfusión periférica. Se interna en Neonatología, ingresa en ARM 5 días, con requerimientos de inotrópicos, se lo pancultiva y se inicia antibioticoterapia de amplio espectro. Cultivos negativos, se rota esquema antibiótico por insuficiencia renal. Se extuba y se deriva a nuestro servicio. Ingresó normotermico, con palidez generalizada, activo, saturando 89-90% con O₂, FC: 117-156 x', S/s 3/6 en mesocardio sin fremito, no irradiado, PP débiles, edematizado, hipertenso con TAM elevadas: 135/62 (82)-140/100(117), resto s/p. Exámenes complementarios:

Laboratorio: hto:49,hgb: 15,9, bg: 13.800 (38/56), vsg:4 pcr negativa, plaquetas: 243.000 glucemia: 0.48, ur:0.41; cr: 0.61,na: 142.8,k:4.8, ca:8.35, RX.

Ecocardiograma: coartación de aorta distal a la arteria subclavia, con gradiente de 52mmhg.

Evolución. Cardiólogo infantil indica comenzar con prostaglandina, furosemida y dobutamina. Se deriva a centro de mayor complejidad para realizar tratamiento quirúrgico definitivo.

CONCLUSIÓN

Las cardiopatías son unas de las principales causas de mortalidad infantil. Cerca de 3.500 niños requieren cirugía antes del primer año de vida y 1.100 mueren sin tratamiento quirúrgico; Dos terceras partes son solucionables con oportuno diagnóstico y tratamiento principalmente pre-getacional y el nacimiento en un centro especializado en el tratamiento quirúrgico oportuno.

TENDENCIAS DE MALNUTRICIÓN EN ADOLESCENTES JUJEÑOS DE 10 A 14 AÑOS POR SEXO, SEGÚN DOS REFERENCIAS (IOTF Y OMS)

Bustamante M.¹; Román M.²; Alfaro E.³

INSTITUTO DE ECORREGIONES ANDINAS (INECOA) UNJU – CONICET. INSTITUTO DE BIOLOGÍA DE LA ALTURA, SAN SALVADOR DE JUJUY, JUJUY, ARGENTINA.^{1,3}; INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD (INICSA) UNC-CONICET. ESCUELA DE NUTRICIÓN, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, CÓRDOBA, ARGENTINA²

<majoo.bustamante@gmail.com>

123

INTRODUCCIÓN

La malnutrición infantil siempre ha estado en la agenda pública debido a sus efectos sobre la salud como ser las consecuencias en los perfiles cardiovasculares en la adultez de la malnutrición por exceso persistente desde la niñez, como así también el impacto de la malnutrición por déficit en el desarrollo físico y cognitivo de los niños. La identificación precisa de las tendencias y subgrupos en riesgo es crucial para orientar las políticas públicas de los países.

OBJETIVOS

a) Analizar las tendencias de malnutrición en adolescentes jujeños de 10 a 14 años, por sexo, entre 1996 y 2015; b) Determinar la concordancia entre las prevalencias obtenidas en base a dos referencias internacionales (OMS e IOTF).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal, análisis longitudinal. Los datos provienen del Programa de Salud Escolar (Ministerio de Salud de Jujuy). Se utilizó el indicador IMC/E para valorar el estado nutricional de los niños y se calcularon las prevalencias de bajo peso (BP), SP y OB total y por sexo, según OMS e IOTF para los periodos 1996-2001; 2001-2005; 2006-2010 y 2011-2015. Se establecieron diferencias entre prevalencias y la concordancia entre OMS e IOTF con índice kappa.

RESULTADOS

Se observa una disminución significativa de la prevalencia de BP (de 3,2% a 1,5% con OMS y de 8,5% a 5,5% con IOTF) y un aumento significativo del SP (de 20,2% a 25,1% con OMS y de 18,73% a 25,2% con IOTF) y la OB (de 10% a 18% con OMS y de 5,3% a 10,3% con IOTF) entre el primer y el último periodo. En general se evidencia una mayor prevalencia de OB en los varones y una mayor prevalencia de BP en las mujeres. Estas diferencias intersexuales fueron significativas en todos los periodos con IOTF, no así con OMS donde se registraron diferencias en el primer y tercer periodo en BP y en todos los periodos para OB. Comparando las prevalencias obtenidas con ambas referencias, se observa que las de OB son mayores con OMS y las de BP con IOTF, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Se encontró buena concordancia entre IOTF y OMS (Kappa = 0,67).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se observa una tendencia creciente de la prevalencia de SP y OB y una disminución del BP que coincide, independientemente de la referencia utilizada. La malnutrición no está disminuyendo sino cambiando su perfil lo que demanda la revisión de acciones a implementar en el marco de políticas públicas orientadas a la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital..



PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL VIRUS COXSACKIE

Savoye N.¹; Rojas M.²; Ortellao L.³

SANATORIO SANTA FE^{1,2,3}

<nadia_s682@hotmail.com>

124

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de mano-pie-boca (EMPB) es una de las enfermedades exantemáticas más frecuentes en niños menores de cinco años, generalmente producida por los virus Coxsackie A16 y enterovirus 71. En los últimos años se están observando manifestaciones dérmicas diferentes a las habituales causadas por serotipos menos frecuentes como el Coxsackievirus A6.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de EMPB atípico

Descripción del caso: paciente de 1 año de edad, previamente sana, que comenzó hace 1 semana con lesiones maculo pápulo vesiculosas en pie, mano y boca, pruriginosas, donde luego de consultar por guardia se le realiza el diagnóstico de EMPB y se medica con antihistamínicos. Al 4º día las lesiones se convierten en ampollas de gran tamaño, confluentes, con contenido seroso, asociado a eritema maculo papular en tronco y miembros con marcado prurito. Al 6º día agrega registros febriles 38-39°C, hiporexia y decaimiento.

Exploración física: paciente de buen aspecto general, afebril, con suficiencia cardiorespiratoria. Presenta ampollas de contenido seroso y descamación de la piel que predominan pie y mano. Exantema maculopapular en tronco y miembros, lengua saburral, con vesículas en amígdalas. No presenta afección ano genital. Es valorada por dermatólogo infantil quien decide tratamiento antibiótico y sintomático con sospecha de EMPB.

Exploraciones complementarias: Laboratorio: Hcto:34 Hb:10.8 GR:4.100.000 GB:14.900 (62/31) plaquetas: 273.000 PCR (++) eritro:37 HMC: negativo. Serología: IgM (+) Coxsackie Virus.

Diagnóstico diferencial: Impétigo ampollar y bulloso, Gianotti Crosti, Eccema herpeticum, Eccema dishidrótico, Kawasaki.

Tratamiento: Clindamicina 30 mgr/k/día EV, hidroxycina, hidrocortisona, emulsión y jabón hipoalérgico.

Evolución: Luego de 72 hs de internación en nuestro servicio la paciente permaneció afebril con buena evolución y recuperación de lesiones en piel. La paciente continúa con tratamiento vía oral trimetropima sulfametoxazol, hidroxycina y betametasona, de forma ambulatoria.

CONCLUSIÓN

A diferencia de la forma clásica, la enfermedad causada por el Coxsackie A6 cursa con fiebre alta, con sintomatología a nivel sistémico y mayor gravedad de las manifestaciones cutáneas, con aparición de lesiones papulo vesiculo bullosas que afectan a antebrazos, manos y pantorrillas y gran afectación de la región peribuca.

CALCIFICACIONES HEPÁTICAS CONGÉNITAS

Savoye N.¹; Rojas M.²; Ortellao L.³

SANATORIO SANTA FE^{1,2,3}

<nadia_s682@hotmail.com>

125

INTRODUCCIÓN

Las calcificaciones hepáticas fetales son un hallazgo infrecuente. Pueden ser superficiales o intrahepáticas. Su presencia se ha relacionado con múltiples patologías (peritonitis meconial, infecciones congénitas, cromosomopatías, isquemia, tumores, etc).

OBJETIVO

Presentar un neonato con micro calcificaciones hepáticas, de diagnóstico pregestacional.

Descripción del caso: neonato sin antecedentes familiares de jerarquía, en quien se diagnostica microcalcificaciones hepáticas mediante ecografía de la semana 20. Recién nacido de parto cesárea eutócico a las 38 semanas, peso:3.380 Kg, apgar 8/9, sin requerimiento de reanimación. El embarazo fue controlado, EGB + y con serologías maternas negativas. Madre refiere episodio de virosis inespecífica, con febrículas, 3 a 4 semanas previas al diagnóstico, niega ingesta de medicación durante el cuadro.

Exploración físico: Neonato clínicamente estable, rosado, normotérmico, bien perfundido, con suficiencia cardiorespiratoria, sin visceromegalias ni edemas.

Al nacimiento se confirma por ecografía abdominal parénquima hepático homogéneo con múltiples imágenes eco génicas extendidas en toda la glándula. Alfafetoproteína: >10.000 ng/ml, que a los 2 meses disminuye a 7.000 ng/ml.

Exámenes complementarios.

Laboratorio: GB:9.500 (53/45) Hcto 53 % plaquetas: 284.000 Calcio: 6.30 GOT: 10 GPT:7 Fosfatasa alcalina: 110 Glucemia:0.45 Uremia: 0.19 Ecocardiograma: normal.

Serologías: CMV, rubeola, toxoplasmosis y parvovirus: negativas.

Tac abdominal: hígado con microcalcificaciones diseminadas.

Fondo de ojo, ecografía transfontanelar y Tac cerebral: normal.

Evolución: recién nacido con buena evolución clínica y parámetros de desarrollo acordes a la edad gestacional. Se procedió al seguimiento periódico del neonato bajo un régimen de conducta expectante conjuntamente con servicio de gastroenterología (Dr Costaguta).

CONCLUSIÓN

Ante un neonato con micro calcificaciones hepáticas es necesario descartar las principales patologías que producirán deterioro de la función y morfología hepática, por lo que el diagnóstico pregestacional es primordial. La mayoría de las calcificaciones que se presentaron de forma aislada, evolucionaron de forma favorable con estabilidad o regresión, mientras que las asociadas a otras anomalías presentaron peor pronóstico, riesgo de aborto espontáneo o muerte fetal intrauterina.



MÁS DE UNA DÉCADA DE MONITOREO DE LA RETINOPATÍA DEL PREMATURO (ROP) EN ARGENTINA

126

Lomuto C.¹; Alda E.²; Benítez A.³; Bouzas L.⁴; Brussa M.⁵; Cattaino A.⁶; Dinerstein N.⁷; Erpen N.⁸; Galina L.⁹; Mansilla C.¹⁰; Marinaro S.¹¹; Quiroga A.¹²; Saidman G.¹³; Sánchez C.¹⁴; Sepúlveda T.¹⁵; Visintin P.¹⁶

GRUPO ROP ARGENTINA-MINISTERIO DE SALUD^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16}
<clomuto44@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

El Grupo ROP Argentina, asesor del Ministerio de Salud, realiza el monitoreo de la ROP desde el año 2004.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de la ROP desde 2004 a 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, consecutivo, de sección transversal. Se incorporaron progresivamente al registro servicios de neonatología públicos y privados de Argentina. Hasta 2007 fueron registrados sólo los casos con diagnóstico de ROP, desde 2008 se agregó el registro de todos los niños en riesgo y en 2013 se inició el registro on line. Criterios de inclusión: prematuros < 1500g de peso al nacer (PN) y/o ≤ 32 semanas (s) de edad gestacional (EG) sobrevivientes de > 28 días y ≥ 1,500 g de PN y/o 33-36 s de EG expuestos a factores de riesgo. Variables: PN, EG, Grados de ROP, pesquisa oftalmológica, tipo de tratamiento y lugar del mismo.

RESULTADOS

Los servicios incorporados se incrementaron de 14 en 2004 a 98 en 2016, con una N de nacimientos/año de 70.347 (2004) a 227.138 (2016) o sea el 29,4 % del total del país (770.040) y el 51,3 % del sector público (442.571). Los niños registrados aumentaron de 3.034 (2004) a 8.318 (2016) y dentro de ellos los < 1500g PN: 926 (2004) a 2.789 (2016). En 2016, 22,7 % de los niños con PN < 1500 g presentaron algún grado de ROP y el 7,8% requirió tratamiento. Estos indicadores descendieron

desde 2013 cuando se registró 31,5% y 9,9% respectivamente. La pesquisa se mantiene alrededor del 90% en los últimos años y aumentó la proporción de niños tratados en su misma Unidad (in situ) desde 57% (2004) a 92% (2016). El uso de antiangiogénicos para tratamiento se incrementó de 5% en 2011 a 26% en 2015, observándose un descenso a 17% en 2016. Los Casos Inusuales (CI) (≥1,500 g de PN y/o 33-36 s de EG) descendieron de 30% (2004) a 17,3% (2016). Las Oportunidades Perdidas (OP) (ROP Grados IV o V) oscilaron entre 0 a 6 casos a través de los años. La media de PN descendió desde 1.310g (2004) a 1.083g (2016) y la EG desde 31s (2004) a 28 s (2016). Se observó gran disparidad en los resultados entre los servicios; en el año 2016, una tercera parte sobrepasa el promedio nacional en < 1500g PN tratados y los CI se presentan sólo en 28 de 98 servicios.

CONCLUSIONES

Pese a observarse grandes mejoras, la prevalencia de ROP aún es alta y la persistencia de CI y OP evidencian la persistencia de deficiencias en la calidad de atención localizadas y enfatizan la observancia de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para el control de la ROP (2016)..

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PEDIATRÍA

127

Giner I.¹; Regliner E.²; Fernandez Galvez G.³

POLICLÍNICO NEUQUEN^{1 2 3}
<nachitoginer@yahoo.co.uk>

INTRODUCCIÓN

Existen diferentes formas de evaluación del dolor en niños. Los parámetros fisiológicos como frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial, sudoración, resultan útiles principalmente en neonatos y lactantes pequeños. En niños mayores, se pueden utilizar diferentes escalas creadas con gráficos, colores, expresiones faciales, de acuerdo al desarrollo del niño. Hay indicadores comportamentales que sugieren la presencia de dolor, como llanto, expresión facial, cambios en el estado de ánimo y del sueño. Ningún método da certeza, por lo que se recomienda el uso combinado de diferentes métodos de evaluación. Es importante la valoración del dolor, con escalas apropiadas según edad y maduración y el uso racional de los fármacos, no esperando que aparezca el dolor para tratarlo, sino prevenirlo.

OBJETIVO

Evaluar el dolor postoperatorio en niños, conocer las drogas más utilizadas en el Servicio de Pediatría.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes de 5-16 años sometidos a procedimientos quirúrgicos entre 10/2014 y 04/2015. Para el componente cognoscitivo se usaron las escalas visual análoga y de figuras faciales. Para evaluar el componente comportamental se utilizó la escala simple de valoración del dolor. En cada uno de los pacientes, se seleccionó más de 1 escala, según edad y desarrollo madurativo (escala visual análoga, de expresiones faciales y de la escala simple), y se asignó el puntaje acorde al valor del dolor.

La evaluación se realizó entre las primeras 4-6 hs. postquirúrgicas y luego cada 6 horas, durante las primeras 48 horas de internación. Esta tarea fue realizada por médicos del servicio y personal de enfermería. En la hoja de protocolo se registraron las drogas indicadas y administradas, con la dosis, frecuencia, vía de administración, número de dosis recibidas y la presencia o no de reacciones adversas, datos que fueron tomados de las historias clínicas y los registros de enfermería de cada paciente.

RESULTADOS

Se estudiaron 100 pacientes, con una edad media de 10,3 años, +/- DE 3,3. El menor de 5 años y el mayor de 16 años. Todos los pacientes analizados recibieron anestesia general y analgesia intraoperatoria general, de los cuales 11 pacientes recibieron además analgesia local (bloqueo) con lidocaína 5% o bupivacaína 5% y 1 paciente analgesia epidural. Luego de la cirugía, el 75% de los pacientes recibieron monodroga inicial con diclofenac, y el 12% dipirona. Recibieron doble medicación analgésica inicial (AINE+ opiáceo) el 13%. Tipos de cirugía: general 52%, traumatología 33%, ORL 8%, urología 5%, neurocirugía 1%, maxilofacial 1%. De los pacientes analizados, el 23% manifestó dolor leve, 10% dolor moderado, 7% dolor severo y 60% no tuvo dolor.

CONCLUSIÓN

Es de suma importancia conocer y valorar el dolor postoperatorio en el niño, se debe considerar como el 5° signo vital. Hay que adelantarse a la aparición del dolor, sin esperar la presencia del mismo. Se observó que presentaron menor dolor aquellos pacientes con tratamiento reglado y combinado, según tipo de cirugía y dolor esperado.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DELECIÓN 22Q11.2 EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINARIO EN HOSPITAL DE DÍA POLIVALENTE. HOSPITAL DE PEDIATRÍA SAMIC PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

128

García Coppola M.¹; Obregón M.²; Bordato A.³; Lafuente V.⁴; Olivera L.⁵
HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5}
<virucoppo@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de delección 22q11.2 es una entidad causada por una anomalía cromosómica poco frecuente (1/2000-4000 RN), de expresión variable que puede afectar múltiples órganos y sistemas comprometiendo en diferentes grados la calidad de vida, el desarrollo y el comportamiento de los pacientes afectados.

OBJETIVO

Describir las manifestaciones clínicas de pacientes con delección 22q11.2 en un lapso temporal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, observacional. Población: Pacientes con diagnóstico confirmado de delección 22q11.2, entre 1 mes y 18 años de edad, que concurren a la clínica de seguimiento de Hospital de Día Polivalente entre julio de 2015 y abril de 2017. Variables: Edad, sexo, herencia, compromiso de órganos y sistemas.

RESULTADOS

Se incluyeron 101 pacientes, edad (X): 9 años y 5 meses. Sexo femenino: 60%. En el 37% de los casos se estudiaron a los progenitores siendo heredados el 16% de ellos. El 80% de los pacientes cuentan con certificado de discapacidad. Compromiso cardiovascular: 67% (92% conotruncales), inmunológico: 44% (95% de tipo celular), autoinmunidad: 10%, endocrinológico: tiroideo (26%) y paratiroideo (23%), orofaríngeo con insuficiencia velopalatina: 71%, fisura de paladar: 18%, trastorno

deglutorio: 20%. Compromiso auditivo: 32% (81% conductiva pura), déficit intelectual: 73%, trastorno del lenguaje: 84%, psiquiátrico: 41%. Malformaciones vertebrales: 13%, escoliosis: 31%, otras manifestaciones esqueléticas: 34%, genitourinario: 13%, retraso del crecimiento: 11%.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron aquellas asociadas a las alteraciones velo palatinas y sus complicaciones (trastornos auditivos y del lenguaje), déficit intelectual y cardiovasculares. Si bien las malformaciones cardíacas pueden incrementar la morbilidad, su calidad de vida suele estar condicionada por la presencia del compromiso intelectual y velo palatino. El seguimiento en una clínica interdisciplinaria optimiza la detección temprana de manifestaciones clínicas y complicaciones de la enfermedad. Esto permite generar medidas terapéuticas oportunas y anticipatorias tendientes a mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia.

KWASHIORKOR EN EL 2017, A PROPÓSITO DE UN CASO

129

Coomans V.¹; Paccor A.²; Muñoz C.³; García J.⁴; Capurso C.⁵; Lema G.⁶
HTAL MAGDALENA V MARTINEZ PACHECO^{1,2,3,4,5,6}
<vickycoomans@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El kwashiorkor es una desnutrición grave y aguda secundaria a deficiencia calórico-proteica, más frecuente entre los 18 meses y 5 años, en países subdesarrollados. Se caracteriza por la presencia de edema generalizado que enmascara la pérdida de peso asociado a devastación muscular, anorexia, alteración psicomotora, diarrea prolongada, hepatomegalia y lesiones en piel y faneras, producidas por la deficiencia de micro y macro nutrientes.

La APLV es la reacción adversa alimentaria más común en la infancia. Su presentación clínica puede producirse en forma aguda con anafilaxia o evolucionar en forma crónica con diarrea, desnutrición y alteraciones en el crecimiento.

El tratamiento está basado en la exclusión de la leche de vaca de la dieta y de su cumplimiento depende la evolución de la enfermedad.

OBJETIVO

Presentar un caso de desnutrición tipo Kwashiorkor en paciente con alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) con tórpida evolución y mala adherencia al tratamiento.

Caso clínico: Paciente masculino de 1 año y 7 meses de edad que ingresa a la guardia por registro febril de 24 hs de evolución, asociado a lesiones en piel descamativas, pruriginosas con base eritematosa y edema generalizado, de más de un mes de evolución. Al ingreso se encontraba irritable y en mal estado general.

Laboratorio ingreso 18700 GB, hb 8.5, hto 28, PCR 98.8, gluc 88, urea 15, creat 0.48, hepatograma normal, proteínas totales 3.98, alb 2.35, LDH

628, Mg 1.87, P 3.8, Ca 8.0, serologías negativas. Ecografía abdominal: hepatomegalia marcada.

Antecedentes: Internación a los 4 meses de vida por GEA + hemorragia digestiva alta (HDA). Se retira sin alta médica. Reingresa a los 20 días por HDA, donde se diagnostica APLV, y se indica dieta de exclusión la cual no cumple a partir del año de vida.

A lo largo de la internación recibe dieta libre de leche de vaca, es valorado por nutrición iniciando realimentación progresiva con buen progreso de peso y mejoría de las lesiones en piel.

Laboratorio control: proteínas total: 5.58, albumina 3.39.

CONCLUSIÓN

El tratamiento de la APLV está basado en la dieta de exclusión por lo cual es fundamental su adherencia, ya que hasta pequeñas transgresiones en la dieta pueden generar lesiones severas en la mucosa intestinal, que a largo plazo conducen a malabsorción intestinal y desnutrición grave.



LESIONES NO INTENCIONALES EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA: ESTUDIO CASOS Y CONTROL

130

Ferraro, Sandra¹; Slipakoff, Elisabet²

HTAL DE REHABILITACIÓN MANUEL ROCCA^{1,2}

sandra.ferraro@yahoo.com.ar

OBJETIVOS

- 1º) Conocer la prevalencia de lesiones no intencionales (LNI) en niños con alteraciones de su capacidad auditiva.
- 2º) Caracterizar una población de niños con discapacidad auditiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Herramienta: Cuestionario con preguntas estructuradas de opciones cerradas.

POBLACIÓN

Dos grupos de cien madres, que asistieron para el control de salud de sus hijos entre 0 y 16 años, al consultorio de Pediatría del HRMR.

El primer grupo constituido por las primeras 100 madres de pacientes con hipoacusia como única causa de discapacidad; y el segundo por un número igual de madres de niños sin discapacidad alguna pareados en edad y sexo con los primeros.

Recopilación de Datos: Se confeccionó una planilla Excel. La comparación de proporciones fue realizada mediante la prueba de chi², con el programa estadístico EPI.INFO 6.

Diseño: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de casos y controles.

RESULTADOS

En las dos muestras de pacientes el 50% fueron varones. El 22% fueron menores de 6 años y otro porcentaje igual mayores de 13 años; el 56% niños entre 6 y 12 años.

El 92% presentó hipoacusia perceptiva bilateral. Se encontraban equipados el 76% de los pacientes. De la totalidad de niños con

hipoacusia, el 53% refirió haber presentado LNI. Mientras que en el grupo control solo el 30% refirió haberlas presentado. Del total de pacientes que sufrieron LNI, los niños con hipoacusia presentaron mayor porcentaje de traumatismos encefalos craneanos (39%) y los niños sanos un porcentaje similar de heridas cortantes (37%). El 81% de los niños hipoacúsicos que presentaron LNI fueron llevados a evaluación médica dentro de las dos horas posteriores al evento. El 44% requirió realización de exámenes complementarios. Solo el 3% fue hospitalizado. El 97% fueron lesiones leves.

En cuanto al grupo control el 71% de los niños sanos que presentaron LNI fueron llevados a evaluación médica dentro de las dos horas posteriores al evento. El 30% requirió realización de exámenes complementarios. Ningún paciente requirió internación.

CONCLUSIONES

Los niños con discapacidades sensoriales tienen mayor riesgo de lesiones como resultado de dificultades para identificar y responder a los riesgos en el medio ambiente. Creemos que debemos realizar todos los esfuerzos posibles para modificar las estructuras, los ambientes, las actitudes y los comportamientos relacionados con la seguridad.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

131

Chalimond M.¹

Municipalidad de Jesús María¹

<celestechalimond@gmail.com>

INTRODUCCION

La vigilancia del desarrollo Psicomotor incorporada en la consulta del niño sano constituye una tarea de fundamental importancia dentro de la atención primaria de salud. La implementación de pruebas de pesquisa en el seguimiento del desarrollo de niños presuntamente sanos, en los primeros años de vida, permite la detección de retrasos en el desarrollo psicomotor y su tratamiento oportuno. Este proyecto se enmarca dentro del programa municipal "1.000 días" y tiene como misión acompañar el desarrollo integral de niños de 0 a 3 años que concurren a los distintos centros de salud municipales de la ciudad de Jesús María. Pretende ofrecer los servicios de promoción, prevención y seguimiento del desarrollo del niño/a.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo-observacional. Realizado en el periodo comprendido entre el 1 de abril del 2016 hasta el 28 de abril del 2017. Incluye a 219 niños/as, de los cuales 95 son mujeres y 124 varones, de 0 a 3 años pertenecientes a la localidad de Jesús María. Criterios de inclusión: pacientes de 0 a 3 años presuntamente sanos, que asisten a control de crecimiento y desarrollo en el centro de salud. Criterios de exclusión: niños con diagnóstico previo de trastorno del desarrollo, enfermedad de base (inmunológica, déficit sensorial, enfermedad genética, endocrinológica, etc.). Se utiliza para la medición, la escala de evaluación de desarrollo Psicomotor (EEDP) y la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE). Los niños que presentaron riesgo en el desarrollo Psicomotor fueron abordados mediante consejería a los padres sobre pautas de crianza e importancia de la estimulación del desarrollo Psicomotor. Aquellos que presentaron

retraso en el desarrollo Psicomotor o no pasaron la prueba fueron derivados a centros de atención especializada para su diagnóstico, tratamiento y participación en talleres de estimulación temprana.

OBJETIVO

Evaluar el desarrollo Psicomotor en niños de 0 a 3 años que concurren al control del niño sano en los diferentes centros de salud de la localidad de Jesús María. Realizar el seguimiento periódico de su desarrollo. Derivar a los niños detectados con déficit psicomotor al equipo interdisciplinario.

RESULTADOS

Población total: 219 niños evaluados: 16 (7,30%) niños con riesgo de padecer retraso en su desarrollo; 5 (2,18 %) niños con retraso en el desarrollo y 198 (90,41 %) niños con desarrollo normal. Con respecto al grupo total de niños que presentaron déficit en su desarrollo Psicomotor (21 niños), es decir riesgo y retraso en el desarrollo, 13 (61,90%) corresponden al género masculino y 8 (38,09%) al género femenino. Así también, de este último grupo de niños, 8 (38,09 %) presentan compromiso en solo una área del desarrollo, mientras que 13 (61,90%) presenta compromiso en dos o más áreas del desarrollo.

CONCLUSIONES

Se considera de gran importancia en el primer nivel de salud, las acciones interdisciplinarias destinadas a la detección de déficit en el desarrollo Psicomotor en la primera infancia. Se evidencia la utilidad de las pruebas de pesquisa como herramienta para realizar derivaciones oportunas, para diagnóstico y seguimiento del paciente con sospecha de trastorno del desarrollo.



A PROPÓSITO DE UN CASO: DESAFÍO DIAGNOSTICO EN UNA NIÑA CON ESTRIDOR PERSISTENTE

132

Quiroga N.¹; Fernandez N.²; Selene D.³

HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESÚS (CBA/CAP)^{1,2,3}

<nicolasfidel100@gmail.com>

INTRODUCCION

El estridor laríngeo en niños tiene diferentes causas. En las primeras semanas de vida predominan anomalías congénitas; entre 6 y 24 meses la aspiración de cuerpo extraño.

Los anillos vasculares son el resultado del desarrollo anormal de los arcos aórticos fetales, representan menos del 1% de las anomalías vasculares congénitas. El más frecuente se forma por bifurcación de la aorta ascendente en dos arcos que rodean tráquea y esófago y confluyen en la descendente. Pueden cursar con estridor, tos traqueal crónica, síndrome bronquiolítico, apneas, fallas en extubación, disfagia y neumonía aspirativa. Para arribar al diagnóstico se requiere alta sospecha clínica.

OBJETIVOS

Describir un paciente pediátrico con doble arco aórtico como causa de estridor persistente.

Destacar la importancia del profundizar estudios para arribar al diagnóstico etiológico.

CASO

Lactante de 5 meses con antecedente de bronquiolitis y síndrome bronquial obstructivo recurrente. Tres internaciones previas. Presenta dificultad respiratoria crisis de ahogo con cianosis. Ingres a UCI. GB 13.500 (NC 2/ NS 61/ Li 33), Hb: 11,7, RFA (-) Rx tórax: signos de atrapamiento aéreo. Requirió Ventilación no invasiva, broncodilatadores, corticoides sistémicos. Ag virales: negativos. Mejoría clínica, persiste estridor. Ecocardiograma: CIA pequeña sin repercusión hemodinámica, Cinevideodeglución: sin pasaje a vía aérea, se observa impronta esofágica.

Angiorresonancia: doble arco aórtico. Se realiza cirugía cardiovascular, evolución favorable. Alta a los siete días sin dificultad respiratoria.

CONCLUSIÓN

Al evaluar un lactante con estridor persistente debemos pensar en las causas más frecuentes de acuerdo al grupo etario e investigar en segundo lugar las menos habituales. Rescatamos el valor del esofagograma el cual, indirectamente nos hizo sospechar una malformación vascular, que pasó desapercibida en estudios cardiológicos habituales reiterados. Los exámenes complementarios que confirman el diagnóstico son la angio-TC o la angio-RM. La corrección quirúrgica es eficaz y el riesgo de la intervención es mínimo.

VALORACIÓN MATERNA SOBRE LAS RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO DURANTE LA INTERNACIÓN CONJUNTA.

133

Giner I.¹; Mozzi Zobisch J.²; Fernandez Galvez G.³

POLICLÍNICO NEUQUEN^{1,2,3}

<nachitoginer@yahoo.co.uk>

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un hijo es un hecho de suma importancia en la vida de una familia. Los padres deben asumir responsabilidades y adaptarse a diversas situaciones cambiantes y brindar atención, alimentación y cuidado continuo al recién nacido. Se deben proporcionar a los padres consejos básicos de cuidados que favorezcan este proceso. Es ésta una práctica común por parte del pediatra desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria mediante las visitas en internación conjunta, y luego del alta, de manera ambulatoria, en los sucesivos controles. Se propuso evaluar la satisfacción de las madres acerca de las recomendaciones recibidas para el cuidado del recién nacido y conocer qué otra información relacionada con los cuidados del neonato es demandada.

OBJETIVO

Valorar la satisfacción materna y paterna sobre la información transmitida por el pediatra durante la internación conjunta con recién nacido.

MATERIALES Y MÉTODOS

Encuesta realizada a las madres que estuvieron en internación conjunta desde el 05/2016 a 07/2016. Se realizó una encuesta con modalidad de preguntas cerradas de respuesta afirmativas-negativas evaluándose la conformidad de las madres acerca de la información recibida del pediatra en internación conjunta hasta el alta hospitalaria.

RESULTADOS

Se realizaron 160 encuestas. El 81.9% se completo de manera presencial durante el primer control luego del alta y el 18.1% se realizo de manera telefónica. La media de días de vida del neonato al momento de la encuesta

fue de 7.41 días, con un DE: +/- 3.81. Mediana: 6 días. Rango de 4-15 días. El 34.4% de las madres no tenían hijos previos. El 60% nació por cesárea y el 40% por parto vaginal. La estadía media de los neonatos en internación conjunta fue de 2 días. El 64.8% de las madres respondieron haber recibido asesoramiento sobre la lactancia materna. El 61.9% recibió información sobre técnicas de amamantamiento. El 92.4% recibió información sobre los cuidados del cordón umbilical. El 48,1% recibió información sobre las recomendaciones del baño del recién nacido. El 73% recibió información sobre la postura adecuada para dormir. El 56.9% recibió las recomendaciones para el abrigo necesario del recién nacido. El 80% recibió información sobre vacunación, 21 % sobre pruebas de screening neonatal, 19,4% sobre sillas de sujeción vehicular. Al 98% de las madres se indicó cuándo realizar el primer control. El 76.25% considero suficiente la información brindada por el pediatra. La información fue entendible en el 94.9% de los encuestados. Al 23.7% de las madres le hubiera gustado recibir más información sobre pautas de alimentación. El 96.9% puedo preguntar dudas. El grado de confianza que logro con el pediatra fue satisfactorio en el 95% de los encuestados. De los encuestados, el 73.1% busco información previa al parto. En internet el 54.7%, en familiares 21.4%. Sólo el 12% realizo el curso de preparto.

CONCLUSIONES

El grado de conformidad de las madres y padres respecto a la información brindaba durante la internación conjunta fue satisfactorio. Se deben reforzar aspectos de la información como pautas y técnicas de alimentación, recomendaciones de sistemas de retención infantil y utilidad del screening neonatal.



ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN LA ENFERMEDAD DE RASMUSSEN

Duprat M.¹; Irigoyen M.²; Delgado M.³; Del Rio L.⁴; Schwarstein T.⁵; Del Rincon J.⁶; Perez Marc G.⁷; Gaivironsky R.⁸

HOSPITAL MILITAR CENTRAL^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<melinaduprat@gmail.com>

136

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Rasmussen (ER) es un trastorno cerebral inflamatorio crónico y progresivo. Se manifiesta habitualmente con crisis focales motoras resistentes al tratamiento médico, culminando con grave deterioro neurológico, hemiparesia, retraso cognitivo y afasia.

En su fisiopatología se han propuesto diversos factores, entre los que se destacan los fenómenos autoinmunes.

El tratamiento clásico consiste en la hemieferectomía de diferente magnitud, según la afectación cerebral. Se proponen tratamientos alternativos con inmunosupresores, inmunoglobulina, glucocorticoides y plasmáferesis, con el objeto de disminuir las secuelas neurológicas secundarias a la cirugía.

OBJETIVO

La indicación del tratamiento inmunomodulador en la ER permite detener el curso progresivo de la enfermedad y lograr disminuir significativamente la frecuencia de las crisis.

CASO CLÍNICO

Niña de 14 años previamente sana, con diagnóstico de epilepsia refractaria de 3 años de evolución. Ingresó a nuestro nosocomio por presentar descargas continuas focales en hemicuerpo derecho, con alteración en la marcha a predominio de miembro inferior homolateral, ocasionándole serias dificultades en las actividades cotidianas.

Se realizaron los siguientes estudios:

- * Videoelectroencefalografía: aisladas espigas en región fronto-cortico-temporal izquierda, que en ocasiones difunden a áreas homólogas. Episodio de adormecimiento de la lengua, sin cambios en el trazado de base.
- * Polisomnografía de sueño: evento crítico con actividad reclutante de ritmo rápido con lentificación en salvas de ondas lentas con espigas posteriores derechas.
- * RNM cerebral: alteración de la señal hiperintensa en T2 y FLAIR, asociada a pérdida de la diferenciación de la sustancia gris y blanca a nivel del giro frontal inferior izquierdo y parietal inferior ipsilateral, compatible con área de displasia.

Ante la presencia de epilepsia parcial continua que no responde al tratamiento médico, con RMN patológica, se diagnostica ER. Se indican altas dosis de corticoides endovenosos e inmunoglobulina, con buena respuesta clínica y control de las crisis convulsivas continuas.

CONCLUSIÓN

El tratamiento de elección de la ER es la hemieferectomía funcional, pero debido a las posibles secuelas postquirúrgicas ha surgido en los últimos años como alternativa la terapia inmunomoduladora, que permite lograr un adecuado control de las crisis convulsivas..

RESCATE VIROLOGICO Y COMPORTAMIENTO CLÍNICO DE LA BRONQUIOLITIS EN INTERNACION OTOÑO-INVIERNO 2016.

Rojas Molina C.¹; Gallardo R.²; Aguirre Hayes F.³; Tajés R.⁴; Nugnes C.⁵; Laino P.⁶; Tuiman J.⁷

HOSPITAL CHURRUCA^{1,2,3,4,5,6,7}

<vmolina@intramed.net>

137

INTRODUCCION

La bronquiolitis en niños pequeños se debe a la infección por virus sincicial respiratorio (VSR) en un 50% a 80% generando un alto índice de morbilidad e internaciones en época de otoño-invierno.

OBJETIVO

Analizar el rescate virológico y comportamiento clínico y epidemiológico en pacientes internados con diagnóstico de bronquiolitis.

POBLACION

Niños de 1 mes a 2 años de edad internados por primer o segundo episodio de obstrucción bronquial.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de historias clínicas de pacientes internados en el periodo 1 de marzo a 30 de septiembre de 2016. Trabajo retrospectivo, observacional, descriptivo de corte transversal. El diagnóstico virológico se realizó a través del estudio de secreciones nasofaríngeas con método inmunofluorescencia indirecta y PCR-RT. Se estudiaron las variables: edad, género, días de internación y derivación a UTIP. Todos los niños requirieron oxígeno suplementario.

RESULTADOS

De un total de 229 pacientes, se obtuvo muestra para estudio virológico en 183 de los cuales el 66% presentó infección por VSR seguido por metapneumovirus (MNV) con 15%, adenovirus (ADV) 8%, Influenza A H1N1 5% y Parainfluenza III el 3%. El rescate negativo fue del 46% y la coinfección viral se presentó en dos pacientes: uno VSR + ADV y otro

ADV + MNV. No se realizó estudio a 46 pacientes (25%). Se observó un leve predominio del género masculino 56% contra 44% femenino. El 48% de las infecciones por VSR se registró en los menores de 6 meses, el promedio de internación fue de 5 días. Se derivaron 10 pacientes a UTIP (4,4% del total) de los cuales 4 (40%) presentaron infección por VSR, registrándose un óbito con infección por este virus.

CONCLUSIONES

Se observó un predominio de VSR más marcado en los menores de 6 meses seguido por MNV, escasa coinfección viral y el promedio de días en internación fue el esperado para la patología. La derivación a UTIP estuvo asociada en su mayoría a la infección por VSR al igual que el único óbito que se registró.



INGESTA ACCIDENTAL DE CÁUSTICOS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gole M.¹; Botto H.²; Fernie M.³; Barrere M.⁴; Fescina G.⁵

HOSPITAL BRITANICO¹; HOSPITAL BRITANICO Y GARAHAN²; HOSPITAL BRITANICO^{3,4,5}
mariagole@gmail.com

138

INTRODUCCIÓN

La ingesta de productos domésticos constituye la segunda causa de intoxicación y entre estos se destacan las sustancias cáusticas. La mayoría de las ingestas se producen de forma accidental y en el hogar. Las complicaciones pueden ser graves, tanto inmediatas (edema de glotis, insuficiencia respiratoria, perforaciones) o mediatas (perforaciones tardías, estenosis cicatrizal del esófago y del píloro, mediastinitis, infección secundaria).

OBJETIVOS

Reportar un caso de ingestión accidental de cáusticos que evoluciona con estenosis esofágica tardía como complicación. Recordar la importancia de rotular las sustancias tóxicas y mantenerlas fuera del alcance de los niños. Descripción: Paciente de 18 meses que consulta a guardia externa por ingesta accidental de una sustancia líquida inodora, almacenada en una botella transparente sin rotular. Al examen físico el niño presenta edema en los labios, aumento de la salivación, y lesión blanquecina en lengua y orofaringe. Se realiza análisis de pH de la sustancia ingerida, se confirma álcali (pH:12). Inicia tratamiento antibiótico y dexametasona, es evaluado por gastroenterología quien le realiza esofagograma radiológico sin alteraciones patológicas. Quince días después comienza con vómitos aislados, que al mes se vuelven incoercibles asociados a intolerancia a sólidos. Se realiza videoendoscopiademostrando estenosis esofágica del tercio distal. Inicia tratamiento endoscópico con dilataciones esofágicas semanales progresivas logrando una adecuada evolución.

CONCLUSIÓN

Queremos hacer hincapié en la prevención de la ingesta de sustancias tóxicas y recordar las recomendaciones que incluyen: rótulos de advertencia, tapas de seguridad para niños, lugar de almacenamiento fuera del alcance de los niños e información a la comunidad brindada ya sea por los médicos e instituciones gubernamentales con legislaciones para reglamentar mecanismos de seguridad para reducir la prevalencia de este tipo de accidentes..

PURPURA FULMINANS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gole M.¹; Formisano S.²; Bonardo V.³; Greco M.⁴; Fernie M.⁵; Cosentino M.⁶

HOSPITAL BRITANICO^{1,2,3,4,5,6}
<mariagole@gmail.com>

139

INTRODUCCIÓN

La Púrpura Fulminans (PF) es una patología que compromete la piel de manera incapacitante y potencialmente mortal. Presenta necrosis tisular, trombosis de pequeños vasos y coagulación intravascular diseminada. Se clasifica según su causa en: Déficit congénito de proteína C, infección aguda severa y postinfecciosa. Su reconocimiento precoz permite instaurar el tratamiento y aumentar la sobrevida.

OBJETIVOS

Reportar un caso de patología infrecuente de alta morbimortalidad y su manejo interdisciplinario.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 6 años, previamente sana, inmunización completa. Ingres a guardia por cuadro de 10 días de fiebre asociado a lesiones purpúricas en ambas manos y cara medial de pierna derecha de 8hs de evolución. Se encuentra en regular estado general, afebril, taquipneica, pulsos periféricos saltones, normotensa, con hipoventilación en hemicampo derecho. Se observa en Rx de Tx y ecografía pleural neumonía derecha con derrame pleural. Se constata leucocitosis, plaquetopenia y alteración del coagulograma (TP 56, KPTT 34, RIN 1,48, Dímero D >100000, FBG 161, Antitrombina 44%). Se toman HMCx2, se expande, recibe vancomicina, ceftriaxona y oxígeno por máscara reservorio. Ingres a UCIP, se coloca tubo de avenamiento pleural, drenando material purulento. Rescata neumococo positivo en orina. Recibe infusión de heparina y aporte de antitrombina mediante plasma fresco congelado; se diagnostica déficit de proteína S adquirido (valor 12%, VN

63-120). Se realizan múltiples intervenciones quirúrgicas (escarectomía, fasciotomía y debridamiento). Las lesiones evolucionan con necrosis de falanges distales de todos los dedos (excepto pulgares) teniendo que amputar las mismas. Se intenta recuperar funcionalidad mediante realización de colgajos radial (MSD) y abdominoinguinal (MSI) para lograr prensión.

CONCLUSIÓN

La PF tiene una lesión característica, que la distingue de otras lesiones purpúricas. El eritema es rápidamente seguido por áreas irregulares centrales de necrosis azulado-negro rodeado por un borde eritematoso que desaparece hacia la piel sana adyacente. Evoluciona rápidamente debiéndose instaurar el tratamiento específico de la causa subyacente. Es una emergencia hematológica que requiere anticoagulación con heparina y la infusión de plasma fresco congelado para reponer los factores consumidos. Los pacientes que sobreviven, en especial tras sepsis severa y falla multiorgánica, pueden requerir amputación.



LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA, LA COMPLEJIDAD DE UN DIAGNÓSTICO

Marino A.¹; Bocanera J.²; Villalba S.³; Tomasino F.⁴; Escalante R.⁵; Chazarreta Cifre M.⁶; Kinen M.⁷; Hamui E.⁸; Escalante M.⁹; Luna M.¹⁰; Flynn L.¹¹; Zirone S.¹²; Gallicchio M.¹³; Piatti F.¹⁴; Machado P.¹⁵; Romero G.¹⁶

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16}

<antom_3393@hotmail.com>

140

INTRODUCCIÓN

La linfocitosis hemofagocítica (LHH) es una entidad multicausal, caracterizada por proliferación generalizada, no maligna, de histiocitos con importante actividad hemofagocítica. El cuadro clínico comprende fiebre, hepatoesplenomegalia, citopenias, hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia y hemofagocitosis. Se ha descrito una forma primaria familiar y una secundaria. La mortalidad es alta, por lo que se debe mantener un alto índice de sospecha e iniciar tratamiento precoz.

OBJETIVOS

- Determinar características clínicas y paraclínicas de la LHH
- Conocer los criterios presentes para lograr un diagnóstico precoz

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Paciente de 50 días, eutrófico, bien inmunizado, sano previo, antecedente de hermano fallecido por infección a citomegalovirus (CMV) congénito, ingresa a UCIP por síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Cultivos de sangre, medula ósea, orina y líquido cefalorraquídeo (todos PCR + a CMV). Biopsia de medula ósea (marcada hiperplasia de serie roja, sin hemofagocitosis). Estudios complementarios (pancitopenia, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, hipofibrinogenemia, aumento de transaminasas, LDH y ferritina). Perfil inmunológico (inversión de población CD4/CD8, hipogammaglobulinemia, y disminución de células NK). Por antecedente familiar se efectúan estudios moleculares a fin de descartar inmunodeficiencia primaria (síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X -gen SAP), y linfocitosis hemofagocítica (gen STX11, STXBP2, UNC13D), normales.

Se asume cuadro como LHH secundario a infección congénita por CMV. A pesar de las medidas instauradas el paciente fallece.

CASO 2

Paciente de 7 años, eutrófica, incompletamente inmunizada, antecedente de Leucemia Linfoblástica Aguda tipo B en remisión, ingresa a sala por cuadro de fiebre de 6 días de evolución, hepatoesplenomegalia y pancitopenia. Punción aspirativa de Médula ósea (Inmunomarcación negativa); Punción lumbar (Citocentrífugo normal). Hemocultivos, retrocultivo y urocultivo (negativos). Rx de tórax (normal). Serologías (dengue, VEB, toxoplasmosis, parvovirus B19 negativos). IgG-IgM CMV +, PCR CMV cuantitativa 1600 copias/ml; Estudios complementarios (hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia, aumento de ferritina, pancitopenia). Estudio inmunológico (hipogammaglobulinemia). Se asume cuadro como LHH secundario a infección adquirida por CMV, iniciando tratamiento endovenoso con Ganciclovir a 10 mg/kg/día (16 días), carga viral de CMV de control no detectable, buena evolución clínica de la paciente, regular mejoría bioquímica, continua tratamiento vía oral con Valganciclovir.

CONCLUSIÓN

La LHH se presenta asociada a múltiples entidades nosológicas graves, con alta letalidad. El uso de criterios simplificados es un recurso muy valioso para una adecuada caracterización de la LHH. La elevada mortalidad y la posibilidad de modificar el pronóstico proporcionalmente a la rapidez en iniciar tratamiento, implica que deba tomarse en cuenta de inicio como parte de los planteos diagnósticos.

ACTINOMICOSIS SIMULANDO NEOPLASIA PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pelagatti M.¹; Sanchez J.²; Sanz J.³; Rad C.⁴

HOSPITAL FLEMING^{1 2 3 4}

<vicky_ps_04@hotmail.com>

141

Paciente de 7 años de edad, con antecedente de Talasemia. Consulta por presentar palidez cutáneo mucosa, sudoración, astenia y pérdida de peso de aproximadamente 3,5 kg de 4 meses de evolución. Cinco días previos al ingreso comienza con dolor torácico, localizado en hemitórax superior izquierdo, de intensidad 8/10, con irradiación a dorso y miembro superior izquierdo, el cual empeora con la movilización, la respiración profunda. Por sospecha de etiología neoplásica se realiza TAC de tórax y abdomen con contraste oral (informa extensa consolidación del espacio aéreo sobre todo segmentos apicoposterior y anterior del lóbulo superior y apical del inferior, pudiendo tener origen infeccioso-inflamatorio, con mínimo engrosamiento y/o derrame pleural posterior del mismo lado). AngioRMN de tórax (impresiona pseudotumor inflamatorio) y ecografía abdominal y testicular (informe normal). Se interconsulta con servicio de oncología, se solicita analítica de lisis tumoral y se programa con Cirugía y Hematología ingreso a quirófano para toma de biopsia de masa y medula ósea y posterior estudio anatómico-patológico y de marcadores tumorales. Se realiza dosaje de ácido vainillín mandelico (0.78mg/24hs) y Catecolaminas en orina que se informan normales. Se recibe informe de anatomía patológica, se aísla Actinomices. En conjunto con servicio de Neumonología se indica comenzar tratamiento antibiótico endovenoso con penicilina G sódica a 300000U/kg/día, a cumplir por cuatro semanas y completar tratamiento vía oral por 6 a 12 meses.

Enfermedad crónica, supurativa y progresiva. Poco frecuente en niños. La localización torácica se presenta en alrededor de 15% de los casos y el compromiso de la pared torácica es una manifestación aún más

infrecuente correspondiendo a 12% de los casos. La forma pulmonar es causada probablemente por la aspiración pulmonar de secreciones de la oro-faringe o del tracto gastrointestinal. La presentación clínica puede simular procesos neoplásicos o tuberculosis. Diagnóstico: Demostración microscópica de BGP, de material purulento o de muestra de tejido.

Tratamiento: penicilina g sódica (100000 a 300000 U/kg/día) o ampicilina ev durante 4 a 6 semanas, seguida de altas dosis de penicilina vo en un lapso total de seis a once meses.

En conclusión, una masa en la pared torácica, aún en ausencia de hallazgos pulmonares o cutáneos, puede ser una forma de presentación de la actinomicosis; una combinación de estudios histológicos, microbiológicos y moleculares apropiados pueden maximizar las probabilidades de tener éxito en el diagnóstico.



ENFERMEDAD INVASIVA POR H. INFLUENZAE NO TIPABLE A PROPOSITO DE UN CASO

143

Lofeudo D.¹; Hourcade A.²; Mansilla R.³; Pino Ramos M.⁴; Arturi A.⁵; Lojo M.⁶; Vinuesa M.⁷; Niño Gomez C.⁸

HOSPITAL GUTIERREZ LA PLATA^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<danielalp83@hotmail.com>

OBJETIVO

Describir un caso clínico de meningoencefalitis (ME) con el fin reconocer a este microorganismo como causal de sepsis/meningoencefalitis.

INTRODUCCION: Haemophilus es parásito obligado, formando parte de la flora habitual humana. La especie H. influenzae (Hi) produce enfermedad respiratoria, celulitis, osteoartritis, sepsis y meningitis. Hi no tipable (NT) es causa frecuente de infección de vía aérea superior y enfermedad pulmonar. Desde la incorporación de la vacuna al Calendario Nacional, se ha incrementado la enfermedad invasiva por cepas no tipables (serotipos e y f).

CASO CLINICO

Paciente de 15 meses ingresa por convulsión febril atípica, cediendo con benzodiazepinas vía endovenosa (EV) y antitérmicos. Presenta gastroenteritis, deshidratación moderada y desnutrición. Calendario de vacunación completo acorde a la edad. Al examen físico se encuentra postictal, afebril. Se decide hidratación parenteral. Presenta hipopotasemia grave que requiere corrección EV.

A las 2 horas, presenta rigidez de nuca, llanto monótono, sensorio alternante. Se solicitan exámenes complementarios de laboratorio, Hemocultivos x 2, hemograma, constatándose leucocitosis con neutrofilia y plaquetopenia, Proteína C reactiva elevada. Se inicia tratamiento con Ceftriaxona por vía EV, por diagnóstico presuntivo de sepsis/ME y se deriva a hospital de mayor complejidad. A las 48hs se informa desarrollo de Hi NT en hemocultivos.

COMENTARIOS

Los estudios realizados en los países con estrategia universal de vacunación anti Hib, destacan el protagonismo de Hi NT como patógeno en casos esporádicos y brotes de enfermedad invasiva. Un trabajo realizado en el Hospital de Niños de La Plata muestra los aislamientos de Hi por año según serotipo. Los serotipos encontrados fueron: 1 a, 112 b, 1 c, 1 d, 4 c, 3 f y 24 NT. En los años 96, 97 y 98 el porcentaje de aislamientos de Hib fue significativamente mayor que el de no b (p< 0,001). En el período 99-01 no hubo diferencias significativas. En el año 2002 el porcentaje de aislamientos de Hi no b fue mayor que el de Hib (p= 0,001). (Efron A: Rev Argent Microbiol. 2013;45 (4):240-247) Se observa, actualmente, un aumento significativo de enfermedad invasiva producida por Hi NT comparando con la era prevacuna antiHib. Es fundamental, ante cuadros similares, plantear este patógeno como posible agente etiológico, enfatizar en la vigilancia microbiológica que nos permita elaborar estrategias de prevención en un futuro. .

HIPERINSULINISMO CONGENITO COMO CAUSA DE HIPOGLUCEMIA

144

George M.¹; Uribe I.²; Juskiewicz Franze E.³; Racchi L.⁴; Schwarstein T.⁵; Pérez Marc G.⁶; Gaivironsky R.⁷

HOSPITAL MILITAR CENTRAL^{1 2 3 4 5 6 7}

<ferge03@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El hiperinsulinismo congénito constituye la causa más frecuente de hipoglucemia persistente en el niño menor de un año. La hipoglucemia persistente puede producir daño neurológico irreversible, por lo que el diagnóstico oportuno es relevante para la instauración inmediata de un tratamiento adecuado.

OBJETIVO

Descripción de caso clínico infrecuente en pediatría.

CASO CLÍNICO

Niño de 3 meses de edad, RNT/APEG (4180 gr.), tercer hijo de padres sanos (primer hijo fallecido a los 3 días de vida sin diagnóstico etiológico), embarazo controlado, parto vaginal, APGAR 9/10. FEI normal. En las primeras horas de vida presentó hipoglucemias sostenidas asociadas a episodios convulsivos. Laboratorio: glucemia 30 mg%, insulina 140 UI/ml, GH 6,8 ug/dl, TSH 4,2 uUI/ml, T4 15,2 ug/dl. Estudio metabólico: normal. Cateterización pancreática PET TC con fluorodopa: normal; estudio de ampliación genética: positivo para hiperinsulinismo congénito familiar (gen ABCC8).

Con diagnóstico de hiperinsulinismo se inició terapia con diazóxido 2 mg/kg/día y luego con octeotride 10 ug/kg/día, sin lograrse la normalización de los valores glucemia. Se efectuó en dos oportunidades pancreatectomía subtotal (se extrajo el 95% de la glándula), cuya anatomía patológica evidenció nesidioblastosis o hiperinsulinismo congénito difuso. Cursó los primeros días post-quirúrgicos con

flujo de dextrosa parenteral, con la intención de sostener glucemias mayores a 65 mg%. Luego se progresó lentamente el aporte enteral, lográndose al momento del egreso hospitalario una alimentación más fisiológica, con leche maternizada y almidón de maíz (se calculó dosis en función del aporte de hidratos de carbono).

CONCLUSIÓN

Ante hipoglucemia persistente en niños menores de un año se debe sospechar hiperinsulinismo congénito.

Si bien el diagnóstico precoz es fundamental para la instauración del tratamiento específico, es imprescindible tener en cuenta la posibilidad de comorbilidades asociadas al mismo, tales como la diabetes iatrogénica o la insuficiencia pancreática.

El hiperinsulinismo congénito consiste en una patología de difícil manejo que requiere abordaje interdisciplinario, así como un seguimiento estricto y a largo plazo del equipo médico.

Es importante la instrucción de los padres en el tratamiento, ya que está comprobado que mejora sustancialmente la calidad de vida de los pacientes.



ACEITES ESENCIALES: AMPLIO USO EN HOGARES Y TOXICIDAD EN NIÑOS PEQUEÑOS

145

Cabrerizo S.¹; Docampo C.²; Palacios S.³; Ross R.⁴

CENTRO NACIONAL DE INTOXICACIONES, HOSPITAL POSADAS^{1,2,3,4}

<silviacabrerizo@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La ingesta de aceites esenciales es potencialmente grave en niños, aunque los casos por intoxicación son poco frecuentes.

Los aceites esenciales son una clase de hidrocarburos poliaromáticos extraídos a través de la destilación de vapor o prensado en frío de las hojas, flores, corteza, fruta o cáscara de una planta. Actúan causando irritación gastrointestinal como vómitos y diarrea. Están descriptos luego de su ingesta somnolencia, convulsiones, coma, cianosis, apnea, daño hepático, renal, acidosis metabólica e hipoglucemia.

Ejemplos de ellos son la citronela, el alcanfor, eucalipto, mentol, ricino, entre otros.

En los hogares se encuentran en productos de uso doméstico como aceites para aromatizar, repelentes, ungüentos medicinales o en preparaciones caseras.

OBJETIVOS

Dar a conocer 2 casos clínicos que ingresaron por convulsiones luego de la exposición a estos agentes. Considerar a los aceites esenciales entre los diagnósticos diferenciales de un paciente convulsivo de causa desconocida.

Caso 1: Paciente de 4 meses de edad que ingresa por guardia con convulsión tónico-clónica generalizada y desviación de la mirada. Se administra oxígeno, diazepam y difenilhidantoina. Se asume como sospecha de sepsis, realizándose estudios complementarios. Permanece internado con tratamiento antibiótico empírico. Luego de 48 hs surge el antecedente de que se le dio al niño mamadera con alcanfor líquido por un cuadro respiratorio previo.

Caso 2: Lactante de 3 meses, que ingresa a la guardia por segundo episodio de convulsión afebril, tónico, clónico generalizada. Como antecedente surge que la madre le había colocado ungüento dérmico con alcanfor, trementina, mentol, eucalipto y timol (Vick Vaporub[®]) por congestión nasal y cuadro de vías aéreas superiores, 6 hs previas a su ingreso.

CONCLUSIONES

Frente a un paciente convulsivo, es necesario realizar una anamnesis completa y dirigida, en la cual se recaben datos toxicológicos, considerando los aceites esenciales como probable causa..

ABSCESO PERIANAL EN NEONATO: A PROPOSITO DE UN CASO.

146

Di Pietro Pozzi C.¹; Manini P.²; Tuccillo P.³; Zaffaroni H.⁴

HOSPITAL NAVAL^{1,2,3,4}

<cardipi_86@hotmail.com>

INTRODUCCION

Los abscesos perianales son trastornos frecuentes en la infancia, de incidencia desconocida. Las lesiones que se expresan en los primeros meses de vida son debido a un exceso de andrógenos-estrógenos que actúa a nivel de la formación de criptas anormales de Morgagni, lo que predispone a criptitis y formación de abscesos.

Patología preponderante en lactantes masculinos, inicio promedio 5 meses y localización a predominio en hora 3 y/o 9.

Presentaremos recién nacido de termino/peso adecuado para la edad gestacional (RNT/PAEG), sexo masculino, sin antecedentes perinatológicos de relevancia, concurre a guardia por presentar una lesión indurada de 2 cm de diámetro eritematosa en región perianal en hora 9, según referencia materna de 12 horas de evolución; sin signos clínicos de infección sistémica. Ante la sospecha de absceso perianal se decide su internación.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de un RNT/PAEG con absceso perianal sometiendo a discusión las opciones de tratamiento.

MÉTODOS Y MATERIALES

Laboratorio, hemocultivos (HMC).

POBLACIÓN: Paciente de 20 días de vida internado en la unidad de cuidados del Hospital Naval.

RESULTADOS

Se inicia tratamiento con piperacilina-tazobactam endovenoso (5días); a las 24 horas drena espontáneamente material tipo seroso; se realiza interconsulta con cirugía, quien indica conducta expectante y seguimiento por eventual formación de fistula. Por presentat HMC negativos completa tratamiento por vía oral con Trimetoprima sulfametoxazol (10 días) más amoxicilina ácido clavulánico (14 días) con buena evolución clínica.

CONCLUSIÓN

El tratamiento médico sigue siendo controversial. Una opción de tratamiento recomienda baños de asiento y sólo en casos de afectación sistémica se indicaría internación y tratamiento antibiótico endovenoso. Otra opción de tratamiento recomendaría internación y tratamiento endovenoso ante la sospecha diagnóstica.

Con respecto a la resolución quirúrgica debemos considerar los efectos adversos que pueden existir relacionados a la anestesia; además la incisión y drenaje de los abscesos no disminuye la tasa de recurrencias de los mismos.

Por otra parte, el uso de antibióticos, la incisión y el drenaje del absceso se ve relacionado con disminución del periodo de curación y logra el confort del paciente.

Muchas lesiones pueden resolver espontáneamente o evolucionar a fistulas perianales, por lo que debe existir un control evolutivo estricto de las mismas.



SINDROME PULMON RIÑÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

147

Iranzo M.¹; Carlucci S.²; Vicente J.³; Vernarelli M.⁴; Savini I.⁵; Carreras M.⁶; Blanco E.⁷

HOSPITAL ENRIQUE F. ERILL DE ESCOBAR^{1 2 3 4 5 6 7}

<majoiranzo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Pulmón-Riñón, se caracteriza por la combinación de hemorragia alveolar difusa y glomerulonefritis. Las etiologías más frecuentes son: vasculitis sistémicas primarias asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos y la enfermedad por anticuerpos antimembrana basal glomerular.

OBJETIVOS

Reflejar la necesidad de ampliar el enfoque diagnóstico ante cuadros de descompensación aguda, los cuales pueden encubrir enfermedades crónicas no diagnosticadas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 12 años y 6 meses que consulta por hemoptisis y palidez de 2 semanas de evolución. Refiere antecedentes de PTI a los dos meses de vida, y anemia severa secundaria a proctorragia a los 10 meses de vida, la cual requirió transfusión, sin seguimiento. Al examen físico paciente en regular estado general, palidez cutánea generalizada, afebril, pulsos débiles, relleno capilar enlentecido, regular mecánica ventilatoria, disminución de entrada de aire en campo pulmonar derecho con rales crepitantes, broncofonía y pectoriloquia. En el laboratorio se constata anemia severa, leucocitosis con desviación a la izquierda, plaquetas normales; insuficiencia renal, hiperpotasemia y acidosis metabólica. En la radiografía de tórax se ve imagen de condensación derecha de aspecto parcheado. Se realizan medidas de reanimación, hemocultivos y se indica antibióticoterapia interpretándose el cuadro como sepsis a foco respiratorio. Presenta descompensación hemodinámica, se

administran inotrópicos, y posteriores transfusiones de glóbulos rojos desplasmáticos por alteración de los valores de laboratorio. Una vez estabilizado hemodinámicamente, permaneciendo en insuficiencia renal aguda se solicita derivación a centro de mayor complejidad. Donde se realiza diagnóstico certero mediante serologías y biopsia renal de Síndrome de Pulmón Riñón secundario a vasculitis Anca p positiva. Actualmente paciente en hemodiálisis.

CONCLUSION

Si bien el Síndrome de Pulmón Riñón secundario a vasculitis Anca p positiva presenta una baja incidencia en la población, consideramos necesario ampliar el enfoque diagnóstico ante cuadros de hemoptisis, anemia, hematuria con o sin insuficiencia renal aguda, para lograr con un tratamiento oportuno disminuir la morbi-mortalidad, debido a que es una entidad de mal pronóstico.

CAVERNOMA DE LA PORTA: A PROPOSITO DE UN CASO

148

Carlucci S.¹; Iranzo M.²; Vicente J.³; Vernarelli M.⁴

HOSPITAL ENRIQUE F. ERILL DE ESCOBAR^{1 2 3 4}

<sabry_carlucci@hotmail.com>

INTRODUCCION

La cavernomatosis portal se define como el reemplazo de la estructura tubular única de la vena porta por múltiples y tortuosas colaterales. Si bien en el 80% de los casos es de origen idiopático, existen factores predisponentes como el cateterismo de la vena umbilical y la onfalitis. Su incidencia es baja. La presentación clínica más frecuente es la hemorragia digestiva alta. Para arribar al diagnóstico se debe realizar ecografía abdominal con doppler, y en casos de signos de hipertensión portal, la videoendoscopia digestiva alta.

OBJETIVOS

Describir las características relevantes del caso, que permitan discernir entre diagnósticos diferenciales, teniendo en cuenta la potencial morbi mortalidad del cuadro.

DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 12 años y 5 meses, RNPT BPEG con antecedente de internación en neonatología, consulta por epistaxis, hematemesis y palidez de 12 horas de evolución. Al ingreso, examen físico dentro de parámetros normales sin sangrado activo al momento. Se realiza laboratorio con los siguientes datos positivos: anemia severa y plaquetopenia. Evoluciona hemodinámicamente estable, sin manifestaciones clínicas evidentes, presentando repetidos episodios de melena y descenso constante de valores de hemoglobina. Se sospecha como diagnóstico presuntivo hemorragia digestiva alta y se realiza transfusión de glóbulos rojos desplasmáticos. Presenta luego de esto desestabilización hemodinámica y ante la imposibilidad de realizar estudios complementarios se deriva a centro de mayor complejidad. En

este se realiza ecografía y doppler que informan presencia de cavernoma de la porta con signos de hipertensión portal y videoendoscopia digestiva alta donde se observan cordones varicosos que ocluyen parcialmente la luz esofágica con signos rojos, estableciendo como diagnóstico hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofágicas.

CONCLUSION

Aunque la cavernomatosis portal es una enfermedad poco frecuente, es la principal causa de hipertensión portal en la infancia. Se manifiesta a partir de sus complicaciones, siendo la prevalente y la única causa de mortalidad, la hemorragia digestiva alta. Una vez superado el evento agudo el tratamiento está enfocado a la escleroterapia o ligadura endoscópica de las varices, logrando este tratamiento un pronóstico favorable.



ENCEFALOPATÍA AUTOINMUNE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Polacov S.¹; Guidi G.²; Martínez A.³

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA^{1,2,3}

<silvipolacov@gmail.com>

149

INTRODUCCIÓN

La encefalitis autoinmune, entidad cada vez más frecuente en pediatría, se asocia a anticuerpos contra las células neuronales o proteínas sinápticas, generando síntomas similares a la encefalitis infecciosa. Debe sospecharse ante sintomatología psiquiátrica, cambios cognitivos, encefalopatía con convulsiones o epilepsia refractaria. La encefalopatía de Hashimoto es una enfermedad rara que se caracteriza por títulos séricos elevados de anticuerpos antitiroideos, por lo general sin alteraciones hormonales tiroideas, y suele responder a corticoides. El diagnóstico diferencial es amplio y el tratamiento precoz mejora el pronóstico y disminuye las recaídas.

OBJETIVO

1. Exposición de caso clínico de difícil manejo de una patología poco frecuente en pediatría.
2. Resaltar la importancia de sospechar esta patología por su pronóstico favorable con un buen abordaje.

CASO CLÍNICO

Niña de 6 años previamente sana con cambios conductuales asociados a movimientos hipertónicos de un mes de evolución. Empeora progresivamente y se añade convulsión tónico-clónica generalizada por lo que se interna. Presenta múltiples convulsiones de escasa duración, alucinaciones visuales y auditivas, relato incoherente que alterna momentos de lucidez e irritabilidad. Se realiza punción lumbar (normal), screening tumoral (negativo), laboratorio (anticuerpos antitiroideos elevados, NMDA y panel de encefalitis normal, función tiroidea normal), electroencefalograma (actividad globalmente desorganizada lenta con

paroxismos de punta onda lenta). Ante el diagnóstico de encefalitis autoinmune se indica fenitoína, gammaglobulina y corticoides. Por respuesta parcial se realiza plasmaféresis, y ante la falla en el control de las convulsiones tras 8 semanas con topiramato, valproato y meprednisona, se inicia ciclo de Rituximab con regular respuesta. Con Ciclofosfamida se logra el objetivo terapéutico de mejoría cognitivo-conductual y control parcial de los episodios convulsivos.

CONCLUSIÓN

La encefalopatía autoinmune debe sospecharse ante encefalopatía aguda o subaguda inexplicada asociada a convulsiones y se debe hacer diagnóstico diferencial principalmente con infecciones del sistema nervioso central. Entre las etiologías conocidas está la encefalitis de Hashimoto que en su gran mayoría de los casos responde a corticoterapia pero en los refractarios se trata con gammaglobulina y plasmaféresis, y si no hay respuesta, con inmunosupresores. Constituye un desafío y diagnóstico de relevancia ya que el tratamiento oportuno mejora los síntomas y el pronóstico suele ser favorable.

CONCURRENCIA A JARDÍN MATERNAL/GUARDERÍA: SU RELACIÓN CON PATOLOGÍA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

Aznar J.¹; Garbocci A.²; Saitta M.³; Caia M.⁴; Bosia C.⁵; Telez A.⁶; Ferrol P.⁷; Eidner S.⁸; Sastre G.⁹; Wasserman J.¹⁰

OSECAC^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

<caroaznar3@gmail.com>

151

INTRODUCCIÓN

Múltiples revisiones concluyen que la asistencia a jardín maternal/guardería (JM/G) en los primeros años de vida aumenta el riesgo de infección respiratoria aguda alta (IRAA) y baja (IRAB), Otitis media aguda (OMA), y gastroenteritis aguda (GEA).

OBJETIVOS

- Conocer los diagnósticos más frecuentes en pacientes menores de dos años. Determinar el impacto de la concurrencia a JM/G en la aparición de patología aguda en esta población.
- Saber número de consultas, según patología, que requirieron derivación e internación en centros de mayor complejidad.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional transversal, descriptivo. Se registraron un total de 483 consultas por patología aguda, realizadas por niños de 0 a 23m29d, en los consultorios de atención inmediata de OSECAC Lacroze, en el período de marzo de 2016 a febrero de 2017. Participaron pediatras que atienden en dichos consultorios.

RESULTADOS

De un total de 483 consultas se observó: IRAA 176 (36,44 %), IRAB 75 (15,53%), Lesiones en piel 56 (11,59%), Otras 54 (11,18%), GEA 48 (9,94%), Faringitis 29 (6%), Fiebre sin foco 21 (4,35%), Lesiones no intencionales 13 (2,69%), OMA 11 (2,28%).

Un número de 107 (22,15%) consultas fueron realizadas por pacientes que concurrían a JM/G al momento de la misma, mientras que en 376 (77,84%) no lo hacían. Los diagnósticos de IRAB y GEA fueron más fre-

cuentes en niños que asistían a JM/G (IRAB 22,43%, GEA 11,21%) que en los que no (IRAB 13,56%, GEA 9,57%). El número de consultas con diagnóstico de Lesiones en piel fue mayor en aquellos que no concurrían a JM/G (13,30%) que en los que sí lo hacían (5,61%). La frecuencia para el resto de las patologías fue similar en ambas poblaciones. 5 pacientes se internaron (Lesiones no intencionales 2; Otras 2; IRAB 1). De ellos, sólo uno concurría a JM/G.

CONCLUSIONES

La distribución de patologías fue similar en ambos grupos, siendo más frecuentes los diagnósticos de IRAB y GEA en niños que concurren a JM/G. Es relevante la educación de personal docente y no docente sobre el lavado de manos y la puesta en práctica de medidas de higiene que eviten el contagio. Si bien la frecuencia de internación fue muy baja, no fue mayor en niños que asistían a JM/G. Destacamos que ningún paciente se internó con patología grave.



CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LA FIEBRE DE SUS NIÑOS Y SU MANEJO

153

Davies S.¹; Fernández Galvez G.²

POLICLÍNICO NEUQUÉN^{1,2}

<soldavies79@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Los episodios agudos de fiebre representan 10 a 20% de las consultas de pediatría. Existe una "fiebre fobia" que determina consultas inmediatas a la guardia ante el primer registro febril. Hay una creencia que fiebre alta tiene relación directa con convulsión. Esto lleva a conductas inapropiadas para su tratamiento. Por esto es conveniente mejorar el conocimiento de los padres sobre este tema.

OBJETIVO

Evaluar los conocimientos y actitudes que tienen los padres ante la fiebre de sus hijos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio transversal, que incluye a padres de niños entre 1 mes de vida a 6 años, que consultaron en consultorios externos, de agosto a diciembre de 2014. Se entregó un cuestionario de 22 preguntas.

RESULTADOS

Participaron 500 padres. La edad media de los niños fue de 2 años y 5 meses. El 50.9% eran < de 2 años. El nivel de escolaridad de los padres: 42.7% estudios secundarios, 25.7% universitarios, 23.2% terciarios y 8.4% primarios. Un 36.1% de los padres encuestados son primerizos. Consideraron como fiebre valores de temperatura axilar < 0 = a 37° un 28.5% del total. El 22,6% opina que fiebre es 37.5°C, para el 41.9% fiebre es 38°C, para el 3.4% es 38.5°C y para el 1.4% es tener 39°C o más. La temperatura corporal fue registrada en un 81.2% de los casos a nivel de axila, en un 13.6% de los casos en la frente, en el oído (4.8%), y en la boca 0,4%. El 93.6% de los padres usa termómetro para su registro, y dentro de éstos el 57% usan termómetros digitales, el 30% de mercurio y un 13%

infrarrojos. Un 45.8% de los padres refieren que la primera conducta ante la fiebre es medicar en casa y esperar, un 12.9% acude a la guardia, 33.5% espera sin medicar ni consultar y 7.9% llama por teléfono al pediatra. De los que hacen su manejo en casa el 44 % administra antitérmicos más medidas físicas, un 38% prefiere administrar sólo antitérmicos y un 10% de los padres usan medidas físicas para bajar la fiebre. Dentro de los antitérmicos utilizados, el 48.9% prefiere ibuprofeno, luego un 26.2% prefiere paracetamol y un 24.9% dipirona. Alternan dos antitérmicos distintos para el control de la fiebre un 36.4% y el 63.6% usa monoterapia. El 2% de los padres refieren haber utilizado AAS para bajar la fiebre. El 62% cree que cuanto más alta es la fiebre más grave es la enfermedad. Ante la fiebre el 64.1% de los padres consultan por guardia, y un 35.9% esperan a ser evaluados por su pediatra de cabecera. El 36% refiere que su mayor temor ante la fiebre es la aparición de convulsiones. El 24% teme que "algo malo" puede sucederle al niño y a un 20% le preocupa que se trate de una infección grave.

CONCLUSIONES

Sólo el 22.6% de los padres tienen claro el concepto de cuándo hay fiebre. El 45.8% de los padres medica en casa y espera al menos 24 hs. antes de consultar. Para el descenso de la fiebre el 36.4% utiliza antitérmicos alternados, y 63.6% monoterapia. Se observa que persisten concepciones erróneas en cuanto al significado de la fiebre y sus consecuencias, lo que sugiere que la "fiebre fobia" es una realidad entre muchos de los pacientes de este estudio. Es necesaria una correcta educación sanitaria desde los centros de atención primaria, para cambiar las concepciones equivocadas y combatir la fiebre fobia.

DEFICIENCIAS DE ANTICUERPOS. SERIE DE CASOS

154

Maciel D.¹; Spósito L.²; Botto S.³; Weidmann W.⁴; Galicchio M.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS ORLANDO ALASSIA^{1,2,3,4}; HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA⁵

<david.maciel@live.com>

INTRODUCCIÓN

La Deficiencia de Anticuerpos (DA) es la Inmunodeficiencia Primaria (IDP) más común. Se clasifica según el valor de los linfocitos B (LB) en sangre periférica (IUIS 2014). Su manifestación clínica usual son las infecciones bacterianas recurrentes.

MÉTODO

Trabajo descriptivo de historias clínicas de 4 pacientes con deficiencia de anticuerpos, atendidos en nuestro hospital durante 2013-2017.

OBJETIVOS

Sospechar IDP en pacientes con infecciones bacterianas recurrentes, incluso en adolescentes. Jerarquizar el proteinograma por electroforesis (PxE) como método diagnóstico inicial. Aún en presencia de linfocitos B en sangre periférica.

Caso 1: Varón 3a y 6m, Sin antecedentes perinatólogicos ni familiares relevantes. Se internó desde los 4m por 5 episodios de Neumonías. PxE: fracción gamma descendida. LB: 0.2%. IgG <300 mg/dl (-2DS) IgA 14 mg/dl (-1-2 DS) IgM 90 mg/dl (normal). Inicia GGEV cada 28 días. A 19 meses de tratamiento no ha presentado nuevas infecciones.

Caso 2: Mujer 14 a, sin antecedentes perinatólogicos ni familiares. A partir de los 11 años consulta por broncoespasmos recurrentes. A los 13 años se interna por distrofia, diarrea crónica y broncorrea. TAC de tórax: bronquiectasias y engrosamiento pared bronquial. BAL: positivo a Haemophilus influenzae. PxE: fracción gamma: disminuida. LB: 6%. IgG 626 mg/dl (-2DS) IgA no detectable, IgM 12 mg/dl (-2DS). A 36 meses de tratamiento con GGEV no ha presentado nuevas infecciones.

Caso 3: Varón 8 años, otitis media supurada recurrente desde los 3 años, celulitis 2 episodios, neumonía 2 eventos, PxE: fracción gamma disminuida. LB: 4%. IgG 166 mg/dl (-2DS) IgA 19 mg/dl (-2 DS) IgM 33 mg/dl (-1-2 DS). No ha presentado infecciones bacterianas en 20 meses tratamiento con GGEV.

Caso 4: Varón de 5 años, infecciones en piel a repetición. Impétigo Bulloso. PxE: fracción gamma disminuida. LB 0,2%, IgA 1 mg/dl (-2DS), IgM 32 mg/dl (-2DS). A 25 meses de tratamiento con GGEV no a presentado infecciones.

CONCLUSIONES

Los 4 pacientes cursaron infecciones bacterianas con tratamientos antibiótico previo a su diagnóstico. Sin antecedentes perinatólogicos ni familiares La DA se diagnosticó a diferentes edades. El PxE fue una herramienta útil ante la sospecha diagnóstica. Al iniciar tratamiento con GGEV no repitieron las infecciones.



DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA POBLACION PEDIATRICA

155

Jaimes Sánchez M.¹; Garriga S.²; Dominguez V.³; Galizzi M.⁴

CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4}

<monik_jaimes@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) se presenta cuando la secreción de insulina es inadecuada para cubrir las mayores demandas condicionadas por la resistencia a la insulina. En los últimos años el incremento de DM 2 en la edad pediátrica, representa un 2-3% de todos los casos, y se vincula con el aumento de la prevalencia de la obesidad grave en esta población, responsable de la insulinoresistencia. A diferencia de la diabetes tipo 1 el comienzo es insidioso, siendo la forma mas común de diagnostico la pesquisa por medio del test de tolerancia a la glucosa en población de riesgo. Dada la edad de presentación, conlleva a que las complicaciones asociadas aparecen en edades más tempranas.

OBJETIVO

Describir un caso de un paciente pediátrico con obesidad como factor de riesgo y el desarrollo de diabetes tipo 2.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 9 años de edad, derivada a la institución por vómitos, cefalea ,glucemias de 210mg/dl,237mg/dl, nicturia y polidipsia de hace un mes.Con antecedente de obesidad, madre con DM2 y padre obeso. Al examen físico IMC: 31,52 abdomen con estrías, perímetro abdominal aumentado, Acantosis nigricans en cuello, axilas ,pliegues inguinales y un tanner prepuberal.Con glucemia en ayunas 178mg/dl, Insulina 20.4 uUI/mL , Péptido C 2.72 ng/dl, Hemoglobina glicosilada (HbA1c) 9,3% , Colesterol total 146 mg/dl ,Colesterol HDL 41 mg/dl , Colesterol LDL 81,2 mg/dl, Triglicéridos 119 mg/dl ,Anti-tiroxina Fosfatasa (IA-2A),Anti-GAD, Anti-ZnT8,Anti-Insulina/proinsulina fueron negativos.Ecografía Abdominal

con esteatosis hepática, resto de estudios sin particularidades; Se confirma el diagnostico de DM2 ,obesidad y síndrome metabólico. Durante su internación recibe insulina detemir y correcciones con insulina aspartica. Al Egreso continua en seguimiento por el servicio de nutrición y diabetes, con mejoría de las glucemias y HbA1c, con regular adherencia al tratamiento en cuanto al descenso del peso y a las pautas alimentarias.

CONCLUSIÓN

La obesidad es el factor crítico y potencialmente modificable asociado a la aparición de resistencia a la insulina y DM2. Se debe estar alerta en su detección en población con factores de riesgo y considerar su diagnostico en los jóvenes con obesidad. Como pediatras debemos estar alertas en su detección, enfatizar la importancia en los cambios de la alimentación, actividad física, para prevenir la aparición de diabetes y otras complicaciones de la obesidad en el paciente pediátrico.

ACTINOMICOSIS PULMONAR EN PACIENTE NO INMUNOCOPROMETIDO

157

Murilla M.¹; Canda P.²; Blanco L.³; Bellomo J.⁴; Cordido I.⁵; Netri G.⁶; Acerenza M.⁷

SANATORIO SAGRADO CORAZON^{1,2,3,4,5,6,7}

<micaelamurilla@gmail.com>

La actinomicosis es una enfermedad rara en niños. La afectación pulmonar aparece como un cuadro de condensación crónica que no mejora con el tratamiento antibiótico convencional.

Paciente sexo masculino de 11 años de edad, sin antecedentes de relevancia que se internó en nuestra institución por masa mediastinal en estudio.

Presentó reiteradas consultas por dolor torácico, astenia, adinamia. Se realiza Radiografía de tórax donde se evidencia opacidad parahiliar izquierda que ocupalzan serologías (Negativas: VDRL , Hepatitis B, C, HIV, CMV, Epstein Bar, Parvovirus), PPD (Negativa) y HMCx2 (10/2: Negativos). Se realizan marcadores tumorales (Negativos.Alfafetoproteina <1.2, BHCG <0.5).

Se realizó TAC de tórax donde se evidencia: "Comprometiendo el lóbulo superior del pulmón izquierdo se advierte ocupación de espacio alveolar de aspecto consolidativo, con refuerzo postcontraste y broncograma aéreo que alcanza la región hilar a valorar en contexto clínico. Ganglios axilares subcentimétricos bilaterales".

Con dichas imágenes, se decide realizar punción biopsia para descartar proceso neoplásico.

Se envía muestra para cultivo para gérmenes comunes (Negativos), Micobacterias (Negativo) y Micosis profundas (En incubacion). Se envía muestra para Anatomía patológica la cual informa Filamentos de Actinomicosis en alveolos. Con dicho resultado se interpreta como actinomicosis invasiva por lo que comienza tratamiento con penicilina g sodica EV durante 30 dias. Se realizo estudio inmunologico (GAME aumentada).

COMENTARIOS

La actinomicosis es predominantemente una infección cervicofacial, ya que el Actinomyces es un comensal habitual de la cavidad oral. La afectación torácica ocurre sólo en aproximadamente el 15% de los casos y es más común en inmunodeprimidos o entrinados en instituciones donde el cuidado dental es deficiente. El diagnóstico se retrasa en ocasiones al no ser considerado este patógeno entre los agentes productores de patología pulmonar en niños y jóvenes. Es el examen microscópico el que establece el diagnóstico en la mayoría de los casos. Los hallazgos clínicos de tos productiva, fiebre, pérdida de peso y disnea en la enfermedad evolucionada no son característicos. Los hallazgos radiológicos característicos de consolidación pulmonar crónica de localización en lóbulos inferiores, con o sin adenopatías hiliares, derrame pleural y periostitis de la costilla subyacente. El diagnóstico diferencial suele establecerse con procesos infecciosos, siendo la tuberculosis la primera posibilidad aunque otros patógenos menos prevalentes como Histoplasma o Equinococcus, y por supuesto, Actinomyces, deberían también ser considerados. La evolución de neumonía o consolidación que no cede a tratamiento antibiótico y la dificultad para cultivar el germen suelen requerir la biopsia pulmonar por toracotomía para precisar la etiología. El tratamiento con penicilina i.v. durante 2 a 8 semanas para continuar con terapia oral durante al menos 6 meses es el más extendido, aunque algunos autores proponen sólo tratamiento oral. La cloxacilina y la ampicilina también son opciones válidas



VALORACION DE AFECTACION CARDIACA EN EL SINDROME UREMICO HEMOLITICO

159

Spizzirri A.1; De Rose E.2; Gogorza M.3; Cueli A.4; Manciola S.5; Cobeñas C.6; Lombardi L.7; Suarez A.8; Ruscasso J.9; Bresso P.10; Amoreo O.11; Zalba J.12; Rahman R.13; Girard Bosch C.14
HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA DE LA PLATA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14}
<anaspizzirri@hotmail.com>

El síndrome urémico hemolítico (SUH) es una microangiopatía trombótica sistémica, caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia y variables grados de afectación renal. Otros órganos han sido descriptos como blanco probable de la enfermedad, entre ellos el corazón. La incidencia y severidad del compromiso cardíaco en el SUH no han sido analizados en nuestro medio, habiendo solo publicaciones con reportes de casos.

OBJETIVOS

- 1) Analizar el compromiso cardíaco en pacientes con diagnóstico de SUH.
- 2) Evaluar si el compromiso cardíaco tiene relación con la severidad de la enfermedad.

MATERIAL Y METODOS

Estudio prospectivo, longitudinal, observacional. Se incluyeron pacientes diagnosticados con SUH, internados en nuestro servicio entre 12/2012-04/2017. Se evaluó el compromiso cardíaco en todos los pacientes mediante: CPK-MB (2 valores, ingreso y 48 hs), ECG y ecocardiograma. Se correlacionaron estos hallazgos con el compromiso renal (requerimiento de diálisis).

RESULTADOS

Fueron incluidos 70 pacientes. Edad promedio 30,5 meses (rango: 9-122). 40 femeninas (56%). Sin requerimiento de diálisis (DP): 30; 1-10 días DP: 20 y >= 11 días DP: 20. Se realizó CPK-MB en todos los pacientes siendo elevada en 27 (37%); 30% normalizó y 66% disminuyó a las 48 hs (sólo 1 se elevó). 10/27 correspondieron a pacientes sin DP. Se realizó ECG en 67/70, 6 anormales. 22/70 ecocardiogramas (31 %) fueron anormales: 15 derrames pericárdicos (11 aislados y 4 asociados a otra alteración). 7/70

(10%) evidenciaron alteración de la contractilidad cardíaca. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre ecocardiograma patológico y DP 11 días o más (p: 0,047). Sólo un paciente presentó insuficiencia cardíaca con todos los estudios anormales.

CONCLUSIONES

Se encontró afectación cardíaca mediante valoración por ECG, CPK-MB y ecocardiograma en un tercio de los pacientes estudiados. Se halló asociación estadísticamente significativa entre alteración ecocardiográfica de la contractilidad cardíaca y compromiso renal más severo, valorado como pacientes que requirieron más de 11 días de DP. Solo un paciente presentó cuadro clínico de insuficiencia cardíaca. Si bien la afectación cardíaca del SUH es conocida hace largo tiempo, no se han publicado hasta la actualidad estudios prospectivos que valoren su incidencia.

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL LIBRADA A SU EVOLUCIÓN EN 10 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

162

Muñoz Molina M.¹
HOSPITAL DEL NIÑO JESUS¹
<lulimunozmolina@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más frecuente en niños, causa importante de discapacidad. Comienza habitualmente entre 1 y 3 años de edad. La artritis se caracteriza por edema intraarticular o por la presencia de limitación de la amplitud de movimiento, sensibilidad o dolor con el movimiento, aumento de calor o eritema. Los síntomas iniciales pueden ser sutiles o agudos. Su diagnóstico es clínico de exclusión.

OBJETIVOS

Presentación de un caso de AIJ de 10 años de evolución sin diagnóstico. Demostrar las implicancias biopsicosociales en un paciente crónicamente enfermo sin tratamiento.

Descripción del caso: Paciente de sexo masculino de 12 años de edad, ingresa por rigidez articular para estudio. La madre refería dolor articular desde los 2 años, en tobillos y rodillas, comprometiendo la marcha, dolor a la movilización del cuello, muñeca izquierda y articulaciones MCF de mano derecha. Al examen físico adelgazamiento, palidez cutaneomucosa, postración, postura antálgica permanente, con rigidez y deformación de tobillos y rodillas, y edema, calor y dolor a la movilización de articulaciones comprometidas; soplo sistólico funcional. Paciente apático, no escolarizado. Consultó en numerosas oportunidades, siendo medicado sin diagnóstico, con AINES por periodos cortos de tiempo, con leve mejoría de los síntomas. Se sospecha AIJ por lo que se realiza laboratorio que presenta anemia microcítica hipocrómica, VSG y PCR aumentadas, test de látex negativo, edema articular y osteopenia marcada en imágenes radiográficas, con

subluxación de cadera izquierda. Inicia tratamiento con AINES, se realizan 3 pulsos de Metilprednisolona y fisioterapia, desapareciendo los signos de inflamación, pero permanecen la rigidez y deformación en rodillas y tobillos. Es dado de alta con Meprednisona y Metotrexato IM, aportes nutricionales, fisioterapia; controles mensuales por Servicios de Reumatología, Psicología y Consultorio de seguimiento de nuestro hospital.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta el impacto psicosocial y en la calidad de vida que causa el dolor crónico, es importante el diagnóstico temprano y oportuno de cualquier patología que curse con este síntoma que impide el desarrollo y actividad de los pacientes. Es importante el rol del pediatra de cabecera en el control de salud y estudio de síntomas recurrentes o crónicos.



USO SELECTIVO DE BRONCODILADORES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON BRONQUIOLITIS AGUDA: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS EN UN HOSPITAL

163

Panattieri ND¹; Villa De Villafañe AA²; Grassi M³; Reyes P⁴; Medina MF⁵; Rocca Rivarola M⁶
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4,5,6}

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la evidencia científica disponible, en la mayoría de los niños hospitalizados con bronquiolitis el uso de salbutamol no sería beneficioso. A pesar de esto, el uso permanente de broncodilatadores y kinesioterapia respiratoria era una práctica médica habitual en el manejo de estos pacientes.

OBJETIVO

Disminuir el uso de broncodilatadores en los pacientes de hasta 12 meses de edad hospitalizados por el primer episodio de bronquiolitis aguda.

Estrategias para el cambio: se llevó a cabo un trabajo de mejora de la calidad, incluyendo:

- el principal problema identificado a través de la tormenta de ideas fueron las creencias previas y la "necesidad médica de tratar" más allá de las nuevas evidencias en cada uno de los grupos profesionales involucrados en el proceso, y las creencias de los padres.
- Ciclo de mejora: a) desarrollo de una guía de práctica clínica basada en la evidencia; b) desarrollo de una herramienta para la evaluación de la respuesta a la aspiración de secreciones y los broncodilatadores, incorporando el protocolo en la práctica; c) desarrollo de materiales educativos para los padres; d) sesiones educativas: sobre trabajo en equipo y actualización del tratamiento la enfermedad. Durante 6 meses se trabajó sobre los aspectos anteriores y se puso en práctica la nueva guía y su protocolo en enero de 2007.

Efectos de los cambios y lecciones aprendidas: se logró una disminución del 50% en el uso de broncodilatadores, sin consecuencias en el curso de la enfermedad y con disminución de los efectos colaterales no deseados (como la taquicardia) y gasto de recursos. Proporcionar año tras año datos objetivos sobre los resultados en los pacientes y las modificaciones en la práctica médica generó la retroalimentación positiva para mantener la dirección del cambio. La participación multidisciplinaria del equipo de salud en proyectos de mejora de la calidad es uno de los factores clave para la implementación exitosa de los cambios.

Medición de la mejora:

Parámetro	Periodo enero 2007 – diciembre 2016
Pacientes ingresados (n)	344
% varones/mujeres	55/45
Edad promedio (meses)	3.7
% de niños ≤3 meses	55
Gravedad al ingreso (%)	Moderado (87) – Severo (2.5) – Leve (10)
% de pacientes a los que se les realizó la prueba con broncodilatadores (n)	87 (300)
% de pacientes con respuesta positiva a los broncodilatadores (n)	35 (104)
% de pacientes con respuesta negativa a los broncodilatadores (n)	65 (196)
% de pacientes en los que se usó salbutamol con respuesta negativa a los broncodilatadores (n)	14 (28)
% de pacientes que no usaron salbutamol (n)	50 (172)
% de pacientes en los que se usó finalmente salbutamol independientemente del resultado de la prueba (n)	50 (172)

Como indicadores más importantes se analizaron:

Parámetro	Grupo sin broncodilatadores	Grupo con broncodilatadores	Test	p
	3.977	5.109		
Duración de la internación	IC 95% 2.2199-6.2766	IC 95% 3.2161- 8.488	T	0.659
Promedio Días de requerimiento de oxígeno	3.6	4.8	Sperman y análisis de regresión lineal: 3,017 Chi2 y regresión logística múltiple: OR 1.923	0.045
Pacientes con requerimiento de terapia intensiva	3	30	IC 95% 1.121-10.611	0.022
Pacientes que reingresaron hasta 72hs posalta	2	2		1

PSEUDOTUMOR CEREBRI ASOCIADO A HIPOVITAMINOSIS A, B6 Y D.

165

Silva A.¹; Toma M.²; González A.³; Méndez J.⁴
HOSPITAL ALEMAN^{1,2,3,4}

<ana_maria_silva@live.com>

La hipertensión endocraneana (HTE) idiopática o pseudotumor cerebri constituye un síndrome clínico de creciente interés en pediatría. Presenta una incidencia anual de 0,9 por 100.000 niños y puede ocurrir a cualquier edad siendo más frecuente entre los 12 y 15 años de edad, infrecuente en lactantes y extremadamente rara en neonatos. Presentamos dos casos clínicos de HTE asociados a hipovitaminosis A, B6 y D.

CASO 1. Paciente femenina de 8 años de edad previamente sana que consultó por visión borrosa de 24 horas de evolución, se realizó oftalmoscopia evidenciando edema de papila bilateral. RMN de cerebro normal. Por sospecha de síndrome de HTE se realizó punción lumbar con presión de apertura de 260 mm H2O y LCR normal. Inició acetazolamida y dieta hiposódica. Se identificó déficit de vitamina A <0.24 mg/l y vitamina D total 29 ng/ml con lo que inició tratamiento sustitutivo con resolución de los síntomas luego de 3 semanas de tratamiento.

CASO 2. Paciente masculino de 12 años que ingresó por fiebre, odinofagia y vómitos de 3 días de evolución. Antecedente de nefropatía membranosa crónica corticorresistente en tratamiento con micofenolato. Al examen físico sobrepeso, edema bpalpebral, amígdalas hipertroficadas con exudado purulento y edema grado I en miembros inferiores. Inició tratamiento antibiótico con ampicilina/sulbactam y la oftalmoscopia evidenció edema de papila bilateral. TAC de órbita reportó discreto aumento de líquido en la vaina de ambos nervios ópticos. RMN cerebral con signos de HTE y aracnoidocele intraselar. Se realizó punción lumbar con presión de apertura de 400 mm H2O y LCR normal. Valorado por neurología pediátrica que indicó acetazolamida y dieta hiposódica. Estudios complementarios reportaron

déficit de vitamina D 15ng/ml con calcio total bajo de 8.4 mg/dl y déficit de vitamina B6 <5.0 ug/L por lo que inició tratamiento sustitutivo con resolución completa de los síntomas a las 4 semanas de tratamiento. Se sugiere que el déficit de vitamina A produce aumento de la PIC por disminución de la absorción de LCR debido a cambios fibróticos en las vellosidades aracnoideas y retraso del crecimiento de la bóveda craneal. Previamente se ha establecido que los niños que sufren de glomerulonefritis presentan déficit de vitamina D y una fuerte reducción en el número de linfocitos T en sangre periférica que resuelven con la terapia de sustitución. La importancia de un diagnóstico precoz radica en iniciar tratamiento sustitutivo temprano y prevenir secuelas neurológicas y la muerte de los niños afectados..



ESCARAS RENALES EN NIÑOS CON INFECCIÓN URINARIA FEBRIL Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

167

Alconcher L.¹; Tombsi M.²; Lucarelli L.³

HOSPITAL INTERZONAL DR JOSÉ PENNA^{1,2,3}

<laura.alconcher.la@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de escaras renales luego de una infección urinaria febril (IUF) ha sido comunicada entre el 10-57 %. Actualmente los factores de riesgo asociados a su desarrollo son inciertos.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de escaras renales post IUF y evaluar la asociación entre el desarrollo de escaras y género, edad, recurrencia y reflujo vesicoureteral (RVU).

MÉTODOS

Trabajo retrospectivo, observacional y longitudinal. Se analizaron las historias clínicas de pacientes con IUF atendidos en el Hospital Penna entre los años 2004-2013. Criterios de inclusión: niños con IUF con ecografía normal, estudiados con cistouretrografía miccional y centellografía renal con DMSA tardía. El RVU se graduó según la Clasificación Internacional (I-V). Se definió escaras a defectos focales de captación en el DMSA, diferenciándose entre pequeñas y significativas en base a la función renal diferencial (> o ≤ del 45% respectivamente). Se realizó un análisis univariado y se calcularon los OR y sus IC 95%. Una p< 0,05 fue considerada significativa.

RESULTADOS

151 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión (94 mujeres), 80 tuvieron un episodio de IUF y 71 recurrentes (40 niños con 2, 23 con 3 y 9 con 4 o más IUF). En 78 pacientes (52%) la 1era IUF ocurrió antes de los 6 meses de vida. El RVU se detectó en 85 pacientes (56%), 12 (8%) fueron grados IV-V. La prevalencia de escaras fue del 11% (17 niños), 12 (71%) fueron escaras pequeñas. El 65% de las escaras ocurrieron en niños con

IUF recurrentes. No se encontró asociación entre el desarrollo de escaras y género (p=0,08). La prevalencia fue mayor en los menores de 6 meses, no alcanzando significancia estadística (p=0,05). Los pacientes con 3 o más IUF tuvieron una probabilidad 4,2 veces mayor de presentar escaras (OR 4,2; IC 95% 1,49-12,2; p=0,0067), no encontrándose diferencia en la prevalencia en pacientes con 1 o 2 IUF. Las IUF recurrentes fueron más frecuentes en mujeres (OR 2,47; IC 95% 1,25-4,91; p=0,0094). Ni la presencia ni el grado del RVU, se asoció a mayor riesgo para el desarrollo de escaras (p=0,82 y 0,14 respectivamente).

CONCLUSIONES

La prevalencia de escaras renales post IUF fue del 11%, solo un tercio fueron significativas. El factor de riesgo más importante para su desarrollo fue la recurrencia de 3 o más episodios de IUF. Estos datos podrían ser útiles al momento de reevaluar algoritmos por imágenes para el estudio de las IUF en niños..

APROPÓSITO DE UN CASO ABSCESO CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN POTENCIALMENTE GRAVE DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE

168

Romero M.¹; Maggi M.²; Pedro Maraude A.³; Arbonés R.⁴

HOSPITAL PEDIATRICO DEL NIÑO JESÚS^{1,2,3,4}

<maayelenromero@gmail.com>

INTRODUCCION

Otitis media es la segunda causa de consultas y razón principal de prescripciones de antibióticos en pediatría. Las tasas de complicaciones alcanzan un 12,5%, pueden ser intracraneales en un 30%: con una mortalidad de 5-26%.

OBJETIVOS

Reportar el caso de un paciente con diagnostico de absceso cerebral secundario a otitis media crónica. Reconocer la importancia del control post tratamiento y el seguimiento en una patología frecuente de pediatría ambulatoria.

CASO CLINICO

Niño de 9 años, derivado con diagnostico de Status convulsivo- Bronquitis- OMA.
ARM 48hrs. Tratamiento: ceftriaxona- oseltamivir -anticonvulsivantes.
LCR: citoquímico y bacteriológico (-)
TAC normal LBT: GB 14820 - PCR 15
APP: Retraso madurativo leve. SBO. OMA Supurada bilateral recurrente
3DDI: Persiste febril- Cefalea. Sensorio alternante. Glasgow 11-13/15
Se repite PL: LCR turbio 11.100 células Glucosa no dosable Proteínas 3,5
MBA- Vancomicina- Meropenem
7°DDI: persiste febril. Rigidez de nuca. Vómitos
LAB: GB:18700 PCR: 1,2
10° DDI: febril

Se repite TAC: EDEMA CEREBRAL DIFUSO, PREDOMINANDO EN REGION TEMPORO-PARIETAL IZQUIERDA, COMPRIMIENDO LOS VENTRICULOS LATERALES HOMOLATERALES, DESPLAZANDO LIGERAMENTE LA LINEA MEDIA

11°DDI RMN imagen compatible con absceso cerebral temporal izquierdo de 40X30X25mm, extensión hacia duramadre. Efecto de masa; borramiento de surcos corticales y leve colapso del ventrículo lateral.

Engrosamiento de paquimeninges. Ocupación parcial cavidades neumáticas peñasco izquierdo. Otomastoiditis Bilateral

13°DDI Evacuacion quirurgica Cultivo: polimicrobiano sin predominio

35°DDI Afebril Estable clínicamente - Colesteatoma

43°DDI Mastoidectomia radical + Timpanoplastia.

Evolución postquirúrgica favorable- hipoacusia leve unilateral

46°DDI Egreso hospitalario.

CONCLUSION

Como vimos en nuestro caso los niños con otitis crónica, que no son correctamente diagnosticados, tratados o seguidos, pueden desarrollar enfermedad agresiva y esta llevar a complicaciones intracraneales, las cuales son procesos graves, que ponen en riesgo la vida.



ENFERMEDAD SEVERA POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR: REPORTE DE UN CASO

Martín G.¹; Saretto C.²; Casati D.³; Serafini A.⁴; Marzano M.⁵; Fjellerup A.⁶; Goyeneche R.⁷; Giagante M.⁸; Alessandrini M.⁹; Ferrari E.¹⁰; Gutierrez F.¹¹

CLÍNICA LA PEQUEÑA FAMILIA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}

<giselasoledadmartin@yahoo.com.ar>

OBJETIVO

La mononucleosis infecciosa por el virus Epstein-Barr (VEB) se caracteriza por fiebre prolongada, faringitis, linfadenopatías, hepato – esplenomegalia, exantema maculopapular generalizado y leucocitosis con linfocitosis. Generalmente es oligosintomática y autolimitada en lactantes y preescolares. Ocasionalmente se pueden presentar complicaciones severas: angina oclusiva, abscesos o hematomas faríngeos, meningitis aséptica, encefalitis, síndrome de Guillan-Barré, neuropatías craneanas y periféricas, hepatitis severa, miocarditis, orquiepididimitis, ruptura esplénica, desórdenes hematológicos como agranulocitosis, anemia hemolítica, etc. Reportamos este caso por la presentación poco frecuente y severa de la enfermedad.

CASO CLINICO

Paciente masculino, de 4 años de edad, que comienza 15 días previos a la internación con fiebre; se diagnostica sinusitis y se medica con amoxicilina-clavulánico. Presenta remisión transitoria de los síntomas, agregando a los 7 días rash morbiliforme generalizado, ictericia y fiebre por lo que se decide su internación.

Al ingreso se encontraba vigil, reactivo, sin signos meníngeos ni de foco neurológico. Glasgow 15/15. Presentaba ictericia, rash morbiliforme, adenomegalias generalizadas y hepato-esplenomegalia.

Laboratorio de ingreso: GB 19000/mm³ (16%PNM/81%L); Hto 25%; HB 8 g/dL, Plaquetas 95000/mm³; ERS 58 mm; TGO 546 U/L; TGP 393 U/L; FAL 875 U/L; Bilirrubina total 7.49 mg% (directa 5.09 mg%); LDH 1312 U/L; QUICK 68%. Orina normal. Se solicita las siguientes serologías: VIH,

CMV Ig M, HBs Ag y Hepatitis A IgM negativos. Ecografía abdominal: gran esplenomegalia heterogénea.

A las 12 horas de internación presenta convulsión tónico-clónica generalizada. Se realiza TAC cerebral normal y punción lumbar: leucocitos 60/mm³ (70% MNN), proteinorraquia 1.66 g/L y glucorraquia 65 mg/dL. Evolucionando con deterioro progresivo del sensorio e insuficiencia respiratoria hasta el óbito.

Se recibe informe VEB: VCA IgM positiva.

CONCLUSION

La infección por VEB suele ser benigna y autolimitada. Raramente presenta complicaciones que suelen ser la causa de muerte. Presentamos este caso por los escasos reportes de enfermedad severa por VEB, con compromiso del sistema nervioso central.

FIBROSIS QUISTICA DE PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Provasi M.¹; Azzaroni N.²

HOSPITAL PEDIATRICO ALEXANDER FLEMING^{1 2}

<mercedesprovasi@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

A partir de la identificación de las diferentes mutaciones del gen CFTR y la medición de la propiedad bioeléctrica transepitelial se ha podido definir un espectro clínico más amplio para la FQ, desde presentaciones atípicas como monosintomáticas. A continuación describiremos casos de FQ con presentación poco frecuente de niños internados en Servicio de Pediatría de nuestro Hospital.

Caso 1:

Juan, 13 años.

Pancreatitis recurrente, 4 episodios.

1° episodio a los 8 años, se solicitó test de sudor: valor intermedio.

Van de Kamer: dos patológicos.

Estudio genético + F508 recibido en 2014.

Caso 2:

Isaías, 2 meses.

Internación a los dos meses de vida por Dermatitis, síndrome edematoso, anemia.

Screening: TIR patológico 2 determinaciones.

Test del sudor positivo x 2.

Caso 3:

Abigail, 3 meses.

Múltiples internaciones por hipotonía deshidratación moderada, alcalosis metabólica, hiponatremia, Hipopotasemia, en contexto de intercurencias virales.

Test del sudor positivo x 2.

Estudio genético + F508.

CONCLUSIÓN

Considerar existencia de presentaciones poco frecuentes de FQ y la importancia de métodos diagnósticos para su detección temprana para comenzar una terapéutica oportuna. Fundamental controlar la pesquisa neonatal en los controles de Niño Sano.



171

ALTERACIONES EN EL RECIÉN NACIDO POR ESTRÉS FETAL AGUDO

Muro K.¹; Fernández Galvez G.²

POLICLÍNICO NEUQUÉN^{1,2}

<mukana@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El estrés fetal agudo es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios feto-maternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal. Estos cambios propician la puesta en marcha de mecanismos compensadores para intentar mantener una correcta oxigenación de los órganos nobles. La asfisia perinatal es una de las principales causas de estrés fetal, como consecuencia de ella, se producen trastornos clínicos y bioquímicos en los recién nacidos, que debemos identificar, para poder realizar los tratamientos oportunos en cada caso, así como reconocer los factores de riesgo que llevarán a ella, ya que ello nos ayudara en el manejo posterior del RN.

OBJETIVOS

Analizar los pacientes con diagnóstico de SFA para describir las alteraciones más frecuentes.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes internados en Neo con estrés fetal agudo entre 01/2012 y 12/2013.

RESULTADOS

Se registraron 116 pacientes. El 53,4% fue RNPT.

El 56% de sexo masculino y el 44% de sexo femenino. Nacieron por cesárea el 63% y 37% por parto vaginal. EG media de 36,4 semanas, DE +/- 2,6 S. El peso de nacimiento promedio fue de 2687 gr., DE +/- 688 gr. El 67,3% presento antecedentes obstétricos de consideración: HTA 12%, APP 9,5%, embarazo gemelar 12,9%, DBT 6,9%, oligoamnios/

polihidramnios 5,2%, RCIU 5,2%, cultivo (+) EGB 9,5%, otros (colestasis, infección tracto urinario, alteración placentaria, cerclaje cervical) 15,5%. El 15,5% presento alteración del monitoreo fetal, con afectación del ecodoppler, bradicardia fetal.

El 26% presento al ingreso: vómitos, dificultad respiratoria, hipo actividad, fiebre. Entre los cambios bioquímicos se pueden destacar trastornos metabólicos en el 46,5% de los pacientes, siendo el de mayor frecuencia la hipoglucemia. El 81,2% presenta alguna alteración enzimática.

Presentaron compromiso digestivo 68%, compromiso cardiológico 64,6%, compromiso respiratorio 33,6%, compromiso renal 23,3%, compromiso neurológico 21,6%.

CONCLUSIONES

El estrés fetal agudo produce trastornos clínicos y bioquímicos en los recién nacidos, que debemos identificar, para poder realizar los tratamientos oportunos en cada caso, y reconocer los factores de riesgo predisponentes, para optimizar el manejo posterior del RN.

SECUNDARISMO SIFILÍTICO ADQUIRIDO: ABUSO SEXUAL INFANTIL VS CONTACTO FAMILIAR. MANEJO MÉDICO, SOCIAL Y FAMILIAR EN UN CONTEXTO VULNERABLE.

Goldberg C.¹; Arguello P.²; Castillo A.³; Lobo Aybar P.⁴; Julia L.⁵; Freire N.⁶; Forman P.⁷; Luppino V.⁸; Bois M.⁹;

Hernandez M.¹⁰; Soliani A.¹¹; De Sousa Serro R.¹²

ARGERICH^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12}

<carolinagoldberg@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), como la sífilis, se han convertido en una preocupación de salud pública, debido a un aumento cada vez mayor en la población. No hacen distinción de la edad en que se adquiere. La Sífilis es causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum*, la cual se caracteriza por afectar múltiples sistemas incluyendo piel, mucosas y anexos cutáneos. Presentamos el caso de un paciente con sífilis adquirida en un contexto social de vulnerabilidad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 1 año y 10 meses de edad que consulta en guardia por presentar lesiones en región ano genital. Se interna por sospecha de abuso sexual infantil (ASI). Se da intervención a servicio social, salud mental, violencia familiar y CNNYA. Antecedentes: RNTPAEG, serologías maternas referidas negativas. 11m internado bronquiolititis. Presenta 6 hermanas, 2 hermanos (uno fallecido SIDA-TBC) Novios de las hermanas, padre biológico, padrastro y otra pareja materna, una vecina que lo cuida. Examen físico: condilomas planos en genitales con eritema y descamación (dermatitis micótica), zonas alopecicas en cuero cabelludo, queilitis en boca y lesiones blanquecinas en lengua. Se realizan: serologías al paciente HIV-, HVC-, HVB-, VDRL+ 128DILS, prueba treponemica reactiva y LCR VDRL-. Se cita a todos los contactos por consultorio de ETS y se realizan serologías, mamá con VDRL 2dils con FTABS no reactiva (se repite y se confirma negativa), resto de contactos negativas. Historia clínica de hermano fallecido VDRL- . Dx: sospecha de ASI, sífilis secundaria adquirida, se descarta transmisión vertical.

Tratamiento: penicilina G sódica 100.000ui/kg/día por 10 días.

CONCLUSIÓN

Este es el 4to caso que se interna en el servicio con diagnóstico de sífilis secundaria adquirida en los últimos 3 años, todos con sospecha de ASI. Los 3 primeros se pudo descartar ASI, con mamás VDRL+ y lesiones en piel y boca; llegando a la conclusión del contacto materno como causa de la infección. Sin embargo, este caso nos ha quedado sin resolver. No lográndose localizar al contacto, por lo que se asume como ASI. Se evaluó la situación socio-familiar y el comportamiento del niño. El medio social fue de difícil manejo, así como la intervención de los diferentes servicios difícil de articular. El paciente permaneció 15 días internado, cumplió tratamiento y las lesiones inmediatamente desaparecieron, luego retirándose sin alta médica (intervención policial, CNNYA, sin dar con el paciente).

172



ESCLEROSIS MÚLTIPLE: REPORTE DE UN CASO DE UNA PATOLOGÍA DE BAJA PREVALENCIA

173

Magistocchi F.¹; Chiambretto V.²

HOSPITAL PEDIATRICO ALEXANDER FLEMING^{1,2}

<francom.77@gmail.com>

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 13 años de edad, NT, PAEG. Como antecedentes patológicos presentó diagnóstico 6 meses previos al ingreso de artritis idiopática juvenil, en seguimiento con reumatólogo, en tratamiento con metotrexate y ácido fólico. Como dato de relevancia, presenta antecedentes familiares de esclerodermia y artritis reumatoidea (abuela materna) e hipotiroidismo (padre, madre, abuelo materno). Ingresó por presentar visión borrosa de 7 días de evolución, sin síntomas acompañantes, motivo por el cual consulta con oftalmólogo quien deriva para su internación. Al examen físico, paciente hemodinámicamente estable, frecuencia cardíaca 94 /minuto, frecuencia respiratoria 20 /minuto, tensión arterial de 110/60 mm Hg (percentil 50 para la edad), Índice de masa corporal 32. Al examen neurológico paciente activo, reactivo, vigil. Sin signos de foco meníngeos ni neurológicos. Tono y sensibilidad conservada. Pupilas reactivas, isocóricas. Reflejo fotomotor y consensual presentes. Se constata disminución de agudeza visual. Marcha eubásica. Se solicita Analítica al ingreso: Hematocrito 40%, Hemoglobina 13,4 g%, Leucocitos 8800/mm³ (sin desviación de fórmula), Plaquetas 329000 /mm³, VSG 12 mm/h, Creatinemia 0,53 mg/dl, Uremia 18 mg/dl, GPT 26 U/l, GOT 22 U/l, Glucemia 68 mg/dl, FAL 333 U/l. Se realiza evaluación por servicio de oftalmología quien constata edema de papila en ojo derecho asociado a pérdida de agudeza visual (20/80). Se solicita campo visual y potenciales evocados visuales. Potencial evocado Visual informa frecuencia de onda P100 prolongada en ojo derecho con diferencia interocular significativa. Es evaluado por servicio de neurología quien recomienda tratamiento con

metilprednisolona a 600 mg/m²/ día por 5 días ante sospecha de neuritis óptica. Luego continuar con meprednisona 2 mg/kg día por 5 días más. Se solicita RMN con y sin contraste donde se observan en nervio óptico derecho lesiones con aumento de intensidad en T2 y FLAIR, asociadas a imagen dudosa en medula espinal a nivel cervical. Se solicita completar estudios con RMN de medula completa cervico-toraco-lumbosacra con y sin contraste donde se evidencia hiperintensidades ovoides bicordales en medula espinal cervical a nivel C3-C4 de aspecto demielinizante. Se solicita además bandas oligoclonales pareadas en LCR y Suero. Es evaluado por servicio de endocrinología quien recomienda tratamiento con vitamina D y Carbonato de calcio. Paciente presenta buena evolución clínica, con mejoría de visión en controles posteriores a tratamiento corticoideo, por lo que se decide externación. Tras 5 meses asintomático, presenta nuevo episodio de disminución de la agudeza visual y edema de papila. Se interpreta como nuevo episodio desmielinizante, y se decide su internación. Se realiza tratamiento con metilprednisolona en pulsos por 5 días con buena respuesta, tras lo cual se realiza descenso paulatino con prednisona. Paciente se encuentra actualmente en seguimiento por servicio de clínica médica y neurología, en tratamiento con Interferon B1a tres veces a la semana a 22mg/día. No ha presentado nuevos episodios agudos.

RABDOMIOMAS CARDÍACOS: HALLAZGO PRENATAL DE COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA

174

López Gamboa V.¹; Arce H.²; Leschinsky V.³; Francucci V.⁴; Furey F.⁵; Giovo M.⁶

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA¹; HOSPITAL MATERNO-NEONATAL²; HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD Y CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA³; HOSPITAL MATERNO-NEONATAL⁴; HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD Y HOSPITAL MATERNO-NEONATAL⁶

<virlopezg@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los rabdomiomas son los tumores cardíacos más frecuentes en menores de dos años y se consideran histológicamente benignos con involución en los primeros años, pero funcionalmente malignos por causar inestabilidad hemodinámica al nacimiento. El diagnóstico ecográfico prenatal permite tomar conductas tempranas y evitar poner en riesgo la vida del recién nacido. Se relacionan con el complejo esclerosis tuberosa (CET), constituyendo uno de los criterios mayores para el diagnóstico. Sin embargo, en vista de que inicialmente los pacientes no llegan a cumplir los criterios, es importante la sospecha mediante anamnesis de antecedentes familiares y el control evolutivo dermatológico y neurológico estricto hasta la confirmación de CET.

CASOS CLÍNICOS

Se presentan tres pacientes varones procedentes de Córdoba de tres meses de edad. El primer paciente evidenció al examen físico máculas lanceoladas hipocrómicas en abdomen y arritmia cardíaca fetal diagnosticada mediante ecografía prenatal, originada por rabdomioma ventricular. Durante los controles posteriores, la tumoración cardíaca fue disminuyendo pero a los meses fue diagnosticado de Hemofilia A leve y Síndrome de West por lo que se encuentra actualmente en tratamiento anticonvulsivante y episódicamente requiere Factor VIII. El segundo paciente presentó también al examen físico máculas hipocrómicas en tronco y miembros inferiores. La madre tenía el antecedente de angiofibromas faciales y refería que durante el embarazo le informaron que su hijo tenía rabdomiomas cardíacos. Luego del nacimiento y en los meses posteriores evolucionó favorablemente de la parte cardíaca y a los tres meses fue diagnosticado Síndrome de West por lo

cual recibe tratamiento anticonvulsivante. El tercer paciente fue ingresado de emergencia presentando status convulsivo y sospecha de retinoblastoma bilateral vs hamartomas con metástasis cerebrales. Durante su internación se evidenciaron al examen físico máculas lanceoladas hipocrómicas en el tronco, soplo cardíaco 2/6 y cianosis central. Se realizó ecocardiograma en el cual se detectaron tres rabdomiomas en ventrículo izquierdo que comprometían el flujo normal. Evolucionó con falla cardíaca, status convulsivo en repetidas ocasiones y falta de respuesta a la medicación. Tres meses posteriores a la primera internación el paciente fallece.

CONCLUSIÓN

Se presentaron tres casos de pacientes con rabdomiomas cardíacos y CET. Dos tuvieron diagnóstico prenatal de los tumores cardíacos, permitiendo una conducta médica oportuna con una evolución hemodinámica favorable y que durante los meses posteriores al nacimiento confirmaron el diagnóstico de CET. El tercer paciente que no tuvo el diagnóstico prenatal y presentó complicaciones neurológicas tuvo un desenlace fatal. Ante estos casos, se recomienda la búsqueda ecográfica prenatal en pacientes con antecedentes familiares de CET y el seguimiento estricto en pacientes que a pesar de no tener factores predisponentes hereditarios nacieron con rabdomiomas.



HISTIOCITOSIS DE CELULAS DE LANGERHANS. A PROPOSITO DE UN CASO

Alarcon Santos A.¹; Kingston C.²; Meneceles Rojas A.³; Mogni Santiago A.⁴; Alcon Vidal N.⁵

HOSPITAL DR. CLAUDIO ZIN MALVINAS^{1, 2, 3, 4, 5}

<dra.andrea.alarcon@gmail.com>

177

INTRODUCCION

La histiocitosis de células de Langerhans se presenta en 2-10 casos por millón de menores a 15 años, con un pico de incidencia entre 1 a 3 años. Se caracteriza por acumulación y proliferación de histiocitos, eosinófilos y células de langerhans afectando órganos y sistemas de forma aislada o múltiple. El diagnóstico se realiza mediante biopsia de la lesión y se confirma con la presencia de CD1a y/o CD207. El abordaje terapéutico y el pronóstico es variable dependiendo de la forma de presentación.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de histiocitosis de células de langerhans en Hospital Pediátrico Dr. Claudio Zin Malvinas Argentinas.

CASO CLINICO

Paciente femenina de 22 meses ingresa con 72 horas de evolución de otorrea y edema en región periauricular bilateral, de predominio en región mastoidea izquierda, sin dolor a la palpación de la zona, con desplazamiento anterior de pabellón auricular. Afebril, se realiza hemocultivo por 2 y se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona a 80mg/kg/día ante la sospecha de mastoiditis. TAC de peñasco bilateral con lesión osteolítica en hueso temporal bilateral asociado a erosión ósea en oído medio, Se interconsulta servicio de ORL quienes realizan mastoidectomía izquierda y se toma muestra para biopsia y cultivo con

sospecha de HL vs Rhabdomyosarcoma por hallazgos intraoperatorios. Se confirma diagnóstico de HL por anatomía patológica. Se deriva paciente a hospital Elizalde para seguimiento y tratamiento. Actualmente paciente e tratamiento con corticoide y quimioterapia, con pronóstico favorable.

CONCLUSION

A pesar de ser una patología poco frecuente la HL se debe tener en cuenta ante la presencia de lesiones osteolíticas o erosiones aun sin otros signos físicos de la enfermedad.

COMPLICACIONES NEUROLOGICAS ASOCIADAS A INFECCION POR SHIGELLA

Ortiz M.¹; Torrez A.²

CONSULTORIO¹; HOSPITAL²

<agus2483@hotmail.com>

179

INTRODUCCION

La Shigelosis es una causa común infección bacteriana del tracto gastrointestinal inferior, especialmente en los países en desarrollo. El período de incubación es en promedio de 3 días. Se transmite por contacto directo de persona a persona y, con menor frecuencia, a través de alimentos y agua contaminados. La gastroenteritis se caracteriza por presentar fiebre alta, calambres abdominales y diarrea mucocida con sangre y tenesmo. El diagnóstico requiere un cultivo de heces. El curso de la enfermedad es generalmente autolimitado, con una duración de hasta 7 días. La indicación de ATB tiene como objetivo la mejoría clínica y la erradicación del organismo disminuyendo la propagación, y se elabora considerando el estado del paciente, sus factores de riesgo, y la situación de la salud pública.

Las convulsiones son la complicación neurológica más común. Otros hallazgos neurológicos se han descrito en hasta un 40% de los niños hospitalizados, incluyendo la encefalopatía, confusión, y dolor de cabeza.

OBJETIVO

- Presentar 3 casos clínicos de pacientes que padecieron convulsiones como síntoma inicial de una infección por Shigella.
- Recordar la participación de este agente, para ser considerado en el diagnóstico diferencial, durante la evaluación de un paciente que se presenta con convulsiones.

CASOS CLINICO 1

Paciente M de 3 años, que ingresó al servicio de guardia en estado postictal, luego de presentar convulsión tónico-clónica generalizada, de breve duración y resolución espontánea. Permaneció en estabilidad clínica y sin hallazgos relevantes. Al día siguiente el cuadro progresó con disen-

tería. Antecedente relevante: su hermano había presentado disentería . CASOS CLINICO 2

Paciente F de 2 años, que ingresó al servicio de guardia en estado postictal, luego de presentar convulsión tónico-clónica generalizada, de breve duración y resolución espontánea. Permaneció en estabilidad clínica y sin hallazgos relevantes. Al día siguiente el cuadro progresó con disentería. Antecedente relevante: brote de GEA producido por aguas contaminadas. CASOS CLINICO 3

Paciente F de 3 años, consultó a la guardia por vómitos con intolerancia oral y fiebre. Durante la observación presentó convulsión tónico-clónica generalizada de breve duración y resolución espontánea. En las siguientes 12 hs presentó episodios de convulsiones que progresaron a estado convulsivo. Durante este lapso presentó deposiciones diarreas.

CONCLUSION

El resultado de los coprocultivo fue positivo para Shigella. En el CC 1 ambos hermanos aislaron S. sonnei. En el CC 2 y 3 se aisló S. flexneri. Los 3 pacientes tuvieron evolución favorable, luego de realizar tratamiento con ATB.

En cuanto a las convulsiones acontecidas en contexto de shigelosis, tienden a ser generalizadas y el análisis del LCR es típicamente normal. Se han asociado con un mayor riesgo de muerte. Se producen casi exclusivamente en los niños menores de 15 años. La prevalencia varía de 5 a 45 %. Se han asociados con todos los serotipos de Shigella, pero el mecanismo patogénico no está del todo establecido, y el rol de las toxinas aun es motivo de estudio.



181

ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA BAJA EN PEDIATRÍA ¿PODEMOS DISMINUIR EL TIEMPO DE INTERNACIÓN POR OXIGENOTERAPIA? COMPARACIÓN DE SATUROMETRÍA A LAS 6 Y 12 HS DE RETIRO DE OXIGENOTERAPIA

Suquia M.¹; Testa A.²; Suárez G.³; Vergez A.⁴; Rey M.⁵; Arzo M.⁶

HOSPITAL FERNÁNDEZ^{1,2,3,4,5,6}

<meli_suquia@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Durante el invierno aumentan las internaciones para oxigenoterapia por enfermedad respiratoria aguda baja (ERAB). Entre estos pacientes podemos diferenciar aquellos con patología respiratoria crónica (displasia broncopulmonar, hiperreactividad bronquial) y niños sin antecedentes con intercurencia respiratoria aguda.

El requerimiento de oxígeno es la causa más frecuente de prolongación de la internación. Las publicaciones actuales avalan el egreso hospitalario luego de 12 hs de tolerancia sin oxígeno. Con la finalidad de determinar si este tiempo de tolerancia puede reducirse es que realizamos el presente trabajo.

OBJETIVOS

Evaluar si la tolerancia a aire ambiente (sat O₂ >94%) a las 6 horas es predictor de continuar tolerando a las 12 hs en el grupo de inclusión. Eventualmente, poder disminuir la duración de la internación en períodos de alta prevalencia de ERAB.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de diseño: estudio prospectivo y descriptivo. Análisis de 106 (n) pacientes Internados en Sala de pediatría del Hospital Fernández desde junio de 2015 hasta agosto inclusive del 2016. Se incluyeron menores de 10 años, con diagnóstico de bronquiolitis, crisis asmática o cuadros broncoobstructivos con requerimiento de oxígeno (sat<94%).

Los criterios utilizados para retirar oxígeno fueron: *Disminución del intervalo de dosis de broncodilatadores, *mejoría auscultatoria, *FR y FC menor al pc90 para sexo y edad, *saturación con flujo mínimo de oxígeno (0,5 lpm) por saturometría de pulso >94%. Se registró en planilla su saturometría a las 6 y 12 horas de retirado el oxígeno.

El método utilizado para análisis de los datos fue planilla de Excel.

RESULTADOS

n= 106. El 94% (100) no requirió recolocación de oxígeno ni a las 6 ni a las 12 hs de retirado el mismo. Del 6% (6) que requirió recolocación, la mayoría (4) lo requirió antes de las 6 hs.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que es posible predecir una adecuada tolerancia al retiro de oxigenoterapia a partir de las 6 hs. Aún así si bien el alta podría darse a partir de ese momento continúan vigentes las normas de la Sociedad Argentina de Pediatría reservándonos la posibilidad de egreso antes de las 12 hs en épocas de alta prevalencia y requerimiento de camas hospitalarias.

SEPSIS POR EGB TAMBIEN UNA ENTIDAD EN EDAD PEDIATRICA

Carril J.¹; Baca Paunero L.²

HOSPITAL PENNA^{1,2}

<carril_jessi@hotmail.com>

182

INTRODUCCIÓN:

El Estreptococo β hemolítico Grupo B (EGB) es flora habitual del aparato genitourinario y gastrointestinal pero tiene selectiva patogenicidad para la mujer embarazada y el recién nacido, siendo una causa significativa de morbilidad materna y neonatal. Estudios realizados en diferentes lugares del mundo han reportado tasas de colonización en mujeres entre el 7 y el 40%. En la Argentina, las tasas varían entre el 2 y el 16%. De cada madre portadora de EGB, entre un 50 a 70% de sus hijos se colonizan intraútero por vía ascendente o a través del canal de parto, siendo esta la vía más frecuente; pero solo de 1 a 2% desarrolla un cuadro de sepsis. Existen dos síndromes clínicos, sepsis precoz y tardía. También se describe la ultratardía. La primera se da en el 85%, aparece dentro de la primera semana de vida, la manifestación más frecuente es sepsis acompañada de distress respiratorio, menos frecuente meningitis. En la sepsis tardía los síntomas parecen a partir del séptimo día; se presenta más frecuentemente como sepsis fulminante y hasta un 30% de los pacientes tiene compromiso meníngeo. Comparada con la sepsis precoz, la mortalidad es más baja, entre el 2 y el 6%, pero la morbilidad es más alta debido al mayor número de pacientes con meningitis.

OBJETIVO:

Informar un caso clínico de una paciente con diagnóstico de sepsis tardía por EGB con impacto meníngeo internada en sala de pediatría de Hospital José M. Penna.

Lugar de aplicación y diseño: Sala de internación de Pediatría, Hospital General de Agudos José M. Penna. Reporte de un caso.

Caso clínico: Paciente femenino de 1 mes de edad, recién nacida de término de peso adecuado para edad gestacional, sin antecedentes de relevancia. Comienza hace 24hs con irritabilidad, mala actitud alimentaria y palidez. Al examen físico se constata paciente en regular estado general, hiporreactiva, febril de 38°C, sin foco evidente al examen físico, por grupo etario y estado clínico se policultiva. Recibimos resultado de citoquímico de Líquido Cefalo-Raquideo (LCR) sugestivo de infección bacteriana se asume el cuadro clínico inicialmente como sepsis a foco meníngeo iniciando tratamiento empírico con dexametasona, ceftriaxona y ampicilina. A las 48 hs se informa cultivo de LCR y hemocultivos por dos (HMCx2) positivo para EGB, interpretándose finalmente como sepsis tardía, se adecua antibioticoterapia, completando tratamiento por 14 días, con evolución clínica favorable.

CONCLUSIÓN:

La sepsis neonatal, si bien es una entidad que se manifiesta principalmente en los primeros días de vida; en menor porcentaje, sucede tardíamente, en edad pediátrica permaneciendo asintomática hasta dicha manifestación, por lo cual consideramos importante mantener la sospecha diagnóstica, para instaurar tratamiento precoz y así disminuir la morbimortalidad. Así como remarcar la importancia del control durante el embarazo para pesquisar la colonización materna por EGB y así disminuir el riesgo de dicha entidad.



SINDROMES SEROTONINERGICO Y NEUROLEPTICO MALIGNO

García Roig C.¹; Del Campo V.²; Ferreyra M.³; Ayerza I.⁴; Abadi A.⁵

SANATORIO MATER DEI^{1,2,3,4,5}

garciaaroig@gmail.com

183

INTRODUCCION

El aumento de las enfermedades psiquiátricas y el progreso de la farmacología conllevan la aparición de cuadros clínicos que desafían al pediatra. Entre ellos habrá que diferenciar el Síndrome Serotoninérgico (SS), la Hipertemia Maligna (HM) y el Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM).

OBJETIVO

Presentar dos casos, un SNM y un SS.

DESCRIPCION

Primer caso: varón de 13 años con autismo severo. Consulta por hematuria macroscópica. Mialgias de un mes de evolución, se le agregó Sertralina 72 hs antes. Recibia Olanzapina, Valproico, Lorazepam, Levomepromacina y Prometazina. Al ingreso, pálido, hipertenso, con excitación psicomotriz. Estaba afebril, con regular perfusión periférica. Se realiza expansión e hiperhidratación. CPK mayor a 200.000 U, CPKMB 292, Troponina 21, TGP 316, TGO 1612, función renal y hepática normales. Hematuria +++. Ecocardiograma normal. A las 36 hs 40,1° C, taquicardia e hipotensión arterial. Se descarta SS por duración, fiebre y CPK que seguía >200.000. Se interpreta como SNM y se suspenden neurolépticos, se da soporte de órganos (oxígeno, fluidos) y se administra una dosis de dantrolene. Franca mejoría clínica y de laboratorio. Se deja solo lorazepam endovenoso continuo y luego se lo pasa a vía oral. Egreso con internación domiciliaria.

Segundo caso: varón de 7 años con trastorno bipolar. Recibe Litio, Ritalina y Aripripazol. Cursando una gastroenteritis consulta por impotencia funcional de miembros inferiores, dolor en gemelos, clonus. Tiene CPK de 427 y Litemia de 1,7. Se interna e hiperhidrata. Normaliza litemia pero CPK 1025. Se suspende toda la medicación y se indica Lorazepam con buena evolución clínica y de laboratorio.

DISCUSION

El SS es de rápida instalación y final, con rigidez, hipertermia, taquicardia, hipertensión, diaforesis, diarrea, hiperreflexia y clonus. El SNM aparece en los 7 días de introducir un fármaco, tiene a la rigidez muscular sumada a la hipertermia y al aumento de CPK como signos mayores. La HM es intraoperatoria.

CONCLUSION

En niños con tratamiento psiquiátrico y compromiso neuromuscular se deberán descartar SNM y SNM.

NUNCA MINIMIZAR UN TRAUMATISMO NASAL

Locarnini M.¹; Lehner M.²; Menendez M.³

CLINICA SAN JORGE^{1,2,3}

<flor.locarnini@hotmail.com>

184

Se presenta este caso clínico para tener en cuenta que un traumatismo nasofacial puede ser algo más que banal.

Niño de 7 años, previamente sano, consulta en guardia por traumatismo facial tras caída de su propia altura. Es valorado por otorrinolaringólogo (ORL) solicitándose RX de huesos propios de la nariz sin objetivar lesión y examen físico irrelevante. Se cita a control en 24hs. presentándose febril de 12hs. de evolución con pico máximo de 39°, rinorrea y tumefacción de puente nasal. Se hace diagnóstico de hematoma septal bilateral por rinoscopia internándose para drenaje del mismo. En internación continuo febril, a las 12hs. post drenaje, presenta episodio de status convulsivo, recibió dos dosis de lorazepam y carga de difenilhidantonia, permaneciendo hiporreactivo y somnoliento. Se coloca máscara laringea y se realiza TAC craneo con contraste informada como normal. Se realizaron hemocultivos, laboratorio de sangre con reactantes de fase aguda y punción lumbar. Esta última se informó como patológica. Se asume el cuadro como meningococcalitis posiblemente secundaria a trauma nasal. Se indicó antibioticoterapia endovenosa con ceftriaxona a 100mg/kg/D asociado a aciclovir 20 mg/kg/dosis y es derivado a UTIP por falta de capacidad instalada en la institución.

En terapia intensiva se observa rinorrea continua clara sospechando fístula transnasal de líquido cefalorraquídeo. A las 24hs. se informa hemocultivos positivos para SAMR, se suspende aciclovir y se agrega vancomicina. Neurocirujano indica medidas antiedema y coloca drenaje lumbar.

A las 48hs. pasa a sala, pero por persistir rinorrea acuosa se solicita derivación a centro de mayor complejidad que cuente con neurocirujano infantil. En centro de derivación se retiró drenaje lumbar. Se realiza TAC de macizo facial y RMN de

cerebro con y sin contraste, evidenciando solución de continuidad en celdilla etmoidal media con pequeña comunicación con endocraneo, neurocirugía adopta conducta expectante y desde pediatría se rota esquema antibiótico a meropenem 120 mg/kg/D, rifampicina 15 mg/kg/D, vancomicina 80 mg/kg/D y se agrega acetazolamida.

Paciente cumple 10 días de antibioticoterapia con nuevo esquema en sala, con franca mejoría del cuadro clínico, ya sin rinorraquia, se otorga alta médica sin discontinuar anticonvulsivante, con controles en nuestra institución.

Al día de la fecha, tras 3 meses del episodio, paciente ya sin tratamiento médico, asistiendo a sus actividades rutinarias en forma normal.



OBESIDAD

Chiavetto M.¹; Burgos C.²

CAPS LOS ANGELES^{1,2}

<chiavettomj@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El 42% de los pacientes que consultan por distintas causas al centro de salud son niños obesos, sin reconocimiento por parte de la familia sobre la obesidad, nos motivó como equipo de salud a investigar.

OBJETIVO

Que el paciente y su familia tomen conciencia de su estado de salud, sean críticos con sus hábitos y pueda poner en práctica las alternativas ofrecidas.

Diagnóstico de situación previa

Los niños presentan serios problemas en la organización de sus hábitos alimentarios, tienen vida sedentaria, tecnología cautiva al niño. Los adultos no les ofrecen alimentos variados porque no saben cocinar ya que muchos de ellos concurren a comedores y terminan resolviendo las comidas con alimentos de cocción rápida.

Población

Destinada Niños de 6 a 14 años con obesidad. Nº de Participantes 38 Pacientes.

Desarrollo de la Experiencia: En el centro de salud se captan niños con sobrepeso. Se lo refiere al 2 nivel de salud para realizar estudios metabólicos; hemograma, glucemia, insulinemia, colesterol, triglicéridos, ecografía abdominal, control de tensión arterial, interconsulta con nutricionista. A los 38 pacientes se los convoca a talleres de Huerta Demostrativa a cargo del INTA, para vincular al paciente y a sus familias con los alimentos, aprendiendo técnicas de cultivos para replicar en sus casas una huerta casera y así poder sumar nuevos alimentos auto producidos en sus comidas diarias. Se los inscribió en distintas actividades deportivas. A posteriori se escuchó sus dificultades y expectativas.

RESULTADOS

De los 38 pacientes, el 60.4% presenta Esteatosis Hepática. El 2.63% presentó Glucemia elevada. El 44.7% presentó Insulinemia Alta. El 13.5% presentó Colesterol Elevado. El 13.5% presentó Triglicéridos altos. El 10.5% son Hipertensos. La relación entre el Peso Inicial de la 1 consulta y el Peso post información sobre las distintas patologías mantuvieron su peso el 13.1%, bajaron 50% y subieron 36.9%. Luego de 8 meses iniciales bajo 36.85% y subió 63.15%.

EVALUACIÓN

“La madres dicen que en la escuela les dan las galletitas”, sostenemos que no solo reciben las galletitas sino que desvinculan al niño de la integración sensorial, de la visualización de cómo se obtiene ese alimento, del sentir cómo es, escuchar los sonidos que genera la preparación del mismo, de cómo huele cuando se cocina y del sabor familiar de la comida. También bloquea al niño del aprendizaje en la preparación del alimento para el futuro cuidado de sus hijos. Así mismo desvinculan a los padres de la responsabilidad debido a que las familias se muestran desmotivadas en el autocuidado, poniendo su atención en objetos y alimentos de satisfacción inmediata. Notoriamente sentimos la desmotivación de los adultos ya que las familias no cuentan con una estructura de conductas organizadas para sostener este tratamiento o cualquier otra situación conflictiva que se les presenten. Necesitamos cambios profundos en la educación no solo a la resolución de una problemática inmediata. También tener referentes sólidos en sus conductas, en sus estrategias y enseñanzas para así poder orientar a estas familias a construir una organización externa hasta superar sus dificultades. Si se mantienen estas conductas se van a producir cambios a futuro no favorables en la población en todas sus áreas.



¿CÓMO CRECEN LOS MENORES DE 32 SEMANAS Y MENORES DE 1500 GR DEL HOSPITAL MASVERNAT?

186

Mazurier V.¹; Morales D.²; Cutro M.³; Alegre P.⁴; Aracama G.⁵; Seminario Gomez B.⁶

HOSPITAL MASVERNAT^{1 2 3 4 5 6}

<v_mazurier@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Se sabe que luego del parto los RNMBP presentan un patrón de crecimiento posnatal de características homogéneas: pérdida inicial de peso, recuperación del peso de nacimiento, y luego recanalización. Pero la gran mayoría de los recién nacidos se van de alta sin recuperar su carril de crecimiento prenatal.

OBJETIVO

Observar si nuestros RNPT ≤ 1500 gr y ≤ 32 semanas realizan catch up, e identificar las variables relacionadas al mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo.

Población: Criterios de inclusión: todos los RN ≤ 32 semanas y ≤ 1500 gramos internados en neonatología del HDCM en el periodo enero-diciembre 2015. Criterios de exclusión: muertos, derivados y no seguidos en consultorio hasta las 40 semanas. N=23

Intervenciones: registros de HC, planilla de Excel, curvas de Femton.

RESULTADOS

Al comparar por grupos de catch up el sexo femenino (41,7 vs 45,5% p(0,85), anemia (75,5% vs 90,9% p 0,315), osteopenia (18,2 vs 8,3% p0,484) y NEC (58,3 vs 27,2 p 2.253), no mostraron diferencias significativas. Si la mostró ser AEG (72,7 vs 100% p 0,052). La EG al alta (p 0,012), talla a las 40 sem (p 0,009) y peso a las 40 sem (p 0,006) también mostraron diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIÓN

Un 52,2% de los RNPT ≤ 1500 gr y ≤ 32 semanas RN menores del HDCM hacen catch up a las 40 semanas. Es necesario el seguimiento hasta los 2 años para ver cuando recanalizan los que no lo hicieron.

LACTANTE CON QUISTE ABDOMINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

188

Setien C.¹; Saldaña E.²

HTAL DR. I. IRIARTE QUILMES^{1 2}

<claudiasetien@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Los quistes esplénicos son entidades infrecuentes. Se clasifican en: Primarios, con epitelio de revestimiento, parasitarios y no parasitarios. Secundarios; sin epitelio de revestimiento, traumáticos, degenerativos e inflamatorios. La etiología de estos quistes congénitos permanece desconocida. Asintomáticos, de hallazgo casual y cuando existe sintomatología, compresión de estructuras, síntomas respiratorios, gastrointestinales o genitourinarios. La ecografía abdominal, es el gold standard para su diagnóstico. El tamaño del quiste determina sus síntomas y se acepta que los quistes mayores a 5 a 8 cm requieren ser intervenidos por el peligro de ruptura. La historia natural de estos quistes es variable, la mayoría involucionan espontáneamente.

Objetivos

1. Presentar un lactante con una entidad clínica infrecuente.
2. Describir las características clínicas de un quiste esplénico.
3. Reflexionar sobre la práctica diaria.
- 4-Valorar la comunicación en la atención médica.

Descripción del caso clínico: Lactante de 3 meses de edad, sin antecedentes perinatólogicos ni familiares de interés. Con ecografías prenatales normales. Realizando un control de salud, se evidencia a la palpación una profunda tumoración abdominal en flanco izquierdo, de 2 cm por 1 cm de diámetro, indolora, sin aumento de consistencia, fija, a 3 cm del reborde costal izquierdo. Ecografía: quiste esplénico de 5 mm, en tercio medio de bazo. Se realiza interconsulta con hematología, conducta expectante, estudios ecográficos periódicos. A los cinco meses, se observa un aumento

de tamaño, 6,9 mm, permaneciendo asintomática. Seguimiento que se realiza en el contexto de una relación empática con el paciente y su familia, respetando su derecho a recibir información, a participar en la toma de decisiones y así alcanzar acuerdos.

CONCLUSIÓN

Se realiza esta presentación por la rareza clínica que hace hincapié en la importancia del examen físico. En un control de salud a través de la semiología se pone de manifiesto una masa tumoral con innumerables etiologías benignas, malignas, tumorales, infecciosas, postraumáticas, congénitas y parasitarias que requerirán estudios. Resaltar al examen físico, como invaluable herramienta, y la comunicación en salud como una tarea médica esencial para la práctica clínica de calidad.



KAWASAKI INCOMPLETO: DESAFIO DIAGNOSTICO EN LACTANTE DE 4 MESES

Apkarian M.¹; Hansen J.²; Arrue B.³; Entin E.⁴

SANATORIO DE LOS ARCOS^{1,2,3,4}

<mjapkarian@gmail.com>

190

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una de las vasculitis más comunes de la infancia. Es típicamente una condición autolimitada, con fiebre y manifestaciones de inflamación aguda que duran un promedio de 12 días. Sin embargo pueden desarrollarse complicaciones tales como los aneurismas de las arterias coronarias y conducir a una morbimortalidad significativa.

Los niños con sospecha de EK que no cumplen con los criterios diagnósticos (es decir, tienen fiebre \geq 5 días pero menos de cuatro signos de inflamación mucocutánea) pueden tener EK incompleta o atípica. Se prefiere el término "EK Incompleta" ya que estos pacientes no parecen diferir de aquellos con EK clásico de ninguna manera, excepto que carecen de un número suficiente de criterios para cumplir con la definición de caso epidemiológico. Los niños con EK incompleta también están en riesgo de secuelas cardiovasculares.

Se presenta el caso de un paciente de 4 meses sano con fiebre sin foco que en quién se inicia tratamiento con gammaglobulina y AAS por presentar fiebre de > de 5 días, exantema polimorfo y conjuntivitis, con > de 3 signos de laboratorio compatibles con EK incompleta. El paciente desarrolla dilatación aneurismática de coronarias a los 25 días de iniciado el cuadro febril a pesar de haber recibido tratamiento..

A PROPÓSITO DE UN CASO: MENINGITIS DE MOLLARET EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME DE DOWN.

Alterats M.¹; Montes Lozano S.²; Mendez J.³; Panceira D.⁴; Toma M.⁵

HOSPITAL ALEMAN^{1,2,3,4,5}

<mpalterats@gmail.com>

191

Paciente de 9 meses de vida con diagnóstico de Síndrome de Down y canal AV corregido a los 4 meses consulta por presentar irritabilidad. Al ingreso se constata paciente en buen estado general, afebril con fontanela bombé y rash micropapular generalizado.

Como antecedente estuvo internada la semana previa por bronquiolitis con VSR positivo, que por presentar mala evolución requirió internación en UTIP donde presentó, además, bacteriemia por H. Influenzae tipo B. Recibió tratamiento con ceftriaxona a dosis meníngeas durante 14 días, sin tomar muestra de LCR por presentar plaquetopenia.

Se realiza laboratorio que informa hemograma normal con reactantes de fases aguda elevados (VSG: 45 mm y PCR: 65 mg/dl) y TAC de Cerebro que informa leve abombamiento de la fontanela anterior. Se solicitan hemocultivos que resultan negativos y punción lumbar donde se obtiene citoquímico patológico (186/mm³ leucocitos con 58% de PMN, LDH: 20 UI/l y 61 mg/dl de proteínas). Recibe tratamiento con ceftriaxona a dosis meníngeas y aciclovir, suspendiéndose ambos al 4to día con cultivos y PCR para Herpes negativos; otorgándose alta hospitalaria.

A las 96 hs la paciente reconsulta por presentar registro febril de 38.5°C y un registro de hipotermia de 33.9°C. Al examen físico se constata similar clínica a la presentada previamente, con irritabilidad y fontanela abombada y pulsátil. Se realiza punción lumbar la cual informa pleocitosis (103/mm³ con 45% de PMN). Se reinicia tratamiento con ceftriaxona a dosis meníngeas.

Con cultivo de LCR negativo luego de 72 hs de tratamiento antibiótico y persistencia de la sintomatología, se decide realizar nueva punción lumbar la cual informa aumento de pleocitosis (328/mm³ con 57% de PMN). Se realiza consulta con servicio de neurología, quienes con sospecha de meningitis recurrente, sugieren realizar RNM de cerebro (normal), evaluación inmunológica (hipogammaglobulemia) y estudio anatomopatológico de LCR en el cual se evidencian células endoteliales, obteniéndose diagnóstico de Meningitis de Mollaret.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de Meningitis de Mollaret en paciente pediátrico con síndrome de Down y realizar una actualización del tema, siendo una entidad de baja frecuencia.



A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE CLAUDE BERNARD HORNER SECUNDARIO A MALFORMACIONES COSTOVERTEBRALES

192

Montes Lozano S.¹; Bloch M.²; Mendez J.³; Toma M.⁴

HOSPITAL ALEMAN^{1,2,3,4}

<solangelmontes@gmail.com>

Se presenta un caso de paciente, sexo femenino, de 14 años de edad que comienza 48hs previas a la consulta con dolor ocular derecho súbito agregando una hora más tarde miosis unilateral, inyección conjuntival y leve ptosis palpebral. Inicialmente es evaluada en otra institución por pediatría, oftalmología y neurología, donde se realiza fondo de ojo y RMN normal.

Ingresa a nuestra institución derivada para estudios y eventual tratamiento. A su ingreso se observa ojo derecho con inyección conjuntival, doloroso a la movilización hacia los extremos, leve ptosis palpebral homolateral y pupila miótica reactiva a la luz. Presenta como antecedente personal miopía y al interrogatorio refiere haber realizado el día anterior previo al inicio de los síntomas ejercicio intenso (cabalgata). Es evaluada por oftalmología donde se realiza prueba de felinefrina observándose dilatación pupilar, por lo que se interpreta el cuadro como un Síndrome de Horner central o preganglionar, decidiéndose internación para completar estudios.

A su ingreso se realiza RMN y angioRMN de cerebro que muestra imagen compatible con posible estenosis de la carótida interna derecha intracavernosa. Como búsqueda etiológica se realizó subsecuentemente: TAC donde se informa anomalía de fusión a nivel de arco posterior de C2-C3 y de los cuerpos vertebrales T1 y T2. Costillas cervicales bilaterales. Inversión de la lordosis cervical normal. Algunas áreas de tortuosidad sin claros signos de estenosis en carótida interna derecha. Doppler de vasos cuello: arteria vertebral derecha con flujo anterógrado. Se indica realizar Angiografía Digital Cerebral y de Vasos del cuello a fin

de descartar compromiso vascular el cual se informó como normal y arteriografía cerebral con cateterismo de vasos de cuello y cerebro que también normal.

Permaneció internada 72 horas observándose mejoría gradual de la sintomatología. Se sugiere por servicio de neurología frente a mejoría y habiéndose descartado lesión estructural que afecte la vía simpática, alta y seguimiento ambulatorio. De acuerdo a estudios complementarios se interpreta como secundario a presencia de costillas cervicales y contacto de las mismas con vía simpática ante el movimiento durante la cabalgata. Se realizó control 20 días posteriores observándose pupilas reactivas con leve asimetría pupilar, por lo que se indica alta por oftalmología.

El síndrome de Claude Bernard Horner resulta de la interrupción de la vía oculosimpática que sigue una ruta con neuronas centrales, preganglionares y postganglionares. Puede ser congénito o adquirido y para el diagnóstico etiológico se requiere identificar topográficamente donde está afectada la vía simpática.

ABSCESO EPIDURAL ESPINAL

193

Perez L.¹; Pons M.²; Juarez F.³

HIEMI MAR DEL PLATA^{1,2,3}

<Leylaperez1@hotmail.com>

El absceso epidural espinal, una patología poco frecuente, presenta una incidencia de un caso cada 100000 individuos, y se observa un aumento debido al incremento de factores de riesgo, tales como diabetes mellitus, anomalías espinales, tatuajes, acupuntura, analgesia epidural, sumado a una mayor disponibilidad de métodos de imágenes. Es una colección purulenta localizada entre la duramadre y el canal medular. Los gérmenes más comunes son Staphylococcus aureus y bacterias Gram-negativas. Sin tratamiento oportuno, evoluciona a la compresión medular y secuelas neurológicas permanentes. Una niña de 11 años se presentó con fiebre de 48 horas de evolución, dolor lumbar izquierdo, marcha antálgica con envaramiento lumbar. El examen neurológico era normal. Sobre los miembros inferiores, se observaban lesiones ampollares destechadas. La resonancia nuclear magnética mostró una imagen compatible con absceso epidural espinal. Evolucionó favorablemente. El tratamiento consistió en drenaje quirúrgico y antibióticos por 6 semanas. Del cultivo del material obtenido, creció Staphylococcus aureus meticilino sensible..



SINDROME PULMON RIÑÓN: PATOLOGÍA DE BAJA PREVALENCIA EN PEDIATRÍA

195

Lis D.¹; De Luis L.²; Petrillo L.³; Rodriguez M.⁴; Rodriguez Kibrik J.⁵; Soltys M.⁶

HOSPITAL GUTIERREZ^{1 2 3 4 5 6}

<lisdaniela@gmail.com>

El Síndrome Pulmón Riñón es una entidad clínica caracterizada por la combinación de Hemorragia Alveolar Difusa (HAD) y Glomerulonefritis (GN). Se presenta como resultado de vasculitis autoinmunes asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), a anticuerpos anti membrana basal glomerular y a enfermedades autoinmunes sistémicas. Paciente de 13 años de edad, de sexo femenino, obesa, consulta derivada por pediatra de cabecera por anemia con requerimiento transfusional. Al examen físico se constatan: palidez cutáneo mucosa generalizada, taquicárdica y edema bilateral con Godet 1/6 en tercio inferior de pierna y dorso de pie.

Presenta función renal dentro de límites normales y proteinuria en rango significativo. En el examen de orina se hallan hematíes dismórficos en el sedimento, lo que refleja GN. Se realiza una biopsia renal que muestra abundantes glómerulos esclerosados, con proliferación mesangial, alteración de vasos y compromiso del intersticio, observándose disociación clínico-patológica.

Durante la internación, presenta hemoptisis por lo que se solicitan radiografía y tomografía computada (TC) de tórax que evidencia signos imagenológicos de HAD (Foto). En examen de laboratorio presentó ANCA-c y anti PR3 positivos, confirmándose Granulomatosis con Poliangeítis. La incidencia del Síndrome Pulmón Riñón hace que éste sea considerado como una entidad rara en la población pediátrica. Orientado a la sospecha diagnóstica, los estudios complementarios incluyen, con respecto a la afectación respiratoria, radiografía y TC de tórax, lavado bronquioalveolar, test de difusión de monóxido de carbono y biopsia

pulmonar (método de certeza, pero no se realiza con frecuencia). En relación a las manifestaciones renales, debe valorarse función renal, sedimento urinario, glóbulos rojos dismórficos y análisis de orina de 24 horas. La biopsia renal con inmunofluorescencia aporta el diagnóstico de certeza. Debe realizarse búsqueda de anticuerpos que confirmen la etiología de este síndrome.

El diagnóstico precoz del Síndrome Pulmón Riñón es importante para iniciar rápidamente el adecuado tratamiento y así disminuir la alta morbimortalidad que presenta. La confirmación histológica, si bien en muchos casos es de difícil realización, se recomienda fuertemente ya que implica tratamientos a largo plazo y con potencialidad tóxica.

BOTULISMO DEL LACTANTE. A PROPOSITO DE UN CASO

198

Vergara D.¹; Barreto A.²; Capurso C.³; Jost V.⁴; Garcia J.⁵; Luque M.⁶; Gutierrez G.⁷

HOSPITAL MAGDALENA V DE MARTINEZ^{1 2 3 4 5 6 7}

<albanobarreto@yahoo.es>

INTRODUCCION

El botulismo del lactante es una enfermedad producida por la intoxicación por Clostridium Botulinum, agente formador de esporas y cuyo hábitat natural es el suelo. Las esporas pueden encontrarse en la tierra, polvo ambiental, miel y hierbas medicinales. Además de los alimentos que también pueden contaminarse. Cursa con una parálisis flácida aguda, seguida de una lenta recuperación de la función muscular, y presentando una evolución potencialmente grave. Afecta a niños menores de un año, mas frecuentemente entre las dos semanas y los seis meses de edad.

A pesar de ser una entidad poco frecuente, en América del Sur la mayoría de los casos proceden de Argentina, siendo nuestro país el segundo en el mundo con mayor incidencia. La mayoría de los casos denunciados, proceden de zonas rurales.

OBJETIVO

Presentar un caso de botulismo del lactante por esporas ambientales en zona urbana.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de 5 meses de edad, sin antecedentes perinatológicos, vacunas completas, lactancia materna exclusiva, que comienza 4 días previos a la consulta con fiebre y disfonía. Concorre a CAPS donde, con diagnóstico de faringitis, indican tratamiento antibiotico. Por persistencia de disfonía agregándose rechazo al alimento, constipación y decaimiento consulta por guardia. A su ingreso se encontraba afebril, hiporreactivo, con signos de deshidratación, ptosis palpebral bilateral e hipotonía. Con sospecha clínica de sepsis, se decide policultivar y medicar empíricamente

con ceftriaxona. Se realiza laboratorio: GB6.3 hb:11.9 hct:33 pcr 3.7, EAB con acidosis respiratoria, LCR normal, TAC de cerebro normal, EEG normal. Evolucionando desfavorablemente con, persistencia de ptosis palpebral, llanto débil, disfonía, hipotonía generalizada y reflejo fotomotor enlentecido.

Luego de 12 hs presenta paro respiratorio por lo que se intuba y se deriva a UTIP. Durante la internación la madre refiere que vivían en una casa en construcción por lo que, asociado al cuadro clínico, se envían muestras de materia fecal y suero a instituto Malbran ante sospecha de Botulismo del lactante. Resulta toxina A positiva en materia fecal por lo que se confirma diagnóstico. Permanece 3 meses en ARM, realizan Traqueostomía, se administra antitoxina con evolución favorable.

CONCLUSIÓN

El botulismo del lactante es una enfermedad poco frecuente. Es fundamental tener un alto índice de sospecha de intoxicación por esporas ambientales a pesar de habitar en zonas urbanas para abordar un correcto diagnóstico y tratamiento oportuno.



NEUMONÍAS RECURRENTE COMO COMPLICACIÓN DE MIGRACIÓN DE CATÉTER DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE CASO CLÍNICO

199

Del Valle M.¹; Dicembrino M.²; Robassio L.³; Giubergia V.⁴; Fernandez Victorio A.⁵

HOSPITAL MUNICIPAL GENERAL VILLEGAS^{1,3}; HOSPITAL J. P. GARRAHAN^{2,4,5}
<pazdelvalle@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La neumonía recurrente se define como la presencia de al menos dos episodios de neumonía en un año o tres o más en toda la vida. La causa más frecuente es la infecciosa, aunque en pocos casos es consecuencia de agentes químicos.

OBJETIVO

Describir un caso clínico sobre neumonías recurrentes como complicación infrecuente de migración transdiafragmática de catéter de derivación ventrículo-peritoneal en un paciente pediátrico.

CASO CLINICO: Niña de 12 años de edad, oriunda de General Villegas pcia. de Buenos Aires. Nace a las 32 s(2100 grs) con diagnóstico de mielomeningocele con hidrocefalia que requirió colocación de válvula de derivación ventrículo-peritoneal. Recién a los 6 años de edad inicia seguimiento con pediatra. Presentó más de 5 episodios de neumonías principalmente derechas, 2 de las cuales requirieron internación con oxígeno suplementario y antibioterapia endovenosa, sin rescate etiológico. La paciente evolucionó con tos diaria y episodios broncoobstructivos, tratada con salbutamol y corticoides inhalados, con mala adherencia al tratamiento y al seguimiento. Se realizaron dosaje de inmunoglobulinas, PPD, baciloscopia y cultivo para Mycobacterias en esputo, test de sudor x2, HIV, videodeglución: todos con resultados negativos o dentro de valores normales. Se realiza TAC de cerebro que informa: ventrículos cerebrales dilatados. Se actualiza RX tórax donde se constata recurrencia de imagen radiológica derecha en campo medio e inferior, se solicita TAC de torax: pérdida de volumen de pulmón derecho con imagen radiodensa homogénea con áreas hiperlúcidas (que impresiona residual) y retracción mediastinal homolateral, con

pulmón izquierdo vicariante; el extremo distal del catéter atraviesa el diafragma derecho y se ubica en parénquima pulmonar. La paciente es derivada al Hospital Garrahan para abordaje multidisciplinario. Al ingreso se evidencia retraso de crecimiento ponderal, hipocratismo digital, torax con disminución de la elasticidad, disminución del murmullo vesicular y rales subcrepitantes derechos, saturación de oxígeno 98% aire ambiente. Se realiza neumectomía derecha, con buena evolución clínica a corto y mediano plazo.

DISCUSION

Las neumonías recurrentes son causadas, por lo general por agentes infecciosos. En pocos casos, son secundarias a agentes químicos. La colocación de la válvula de derivación ventriculoperitoneal es el tratamiento de elección de la hidrocefalia en pacientes con mielomeningocele. Dentro de las complicaciones mecánicas se encuentra la migración intratorácica del catéter distal. Pueden ocasionarse a través de defectos anatómicos congénitos en el diafragma o como resultado de procesos inflamatorios que facilitan la erosión y perforación diafragmática y posterior prolapso del catéter, sumados a la presión negativa intratorácica que facilita el desplazamiento del catéter.

CONCLUSION

Se presenta el caso de una niña que presenta neumonías recurrentes como complicación de la migración transdiafragmática del catéter de derivación ventrículo peritoneal; complicación infrecuente pero causante de grandes consecuencias, como en éste caso, en donde se requirió neumectomía.

RELACION ENTRE HIPERTENSIÓN, SOBREPESO Y OBESIDAD – UNA NUEVA MIRADA

200

Eidner S.¹; Carrano J.²; Garbocci A.³; Sastre G.⁴; Wasserman J.⁵

OSECAC^{1,2,3,4,5}
<sandraeidner@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Obesidad es una enfermedad crónica, no distingue sectores ni geografías. Su penetración en la población resulta cada vez mayor a nivel mundial. La misma se asocia habitualmente con otras patologías, aumentando la morbimortalidad y alterando la calidad de vida de quien las padece. Un niño con sobrepeso y/u obesidad corre riesgo de terminar en un adulto hipertenso. La HTA en pediatría como método de evaluación ha sido subestimada durante mucho tiempo por ser una entidad menos frecuente, aunque se ha producido un gran incremento de la misma en la niñez.

En el pasado se estudió la relación entre IMC y HTA en pacientes de una población objetivo; en el presente análisis se busca confirmar sus conclusiones a partir de un incremento sustancial en la muestra poblacional.

OBJETIVO

Confirmar que existe una relación directa entre sobrepeso y obesidad asociada a la HTA, tal como fue estudiada en estudio previo.

MÉTODOS, POBLACIÓN Y MATERIALES

Se diseñó un estudio prospectivo, descriptivo y observacional. Se evaluaron las medidas antropométricas de 628 niños que concurrieron a un consultorio externo de pediatría sito en un centro de atención programada de la Obra Social OSECAC (CABA) durante los meses de enero a diciembre de 2016. Luego se confeccionó una planilla de relevamiento tabulada, donde se volcaron los datos antropométricos de cada paciente. Se calcularon los índices y percentilos de peso, talla,

tensión arterial e Índice de Masa Corporal (IMC) según las tablas de OMS. Clasificando a los pacientes según sexo y peso, considerando bajo peso (IMC <P3), eutróficos (IMC entre P3 y P85), sobrepeso (IMC entre P85 y P97) y obesidad (IMC >P97). A su vez se clasificaron según el percentilo de tensión arterial como normal (P<90), prehipertensión (P entre 90 y 95) y HTA (P>95).

RESULTADOS

Analizando la población se observa una mediana de 57 meses con un mínimo de 36 meses y un máximo de 83 meses. Al relacionar IMC y sexo no se observan diferencias significativas. Similar situación se encuentra respecto a la prehipertensión y a la HTA. Por otra parte se observa que sobre 394 niños eutróficos 12 de ellos (3%) presentaron hipertensión, la misma situación se produjo en 5 niños (4%) sobre 129 que presentaron sobrepeso, mientras que el rasgo se presentó en 20 pacientes (20%) sobre 99 niños que presentaron obesidad siendo ésta una diferencia estadísticamente significativa.

Al probar la tendencia lineal de la tensión arterial según niveles de IMC se observa que existe tendencia lineal muy significativa (p: 0,0004).

CONCLUSIÓN

Del estudio se confirma que existe una relación directa entre IMC y HTA..



LEGISLACION Y USO TERAPEUTICO DEL CANNABINOIDES EN NIÑOS CON EPILEPSIA REFRACTARIA. REVISION SISTEMATICA

201

Palacio J.¹; Rojas K.²

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2}

<lic_josepalacio@yahoo.com.ar>

Muchos avances se han producido en la última década en cuánto a los tratamientos coadyuvantes para el tratamiento de niños con epilepsia refractaria como la Dieta Cetogénica (DC) y recientemente el uso de los cannabinoides como terapéutica alternativa. El presente trabajo pretende conocer el estado del arte a través de una revisión sistemática del uso terapéutico del cannabinoides en niños con epilepsia refractaria, incluyendo aspectos de la legislación dentro de la jurisdicción nacional y latinoamericana.

OBJETIVOS

Conocer el uso de la planta y sus componentes como tratamiento coadyuvante para la epilepsia refractaria en la población infantil y su legislación en el país.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática descriptiva y exploratoria de los artículos encontrados en la literatura científica que nucleen palabras claves: cannabinoides, epilepsia refractaria, niños, legislación. Se realizó una búsqueda estratégica durante un año (de abril 2016 a abril 2017) en los principales portales médicos: Pubmed. Medline. Lilacs. Cochrane, se estableció como criterio el uso del idioma ingles y español.

RESULTADOS

Los datos preliminares de los estudios en humanos y específicamente en la población infantil sugieren que el cannabis, en especial el cannabidiol, es efectivo en el tratamiento de algunos pacientes con epilepsia refractaria. Sin embargo, los datos disponibles son limitados y no permiten sacar conclusiones definitivas, seguramente el avance jurídico de la reciente ley 27.350 "Uso medicinal del cannabis y sus derivados", podrá fortalecer los ensayos clínicos randomizados con estudios doble-ciego, placebo controlados para demostrar la efectividad y seguridad de su uso en tratamientos médicos en la República Argentina..

QUISTE PILONIDAL INTERGLUTEO - A PROPOSITO DE UN CASO

203

Di Nunzio L.¹; Hansen M.²; Zadoff R.³; Virginillo M.⁴; Gonzalez D.⁵; Flores Mena C.⁶; Lambert G.⁷

HNRG¹; DEPARTAMENTO DE URGENCIA, HNRG^{2,3,4,5,6}; SERVICIO DE CIRUGIA, HNRG⁷

<ludinunzio@gmail.com>

INTRODUCCION

Esta entidad se origina en el pliegue intergluteo, se caracteriza por ser una infección del tejido celular subcutáneo a punto de partida de lesión de los folículos pilosos. Los folículos dañados favorecen la sobreinfección bacteriana. Se requiere un alto nivel de sospecha para realizar el diagnostico ya que se trata de una entidad poco conocida por el pediatra.

OBJETIVO

A propósito de un paciente que consultó en la guardia del HNRG, realizar una revision de la enfermedad pilonidal interglutea repasando sus diagnósticos diferenciales y el manejo de dicha condición.

CASO CLINICO: Se trata de un paciente sano de 14 años asintomático, quien presenta en forma espontánea una mancha serosanguinolenta en su ropa interior. Frente a este hallazgo consulta a la guardia donde se observa que presenta dos orificios indoloros de 0.3 mm de diámetro, ubicados en la linea interglutea, uno de ellos con drenaje de material serosanguinolento. El paciente negaba fiebre, perdida de peso, pustulosis, síntomas compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal. Inicialmente se realizó una ecografía que evidenció un trayecto fistuloso desde la piel al tejido celular subcutáneo con contenido heterogéneo y se interconsultó al servicio de cirugía pediátrica quienes realizaron el diagnostico. El paciente recibió antibioticoterapia y se lo citó para seguimiento ambulatorio por consultorio de cirugía.

DISCUSION

Es una entidad poco conocida, mas frecuente en adolescentes varones por sus características anatómicas. Los factores de riesgo son la obesidad,

los traumatismos locales, el sedentarismo y características anatómicas del pliegue intergluteo como su profundidad y la cantidad de vello. El mecanismo de desarrollo de los quistes no es bien conocido, se cree que microtraumatismos de los folículos pilosos por fricción de los gluteos o por permanecer sentado, favorece la ruptura de los mismos, con sobreinfección bacteriana posterior e inflamación con infiltración celular de tipo cuerpo extraño, formando lo que se denomina un seno pilonidal, conformado por numerosos quistes comunicados con extensión cefalica a través del tejido celular subcutáneo. Los casos agudos suelen presentarse con dolor, fiebre y drenaje purulento y pueden cronificarse. Otros, son un hallazgo incidental como en este caso. El diagnostico es clínico. Los diagnósticos diferenciales son absceso perianal, fistulas enterocutaneas, hidradenitis supurativa, absceso cutáneos y foliculitis. El tratamiento de las formas agudas graves es el drenaje y antibióticos orales cubriendo los gérmenes de la piel, para las formas crónicas o recurrentes se indica la excisión de las lesiones o la marsupialización de los quistes. En los quistes de hallazgo incidental se recomienda la conducta expectante con pautas de higiene y pautas de alarma.

CONCLUSION

El quiste pilonidal puede presentarse en forma incidental, en forma aguda como una infección del tejido celular subcutáneo o en formas crónicas y recurrentes. El diagnostico es clínico y se requiere conocer esta entidad poco frecuente para acertar el diagnostico. El paciente requiere ser derivado para seguimiento por cirugía.



A PROPÓSITO DE UN CASO NO SOSPECHADO DE ACCIDENTE BOTHRÓPICO.

204

Soraire G.¹; Nilda G.²; Llebeili Salva R.³; Giunta S.⁴; Pierotto M.⁵; Brocca F.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD^{1,2,3,4,5,6}

<gimena_soraire@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Argentina reporta anualmente alrededor de 1.000 envenenamientos ofídicos (Bothrops como responsable del 96,6%), con una mediana de 5 defunciones. La baja tasa de letalidad está relacionada con la accesibilidad al tratamiento específico, que mostró que en más del 90% de los casos fue administrado antes de las 4 horas posteriores a la mordedura. Sostener y aún mejorar esta situación es un desafío permanente para el sistema de atención de la salud.

OBJETIVO

Presentación de un caso de una mordedura por Bothrops no sospechado con demora en la administración del suero específico.

Caso Clínico: Niña de 2 años de edad, residente de zona rural, de la Provincia de La Rioja; al jugar en el jardín de su casa, presenta súbitamente dolor intenso en tobillo izquierdo, consultando al día siguiente en hospital zonal, donde observan edema duro, frío y violáceo que compromete pie y pierna, por esto, se deriva a Hospital Regional de La Rioja, capital. Ingresó presentando compromiso del estado general e incremento de dicho edema hasta la raíz del muslo, con coloración violácea marmórea y flictenas en el tobillo, por ello se decide su monitoreo en terapia intensiva; desde su ingreso se realizó radiografía del miembro afectado (sin evidencia de compromiso óseo), laboratorio con anemia y trastorno de coagulación, por lo cual se administran múltiples transfusiones de hemoderivados, y debido a la no respuesta a los mismos se decide la derivación a nuestra institución en Córdoba, al 4to día del hecho, con los diagnósticos de: Síndrome compartimental

postraumático, Coagulación intravascular diseminada y Alteración de coagulación de causa congénita. Ingresó a cuidados intermedios, donde por interconsulta con Servicio de Toxicología, se sospecha por epidemiología y clínica, mordedura de yarará indicándosele 6 ampollas antiofídicas bivalentes. Con franca disminución del edema del miembro y aumento progresivo del coagulograma a las 24hs. Permaneció internada 6 días con muy buena evolución.

CONCLUSIÓN

El caso presentó una evolución no habitual, que no fue fatal por las reiteradas transfusiones que tubo la paciente. Y si bien la administración precoz del antídoto consigue los mejores resultados, mientras se observen signos y síntomas sistémicos es necesario aplicarlo, ya que la administración de suero antiofídico es la única y eficaz forma de controlar el daño ocasionado por el veneno.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE INTOXICACIÓN ATROPÍNICA POR DATURA SP.

205

Soraire G.¹; Nilda G.²; Llebeili Salva R.³; Giunta S.⁴; Pierotto M.⁵; Brocca F.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD^{1,2,3,4,5,6}

<gimena_soraire@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Datura sp, es una planta de la familia solanáceas, contiene como principio activo atropina, hiosciamina, hioscina, escopolamina. Las semillas son la parte más tóxica de la planta. Produce un toxidrome anticolinérgico ya que actúa por estimulación agonista de los receptores colinérgicos centrales y periféricos.

OBJETIVO

Analizar un caso reiterado de intoxicación atropínica por plantas.

Caso Clínico: Paciente masculino, del área periurbana de la provincia de Córdoba, a los 5 años de edad consulta en Hospital Zonal por rigidez, mirada fija y afasia, se realiza descontaminación gastrointestinal, y a pesar de ello, 6 hs más tarde se agrega rubicundez, taquicardia, broncorrea, desorientación, midriasis, alucinaciones y diuresis por rebosamiento, por lo que se deriva a nuestro nosocomio. Ingresó a las 12 hs del inicio del cuadro con alucinaciones, excitación y trismos, chupeteo y fasciculaciones de la lengua; rubicundez, tos catarral, midriasis, hiporeactivo y atáxico; se continúa con la descontaminación seriada, lorazepam (2 dosis), monitoreo cardíaco y queda internado en cuidados intermedios. Por la clínica del paciente y el re-interrogatorio, el diagnóstico presuntivo es intoxicación por Datura sp.. Persistió con clínica más solapada por 21 hs. A las 48hs del inicio del cuadro presenta franca mejoría, y se da alta hospitalaria al 4to día. Al año siguiente con 6 años de edad repite el mismo cuadro clínico, por lo que es derivado a nuestro nosocomio, se realiza medidas

de descontaminación gastrointestinal y tratamiento de sostén con una internación de 48hs. Se realiza contra-referencia a hospital zonal para tomar medidas de desmalezar la planta y así evitar futuros intoxicados.

DISCUSIÓN

Tener en cuenta que entre las causas que producen este síndrome, pueden ser fármacos como atropina, antidepresivos tricíclicos, neurolépticos, setas, y otras plantas. Si bien el diagnóstico fue clínico, es importante mencionar que contamos en este caso con el fruto ingerido y el análisis de escopolamina en la orina del paciente.

Conclusión: La mayoría de las intoxicaciones por plantas ocurre en pediatría, en niños menores de 6 años, por ello es importante que el pediatra, esté capacitado para reconocer las intoxicaciones ya sea de forma accidental, intencional o como automedicación folklórica. Y la comunicación entre los niveles del sistema de salud es vital para trabajar en la prevención de las intoxicaciones.



A PROPÓSITO DE UN CASO: MENINGITIS POR *STREPTOCOCCO AGALACTIAE* EN PACIENTE DE 2 MESES

206

Quiroga N.¹; Maggi M.²

HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESÚS (CBA/CAP)^{1,2}

<nicolasfidel100@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El *Streptococcus agalactiae* es un coco gram-positivo anaerobio facultativo que forma cadenas o diplococos en los cultivos. Se adquiere durante su paso por el canal del parto o, en algunos casos, por vía ascendente. Las infecciones tardías se producen por contacto materno o vertical.

Infección precoz: antes de los 7 días. Generalmente sintomatología evidente antes de las 24 hs como: sepsis (50%), neumonía (30%) y meningitis (15%).

Infección Tardía: luego del 7mo día de vida. Bacteriemia (45-60%), meningitis (25-35%), afectación local (20%) huesos y articulaciones (20%), piel y tejidos blandos, vía urinaria o pulmones.

Factores de riesgo de enfermedad precoz: rotura prolongada de membranas, fiebre intraparto, prematuridad, bacteriuria materna y antecedente de recién nacido con enfermedad por *S. agalactiae*.

Factores de riesgo de enfermedad tardía: transmisión horizontal desde personal de salud y de forma vertical.

Diagnóstico: aislamiento en muestra (LCR, Orina y Sangre). Rx de tórax.

OBJETIVO

Reportar un caso de un RNT por cesárea con infección tardía por *S. agalactiae*.

CASO CLÍNICO

Lactante femenino de 2 meses que consulta en guardia por 3 picos febriles de 38,5°C - 40°C de 12 hs de evolución, acompañado de 5 vómitos e irritabilidad. Antecedentes perinatales: nacido a término por

cesárea, sin hisopado vaginal para detección temprana de *S. agalactiae*. Alta conjunta a las 48 hs. Al examen físico normohidratado, irritable, signos vitales normales. Laboratorio: GB: 12.900 leu (NC 12/ NS 65/ Li 18/ M 2/ CI 3) VSG: 8mm/h PCR: 1,2mm%, Hb: 9,4g/%, Hto: 27%, Plaquetas: 337000/mm³, Urea: 0,24g/l, Glucemia: 1,16g/l. Se realiza hemocultivo y urocultivo. LCR: Xantocrómico-Turbio Glucorraquia: 0,15 g/l, Proteíorraquia: 1,94 g/l. Recuento celular: 16.200/mm³. PMN: 90%. Mononucleares: 10%. Cocobacilo Gram (-) Se indica tratamiento con Ceftriaxona 100mg/kg/día EV y Ampicilina 300mg/kg/día EV. A las 48 hs se recibe informe de Hemocultivo y Cultivo de LCR positivo para *S. agalactiae*. Cumple tratamiento antibiótico con ampicilina por 14 días. Evolución favorable.

CONCLUSIÓN

No descartar agentes infecciosos de origen connatal en pacientes sin factores de riesgo ni expresión clínica neonatal inmediata y siempre mantener el alerta en el equipo de salud a pesar de superar los métodos de screening, ya que estos son factibles de falla en alguno de los diferentes puntos de su cadena.

PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE NEUROBLASTOMA: REPORTE DE UN CASO

207

Romero M.¹; Franciosi P.²; Toledo C.³; Arbonés R.⁴

HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESÚS^{1,2,3,4}

<maayelenromero@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La ictericia es la coloración amarillenta de piel, escleras y mucosas por aumento de la bilirrubina (HBR) y su acumulación en los tejidos; signo clínico que obliga a investigar una enfermedad subyacente.

Su etiología puede ser muy diversa, desde procesos hemolíticos (HBR indirecta) hasta cuadros obstructivos de la vía biliar (HBR directa).

OBJETIVOS

Reportar un caso clínico de hiperbilirrubinemia directa de etiología inusual. Destacar la importancia de los métodos de diagnóstico por imágenes en esta patología.

CASO CLÍNICO

Niño de 4 años, derivado con diagnóstico de "hepatitis en estudio". Comienza 30 días previos dolor abdominal, un pico febril diario. GGT 498 GPT 525 GOT 420; Serologías (-). Al 6º día se agrega ictericia. BT 6,6 BD 4,3 Se deriva a nuestro hospital. Al ingreso: ictericia, abdomen distendido, hipocondrio derecho doloroso, hígado y bazo palpables a 5 y 3 cm del RC respectivamente. VSG 85; GOT 49 FAL 123,6 GGT 125; BT 10,3 BD 7,3 LDH 502 .

Ecografía: Hígado aumentado de tamaño, difuso. Vías biliares intra y extra hepáticas dilatadas. Vesícula: distendida. Páncreas: tamaño aumentado, edematoso. RI leve ectasia pielocalicial.

Desmejoría clínica con colestasis, que cursa con prurito e intensa ictericia. TAC: Hígado parénquima homogéneo, dilatación vía biliar intra y extra hepática. Vesícula con aumento tamaño, paredes finas. Se observa masa

retroperitoneal sólida, con calcificaciones; sin plano de separación del páncreas, que rodea cava y aorta. Diámetro: 67 x 57 mm. Sugiere proceso neofornativo (neuroblastoma?)

Colangiorrsonancia magnética: reitera hallazgos de TAC. Derivamos a Servicio de Oncohematología. Se confirma diagnóstico presuntivo.

CONCLUSIONES

La ictericia obstructiva tiene causas habituales y otras infrecuentes, como ocurrió en nuestro caso. Consideramos importante recordar al neuroblastoma dentro de los diagnósticos diferenciales. TAC y colangioresonancia fueron fundamentales para arribar al diagnóstico..



IDENTIFICACIÓN DE PATRONES ALIMENTARIOS DE LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA, 2016: RESULTADOS PRELIMINARES

208

Román M.¹; Beccaria J.²; Cerutti Mc Cargo L.³; Grande M.⁴; Niclis C.⁵; Berra S.⁶; Muñoz S.⁷

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD (CONICET-UNC). ESCUELA DE NUTRICIÓN, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA.¹; ESCUELA DE NUTRICIÓN, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA.^{2,3,4}; INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD (CONICET-UNC). ESCUELA DE NUTRICIÓN, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA.⁵; INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD (CONICET-UNC). CENTRO DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA Y EN SERVICIOS DE SALUD. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA.⁶; INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD (CONICET-UNC).⁷
<mdroman@fcm.unc.edu.ar>

INTRODUCCIÓN

La alimentación es un determinante de la salud en la infancia y en etapas posteriores de la vida. El enfoque analítico de patrones alimentarios (PA) permite resumir los múltiples componentes de la dieta e identificar las combinaciones de alimentos más predominantes.

OBJETIVO

Identificar PA de la población de escolares de 9 a 12 años de escuelas primarias de la Ciudad de Córdoba en el año 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de 237 niños/as de 4°-6° grado de escuelas públicas y privadas de Córdoba. Se utilizó un cuestionario de alimentación validado para conocer el consumo de alimentos (g) y bebidas (cc) del día anterior. El cuestionario fue aplicado 3 veces en el ciclo lectivo y se promediaron los consumos. Se construyeron variables intermedias agrupando los alimentos según sus características nutricionales: quesos; carnes; carnes procesadas; huevo; vegetales amiláceos; vegetales no amiláceos; frutas; cereales y derivados; panificados con grasa y galletas; dulces y golosinas (en g/día) y leche-yogur; infusiones; bebidas azucaradas y aceites (cc/día). Se aplicó un análisis factorial de componentes principales para reducir las numerosas variables alimentarias a un conjunto menor de

factores (patrones) que capturan las principales características alimentarias de la población en estudio. Cada patrón fue denominado de acuerdo a la combinación de los grupos de alimentos que obtuvieron carga absoluta del factor rotado mayor o igual a 0,50.

RESULTADOS

El primer factor, que se caracterizó por cargas factoriales elevadas para el consumo de carnes procesadas, quesos, y cereales y derivados, fue denominado "Patrón Contemporáneo". El factor 2, denominado "Patrón Infusiones" obtuvo una carga elevada para las infusiones y carga similar pero negativa para el grupo leche-yogur. El tercer factor, dominado por las carnes y los vegetales amiláceos, fue denominado "Patrón Tradicional". Estos primeros 3 factores acumularon el 55% de la variabilidad de los datos. El Factor 4, llamado "Patrón Golosinas", obtuvo una carga elevada para el grupo de golosinas y dulces. Por último se identificó un "Patrón Inusual", con elevadas cargas para los vegetales no amiláceos y las frutas, y carga negativa para las bebidas azucaradas.

CONCLUSIÓN

Este trabajo es el primero en abordar el estudio de los PA en la población infantil del país y señala características que distan de las recomendaciones alimentarias para la infancia.

CARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO DE COLON EN PEDIATRÍA. REPORTE DEL CASO EN UN NIÑO DE 10 AÑOS

209

Etcharran M.¹; Segura M.²

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2}
<maria.etcharran@hiba.org.ar>

El cáncer de colon en la niñez es extremadamente raro y sólo han sido reportados un pequeño número de pacientes pediátricos que lo han padecido.

El 90% de los cánceres colorrectales se producen en pacientes mayores a 50 años con leve predominio en el sexo masculino. Su prevalencia es baja en la edad pediátrica (1-2 casos por millón) siendo la media de edad diagnóstica 15.5 años (7.5 – 19.9 años)¹⁻²

En el siguiente reporte se comentará el caso de un niño de 10 años con diagnóstico de carcinoma de células en anillo de sello de colon. Se trata de un paciente sin antecedentes médicos de relevancia que consultó a una guardia pediátrica por cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal y vómitos. En un principio el mismo fue interpretado como gastroenteritis pero por persistencia de los síntomas y el posterior hallazgo de una adenopatía supraclavicular se arribó al diagnóstico de adenocarcinoma de colon gracias a la anatomía patológica.

El motivo de la discusión de este caso se basa en el bajo grado de sospecha de cáncer de colon en pacientes pediátricos debido a su baja prevalencia lo que lleva a un diagnóstico tardío siendo éste uno de los principales factores de riesgo de mal pronóstico. Es por eso que remarcamos la importancia de considerar esta patología dentro de los diagnósticos diferenciales ante dolor abdominal recurrente asociado a cambios en el hábito evacuatorio.



ENCEFALITIS INMUNOMEDIADA: A PROPOSITO DE DOS CASOS

Urman G.¹; Leal Ocampo D.²; Schindler Y.³; Leivi M.⁴; Grosman A.⁵; Soriano D.⁶; Benavente R.⁷

CARRERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, UNIVERSIDAD MAIMONIDES^{1,2}; UNIVERSIDAD MAIMONIDES, SEPN^{3,4,5,6,7}

<urman.gabriela@maimonides.edu>

213

INTRODUCCIÓN

Las encefalitis son procesos inflamatorios origen variado, entre las cuales se incluyen causas autoinmunes. El cuadro clínico se caracteriza por manifestaciones psiquiátricas, convulsiones, trastornos del movimiento, trastornos del sueño, trastornos del lenguaje y signos disautonómicos. Su reconocimiento y diagnóstico oportuno son clave, ya que es una enfermedad tratable.

OBJETIVOS

Reportar dos casos de encefalitis inmunomediada por anticuerpos ANTI-NMDA en pacientes previamente sanos.

CASOS CLINICOS

Se presentan dos pacientes, un varón de 3 años de edad y una niña de 12 años. Presentan cuadro clínico agudo y progresivo con alteraciones conductuales, deterioro del lenguaje y pautas madurativas, trastornos del sueño, movimientos anormales y convulsiones. Se internan en nuestra institución para diagnóstico y manejo clínico en el Servicio Especializado de Pediatría y Neonatología del Hospital Español de Buenos Aires.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

TAC y RNM cerebral: normales en ambos; EEG: Desorganización difusa en ambos.

Estudios infectológicos: Negativos; Perfil reumatológico: normal

Pesquisa de tumor primario en abdomen/tórax/pelvis/abdomen: Negativa.

Bandas oligoclonales tipo 2 en LCR: positiva en 1 caso.

Panel de anticuerpos para encefalitis inmunomediada: en los dos casos se encontró anticuerpos anti-NMDA en LCR.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

La niña presentó evolución clínica tórpida, internación prolongada en terapia intensiva, difícil manejo de crisis convulsivas, requirió traqueo y gastrostomía, recibió tratamiento escalonado con corticoides, gammaglobulina, plasmaféresis y actualmente Rituximab en 3er ciclo, con lo que se evidenció franca mejoría.

El niño respondió a corticoterapia endovenosa y posterior pasaje mensual de gammaglobulina, con recuperación casi completa, continua hoy en rehabilitación.

CONCLUSIONES

El interés en las encefalitis inmunomediadas en niños ha aumentado en la última década influenciado principalmente por dos aspectos: mejor identificación de casos debido a los avances en los métodos diagnósticos y mayor reconocimiento de entidades que pueden constituir casos sospechosos en la población pediátrica. Además existe evidencia de que el pronóstico neurológico mejora con un adecuado manejo en el período agudo con el tratamiento temprano con inmunoglobulinas y/o corticoides, disminuyendo el riesgo de recurrencias y mejorando las secuelas.

ANOMALÍAS DEL DESARROLLO PULMONAR DIAGNOSTICADOS EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA EN UN AÑO

Andreis M.¹; Benitez A.²; Varese C.³

COMPLEJO MÉDICO DE LA POLICÍA FEDERAL ARGENTINA CHURRUCA-VISCA^{1,2,3}

<gferyfer@yahoo.com.ar>

215

INTRODUCCIÓN

Las Malformaciones Pulmonares Congénitas (MPC) son poco frecuentes comparadas con las enfermedades respiratorias adquiridas, constituyendo entre el 8-18% de todas las malformaciones. La incidencia de malformación Adenomatosa Quística (MAQ) es de 1:25000-1:35000 y de Enfisema Lobar Congénito (ELC) es de 1:20000-1:30000 embarazos. Los actuales avances en el control ecográfico prenatal han incrementado el diagnóstico a edades tempranas. Se presentan 3 Casos Clínicos diagnosticados desde enero 2016 a marzo 2017; dos de diagnóstico prenatal.

CASOS CLÍNICOS

Primer caso: Lactante femenino con diagnóstico por ecografía prenatal de MPC en Lóbulo inferior izquierdo (LII). TAC de tórax masa compatible con MAQ. Paciente no desarrolló sintomatología respiratoria. Se realiza Exéresis quirúrgica a los 6 meses de vida. Anatomía patológica: MAQ tipo II. Segundo caso: Lactante masculino con diagnóstico prenatal de MPC en LII. Se confirma por TAC de tórax con contraste anomalía del drenaje venoso. RNM: irrigación anómala sistémica, compatible con Secuestro Pulmonar Izquierdo. Paciente con síntomas respiratorios desde el nacimiento. Exéresis quirúrgica los 6 meses de vida. Anatomía patológica: Secuestro pulmonar intralobar. MAQ tipo II (lesión híbrida).

Tercer caso: 2ºGemelar, femenino. Internado a los 45 días de vida por Bronquiolitis, VRS+. Rx de tórax: imagen aérea en lóbulo superior izq. que desplaza y colapsa LII y mediastino hacia el lado derecho. Se sospecha y confirma por TAC de tórax ELC de LSI. Paciente sintomático respiratorio

con dos internaciones posteriores con dificultad respiratoria e hipoxemia. Lobectomía a los tres meses de vida. Anatomía patológica ELC.

DISCUSIÓN

El advenimiento de la terapia fetal hace que infantes con casos severos de MPC puedan ahora sobrevivir. Algunos pacientes pueden permanecer asintomáticos y diagnosticarse por hallazgos de imágenes. Otros producen infecciones recurrentes (20-86%) e incluso malignizarse en edades posteriores. Existen controversias sobre la indicación quirúrgica en los casos asintomáticos por desconocimiento de la historia natural de las MPC.

CONCLUSIÓN

Las MPC varían en su presentación clínica y gravedad en función al grado de afectación pulmonar y de su ubicación en el tórax. Los pacientes pueden ser asintomáticos o presentar síntomas respiratorios desde el nacimiento. Por ello es importante resaltar la importancia del diagnóstico prenatal de MPC para un seguimiento y tratamiento adecuados.



SINDROME DRESS: DESAFIO DIAGNOSTICO

Díaz E.¹; Gandarillas M.²

HOSPITAL PEDIATRICO^{1,2}

<wadydiaz@hotmail.com>

216

INTRODUCCIÓN

DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms), es una toxicodermia asociada al uso de fármacos, independientemente de su dosis que se presenta 1 a 8 semanas post administración y cursa con fiebre, exantema, adenopatías, alteraciones hematológicas y compromiso sistémico.

OBJETIVO

Presentación de un niño con Síndrome de DRESS, destacando la importancia de su sospecha clínica oportuna.

CASO CLÍNICO

Niño de 10 años, internado en nuestro hospital por Neumonía con derrame tratamiento inicial: penicilina y dipirona.

Posterior al aislamiento del germen (SAMS) se rota: Clindamicina-Cefalotina. Persiste febril. Se indican alternativamente dipirona, diclofenac, ibuprofeno.

17 DDI presenta un rash escarlatiforme en mejillas, cuello, MMSS, tórax, levemente pruriginoso y fiebre elevada(>39°). Antecedentes ingesta de pescado. Difenhidramina.

18 DDI el rash se extiende a tronco y MMII, edema y eritema labial pruriginoso. GB 2.800 eosinófilos 9%. Compromiso del estado general. Rotan atb: Vancomicina.

19 DDI el rash se hace confluyente, eritematoso, pruriginoso, caliente, en MMSS, MMII y tórax. Edema palpebral, faringe congestiva. Fiebre elevada. El exantema se intensifica, no deja piel sana, respeta palmas y plantas.

Aumenta edema palpebral comprometiendo pabellones auriculares y la cara. Presenta edema de MMII hasta la rodilla godet +, adenopatía inguinal derecha única(Fig. 1 y 2).

LBT GB 6.600, eosinófilos 25%. Aumento de reactantes de fase aguda, enzimas hepáticas elevadas. ECO abdominal: Hepatomegalia leve. Medicación hasta el momento: cefalotina 16 días, clindamicina 10 días, diclofenac 17 días.

Sospecha diagnóstica: Eritema multiforme?, Síndrome Dress?, complicación de neumonía?

De acuerdo al Sistema de puntuación para clasificación de casos de DRESS es un caso "probable"(4-5 puntos).

Suspende tratamiento antibiótico. Se inicia corticoterapia. Buena respuesta con mejoría clínica. Se otorga alta hospitalaria con tto ambulatorio.

CONCLUSIÓN

Aunque los anticonvulsivos son los más frecuentemente implicados, consideramos importante la sospecha diagnóstica frente a un cuadro clínicamente compatible y el antecedente de la administración de otros fármacos como antibióticos, ya que la suspensión de los mismos es fundamental para evitar progresión del daño orgánico.

SINDROME OPSOCLONUS MIOCLONUS EN PEDIATRÍA

Estrada N.¹; Gimenez J.²; Ruffa F.³; Wood C.⁴; Masci G.⁵; Balduzzi M.⁶; Schvarstein T.⁷; Perez Marc G.⁸; Gaivironsky R.⁹

HOSPITAL MILITAR CENTRAL^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<nataliestrada_06@hotmail.com>

217

INTRODUCCIÓN

El síndrome de opsoclonus-mioclonus es una entidad rara en niños. Está caracterizada por movimientos oculares caóticos y rápidos (opsoclonus), mioclonías y ataxia. Puede ser la manifestación de un síndrome paraneoplásico (el neuroblastoma es el tumor más frecuentemente asociado), reconociéndose también otras posibles etiologías: infecciosa, metabólica, tóxica, idiopática y primaria. A largo plazo puede producir un deterioro permanente del SNC con compromiso neurocognitivo global. Existen evidencias que apoyan la teoría de que un mecanismo autoinmune estaría involucrado en la disfunción de estructuras del tronco cerebral y el cerebelo. Actualmente los pilares del tratamiento son los corticoides, la ACTH y las drogas inmunomoduladoras.

OBJETIVO

Presentar al opsoclonus mioclonus primario como una entidad clínica poco frecuente en pediatría a partir de un paciente internado en nuestro servicio que debutó con ataxia aguda y movimientos oculares caóticos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 1 año de edad, sin antecedentes de relevancia, que inicia 2 semanas previas a su internación con catarro de vía aérea superior, agregándose posteriormente ataxia aguda y nistagmus horizontal. A su ingreso se realiza punción lumbar con citoquímico con proteínas de 0,2 gr/dl y glóbulos blancos 15 MN, virológico de líquido cefalorraquídeo negativo para herpes, enterovirus y cultivo bacteriológico negativo. Se lo medicó con ceftriaxona y aciclovir endovenoso, que se suspende con cultivo negativos. Por sospecha de enfermedad desmielinizante, en conjunto

con neurología infantil se indicó pasaje de gammaglobulina y pulsos de metilprednisolona, sin que se produjeran cambios clínicos significativos. Se realizó RMN cerebral y total de columna, que no evidenció de lesiones compatibles con encefalomiелitis diseminada aguda. El polisomnograma de sueño fue normal. Se revaloraron diagnósticos diferenciales y ante la sospecha de neuroblastoma, se realizó centellograma con MIBG y dosaje de catecolaminas, ambos normales.

Laboratorio: anticuerpos anti-NMDA de líquido cefalorraquídeo: negativos, proteína básica de mielina: positiva, poblaciones linfocitarias normales, e IgA: bajas.

Por continuar con sintomatología y careciendo de estudios que avalan los diagnósticos presuntivos diferenciales, se sospechó opsoclonus-mioclonus primario, por lo que se realizó plasmaféresis y nueva infusión de gammaglobulina. Posteriormente permaneció con metilprednisolona 2 mg/kg/día, lográndose la mejoría clínica.

En decisión conjunta con neurología e inmunología, se decidió continuar con pasaje de gammaglobulina en dosis inmunomoduladora cada 21 días así como con tratamiento corticoideo vía oral, a valorar según evolución clínica.

CONCLUSIÓN

El SOM es una entidad rara en la infancia, pero que por su frecuente asociación con el neuroblastoma, así como por el compromiso encefalopático y las secuelas neurocognitivas-psiQUIÁTRICAS que implica, requiere una adecuada evaluación y un tratamiento oportuno. El alto porcentaje de pacientes con secuelas neurocognitivas es un desafío para ensayar nuevas y más agresivas estrategias terapéuticas.



218

PERCEPCION Y CONOCIMIENTO SOBRE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS DE USO COMÚN EN PEDIATRÍA ENTRE PERSONAL DE SALUD

Urman G.¹; Jimenez Baquero M.²; Urman E.³; Grosman A.⁴; Urrestarazu P.⁵

CARRERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, UNIVERSIDAD MAIMONIDES¹; HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES²; HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES, UNIVERSIDAD MAIMONIDES^{3,4,5}
<urman.gabriela@maimonides.edu>

INTRODUCCION

Se ha descrito un aumento en la prevalencia de reacciones adversas a medicamentos (RAM) en la población infantil. Como factores responsables se mencionan su inmadurez, fisiológica, y diferentes respuestas tanto farmacocinéticas como farmacológica.

OBJETIVOS

Evaluar el conocimiento del personal de salud de un servicio de pediatría de un hospital de comunidad de tercer nivel sobre distintos aspectos de RAM.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y transversal. Se aplicó una encuesta anónima y voluntaria para conocer los conocimientos sobre RAM y los riesgos de algunos medicamentos comunmente utilizados en pediatría.

RESULTADOS

Respondieron 100 profesionales (representando un 50% total del personal). Muestra compuesta por: 33% médicos en formación, 31% enfermeros, 24% pediatras, 12% especialistas. El 48% tiene <5 años de experiencia, 23% de 5 a 10 años, el resto más de 10. El 59% refirió haber recibido capacitación sobre RAM. Un 83% respondió haber observado al menos una RAM.

Con respecto a su frecuencia y severidad en pediatría, solo 48% contestó que son más probables y 17% las considero además más leves que en adultos. Respecto a los desencadenantes el 74% afirma que es la dosis, 7% el peso, 5% la edad y 14% la vía de administración. El 66% considera que las

RAM en general son muy frecuentes o frecuentes. Los efectos colaterales son poco frecuentes para 51%. El 83% consideró que las manifestaciones clínicas más frecuente de las RAM son dermatológicas.

El 64% de los encuestados siempre o casi siempre evalúa posibles interacciones entre medicamentos al prescribirlos, 29% lo hace a veces y 7% nunca.

La percepción del riesgo fue baja para 11 de los 19 grupos de medicamentos evaluados. Los asociados con un mayor riesgo de RAM fueron: la quimioterapia en 83%, los antitusivos en 53% y los antiulcerosos con 53%, los antibióticos 44%, insulina un 49%, AINE en 40%.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los encuestados recibió alguna capacitación en el tema y tiene la percepción que las RAM en pediatría son más frecuentes, más probables y más severas en comparación con los adultos, y piensan que las manifestaciones más frecuentes son dermatológicas. A pesar de tener menos de 5 años de experiencia presenciaron al menos una RAM. La percepción de riesgo fue variada. Casi 75% de los encuestados atribuyó a problemas de dosificación la presencia de RAM, lo que implicaría su responsabilidad directa. La capacitación sobre prevención y manejo de RAM sería necesaria para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de atención.

A PROPÓSITO DE UN CASO, DEBUT DIABÉTICO EN PACIENTE DE 16 MESES

Guzman L.¹; Carron S.²; Vegas G.³

HOSPITAL MISERICORDIA^{1,2,3}
<luchoguzman2015@gmail.com>

219

INTRODUCCIÓN

La Cetoacidosis Diabética es una complicación grave y es la causa más común de hospitalización de niños con diabetes tipo 1, los pacientes típicos suelen acudir a la urgencia luego de días con la clínica del debut, mientras que en niños pequeños suele ser en menos tiempo y más agudo, generando un desafío en el manejo de estos pacientes en el diagnóstico y su correcto tratamiento.

OBJETIVO

Reportar un caso infrecuente de debut diabético en un menor de 2 años.

CASO CLÍNICO

Paciente de 16 meses sexo masculino sin antecedentes perinatológicos, ingresa por guardia por vómitos, dificultad respiratoria, pálido generalizado, taquipnea, taquicardia, signos de deshidratación grave, soporoso, hipoactivo. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, Glucemia: 529mg/dl, Ph 7.15 (PcO2: 8/PO2: 108,5/ Bicarbonato: 2,4/ Exceso de Base: -23,7/ Sat: 95,2%) PCR: Negativa, Na 138meq/lit; k 4,3meq/lit; Cl 114meq/lit. Orina: glucosuria++++, cetonuria+++ Se realiza 2 expansiones de solución fisiológica a 20ml/Kg, ingresa a Utip se realiza correcciones de bicarbonato según fórmula, comienza plan de hidratación 3000 ml/m2, se coloca goteo insulina corriente 50 unidades/50 cc de Solución fisiológica a infusión de 5ml/hs.

Comienza descensos de glucemia y en paralelo el goteo de insulina según controles realizados cada 1 hs, paciente recupera sensorio mejora frecuencia respiratoria. Al día siguiente se aumentó plan hidratación a 4000ml/m2 comienza plan de segundo día 2/3 administrado vía oral y

1/3 administrado vía parenteral. Paciente maneja glucemias hasta 200 mg/dl medicado con Insulina NPH y correcciones con insulina corriente, se suspende bomba de insulina, Ultimo Laboratorio: Ph 7,48 (PcO2: 29,9/PO2: 59,8/Bicarbonato: 22,2/Exceso de base: -0,5/Sat: 92,6%). Evoluciona favorablemente al 4to día se otorga el alta hospitalaria.

CONCLUSIONES

La baja prevalencia de Cetoacidosis Diabética en menores de 2 años de edad lleva al retraso en su diagnóstico y tratamiento con incremento en morbimortalidad por mayor riesgo en este grupo etario de edema cerebral, tratados en un principio como enfermedades respiratorias con corticoides siendo interpretados como procesos bronquiales, exacerbando el cuadro, por lo cual es importante sospechar a edades tempranas ayudando con el diagnóstico a mejorar tratamiento, prevenir secuelas posteriores y mejorar el pronóstico.



220

HIPERTIROIDISMO CONGÉNITO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Martoccia Filippetti F.¹; Funes M.²

HOSPITAL MISERICORDIA DEL NUEVO SIGLO^{1,2}

<fiomf08@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El hipertiroidismo es una patología infrecuente en la infancia y es aún menos frecuente durante el periodo neonatal, representando menos del 1% de todos los casos. De etiología generalmente autoinmune; resultante del pasaje de anticuerpos maternos a través de la placenta. Es potencialmente grave, pudiendo producir RCIU, prematuridad, insuficiencia cardíaca, incluso muerte intrauterina, por lo que resulta fundamental un diagnóstico precoz; siendo muy importante un correcto tratamiento materno durante el embarazo.

OBJETIVO

Reportar el caso de un neonato con hipertiroidismo congénito autoinmune.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino, de nueve horas de vida, RNPT (34 EG) /AEG (2600 gr), derivada de Sta Rosa de Rio Primero. Embarazo controlado. APP Maternos: enfermedad tiroidea mal controlada, en estudio actualmente.

Ingresa a UTIN por prematuridad, dificultad respiratoria y riesgo de sepsis (ITU materna). Permanece en ARM 7 días, 4 en VNI. Completa tratamiento con Ampicilina-Gentamicina, cultivos negativos. Paciente llamativamente irritable, con exoftalmos y taquicardia. Se realiza ecocardiograma en el cual se informa hipertensión pulmonar, cavidades derechas dilatadas e insuficiencia tricuspídea moderada. Se solicita laboratorio con perfil tiroideo: T4 libre 7,7 ng/dl, TSH 0.03 UI/ml, anticuerpo anti-TPO 500.50 UI/ml, Ac anti-TG 78.68, Ac anti-TSHR >40 UI/L. Tratamiento: Se inicia Milrinona (durante 8 días y se suspende por nuevo ecocardiograma normal), Pro-

panolol y Metimazol. Screening Metabólico normal. Se realiza ecografía tiroidea: Glándula homogénea, istmo y lóbulos aumentados. Pasa a UCI por mejoría clínica, actualmente en seguimiento endocrinológico.

CONCLUSIÓN

Es importante sospechar hipertiroidismo congénito ante clínica compatible y antecedente materno de disfunción tiroidea. Este último no debe ser desestimado.

El tratamiento precoz es fundamental en el control de esta patología. Destacamos la importancia de los controles prenatales en la pesquisa de patologías transmisibles.

ESTATUS EPILEPTICUS REFRACTARIO EN UTIP. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Bois F.¹; Silva A.²; Essen A.³

HOSPITAL PEDIÁTRICO MALVINAS ARGENTINAS - UTIP¹; HOSPITAL ALEMÁN²;

HOSPITAL PEDIÁTRICO MALVINAS ARGENTINAS - UTIP³

<fedeboss@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Status epiléptico (SE) es la emergencia neurológica más frecuente en pediatría, a pesar de los avances en el tratamiento, sigue asociándose a una alta tasa de morbimortalidad.

Tradicionalmente se define como actividad convulsiva continua de más de 30 minutos o una serie de convulsiones de igual duración sin recuperación completa intercrisis. Sin embargo está descrito que el daño neuronal y la farmacoresistencia puede ocurrir antes de ese lapso.

Los pacientes que no responden al tratamiento estándar con dosis adecuadas de benzodiazepinas seguido de una droga antiepiléptica aceptable son definidos como status refractario. El presente estudio intenta caracterizar la población de niños con SE que ingresan a UTIP y determinar qué factores son predictores de refractariedad en esta población.

MÉTODOS

Estudio de casos y controles, retrospectivo. Historias clínicas de niños con SE internados en UTIP desde Octubre 2014 a Octubre 2016. Casos: Status epilepticus refractario (SER). Controles: Status epilepticus no refractario (SENR). Se calcularon odds ratio (OR) y riesgo relativo (RR) para las distintas variables en Medcalc.

RESULTADOS

Se internaron 35 pacientes de los cuales 12 cumplían criterio de caso y 23 controles. La fiebre estuvo presente en el 77% de los pacientes siendo

83% en SER y 74% en SENR (p=0.685). Aunque se observaron más casos de meningitis bacteriana entre los pacientes con SER, la diferencia no fue estadísticamente significativa (RR=2,0; IC95%= 0,8-4,9).

Se observó que 25% de los pacientes con SER presentaba antecedentes de convulsión febril al menos una vez, mientras que sólo 4% del grupo control había presentado ese antecedente, con RR de 2,5 (IC95%= 1,1-5,6). El análisis de regresión múltiple demostró como única variable asociada al antecedente de convulsión febril (p=0.049).

DISCUSIÓN

Dado el aumento en la mortalidad de los pacientes con SER sería importante disponer de más estudios que puedan predecir este tipo de desenlace para iniciar tratamiento oportuno.

A raíz de nuestros hallazgos resultaría útil entrenar a los padres de niños con antecedente de convulsión febril en la aplicación de medicación antiepiléptica prehospitalaria. Esto podría prevenir la farmacoresistencia, el daño neurológico y las complicaciones que acarrea el ingreso a UTIP.

Para mejorar la calidad de vida de estos pacientes se debiera facilitar su acceso a la medicación adecuada de forma precoz y educar a todo el personal de salud y familiares sobre los riesgos y cuidados requeridos por estos niños.

221



CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS PREMATUROS ATENDIDO EN EL PROGRAMA MADRE CANGURO AMBULATORIO DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. ARAUCA, COLOMBIA. 2011 – 2017

223

Barragan A¹; Quenza Villa JP²; Huertas YZ³

HOSPITAL SAN VICENTE^{1,2,3}

abarragon1@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El método madre canguero en un programa diseñado para el cuidado del paciente prematuro manejado intra y extrahospitalariamente. Donde se hace un seguimiento estricto en varios aspectos, uno de los más importantes es la recuperación nutricional.

OBJETIVO

Valorar nutricionalmente a los pacientes prematuros que tengan 6 meses de edad corregida y que asistían al programa canguero.

Pacientes y métodos: Se realizó estudio observacional y descriptivo, se analizaron 196 historias clínicas y se incluyeron 109 paciente, se recolecto datos personales, medidas antropométricas y tipo de alimentación, y se realizo la valoración nutricional.

RESULTADOS

La edad gestacional al nacer va desde 25 a 36 semanas, con un peso de 520 gr a 3.096gr. Recibieron alimentación mixta con lactancia materna y formula 1 y/o prematuros el 81.65%, el 100% recibió minerales (hierro y calcio) y vitaminas, donde se encontró que el 81.65% tenía un P/E adecuado, un 95.41% una T/E adecuada y un 97.24% adecuado perimetro cefalico

Discusión. Aun sabiendo que la leche materna exclusiva es el mejor alimentos en los prematuros, cada niño necesitara un aporte calórico diferente según las velocidad en las curvas de crecimiento y que el suministro de los minerales y vitaminas contribuyen a lograr buenos resultados antropométricos en estos niños

Tabla 1. Características de 109 niños prematuros de 36 semanas o menor que asisten al programa madre canguero ambulatorio en el hospital San Vicente. Arauca, Colombia.

SEXO	N	%
Masculino	51	46.78
Femenino	58	53.21
ALIMENTACION	N	%
Lactancia materna exclusiva	10	9.17
Lactancia y formula 1 o de prematuros	89	81.65
Formula 1 o de prematuros exclusiva	10	9.17

Tabla 2. Valoración nutricional antropométrica

	MASCULINO		FEMENINA			
	N	%	N	%	N	%
PESO/EDAD (P/E)						
Peso adecuado para la edad	89	81.65	44	83.01	45	80.35
Peso bajo para la edad	18	16.51	8	15.09	10	17.85
Riesgo de peso bajo para la edad	2	1.83	1	1.88	1	1.78
Peso muy bajo para la edad	0		0		0	
TALLA/EDAD (T/E)						
Talla Adecuada para la edad	104	95.41	51	96.22	53	94.64
Riesgo de talla baja	5	4.58	2	3.77	3	5.35
Talla baja para la edad	0		0		0	
PERIMETRO CEFÁLICO (PC/E)						
Adecuado	106	97.24	51	96.22	55	98.21
Microcefalia	0		0		0	
Macrocefalia	3	2.75	2	3.77	1	1.78

PIERNAS CURVAS¿EN QUE PENSAMOS?

224

Ruiz C.¹

HTAL FEDERICO FALCON¹

<cel_r85@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El SLW es una enfermedad poco frecuente en pediatría de herencia autosómica dominante, con mutaciones en el gen SHOX.

OBJETIVO

Describir un paciente en seguimiento en el Hospital Federico Falcon con genu varo y diagnostico final de SLW, sus diagnósticos diferenciales y posibles tratamientos

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente varón, sin antecedentes de importancia, que en control de salud presenta genu varo. Realizó seguimiento traumatológico pero al no mejorar con la edad ni con tratamiento ortopédico habitual se deriva a los 8 años a centro de mayor complejidad. Por grado severidad, en el servicio de traumatología del Htal Gutiérrez sugieren realizar interconsulta con endocrinología y genética. Del laboratorio se rescata dosaje de vitamina D de 20 ng/ml con valores de Ca/P normales. De la evaluación familiar hecha por genética, se detecta baja talla familiar y alteraciones esqueléticas en hermanos y madre. Se arriba al diagnóstico de síndrome de Leri Weill. Actualmente el paciente continúa seguimiento con endocrinología y traumatología con eventual conducta quirúrgica. Recibe vit D

DISCUSIÓN

El genu varo se trata de una incurvación de los miembros inferiores a convexidad externa fisiológica hasta los 30 meses aproximadamente. Si los controles de medición superan los reconocidos como normales o la

deformidad persiste por encima de los 36 meses se deberá realizar un diagnóstico diferencial y la observación del entorno familiar.

El SLW es una displasia mesomélica con acortamiento de extremidades, de herencia autosómico dominante, con mutaciones en el gen SHOX localizado en Xp 22 y en Yp 11.3 que codifica a un factor de transcripción regulador del crecimiento de las extremidades.

Su diagnóstico es clínico y radiológico. En todos los casos existe algún grado de deformidad de Madelung. El tratamiento consiste en actos quirúrgicos como la corrección de la angulación radiocarpiana o el alargamiento óseo en caso de dolor. En nuestro paciente el deficit de vitamina D fue un hallazgo.

CONCLUSIÓN

Todo paciente con un genu varo después de los 30/36 meses requiere descartar otras patologías subyacentes como el raquitismo carencial o hipofosfatémico, la enfermedad de Blount, causas infecciosas, traumáticas y síndromes genéticos como el SLW en este caso..



ANILLOS VASCULARES: PRESENTACION DE CASOS EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

Urman G.¹; Alejandra R.²; Alexis P.³; Kiang J.⁴; Urrestarazu P.⁵; Grosman A.⁶; Urman G.⁷

CARRERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, UNIVERSIDAD MAIMONIDES^{1,2,3,7}; CARRERA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA-UNIVERSIDAD MAIMONIDES- HOSPITAL ESPAÑOL-SEPN^{4,5,6}

<urman.gabriela@maimonides.edu>

225

INTRODUCCIÓN

Los anillos vasculares son una causa poco frecuente de estridor o disfagia en la infancia. Las malformaciones del arco aórtico y sus ramas constituyen menos del 1% de las anomalías congénitas cardiovasculares.

OBJETIVO

Describir la experiencia en el diagnóstico y manejo de los pacientes con anillos vasculares atendidos en un servicio de pediatría de un hospital de comunidad a lo largo de 6 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizó en forma retrospectiva la edad, presentación, estudios diagnósticos, tratamiento y evolución de los pacientes con diagnóstico de anillo vascular, atendidos en el Hospital Español de Buenos Aires, desde Octubre de 2016 a Marzo de 2017.

RESULTADOS

Se incluyeron 4 pacientes, rango de edad 8 meses - 11 años. Todos fueron anillos incompletos. Dos casos de arteria subclavia derecha aberrante (ASD), un nacimiento tardío del tronco innominado, y un sling de la arteria pulmonar (AP). Dos de los niños tenían síndrome de Down. Todos presentaron infecciones respiratorias a repetición, 50% presentó estridor, trastornos deglutorios, mal progreso del peso y sibilancias recurrentes. En 3 casos la sospecha clínica fue dada por las múltiples interurrencias respiratorias y trastorno de la deglución con mal progreso de peso. El cuarto caso se presentó como insuficiencia respiratoria aguda donde se evidenció la compresión de la tráquea. Los métodos diagnósticos fueron: laringoscopia directa 50%, endoscopia 50%, seriada gastroduodenal 25% y videofluoroscopia de la deglución 25%. En

todos los casos se realizó angio TC con reconstrucción 3D. Se realizó corrección quirúrgica- 2 casos ligadura y sección de ASD, pexia de tronco braquiocefálico, corrección de sling, sección y reimplante de rama izquierda de la AP y plástica de microtraquea. Los procedimientos fueron bien tolerados sin complicaciones. Dos de los pacientes requirieron realización de traqueotomía por ARM prolongada. Actualmente se encuentran tres pacientes en seguimiento ambulatorio y una recibe cuidados domiciliarios.

CONCLUSIÓN

Si bien la incidencia de esta patología es baja, constituye una causa importante de obstrucción congénita de la vía aérea superior en niños, por lo que debe sospecharse ante: tos traqueal crónica o estridor bifásico persistente, síndrome bronquiolítico que no responde al tratamiento broncodilatador y fallas en la extubación (presentados todos por nuestros pacientes). La angio TC fue el estudio de confirmación en nuestra serie. Encontramos en nuestro estudio un diagnóstico tardío de esta patología, con las consecuencias que conlleva la compresión prolongada de la vía aérea. El pronóstico y calidad de vida dependen de la presencia de comorbilidades y del diagnóstico y manejo oportunos. Hay una relación entre las variantes anatómicas y la clínica; ante el nacimiento tardío del tronco innominado como en casos de sling de la arteria pulmonar la clínica predominante es respiratoria, mientras que la arteria ASD aberrante es la que da síntomas digestivos, mal progreso de peso, disfagia (sobre todo sólidos) o vómitos postprandiales. En general, estas manifestaciones se inician tempranamente, pero son confundidas con cuadros de laringitis, traqueomalacia o reflujo gastroesofágico.

PRÁCTICAS DE NUTRICIÓN ENTERAL DE PREMATUROS < 1500 GR. EN 15 CENTROS DE LA RED SIBEN

Cardetti M.¹; Morgues M.²; Sola A.³; Golombek S.⁴

CLÍNICA Y MATERNIDAD CERHU¹; RED SOCIEDAD IBEROAMERICANA NEONATOLOGÍA^{2,3,4}

<mcadetti@hotmail.com>

227

INTRODUCCIÓN

La nutrición enteral precoz permite a RNMBP sobrevivir y desarrollarse con menos secuelas nutricionales. La Red de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN) cuenta con reportes de RN < 1500 g. de 15 centros en Argentina, México, Venezuela, Bolivia, Ecuador, Brasil y República Dominicana, con diferencias en las prácticas nutricionales entre ellos.

OBJETIVOS

Conocer la precocidad con que se inicia la nutrición enteral en los distintos centros de Neonatología de la Red SIBEN.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron 613 niños ≤1500 g que ingresaron en 15 centros de la red SIBEN desde 1/01 al 31/12 de 2016. Se clasificaron según FENTON 2013 al nacer. Se realizó análisis global y comparativo entre los centros sobre inicio de alimentación enteral. Se agruparon en: Grupo 1 o precoz, < 48 horas y Grupo 2 o tardío, después de las 48 horas. Se relacionó el tiempo de inicio nutricional con la edad en que recuperaron peso de nacimiento (antes o después de los 10 días de vida) y el peso al alta.

RESULTADOS

El total de la muestra presentaba Peso μ = 1086 g; EG μ = 30 sem. y Peso al alta 2147 + 556 g. El 16,9% era PEG, el 8,2% PEG severo y el 73,9% AEG. El 85,5% inició la alimentación con Leche Materna. Grupo 1 o precoz 53,5% (μ 1.3 días); Grupo 2 o tardío 46,5% (μ 7.7 días). El 59,6% de los PEG y 38% PEG severo comienza la alimentación en las primeras 48 horas. La recuperación del peso de nacimiento en ≤10 días se observó en Grupo

1, OR 1,87 (IC95% 1,40 – 2,50). En cuanto a mortalidad si bien hubo una disminución en el grupo Grupo 1 no llegó a ser significativo OR 0,71 (IC95% 0,49 – 1,01). Hubo gran variabilidad entre los centros sobre inicio de la nutrición, En 6 centros más de la mitad de los pacientes comienzan la alimentación antes de las 48 horas con una media 69,3% + 10,5% en el resto de los 9 centros menos de la mitad comienzan la alimentación en las primeras 48 horas con una media de 28,7% ± 7,7%. Con respecto a la nutrición al alta, los nacidos con peso AEG solo el 28,4% mantiene esa condición mientras que el 27,6% pasa a PEG y el 44,2% PEG severo. Los PEG solamente el 9,5% mantiene esa condición y el resto pasa a ser PEG severo. El 100% de los PEG severo mantiene su condición al alta. Los pacientes del Grupo 1 presentan peso al alta en percentil P10-97 en forma significativa OR 2,6 (IC95% 1,68 – 4,27) comparado con Grupo 2.

CONCLUSIONES

A pesar de estar demostrado el beneficio de la alimentación precoz para el equilibrio metabólico y el desarrollo intestinal, se observó que es muy difícil para los centros iniciarla. Se evidencia la importancia del trabajo en red para mejorar la calidad de atención en aquellos centros que se apartan más de lo esperado y de la buena práctica. Debemos poner en marcha estrategias evaluables que lleven a mejorar el tiempo de inicio de la alimentación y aumentar el uso de LME.



CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA EN PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL

228

Castrillon Gonzalez M.¹; Millan Ospina K.²; Urman G.³; Urman E.⁴

HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES¹; CARRERA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, UNIVERSIDAD MAIMONIDES²; HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES, CARRERA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, UNIVERSIDAD MAIMONIDES^{3,4}

<margara-castrillon@hotmail.com>

INTRODUCCION

El riesgo del cese prematuro de la lactancia en las mujeres que se desempeñan en el sector de la salud no ha sido suficientemente estudiado.

OBJETIVOS

Conocer las experiencias de lactancia de mujeres que se desempeñan en el servicio de pediatría del Hospital Español y compararlo con personal de salud de otras áreas. Indagar el apoyo que recibieron de sus parejas, compañeros de trabajo y el entorno laboral.

MATERIALES Y METODOS

Estudio transversal, analítico. Se aplicó una encuesta voluntaria y anónima en una muestra por conveniencia, invitando a participar a mujeres que hubieran amamantado del personal del Hospital Español.

RESULTADOS

Respondieron 50 mujeres del servicio de pediatría (60% enfermeras y el 30% al área médica y 10% otras) y 80 del resto del hospital (17.5% fueron médicas, el 18.75% enfermeras y el 62.5% de otras dependencias incluyendo laboratorio, radiología, nutrición, hemoterapia, administrativa). Las edades fueron 43.75% entre 31-40 años, el 20% entre 20-30 años, el 16.25% entre 41-5 años y el 18.75% más de 51 años. En cuanto al número de hijos el 48.75% tienen un hijo, el 43.75% entre 2-4 y el 7.5% más de 4 hijos. El 88% de 1 área de pediatría y el 82% del resto del hospital refirieron haber sido amamantadas. El 88.75% respondió haber amamantado a todos sus hijos. Entre ellas el 24.25% lo hizo hasta antes de los 6 meses de vida, el 40.85% dieron el pecho a sus hijos hasta los 12 meses, y el 35.25% más allá del año.

En cuanto a las razones por las cuales suspendieron la lactancia los resultados fueron similares en ambos grupos: un 41.53% refirió que su hijo dejó solo el pecho, el 27.69% suspendió por falta de producción, el 23.07% por falta de tiempo o reincorporación laboral y el 7.69% por motivos médicos/farmacológicos.

El 43.75% refiere haber tenido apoyo permanente por parte de sus parejas y un 42% refieren lo mismo en relación a sus compañeros de trabajo.

El 75% pudo mantener la lactancia al volver a trabajar pese a que un 50% de las encuestadas refiere no contar con condiciones satisfactorias institucionales. Solo un 55% de las madres se extrajeron leche en su lugar de trabajo. Se indagó acerca de la conveniencia de la presencia de un lactario: un 66.25% de la muestra general y un 70% de la muestra de SEPN estarían muy de acuerdo con la implementación del mismo

CONCLUSION

La lactancia materna sigue siendo privilegiada por todas las madres que se desempeñan en nuestra institución, y no especialmente como era una hipótesis de trabajo, por el grupo que desempeña en pediatría. Para mantener y aun mejorar los valores encontrados es necesario superar las dificultades mencionadas tales como la falta de apoyo de los compañeros y de espacios para extracción de leche en horario

COQUELUCHE GRAVE

230

Nomen M.¹; Gandarillas M.²; Toledo C.³; Arbones R.⁴

HOSPITAL PEDIATRICO DEL NIÑO JESÚS^{1,2,3,4}

<flor_nomen@hotmail.com>

INTRODUCCION

El coqueluche es una enfermedad bacteriana causada por Bordetella Pertussis, vigente incluso en países con alta cobertura de inmunización activa. Los menores de un año son el principal grupo de riesgo para coqueluche grave, caracterizada por una evolución tórpida con alta tasa de mortalidad.

OBJETIVOS

Presentar un caso de coqueluche grave internado en nuestro hospital. Resaltar la importancia de la inmunización materna y del niño en la prevención de este cuadro.

CASO CLINICO

Lactante de 2 meses, producto de un embarazo controlado, madre no recibió dPTa. Sin antecedentes patológicos e inmunizaciones completas.

Presenta tos seca, irritativa de 8 días de evolución que empeora con ahogos, rubicundez facial cianosis peribucal y vómitos post accesos. Se agrega disnea, fiebre, apneas. Lo derivan a nuestro hospital. 09/08 Se recibe paciente intubado, hemodinámicamente estable Dx SDRG - Síndrome coqueluchoide. Tratamiento: claritromicina/oseltamivir. Rx de tórax: infiltrado intersticio alveolar hiliofugal bilateral, infiltrado paracardiaco derecho. GB 106500 (1/1/2/1/57/1/0/35/2/0) RFA (-) Hb 9,2 Pla 762.000 Pancultivo-ampicilina/gentamicina. 10/08 02-09 hs regular aspecto general, inestable hemodinámicamente taquicardia sinusal persistente PAM60. Alta sospecha de coqueluche grave. Inotrópicos, ↑setting. TGRS - ECO cardiograma Normal Cultivos sin desarrollo. GB 122.700 (1/1/16/40/1/0/32/8/1) HB 8,9 Hto 25 plaquetas 751.000 Leucorreduccion

con GR lavados y desleucocitados. 19:45 hs Finalizando leucorreduccion PAM 30/35, aumento inotrópicos sin respuesta. Hidrocortisona. 22:30 hs GB 67100 Mal aspecto general, descompensado hemodinámicamente, oliguria- ecocardio taquicardia- mala contractilidad global. 11/08 06 hs Setting 30/8 FIO2 100% Inotrópicos asociados a máximas dosis con refractariedad. 07:30 hs Parocardiorespiratorio. RCP avanzada. Óbito Shock cardiogénico irreversible Fallo multiorgánico Diagnóstico: Coqueluche grave - PCR para Bordetella Pertussis (+) en secreciones respiratorias.

CONCLUSION

Si bien es infrecuente, el coqueluche grave es devastador en lactantes menores de 3 meses, como ocurrió en nuestro caso, sin respuesta a las medidas de tratamiento disponibles, por lo cual consideramos de vital importancia tomar conciencia sobre la inmunización, no solo al niño sino también durante la gestación.

En la Argentina, se ha verificado un aumento de los casos y brotes de la enfermedad desde 2004. En 2011, se registraron 6052 casos sospechosos de los cuales 1293 fueron registrados como confirmados. Asimismo, el Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA - SNVS) notificó 7778 sospechosos, de los que 1653 fueron positivos para Bordetella pertussis, en tanto que treinta y nueve lactantes menores de un año fallecieron por esta enfermedad hasta la semana epidemiológica 39. Por lo que se realizó una campaña nacional de vacunación a embarazadas luego de la semana 20 de gestación obteniéndose los siguientes resultados:



EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS CON MINI-CEX EN RESIDENTES DE PEDIATRÍA

Giner I.¹; Alvarez A.²; Fernandez Galvez G.³

POLICLÍNICO NEUQUÉN^{1,2,3}

<nachitoginer@yahoo.co.uk>

231

INTRODUCCIÓN

La observación directa de los residentes en su desempeño es esencial para evaluar si adquieren y desarrollan las competencias necesarias para la práctica profesional. Se trata de evaluar el nivel superior de la pirámide de Miller, el ser capaz de "hacer" en un contexto real, que puede ser evaluado con el Ejercicio de Examen Clínico Reducido o Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) de la literatura en inglés. Se centra en las habilidades que los residentes demuestran en el encuentro con el paciente y en donde el docente utiliza un formulario breve y estructurado. El Mini-Cex es un instrumento válido y confiable para evaluar las habilidades clínicas y dar una devolución constructiva o feedback de manera inmediata al evaluado.

OBJETIVO

Evaluar las competencias clínicas de los residentes de pediatría utilizando Mini-CEX como instrumento.

MÉTODOS

El diseño del estudio fue analítico y descriptivo. El Mini-CEX se implementó regularmente en la Residencia de Pediatría de Neuquén desde el año 2011. Se utilizó el Mini-CEX, método basado en la observación directa del desempeño del residente durante su práctica diaria, por parte de un docente. Cada residente fue evaluado en diferentes situaciones clínicas, por diferentes docentes. Con una escala de nueve puntos se evaluaron las distintas habilidades y la satisfacción con el método. Para el desempeño un puntaje de 1 a 3 se consideró insatisfactorio, 4 a 6, satisfactorio y de 7 a 9 sobresaliente.

RESULTADOS

Se realizaron 506 observaciones, entre 01/01/2011 y 30/04/2017. Participaron

19 docentes y 24 residentes. Hubo una media de 21 observaciones por cada residente. Cada residente fue evaluado por 7 docentes diferentes en promedio, (entre 2 y 11). Del total de evaluaciones, 43,7% correspondieron a residentes de primero, 36% a segundo y 20,3% a tercero. Las observaciones se realizaron en consultorios externos 13,5%, internación pediátrica 27,1%, neonatología 26,3%, sala de recepción del recién nacido 23,6% y en internación conjunta 9,5%. Los puntajes promedios fueron: profesionalismo 7,91; entrevista 7,43; examen clínico 7,57; criterio clínico 7,62; asesoramiento 7,44 y organización 7,62. Los puntajes de competencia global variaron de acuerdo a los años de experiencia. Primer año; 7,23; segundo; 7,68 y tercero; 8,12. El puntaje de satisfacción de los docentes fue 7,94 y de los residentes 7,93. El tiempo de duración de las observaciones fue de 20 minutos y el de la devolución constructiva fue 12,9 minutos. El tiempo total de cada evaluación fue de 32,9 minutos en promedio. Durante la devolución constructiva o feedback se destacaron las fortalezas en 77,6% de las observaciones, las debilidades en 29,6% y los aspectos a mejorar en 28%. Se definió un plan de acción en 13,2% y hubo un proceso de reflexión sobre lo actuado y una autocrítica por parte del residente en 22,7% de las evaluaciones.

CONCLUSIONES

La implementación del Mini-CEX bien aceptada por residentes y docentes y pudo tener continuidad durante los 6,4 años del estudio. Permitió valorar los diferentes niveles de desempeño de los residentes según su experiencia. La devolución constructiva fomentó el intercambio entre el docente y el residente.

NEUTROPENIA FEBRIL PROLONGADA, UN DESAFÍO TERAPÉUTICO

Urtasun M.¹; Valentini L.²; Maiolo L.³; Burgos R.⁴; Davenport C.⁵; Raiden S.⁶

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6}

<m_urtasun@yahoo.com.ar>

233

INTRODUCCION

Arribar al diagnóstico etiológico frente a un síndrome febril prolongado con neutropenia persistente implica una búsqueda minuciosa y escalonada con la dificultad agregada de tratarse de enfermedad potencialmente grave.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico que implica un desafío terapéutico por la ausencia de diagnóstico etiológico.

CASO CLINICO

Niña de 3 años consulta por fiebre de siete días evolución, se constata neutropenia. Se interna para diagnóstico e inicia tratamiento con ceftriaxona. Se solicita laboratorio, evidencia PCR 300 mg/dl, proteínas totales 7gr/dl y albumina 2,5 gr/dl. Hemocultivos y urocultivo: negativos. Ecocardiograma, ecografía abdominal y radiografía de tórax normales, PPD 0mm. Serologías virales: negativas. Luego de 10 días se suspende antibiótico. Persiste con neutropenia severa. Se realiza biopsia de médula ósea que muestra ausencia de precursores mieloides, aumento de células plasmáticas y macrófagos. Se toma muestra para cultivos y PCR virales de médula ósea (negativos). Se evalúa el estado inmunológico: aumento de IgG y poblaciones celulares que determinan perfil productor de anticuerpos. Se solicita TC de tórax, senos paranasales y abdomen por continuar febril. Presenta en pulmón áreas de consolidación. Se toma BAL para cultivo y PCR virales, negativos, y se decide de manera interdisciplinaria iniciar empíricamente tratamiento con antibiótico de amplio espectro y anti fúngico junto con esquema de corticoides a dosis inmunosupresoras y factor estimulante de colonias. Luego de 10 días de dicho esquema la paciente persiste febril y sin neutrófilos en sangre periférica. Con

sospecha de un mecanismo autoinmune implicado en la fisiopatología se indica tratamiento con gammaglobulina. Luego de 48 hs comienza mejoría de curva febril, aumento de neutrófilos en sangre periférica y mejoría clínica.

CONCLUSION

La neutropenia determina un aumento en la susceptibilidad para desarrollar infecciones graves y potencialmente mortales. Ante la imposibilidad de arribar al diagnóstico etiológico a pesar de la búsqueda exhaustiva, surge la necesidad de iniciar un tratamiento empírico acorde al probable mecanismo fisiopatológico implicado con el fin de lograr, cuando menos, la mejoría clínica.



234

CUTIS MARMORATA TELEAGENTASICA CONGENITA

Seambelar G.¹

OLAVARRIA¹

<gastonseambelar@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Cutis Marmorata Telangiectásica Congénita (también conocida como síndrome de van Lohuizen) es una malformación vascular cutánea de bajo flujo, que compromete vasos capilares y venosos. Su causa es desconocida y tiene una incidencia muy baja, de 1/3000 recién Nacidos, presentándose en 9 de 10 casos desde el nacimiento. El diagnóstico es clínico, siendo importante su reconocimiento precoz, evitando estudios diagnósticos cruentos para el recién nacido, ya que estudio histológico es inespecífico.

OBJETIVOS

Se presenta un caso de un paciente con diagnóstico de Cutis Marmorata Telangiectásica Congénita, no asociado a otras malformaciones.

Descripción del caso: Se describe un paciente nacido de término, embarazo controlado, con serología negativas, sin complicaciones gineco-obstetricas ni antecedentes familiares de relevancia. Al segundo día de vida, desarrolla lesiones maculo-eritematosas violáceas, de aspecto reticulado, unilaterales, abarcando raíz hasta tobillo de miembro inferior izquierdo (respetando planta del pie), asociadas a leve hipotrofia del miembro afectado (Imagen 1).

Se realizan exámenes complementarios, incluyendo ecografía abdominal, fondo de ojo y ecoencefalografía, normales. La ecografía del miembro inferior afectado evidencia una hipotrofia de músculos aductores, acompañado de un flujo vascular normal de vasos profundos. Se interconsulta a dermatología, quien realiza el diagnóstico de Cutis Marmorata Telangiectásica Congénita, indicando terapia ocupacional y seguimiento clínico pediátrico periódico. En base a este diagnóstico

se asesora a la familia sobre el alto porcentaje de que la patología sea transitoria (remitiendo en la adolescencia), pero advirtiendo sobre la probabilidad de persistencia de las lesiones

Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por dermatología, terapia ocupacional y pediatría, observándose una marcada hipotrofia del miembro afectado.

Imagen 1. Imagen del miembro inferior izquierdo comparado contralateral a los 4 días de vida

CONCLUSIÓN

Este caso describe una malformación congénita rara, al cual se arriba rápidamente a un diagnóstico clínico, evitando procedimientos cruentos y logrando aliviar rápidamente la ansiedad familiar aportándole un adecuado diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. La Cutis Marmorata Telangiectásica Congénita, en general permanece estable durante la infancia y remite en la adolescencia. La malformación asociada más frecuente es la hipertrofia o atrofia del miembro comprometido, atrofia cutánea, ulceraciones y en ocasiones sangrado. La importancia de la presentación de este caso radica en su diagnóstico fundamentalmente clínico, con apariencia característica, en donde su rápido reconocimiento evita procedimientos cruentos y permite un comienzo precoz del plan de rehabilitación con la terapeuta ocupacional.

A PROPÓSITO DE UN CASO: ANQUILOSIS TEMPORO MANDIBULAR

Zito P.¹; Berger G.²; Cipriano M.³; Wasserman J.⁴

OSECAC- HOSPITAL POSADAS^{1,2,3,4}

<paula.zito@hotmail.com>

236

INTRODUCCIÓN

La anquilosis temporo mandibular es una inmovilidad anormal de la mandíbula, desorden que lleva a una restricción de la apertura bucal, con reducción de los movimientos mandibulares o una completa inmovilización. Se clasifica según su localización, tejido involucrado, extensión, origen y grados de severidad.

Etiología, congénita, infecciosa, traumática

Clínica: asimetría facial, limitación de la apertura bucal, retrognátia, desnutrición, trastornos de la alimentación

Diagnóstico: clínica, RX, TAC y RMN.

Tratamiento: equipo interdisciplinario

Descripción del caso: Paciente de 12 meses de edad que consulta al mes de vida al consultorio como antecedentes perinatólogicos: RNT/PAEG, cefálica, apgar 9/10 internada en TIN 18 días por dificultad en su apertura bucal. Se realiza tomografía de macizo cráneo facial en donde se observa marcada disminución del espacio articular cóndilo maxilar bilateral. Se solicita kinesioterapia, fonoaudiología. A los 2 meses de vida es evaluada por servicio de deglución donde se observa llanto disfónico, se solicita fibrolaringoscopia que informa lagofaringio con micro aspiración. Se contraindica la vía oral colocación de sonda nasogástrica. A los tres meses se observa mejoría en la apertura bucal, movimientos linguales, disminución del babeo. Se realiza video deglución, se testea con líquido con tetina inadecuada, semisólido fluido y semisólido espeso. Se observa reflejo a rinofaringe, velo hipoactivo, caída prematura, gatillado en hipo faringe, penetración asistemática vía aérea que mejora con el semisólido fluido,

no aspiración al momento pero estudio de riesgo. Se le indica continuar con fono y kinesiología, interconsulta con otorrino para descartar fisuras o mucosas, continuar con alimentación por sonda nasogástrica. La madre retira la sonda, paciente desciende un kilo y medio en un mes, es evaluada por servicio de cirugía maxilofaciales quien indica conducta expectante, evaluada por servicio de nutrición, la madre recoloca la alimentación con sonda, paciente actualmente en seguimiento con mejoría clínica.

OBJETIVO

Importancia del diagnóstico precoz

CONCLUSIÓN

El diagnóstico precoz modifica el pronóstico de la enfermedad debido al crecimiento mandibular evitando la cirugía y mejorando el desarrollo social e higiene siempre dando importancia al seguimiento interdisciplinario.



TIROIDITIS AGUDA SUPURADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Moreno E.¹; Alzamendi R.²; Morel L.³; Salvatierra J.⁴; Losardo D.⁵; Cataldo J.⁶; Urbina Ramirez J.⁷; Olivera C.⁸; Santolin C.⁹; Prieto M.¹⁰

HOSPITAL MI PUEBLO^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}; HTAL ELIZALDE¹⁰

<erica_moreno_10@hotmail.com>

237

INTRODUCCION

La tiroiditis aguda supurativa es una entidad clínica poco común que afecta principalmente a niños y jóvenes, generalmente es causada por una infección bacteriana. El foco habitual y más frecuente de infección primaria es otorrinolaringológico, con flora de la cavidad orofaríngea.

CASO CLINICO

Paciente de 6 años de edad ingresa por tumoración en región anterior de cuello y latero cervical izquierda. Con antecedente de fiebre 10 días previos. Se interna con sospecha diagnóstica de tiroiditis supurada versus conglomerado ganglionar abscedado. GB 15500 (n 81 %) hto 35,2% plaquetas 542000 mm3 PCR 36,1 ERS 100 C3 197 C4 40 Proteínas totales 7,6 albumina 4,4 TSH 0.05 U/ml T4 3,6 ng% T3 2,4 ng%. Ecografía tiroidea: se visualiza en relación al lóbulo tiroideo izquierdo área heterogénea de 34,8 x 25 mm con centro hipodenso, no pudiendo diferenciar del lóbulo tiroideo. Se realiza punción aspirativa obteniéndose material purulento con cultivo positivo a BG +. Se medica con ceftriaxona y clindamicina. Cumple 7 días de medicación (ev), con franca mejoría clínica y de laboratorio. Se otorga egreso hospitalario con control programado y derivación a endocrinología infantil.

COMENTARIO

La tiroiditis aguda supurativa es un cuadro poco común. Generalmente es causada por bacterias, pero las infecciones por hongos, micobacterias y parásitos también pueden producirla. Factores predisponentes para su desarrollo, son enfermedades tiroideas subyacentes como el bocio

multinodular, las inmunodeficiencias, secundaria a fármacos y el antecedente de lesión tiroidea directa. En ausencia de estos factores y si las infecciones son recurrentes se debe sospechar de anomalías anatómicas congénitas como los quistes branquiales, persistencia del conducto tirogloso.

PARVOVIRUS, PRESENTACIÓN INUSUAL EN PEDIATRÍA

Carme S.¹; Gonzalez V.²; Sancilio A.³; Aresca M.⁴; Albiol P.⁵

EVITA LANUS^{1,2,3,4,5}

<sayacarme@gmail.com>

238

INTRODUCCIÓN

El Síndrome papular purpúrico en guante y calcetín por Parvovirus B19 es una forma inusual de presentación en pediatría. Se caracteriza por edema simétrico, dolor y eritema en manos y pies, que evoluciona a lesiones petequiales y pápulas purpúricas. Puede presentar linfopenia transitoria, plaquetopenia y elevación de enzimas hepáticas. Es una afección benigna, de curso agudo y autolimitada.

CASO CLÍNICO

Paciente de 6 años, previamente sana, vacunación completa, que consulta por fiebre y exantema generalizado de 5 días de evolución.

Al examen físico presenta exantema petequial purpúrico generalizado, pruriginoso, asociado a edema en manos y pies. Petequias peribucales, xerosis labial con erosiones y fisuras, lesiones aftoides y petequiales en mucosa yugal y paladar duro. Adenopatías cervicales, y OMA izquierda medicada con beta-lactámicos (4º día). Como antecedente epidemiológico refiere que siete días previos un tío presentó un cuadro de similares características y de menor intensidad, que resuelve espontáneamente.

Dado el cuadro clínico y buen estado general de la paciente se plantea como posibles diagnósticos: exantema de etiología infecciosa viral, farmacodermia, sarampión atípico, enfermedad de Kawasaki.

Se realizó laboratorio de rutina y solicitó serologías para descartar infección sistémica (HBV - HCV - HIV - MICOPLASMA - EBV - HERPES 6 y 7 - RUBÉOLA - SARAMPIÓN - DENGUE - ZIKA - CHIKUNGUYA - CMV - PARVOVIRUS B19)

Datos positivos de laboratorio: leucopenia, plaquetopenia, transaminasas hepáticas aumentadas, Parvovirus B19 IgM positivo

La paciente evoluciona favorablemente, autolimitándose el cuadro a la semana.

CONCLUSIÓN

- El síndrome pápulo purpúrico en "guante y calcetín" es una forma inusual de presentación del parvovirus B19 en la edad pediátrica, siendo la forma más frecuente el eritema infeccioso (5ta enfermedad)
- Su diagnóstico es principalmente clínico. Mediante serologías virales se arriba al agente etiológico (que en un 80% de los casos es por parvo B19)
- El hallazgo del agente etiológico permite descartar otras entidades con expresión clínica similar que si requieran intervención médica precisa
- Por tratarse de un síndrome benigno y autorresolutivo su tratamiento debe enfocarse solamente en el alivio de síntomas



MIELOPATÍA AGUDA NO TRAUMÁTICA E HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS: A PROPÓSITO DE UN CASO

239

Lopez Giacinti L.¹

HOSPITAL POSADAS¹

<lucilalopezg@hotmail.com>

Paciente de sexo masculino de 9 años de edad, oriundo de Paraguay, consultó al servicio de emergencias del hospital por debilidad de miembros inferiores de cuatro días de evolución asociado a inestabilidad en la marcha y dolor lumbar.

Surge de la anamnesis que en las últimas horas presentó dos episodios de incontinencia urinaria. Niega equivalentes febriles o antecedentes de traumatismo.

Al examen clínico inicial se valora al paciente con facies de dolor, signos vitales estables y Glasgow 15/15. Pares craneales conservados, disminución de la fuerza en ambos pies, arreflexia aquiliana bilateral, hiporreflexia rotuliana izquierda y reflejo rotuliano derecho aumentado. Se constata la dificultad para la marcha y dolor en zona lumbar, el cual es creciente al adoptar el decúbito dorsal.

Se decide su internación para estudio. Se solicitan análisis de sangre (hemograma, coagulograma, medio interno) y RMN de columna completa con contraste endovenoso de urgencia. En esta última, se evidencia lesión expansiva polilobulada extradural intracanal lumbar con compromiso de los neuroforámenes entre L2 y L4, que refuerza periféricamente con el contraste endovenoso determinando compresiones radiculares. (Imagen 1)

Imagen 1. RMN de columna completa con cortes axiales, coronales y sagitales de 4.5 mm en T1, T2, STIR, supresión grasa con contraste endovenoso.

Dichos hallazgos y frente a un caso de mielopatía aguda no traumática, se plantean como diagnósticos diferenciales: abscesos espinales, he-

matoma epidural y tumores extradurales compresivos (hemangiomas, neuroblastoma, sarcoma de Ewing, granuloma eosinofílico, linfoma de células T y enfermedad de Hodgkin).

Frente a la urgencia clínica se decide conducta neuroquirúrgica. Se realiza laminectomía de L2, L3 y L4, observando esta última erosionada por tumor; y hemilaminectomía de L5. Se evidenció tumor extradural violáceo, friable, adherido en partes a la duramadre, con extensión hacia laterales de L2 y L5. Se extirpa macroscópicamente la totalidad del tumor, con muestra por congelación positiva para células neoplásicas.

El paciente presenta evolución postquirúrgica inmediata tórpida, continuando con episodios de retención urinaria por lo que se decide en forma interdisciplinaria realizar talla vesical por técnica percutánea.

Se recibe anatomía patológica que informa proliferación de células con núcleos de membranas irregulares, ovoideos o arriñonados con variable hiper cromasia, nucléolo evidente y citoplasma eosinófilo variable, que se disponen en playas entremezcladas con abundante infiltrado inflamatorio en el cual se destacan numerosos eosinófilos. Se observan células gigantes multinucleadas dispersas. Coexisten focos de necrosis. Dicha proliferación compromete partes blandas y hueso. El resultado de la inmunomarcación fue positiva para CD1a compatible con Histiocitosis de Células de Langerhans (LCH).

El paciente inicia protocolo de tratamiento LCH III, durante el mismo no presentó interurrencias, tuvo buena adherencia al tratamiento y evolucionó a remisión completa. Se retiró la talla vesical con buena continencia posterior.

VACUNAS: TRABAJANDO LA DEUDA PENDIENTE

240

Gallegos P.¹; Fairman A.²; Ferrer G.³; Camera E.⁴; Haase G.⁵

HTAL FERNANDEZ^{1,2,3,4,5}

<paugallegos90@gmail.com>

Dentro del marco del programa de salud escolar dependiente del área programática del Hospital Fernandez, se realiza el screening de salud en las escuelas. El equipo a cargo es multidisciplinario. Se encuentra conformado por pediatras, fonoaudiólogas, psicopedagogas, psicólogas, odontólogas y trabajadoras sociales. El relevamiento incluye la supervisión del cumplimiento del calendario de inmunizaciones. Según datos obtenidos en el periodo 2010-2014, sobre un total de 28180 pacientes, el 17% no presentó el calendario de inmunizaciones completo para edad. Se realizó la intervención desde el programa de salud escolar con el objetivo de aumentar la cobertura de vacunas mediante la revisión de los protocolos de screening y se indicaron recordatorios a las familias a través de las escuelas, llamados telefónicos desde el hospital y nuevas citaciones, sin utilizar recurso humano extra y sin la necesidad de trasladar equipos de trabajo ni vacunas. En los datos del periodo 2015-2016, recolectados posteriormente a realizar las intervenciones, sobre un total de 11440 pacientes se evidencia que solo el 9% presenta el calendario de vacunas incompleto para la edad. Estos resultados ponen en evidencia la importancia del trabajo en colaboración entre salud y educación, con el compromiso personalizado desde el hospital y de la comunidad educativa en el cuidado de la salud de sus integrantes y el valor del rol de la escuela como institución generadora de responsabilidades.



LA INFANCIA VULNERABLE, REALIDAD SOCIAL QUE AFECTA DIRECTAMENTE A NUESTROS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. UNA MIRADA PARA REFLEXIONAR.

242

Goldberg C.¹; Forman P.²; Freire N.³; Bail N.⁴; Castillo A.⁵; Ausilio G.⁶; Muñecas M.⁷; Hengen S.⁸; Agote D.⁹; Soler S.¹⁰; De Sousa Serro R.¹¹

ARGERICH^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}
<carolinagoldberg@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los niños y adolescentes en nuestro país se encuentran en una situación de riesgo y/o desprotección. El término vulnerabilidad social, no es sinónimo de pobreza, sin embargo esta expone a altos riesgos. Nos referimos a pobreza infantil cuando las familias no pueden cubrir las necesidades básicas de los menores bajo su responsabilidad, sumado a crisis y conflictos familiares, niños desprotegidos, situaciones de violencia familiar, desamparo, violencia de género. Presentamos algunos casos de los muchos que nos llegan a nuestro hospital. Male 16 años, junto a su hijo de 2 meses, consumo, VIH+, situación de calle. Madre fallecida HIV+, la ex pareja de la madre, le dio su apellido no se hace cargo de ella. Al fallecer su madre es enviada a misiones, vuelve a Bs. As. por robar y delinquir, llega al hospital embarazada, sucia, sin medicación, pernoctando en Constitución con altos niveles de consumo. Al nacer su bebé va a hogar, se escapa, vuelve a los 2 meses, en esta internación se contacta al padre biológico a quien se le da la tenencia del bebe. Anto 15 años, ingresa por ASI, cardiopata, dos abortos a los 13 y 14 años. Autoagresión, flash back. Interviene CNNYA, servicio social, salud mental, acompañante terapéutico, consejo de derechos, oficina central general de género, defensoría penal de menores, departamento contra toda forma de explotación de CDNNYA, dirección y coordinación de programas. Egres a hogar luego de 124 días. Gala, Sme Moebius. Traqueostomizada. Parálisis VI y II par craneal. Madre Fumadora consumo de drogas de abuso (marihuana, cocaína,) consumo de alcohol, embarazo no controlado. Uso de Oxaprost intravaginal y oral (3 ovulos) en el primer trimestre de

embarazo. Seguimiento por servicio social, CNNYA. Maca, 15 años, intento de suicidio, consumo de sustancias desde los 13 años. En tratamiento con comunidad terapéutica. Alucinaciones auditivas, se intenta derivar a un centro especializado pero no se logra, permanece 78 días internada. Matias, 19 meses, sin controles, sin vacunas, retraso madurativo, desnutrición. Interviene servicio social. Violencia y consumo de parte del padre. Giardias, Anemia, hernia Hiatal, TBC materna. Permanece 70 días, se separa de los padres, va a hogar.

CONCLUSIÓN

Hemos visto pasar por la sala de pediatría pacientes en diferentes situaciones de vulnerabilidad (situación de calle, intoxicaciones, ASI, problemas psiquiátricos, violencia familiar, maltrato, abandono, etc). Los organismos intervinientes son muchos. En la mayoría de los casos permanecen hospitalizados por largos períodos hasta que se logra articular un mecanismo eficiente que inserte al niño en un lugar supuestamente seguro o que debería serlo para su bienestar e inclusión social. Muchos se externalizan y luego vuelven al hospital en iguales condiciones o peor. Se debería mejorar el marco operativo, organizativo e institucional. Impresiona que hay muchos organismos intervinientes pero no lo suficientemente articulados, porque los niños víctimas de esta situación soportan internaciones en una sala de pediatría por largos periodos, sin soluciones a corto, mediano ni largo plazo. Se plantea una situación de desamparo. Es una prioridad desde la política dar una solución a nuestros niños vulnerables.

TUBERCULOSIS VERTEBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

243

Lafont M.¹; Rebollo Guellar J.²; Di Fabio M.³; Gil M.⁴; Ghea A.⁵; Gómez M.⁶; Russ C.⁷

FUNDACIÓN HOSPITALARIA^{1 2 3 4 5 6 7}
<ale_lafont@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis extrapulmonar representa el 15% de las formas de presentación de la TBC, el compromiso ganglionar y pleural sigue siendo lo más frecuente. La tuberculosis vertebral es una forma rara, pero grave de presentación y la falta de tratamiento oportuno conlleva una alta tasa de morbilidad.

OBJETIVO

Presentar un caso donde el síntoma persistente fue la lumbalgia, acompañada de otros antecedentes importantes como el síndrome febril prolongado y las lesiones vertebrales en la RMN, para destacar la importancia de agotar las instancias diagnósticas para realizar el tratamiento adecuado y evitar secuelas en los pacientes con esta patología.

Descripción: Paciente de sexo masculino de 14 años que presentó un síndrome febril prolongado, lumbalgia con imágenes patológicas en la RMN y lesiones hipoecoicas en hígado y bazo que motivaron una internación prolongada en otra institución. Allí lo trataron como Enfermedad por Arañazo de Gato, basándose en la sintomatología descrita y serología positiva para Bartonella Hensellae, por lo que recibió 1 mes de tratamiento con azitromicina y rifampicina a dosis adecuadas. Por persistencia de la lumbalgia se le realiza nueva RMN de columna que muestra peoría de las lesiones ya existentes, por lo que es derivado a nuestra Institución. Al ingreso el paciente presentaba lumbociatalgia invalidante, requiriendo analgesia con morfina y pregabalina a dosis crecientes. Se encontraba eutrófico, afebril, sin compromiso del estado general, ni alteraciones en el laboratorio. Se corroboraron tanto las lesiones vertebrales como las lesiones abscedadas en hígado y bazo, que ya habían

sido diagnosticadas. Se realiza biopsia de lesión vertebral bajo TAC y posterior al procedimiento se medica con trimetoprima sulfametoxazol y rifampicina hasta resultado de cultivos y anatomía patológica, asumiendo un proceso de osteomielitis insuficientemente tratado. Se recibe resultado de anatomía patológica que confirma tuberculosis vertebral. Inició tratamiento con 4 drogas con buena respuesta.

DISCUSIÓN

La tuberculosis es un importante problema de salud en nuestro medio, situación a la que ha contribuido en gran manera la infección por el virus del SIDA. Las formas extrapulmonares de tuberculosis y, entre ellas, la osteoarticular en particular, representan, por su carácter, muchas veces insidioso, y su clínica atípica, un complejo problema diagnóstico. Este caso alerta acerca de la necesidad de tener una alta sospecha para lograr una detección y tratamiento oportunos y evitar el consiguiente impacto que tiene esta enfermedad en la vida de los niños.



245

METAHEMOGLOBINEMIA, DESNUTRICION Y SEPSIS DE ORIGEN ENTERAL EN LACTANTE CON ALERGIA A LA PROTEINA DE LA LECHE DE VACA (APLV): A PROPOSITO DE UN CASO

Zalba B.¹; Saint Paul M.²; Lucarno M.³; Nainsztein G.⁴

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4}

<zalbabelen@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La metaheмоglobinemia implica un estado de oxidación del ión ferroso a ión férrico dentro de la molécula de hemoglobina, situación que altera su capacidad para transportar y ceder oxígeno a los tejidos, con consecuente hipoxia. La metaheмоglobinemia endógena en lactantes ha sido observada predominantemente en el contexto de enterocolitis. Sin embargo, son pocos los casos en los cuales esta manifestación se asocia a APLV.

OBJETIVOS

Describir una paciente con metaheмоglobinemia como forma de presentación infrecuente de APLV.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 50 días de vida con historia de una semana de evolución de mala actitud alimentaria, diarrea, y palidez; 24 horas previas a la consulta agrega fiebre. Recién nacida de término con peso al nacimiento de 3,410 kg, sin antecedentes perinatales. Se alimentó con lactancia materna los primeros 15 días de vida y luego introdujo fórmula de inicio. A su ingreso se encuentra febril 39,5°C, con palidez cutaneomucosa y tinte grisáceo generalizado, acrocianosis, deshidratación grave (peso 3,140 kg), pulsos periféricos débiles, distensión abdominal con asas visibles y deposiciones verdosas. Los exámenes complementarios mostraron anemia, células leucocitarias inmaduras, hipoproteinemia, acidosis metabólica y metaheмоglobina de 10,4%. La radiografía de abdomen presentó marcada distensión de asas intestinales. El cultivo de orina, líquido cefalorraquídeo, hemocultivos, coprocultivo y coprovirológico

resultaron negativos. Con la sospecha inicial de sepsis a punto de partida enteral se indica fluido terapia, oxigenoterapia y ceftriaxona. La metaheмоglobina descendió en el transcurso de las primeras 24 horas, sin necesidad de administrar antídoto. Se inició realimentación progresiva con fórmula semielemental. Por persistencia de succión débil, falta de progreso ponderal con esteatocrito de 40%, se instaura nutrición enteral continua con fórmula elemental con sospecha diagnóstica de APLV. Luego de una semana de esta intervención la niña recupera succión vigorosa y ganancia ponderal adecuada (peso 3,490 kg). Se otorga egreso hospitalario con biberones de fórmula elemental y seguimiento por el Servicio de Gastroenterología.

CONCLUSIÓN

La metaheмоglobinemia debe ser incluida como posibilidad diagnóstica en un paciente con apariencia tóxica y tinte grisáceo. Ante un lactante con metaheмоglobinemia asociada a enterocolitis, acidosis metabólica y mal progreso ponderal debe considerarse el diagnóstico de APLV.

VÓLVULO COMO RARA COMPLICACIÓN DE LA INTUSUSCEPCIÓN EN SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS. A PROPOSITO DE UN CASO

Paganini N.¹; Suarez C.²

SANATORIO DEL SALVADOR^{1,2}

<natupaganini22@hotmail.com>

246

INTRODUCCIÓN

El intestino delgado cuelga de un mesenterio con un pedículo vascular estrecho, permitiendo que el paquete intestinal rote alrededor del mismo ocasionando un vólvulo. Se caracteriza por un cuadro de abdomen agudo oclusivo con mal estado general.

La intususcepción ileoileal se encuentra entre una de las complicaciones más frecuentes asociadas al Sd. Peutz Jeghers (SPJ).

En este trabajo presentaremos un caso de vólvulo secundario a invaginación ileoileal en SPJ.

OBJETIVO

Describir un caso de vólvulo de intestino delgado como complicación de invaginación ileoileal, secundaria a pólipo hamartomatoso en SPJ.

Descripción del caso:

Niña 15 años con SPJ, ingresa con dolor abdominal generalizado, fiebre y mal estado general

Diagnóstico al ingreso: Abdomen agudo. Shock séptico

Estudios Complementarios: GB 14,400 PCT 8,8 PCR 128

Ecografía: Intususcepción hipogástrica en relación a pólipo endoluminal

Radiografía Abdomen: Ileo mecánico

Tratamiento: Manejo del shock, Ceftriaxona + Metronidazol

Cirugía de urgencia

Diagnóstico postquirúrgico: Intususcepción ileoileal + vólvulo. Necrosis intestinal

Resección intestinal ileoileal, enterolisis e ileostomía en caño de escopeta

Evolución: Favorable, alta sanatorial 8 días postquirúrgico

DISCUSIÓN

De la bibliografía consultada, solo se publicaron 2 casos de vólvulo de intestino medio asociado a intususcepción secundaria a pólipo, en 1951 y 2013 respectivamente. Solo uno se presentó en paciente con SPJ. El resto publicado se encontró asociado a malrotación intestinal o divertículo de Meckel. La presentación clínica fue similar.

CONCLUSIÓN

El vólvulo intestinal como complicación de invaginación ileoileal no es común, se cree que la causa es el sobrepeso del asa afectada que rotaría sobre su mesenterio. En la literatura se describen solo 6 casos a nivel mundial, 4 de ellos secundarios a lesión endoluminal. Generalmente el diagnóstico es intraoperatorio debido a la escasa especificidad del ultrasonido.



HUMO AMBIENTAL DE TABACO: EFECTOS EN LA MADRE Y LOS HIJOS. ¿QUÉ CAMBIÓ EN 11 AÑOS?

Dubcovsky G.¹; Quinzán L.²; Volpe A.³; Guerrero M.⁴; Pititto J.⁵; Catoira N.⁶; Costantino M.⁷; Benedetti X.⁸

HOSPITAL ZUBIZARRETA^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<dubcovsky@gmail.com>

248

Los niños expuestos al humo ambiental de tabaco sufren muchos problemas de salud. El impacto es grave y comienza antes del nacimiento. Se asocia con un mayor riesgo de bajo peso al nacer, partos prematuros, infecciones respiratorias, tos, sibilancias, otitis y síndrome de muerte súbita del lactante.

Hace 11 años hicimos un trabajo epidemiológico sobre la prevalencia y los efectos del tabaquismo en madres e hijos, y quisimos ver qué cambió después que se sancionó la Ley Nacional Antitabaco, Ley Nº 26.687, promulgada el 13 de junio de 2011.

OBJETIVO GENERAL

Estudiar en nuestro medio la asociación entre enfermedades en niños y madres y exposición al humo del tabaco

Objetivos Específicos:

1. Determinar la prevalencia de familias fumadoras en nuestra muestra.
2. Comparar la prevalencia actual con aquella de 2005-2006
3. Determinar la existencia de asociación entre tabaquismo en la familia y enfermedades respiratorias/internaciones por enfermedades respiratorias y patología en el embarazo y/o parto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos una encuesta semiestructurada anónima a 157 madres de pacientes atendidos en el Consultorio Externo del Hospital Zubizarreta entre julio de 2016 y junio de 2017. Igual a la que efectuamos en 2006 a 100 familias. Los datos se procesaron con el programa SPSS v20.0.

RESULTADOS

Hace 10 años fumaban en el 72% de los hogares, ahora en el 55%; el 30% de las madres eran fumadoras, ahora el 20%. El 71% de las familias dice fumar afuera de sus casas. La condición social es similar en ambos estudios. Encontramos nuevamente diferencias significativas en los partos prematuros, bajo peso al nacer y muerte súbita del lactante en las familias fumadoras y que lo hacen adentro. No hubo diferencia significativa en los abortos. En las enfermedades de los niños hubo diferencia significativa en las otitis, bronquiolitis, broncoespasmos e internaciones por causa respiratoria. Asimismo, no tuvo ninguna de estas enfermedades el 30% de los niños de familia no fumadora, versus el 16% de los niños de familia fumadora.

CONCLUSIONES

La ley y el mayor conocimiento fue beneficiosa, disminuyó 24% el tabaquismo en los hogares, y el 33% en las madres. La mayoría dice fumar afuera. Las familias fumadoras que lo hacen adentro de la casa tuvieron más problemas en los embarazos, partos, más casos de muerte súbita infantil. Los niños expuestos tuvieron muchos más problemas de salud. Debemos insistir como trabajadores de salud en la importancia de lograr un hogar libre de humo para todos los niños.

INCORPORACIÓN DE UNA LUDOTECA AL SERVICIO DE INTERNACIÓN PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL.

Rebollo Guelar J.¹; Aroza V.²; Di Fabio M.³; Ghea A.⁴; Gomez M.⁵; Olivar P.⁶; Gil M.⁷; Lafont M.⁸

FUNDACIÓN HOSPITALARIA^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<juliana_rebollo@hotmail.com>

249

INTRODUCCIÓN

Pertecemos a un Hospital Materno Infantil de CABA cuyo servicio de internación pediátrica tuvo un fuerte crecimiento desde su inauguración en el año 1984. En el año 2012 había un promedio de 220 internaciones mensuales, de las cuales el 10 -15% correspondían a pacientes oncohematológicos. Es así que surge la necesidad de crear una ludoteca para abordar a los niños con enfermedades oncohematológicas y crónicas de una manera más integral, considerando al niño tanto en su aspecto físico, como en el emocional, psicológico, social y lúdico. En agosto del año 2012 se inauguró la ludoteca.

POBLACIÓN

La ludoteca está dirigida a los pacientes del servicio de internación pediátrica priorizando aquellos con internaciones prolongadas, fundamentalmente por patología oncohematológica. Son los pediatras quienes deciden qué paciente puede asistir y si deben hacerlo solos con su acompañante adulto o pueden compartir con otros pacientes.

OBJETIVOS

Garantizar el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad.

Optimizar el desarrollo y la interacción social saludable.

Normalizar la niñez y adolescencia durante el proceso de enfermedad.

Diagnóstico de situación previa.

El equipo de salud percibió el deterioro no solo físico que sufren estos pacientes por la enfermedad, sino también el emocional, dado por las internaciones prolongadas, el estar lejos de su ambiente social habitual,

muchas veces el desarraigo, etc.

Fue así como entre los pacientes, enfermeros y médicos surgió natural y espontáneamente la necesidad de generar un espacio donde los pacientes fueran esencialmente niños durante este proceso de enfermedad, priorizando el juego y el intercambio con pares.

Actividades

Se trata de una ludoteca cerrada no terapéutica. Funciona de lunes a viernes 6 hs por día. Contamos actualmente con dos ludotecarias. Los pacientes solo pueden asistir cuando el espacio está en funcionamiento. La ludoteca está preparada para recibir pacientes de todas las edades. Allí interactúan con pares y familiares con el juego como protagonista. Se realizan también actividades especiales como cine, festejos, talleres, etc.

RESULTADOS Y EVALUACIÓN

Para el equipo de salud, los padres y los pacientes la mejoría de la calidad de vida relacionada a salud (CVRS) generada desde la creación de la ludoteca es un hecho indiscutible y cuyos alcances nos sorprenden hasta el día de hoy.

Los aspectos más objetivables son: la aceptación de la enfermedad, la actitud ante la necesidad de internaciones, la predisposición para los procedimientos invasivos, la actitud alimentaria y el manejo del dolor.

Es nuestro desafío en el futuro inmediato la creación y aplicación de un instrumento de evaluación del impacto en la calidad de vida relacionada a salud que tiene la ludoteca. Éste deberá ser multidimensional y autoadministrado pero diseñado específicamente para el objetivo propuesto.



A PROPOSITO DE 2 CASOS DE TRAUMA ABDOMINAL PEDIATRICO CON PERFORACIÓN INTESTINAL.

Stechina E.¹; Paternó M.²; Bollini R.³; Mandracho C.⁴; Dubny D.⁵; Iribarren A.⁶; Ferraro E.⁷; Rodriguez R.⁸; Osa Noseda M.⁹; Berdun B.¹⁰; Teuly G.¹¹; Pelliza M.¹²

HOSPITAL DR HECTOR CURA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12}

<evelynese@hotmail.com>

250

INTRODUCCIÓN

El trauma es la principal causa de muerte en los pacientes pediátricos mayores de 1 año, siendo el trauma abdominal responsable del 10% de las causas de muerte. Las lesiones de vísceras huecas es inferior al 1% siendo su mortalidad del 20% en caso de perforación intestinal. La tomografía computada (TAC) es el método de elección en la identificación y cuantificación de traumas abdominales, con menor sensibilidad en lesiones de vísceras huecas.

OBJETIVO

Describir dos casos clínicos de pacientes pediátricos que sufrieron trauma abdominal cerrado con compromiso de víscera hueca. Se analizó: mecanismo lesional, manifestaciones clínicas, localización de la perforación, estudios complementarios, evolución, internación en UCIP y desenlace.

DESCRIPCIÓN DE CASOS

CASO 1: Paciente masculino de 8 años presentó trauma abdominal con manubrio de bicicleta. Al ingreso se encontraba dolorido, palpándose tumoración en flanco izquierdo. TAC de abdomen y pelvis: hematoma en pared abdominal. El paciente evoluciona desfavorablemente, por lo que se realiza ecografía abdominal, evidenciándose liquido libre laminar perihepático, periesplénico, interasas y en Douglas. Radiografía de tórax ausencia de neumoperitoneo. El paciente progresa a abdomen en tabla, acidosis mixta e hiperglucemia, con abundantes burbujas de aire en nuevas imágenes tomografías. Se realiza laparostomía de urgencia, evidenciándose peritonitis generalizada secundaria a perforación intestinal a 10 cm del Ángulo de Treitz, requiriendo anastomosis termino terminal. Paciente

evoluciona favorablemente, requiriendo cuidados intensivos por 6 días, posterior a los cuales pasa a sala general y alta hospitalaria.

CASO 2: Paciente masculino de 11 años presentó trauma abdominal por caída de bicicleta. Ingresó compensado hemodinámicamente, con herida lacerante paraumbilical izquierda y escoraciones múltiples; abdomen distendido y doloroso, tenso a la palpación. La radiografía de abdomen evidencia neumoperitoneo y TAC de abdomen y pelvis que informa burbujas de aire por detrás del lóbulo izquierdo hepático y en región del íleon. Ante sospecha de perforación de víscera hueca, se realiza laparotomía exploradora de urgencia, requiriéndose resección de 10 cm de yeyuno necrosado y perforado. Paciente evoluciona favorablemente, requiriendo cuidados intensivos por 5 días, posterior a los cuales pasa a sala general por 2 días y alta hospitalaria.

CONCLUSIÓN

Las manifestaciones clínicas de perforación intestinal secundaria a trauma abdominal dependen de la localización. La porción proximal del yeyuno es la más frecuentemente comprometida. Si bien no existen signos con alta sensibilidad y especificidad, la TAC es el método de elección. Sin embargo, las manifestaciones clínicas pueden ser diferidas, requiriendo observación estricta de los pacientes, a fin de lograr una detección e intervención precoz, a fin de reducir la morbimortalidad de estos casos.

DIFERENTE IMPACTO POR VIRUS HERPES SIMPLE (VHS) EN EMBARAZO GEMELAR

Latronico M.¹; Aresca M.²; Luciani A.³; Marone S.⁴; Sancilio A.⁵

EVITA LANUS^{1 2 3 4 5}

<berni_90@hotmail.com>

251

INTRODUCCIÓN

La incidencia de infección neonatal por VHS es baja, siendo su rango entre 3 a 13/100.000 recién nacidos vivos. La transmisión puede darse por pasaje a través de canal de parto (85%), posparto por contacto directo (10%) y vía transplacentaria (5%).

La adquisición durante el primer trimestre del embarazo puede producir malformaciones fetales, incluso llegar a interrumpir el mismo. En el último trimestre o en el posparto, se presenta como infección severa con secuelas neurológicas y oculares tardías de distinta magnitud. En el período posnatal, puede manifestarse como una enfermedad sistémica o meningoencefalitis de pobre pronóstico.

OBJETIVO

Describir dos casos de herpes congénito en embarazo gemelar que repercutió de manera diferente en cada lactante.

Descripción del caso: Paciente de 4 meses, embarazo controlado, monoamniótico monocorial, serologías negativas, primer gemelar, pretérmino (31 sem), peso adecuado, cesárea por doppler fetal patológico, con diagnóstico prenatal de hidrocefalia. Debido a presentar LCR patológicos con leve hipoglucorraquia y marcada hiperproteorraquia, TAC de cerebro compatible con hidrancefalia, detención del crecimiento del perímetro cefálico, y el antecedente materno de lesión cutánea nasal y ocular durante el primer trimestre, se decide ampliar estudios, obteniendo PCR positiva para VHS en LCR. Al tratarse de un embarazo gemelar, se estudia a su hermana, siendo positiva para VHS en LCR con TAC normal, a la espera de RMN. Se descarta en ambas compromiso del resto de los parénquimas, iniciando tratamiento

con Aciclovir 60 mg/kg/día por 21 días, momento en el cual se logra la negativización, continuando vía oral por 6 meses.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que la infección en nuestras pacientes sucedió en el primer trimestre y por vía transplacentaria, hecho infrecuente en esta patología. Si bien se trata de un embarazo monoamniótico monocorial, sorprendentemente afectó de manera diferente a ambas pacientes, observando severo compromiso del SNC en una; y el hallazgo de PCR positiva para VHS en LCR en la otra, de carácter asintomático.



PREDICTORES DE MORTALIDAD AL INGRESO HOSPITALARIO EN NIÑOS CON SINDROME UREMICO HEMOLITICO POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ARGENTINA

254

Alconcher L.¹; Coccia P.²; Suarez A.³; Monteverde M.⁴; Carlopio P.⁵; Perez Y Gutierrez G.⁶; Missoni M.⁷; Balestracci A.⁸; Principi I.⁹; Ramirez F.¹⁰; Estrella P.¹¹; Miceli S.¹²; Leroy D.¹³; Quijada N.¹⁴; Seminara C.¹⁵; Giordano M.¹⁶; Hidalgo Solis S.¹⁷; Saurit M.¹⁸; Carminiti A.¹⁹; Arias A.²⁰; Risso P.²¹; Rivas M.²²; Liern M.²³

HOSPITAL INTERZONAL DR JOSÉ PENNA¹; HOSPITAL ITALIANO CABA²; HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA³; HOSPITAL GARRAHAN CABA⁴; HOSPITAL NACIONAL POSADAS⁵; HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN JUSTO⁶; HOSPITAL DURAN⁷; HOSPITAL PEDRO ELIZALDE CABA⁸; HOSPITAL NOTTI MENDOZA⁹; HOSPITAL CASTRO RENDÓN NEUQUEN¹⁰; HOSPITAL LUCIO MOLAS LA PAMPA¹¹; HOSPITAL DE NIÑOS JESUS TUCUMAN¹²; HIGA ABRAHAN PIÑEYRO JUNIN¹³; HOSPITAL MUNICIPAL CORDOBA¹⁴; HOSPITAL PROVINCIAL DE CORDOBA¹⁵; COMPLEJO SANITARIO SAN LUIS¹⁶; HOSPITAL JUAN PABLO SEGUNDO CORRIENTES¹⁷; HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA¹⁸; HOSPITAL PROVINCIAL DE SANTA FE¹⁹; HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR HECTOR QUINTANA JUJUY²⁰; FACULTAD DE CIENCIAS VETERINARIAS DE UNLP²¹; INEL-ANLIS DR CARLOS G MALBRAN²²; HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ CABA²³
<laura.alconcher.la@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Alrededor del 3 % de los niños con síndrome urémico hemolítico (SUH) fallecen en la etapa aguda, siendo la causa más frecuente el compromiso del sistema nervioso central. Factores como deshidratación, recuento alto de leucocitos, hematocrito elevado e infecciones respiratorias previas se han asociado con la muerte. Objetivos: Analizar: 1) predictores de mortalidad al ingreso; 2) porcentaje de fallecidos; 3) causas de muerte; 4) los antibióticos previos al ingreso como factor de riesgo de muerte. Material y métodos: Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo, transversal. Incluyó pacientes < 18 años internados entre el 2005-2016 con SUH por Escherichia coli productor de toxina Shiga (STEC). Variables analizadas: 1) demográficas y clínicas: edad, género, tiempo desde los 1eros síntomas al diagnóstico, uso de antibióticos y anticolinérgicos, anuria, colitis hemorrágica, estado de hidratación, presencia y tipo de compromiso del sistema nervioso central (SNC); 2) de laboratorio: leucocitos, hematocrito (Hto), hemoglobina (Hb), plaquetas, urea, creatinina, natremia (Na), kalemia, pH y bicarbonato. Se realizó análisis uni y multivariado. Se calcularon OR (IC 95%) de cada variable. Se consideró significativa p< 0,05. Resultados: Se incluyeron 466 niños (58% mujeres, edad promedio 2,5 años). Diecisiete (3,65%) fallecieron. El compro-

miso SNC fue predictor de mortalidad (p= 0,00003, OR 12,5 (IC 95% 2,8-55,5) y causa de muerte en 15/17 pacientes (88,2%). El tiempo al diagnóstico fue significativamente menor en los que fallecieron (p=0,03). Las otras variables clínicas no tuvieron asociación significativa con mortalidad. Del laboratorio resultaron significativas: Na, Hb, Hto, leucocitos y bicarbonato. El Na promedio en fallecidos fue 126 vs.133 meq/l en sobrevivientes (p<0,00001; OR 0,85 (IC 95% 0,7-0,9)), 16/17 fallecidos tenían Na <135 (114-136). La Hb promedio en los fallecidos fue 10,91 vs. 8,68 g/dl en los sobrevivientes (p=0,0001; OR 1,5 (IC 95% 1,2-1,8)). El Na y la Hb guardaron una correlación inversa estadísticamente significativa (p=0,001). La capacidad predictiva de los leucocitos (OR 1,1), Hto (OR 1,002) y bicarbonato (OR 0,89) fue regular. El análisis multivariado mostró una curva ROC de compromiso neurológico, Hb y natremia que arrojó un ABC de 0,88 % (IC 95% 0,78-0,99).

CONCLUSIONES

Los mejores predictores de mortalidad fueron compromiso del SNC, Hb $\geq 10,8$ g/dl y natremia ≤ 128 meq/l. La mortalidad de los niños con SUH por STEC fue de 3,65%, siendo el compromiso del SNC su principal causa.

DISCAPACIDAD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. REVISIÓN ESTADÍSTICA EN ARGENTINA DE CERTIFICADOS ÚNICOS DE DISCAPACIDAD (CUD)

255

Spengler J.¹; Alonso S.²; Prato S.³
SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION^{1 2 3}
<jspengler@intramed.net>

Discapacidad mental/ intelectual es un término global que hace referencia a las deficiencias en funciones mentales y estructuras del sistema nervioso y a las limitaciones que presenta una persona al realizar una tarea o acción, tomando como parámetro su capacidad, en una constante interrelación con factores contextuales.

OBJETIVO

A través de los datos ingresados en el Registro Nacional de PcD analizar la situación de niños y adolescentes con discapacidad mental/intelectual en el país en los años 2009 a 2017 y describir aspectos que hacen al acceso a la salud, sexo, y condiciones de salud más frecuentes y su distribución por regiones.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis de corte transversal con datos provenientes del Registro Nacional de Personas en situación de Discapacidad, en niños y jóvenes de hasta 16 años, durante el periodo 2009-2017.

RESULTADOS

El 19% de la población total con CUD en el país pertenece a la franja de 0 a 16 años. El 54% corresponde a Discapacidad Mental/intelectual, el 63% son varones. Respecto de la localización por regiones, el 64% se encuentra en el centro del país, seguido por el 13% NOA, 9% Cuyo, 8% NEA, 6% Sur. El 61% posee cobertura de salud. El pico máximo de solicitud de CUD es entre los 6 y 11 años. Y el diagnóstico más frecuente es el Retraso Mental Moderado (F71).

CONCLUSIONES

se observa un incremento en la solicitud del Certificado de Discapacidad en los primeros años de vida para la cobertura de prestaciones educativas y de salud, entendiendo al CUD como política pública nacional, facilita el acceso a los tratamientos en las edades más tempranas de la vida, promoviendo la inclusión social y la rehabilitación.



256

FACTORES INDIVIDUALES Y FAMILIARES ASOCIADOS CON LA OBESIDAD EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR.

Orden A.¹; Lamarque M.²; Chan D.³

IDIP-MS/CIC. HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA. LA PLATA^{1,2}; UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, UTM-FRBA³

<aborden@conicet.gov.ar>

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población subadulta argentina sigue en aumento, sugiriendo falencias de las estrategias preventivas clásicas. Comprender el impacto factores implicados en la obesidad infanto-juvenil puede proporcionar la información necesaria para el desarrollo de actividades de prevención más eficaces, adaptadas a cada comunidad.

OBJETIVO

Definir potenciales factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en niños de edad escolar, que actúan a nivel individual/familiar y cuantificar su nivel de asociación.

Sujetos y métodos: Estudio transversal en 1366 escolares de ambos sexos de 6 a 11 años de edad que asistieron a escuelas públicas y privadas de Santa Rosa (La Pampa) en el periodo 2005-2016. Los niños fueron medidos, y de acuerdo a su índice de masa corporal (IMC) agrupados bajo las categorías: delgadez, normopeso, sobrepeso y obesidad. Los datos se procesaron usando un modelo de regresión logística binaria, con sobrepeso y obesidad como variables dependientes. Las variables independientes (socioeconómicas, salud, antropometría, nutrición y gasto energético) fueron relevadas mediante encuestas a los padres. El nivel de significación fue $p < 0,05$.

RESULTADOS

Cinco fueron las variables significativamente asociadas con el sobrepeso y la obesidad en la población estudiada. Tanto el IMC paterno (OR: 1,52 CI95%: 1,24-1,88) como materno (OR: 1,65 CI95%: 1,37- 1,97) tuvieron coeficientes de regresión positivos. En contraste, los coeficientes de regresión fueron negativos para las restantes variables predictoras: horas de sueño (OR: 0,57 CI95%: 0,41-0,79), actividad física (OR: 0,70 CI95%: 0,52-0,94) y consumo diario de leche (OR: 0,84 CI: 0,70-0,99).

CONCLUSIONES

La fuerte asociación con la obesidad parental, requiere estrategias preventivas con foco en el grupo familiar. La educación alimentaria debe abordar aspectos más específicos de la alimentación como la promoción del consumo de lácteos. En relación al gasto energético además de la actividad física, el sueño muestra ser un factor relevante por sus efectos protectores de la obesidad en niños. Los resultados obtenidos indican la necesidad de revisar los enfoques clásicos basados en la reducción de la ingesta calórica y el aumento del gasto energético.

PARÁMETROS DE SALUD EN PREESCOLARES DE BERISSO, PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Orden A.¹; Anabitarte J.²; Durante V.³; Ciarmela M.⁴; Isla Larrain M.⁵; Martinez M.⁶; García S.⁷; Taboada A.⁸; Pezzani B.⁹; Minvielle M.¹⁰

IDIP-MS/CIC. HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA. LA PLATA¹; FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNLP^{2,3,4};

FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS, UNLP⁵; FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNLP^{6,7,8,9,10}

<aborden@conicet.gov.ar>

257

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado son esenciales para el control de la enfermedad. Teniendo en cuenta estos conceptos se desarrolló el Programa de Control de Parasitosis Intestinales y Nutrición (PROCOPIN) que incluye: 1-Evaluación del estado socio-sanitario, nutricional y parasitario de niños entre 3-12 años, 2-Intervención terapéutica en niños 3-Talleres educativos y 4- Control post-intervención.

OBJETIVO

Evaluar parámetros de salud en niños concurrentes a un Jardín de Infantes del Municipio de Berisso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se convocó a los padres/tutores a la escuela y se les realizó una encuesta que registró características socio-culturales y clínicas de cada escolar. A cada niño se le realizó un estudio parasitológico seriado, una evaluación del estado nutricional antropométrico según las normas OMS, se midió su frecuencia cardiaca (FC) y su presión arterial (PA) y se extrajeron muestras sanguíneas para evaluar anemia. En todos los casos se requirió el consentimiento informado. Los protocolos siguieron las normativas éticas vigentes y de conformidad a la Ley Nacional 25.326.

RESULTADOS

A la entrevista concurren 98 tutores de los 120 niños matriculados. Se completó la toma de muestras parasitológicas, la evaluación antropométrica y el registro de FC y TA en 86 niños y a 66 de ellos se les extrajo una muestra sanguínea. Se detectaron parásitos intestinales en 41,9% de los niños, cuyas prevalencias específicas fueron: B. hominis (27,8%), E. vermicularis (22,2%) y G. intestinalis (8,3%). Presentaron bajo peso/edad 4,6%, baja talla/edad 6,9% y sobrepeso/obesidad 30,2%. Se registró 11,6% de niños con aumento de PA y 1,1% con baja PA. Un 19,7% de los niños presentó anemia leve. Con estos resultados los niños fueron derivados a la Unidad Sanitaria correspondiente para su tratamiento individual y específico.

CONCLUSIÓN

Los resultados avalan la aplicación de programas de prevención primaria en comunidades vulnerables de nuestra región, detectando precozmente al niño enfermo.



ABORDAJE PSICOLÓGICO, PSIQUIÁTRICO Y FAMILIAR DE ADOLESCENTES CON CONDUCTAS DE RIESGO, DESDE UN MODELO BASADO EN LA EVIDENCIA: TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL

258

Principi C.¹; Gagliesi P.²; Weinstein M.³

FUNDACIÓN FORO^{1,2,3}

<carolinaprincipi@yahoo.com.ar>

En los últimos años se ha evidenciado un marcado incremento en la aparición de conductas de auto daño y comportamientos de riesgo en niños y adolescentes, en algunos casos con intencionalidad suicida, lo que implica un desafío para la clínica actual.

Compartiremos nuestra experiencia en el trabajo con esta población desde el marco teórico de la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT). Dicho modelo, validado para el tratamiento de Trastorno Límite de la Personalidad y luego adaptado para otros diagnósticos en los que prevalece la disregulación emocional, fue desarrollado por la Dra Marsha Lineham, en los años 80.

Miller y Rathus realizaron una adaptación de este modelo para el trabajo con adolescentes con la misma problemática, existiendo en la actualidad también adaptaciones para niños y preadolescentes.

En nuestro programa recibimos familias que han intentado numerosos tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos previos sin resultados satisfactorios, incluyendo internaciones psiquiátricas.

Desde este modelo de tratamiento se combinan distintos tipos de intervenciones que incluyan al joven, su familia y otros contextos, buscando que cada una de esas intervenciones complementen y potencien el efecto de las otras, sin obstaculizarse.

La Terapia Dialéctica Comportamental apunta a que los consultantes adolescentes reduzcan conductas de riesgo y aumenten conductas orientadas a sus objetivos vinculados al desarrollo saludable en la etapa que atraviesan.

Las intervenciones orientadas al cambio conductual se combinan con otras que apuntan a cambios en los contextos en los que las conductas del adolescente tienen lugar. Para ello se trabaja desde la psicoeducación y entrenamiento conductual a los familiares convivientes en primer lugar, aunque se evidencia como cada vez más necesario el conocimiento por parte de las comunidades educativas acerca de la función de las conductas de riesgo del adolescente.

Un componente central del programa de tratamiento es el entrenamiento de habilidades de regulación emocional, tolerancia al malestar, efectividad interpersonal y pensamiento dialéctico o flexibilidad psicológica.

Por último, el rol de la farmacoterapia en este modelo, adquiere aristas particulares por tratarse de una población de corta edad y alto riesgo, y porque intenta ubicarse en sintonía con la enseñanza de las habilidades para atravesar las crisis, potenciando así los cambios conductuales de los pacientes y del contexto.

IMPACTO DE LA VACUNA DEL ROTAVIRUS EN INTERNACIÓN

259

Zappaz N.¹; Nonides A.²; Francavilla C.³; Interlandi J.⁴; Perez M.⁵; Monarde G.⁶; Braidot M.⁷

HOSPITAL SAN LUIS^{1,2,3,4,5,6,7}

<nerinaz@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

En la escala mundial, las enfermedades diarreicas continúan siendo un problema de salud pública en la edad pediátrica, así como las asociadas a rotavirus, que son la causa más importante de diarrea en menores de 5 años. En la Argentina se estima que el rotavirus produce entre 80.000 a 100.000 consultas médicas por año y es responsable del 40% de las internaciones por diarrea aguda en los menores de 5 años.

Debido a que nuestra provincia no estuvo exenta a esta problemática, en el año 2013, el "evento diarreas" se ubicó en zona de alarma, motivo por el cual en el mes de julio del corriente año se implementó en la provincia la vacuna para Rotavirus (rotavirus humanos vivos atenuados) en niños nacidos a partir del 1° de mayo 2013. La misma es obligatoria, gratuita, de administración oral a los 2 y 4 meses de vida.

OBJETIVO

Objetivo general

Determinar cantidad de internaciones en edad pediátrica (1 mes -14 años) por gastroenteritis aguda en el área de Pediatría del Hospital San Luis desde el periodo 2012-2014.

Objetivos específicos.

Verificar relación disminución de internación y vacunación por Rotavirus.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo. Los datos utilizados para este estudio se obtuvieron de la base de datos del internado de Pediatría.

Se evaluó en el periodo 2012-2014 número de internación por gastroenteritis y se las agrupo según diagnóstico etiológico el cual fue utilizando

metodologías de Inmuncromatografía, que detectan antígenos virales en las heces de los agentes etiológicos más frecuentes hallados (rotavirus, shigella, otros, sin aislamiento de germen).

RESULTADOS

Se registraron 222 internaciones en el periodo estudiado 2012-2014, de estas 85 resultaron por rotavirus (38,28%). Considerando la prevalencia de rotavirus desagregada por año, fue de 33,78%, 56,6% y 15,5% para los años 2012, 2013 y 2014, respectivamente.

CONCLUSIÓN

Se podría inferir que la modificación realizada a nivel vacinal, genero una disminución considerable de las internaciones por GEA causada por Rotavirus en el año 2014 (15,5%).

Generando un impacto positivo en la salud de este grupo etario no solo disminuyendo el número de internación sino las comorbilidades asociadas.



260

INFECCIONES INVASIVAS BACTERIANAS EN LA ERA DE LAS VACUNAS

Lepetic S.¹; Longueira S.²; Dalzotto A.³; Rossiter J.⁴; Mariñansky A.⁵
HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. ARTURO OÑATIVIA^{1 2 3 4 5}
<lepticsonia@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

En la era prevacunal Haemophilus influenzae tipo b (Hib) causaba la mayoría de las infecciones invasivas en menores de 5 años, las mismas se redujeron en más del 95% luego de la introducción de la vacuna Hib en 1998. La vacunación contra Streptococcus pneumoniae (Spn) se inició en 2012 cubre 13 serotipos. La bacteriemia (BA) por Spn en áreas con adecuada cobertura de vacunación es menor del 0,1%. Ante una BA por este microorganismo, existe de 1% a 5,8% de riesgo de meningitis y 6% a 10% de otras infecciones localizadas. La vacunación contra Neisseria meningitidis (Nm) se inició en 2017 para los serogrupos A, C, W135, Y. La BA por Nm tiene riesgo de meningitis de 42% a 50%, sepsis 50% y una letalidad del 4%. Argentina reporta en menores de 1 año una cobertura para 3 dosis de vacuna quintuple (DPT-Hib-HepB) del 94% y del 80% para la 4ª dosis en 2014.

OBJETIVOS

Describir la incidencia de infecciones invasivas por Hi, Spn y Mn entre enero 2009 hasta diciembre 2016 en niños de 29 días a 14 años en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas y de resultados derivados del laboratorio de microbiología del hospital, hemocultivos y cultivos de LCR. Hemocultivos: sistema BACTEC BD. Sensibilidad antibiótica según normas CLSI.

RESULTADOS

Entre los años 2009 a 2016 se registraron 14 casos de infecciones invasivas

por Hi, 27 por Spn y 12 por Nm. Hi: 14 casos, todos a partir de 2012. Menores de 2 años 11 casos. Cepas capsuladas: 3 por Hib, 1 por Hia. Cepas no tipificables 7 y sin dato 2 casos. Diagnósticos: neumonía 12, sepsis 2, celulitis preseptal más sinusitis 1 caso. Tres casos de coinfecciones en menumonía por Hint: Influenza A, metapneumovirus y VSR. Spn: 27 casos, 14 entre 2009-2011 y 13 entre 2012-2016. Menores de 5 años 21 casos. Diagnósticos: neumonía 22, bacteriemia 3, meningitis 1, absceso parotídeo 1 caso. Resistencia a penicilina (SpnRP): se reporta un caso en 2013. La Tasa de resistencia SpnRP entre 2009 a 2016 es del 3.7% (1/27) Nm: 12 casos, cuatro entre 2013 a 2016 todos a Nm B. Menores de 5 años 9, dentro de estos 4 casos en menores de 1 año. Serogrupos identificados: 8 por Nm B y 3 por Nm W135. Diagnósticos: meningitis 4, sepsis 7 y bacteriemia 1.

CONCLUSIONES

Se observó un aumento de casos de infecciones invasivas por Hi de cepas no capsuladas como lo descripto luego de la introducción de la vacuna a Hib. La incidencia de infección invasiva por Spn se redujo luego de la introducción de la vacunación VCN13. La neumonía es la infección invasiva por Spn más frecuente. La Tasa de resistencia a penicilina del Spn es baja 3.7% comparada a lo reportado del 31%. (Arch de Pediatr 2001;99 (2)11-115). La infección invasiva por Nm serogrupo B predomina desde 2009. Nm es más frecuente en menores de 5 años como lo reportado en Argentina. (DICEI. SNVS.INEI. Anlis-Laboratorio de Bacteriología Clínica. Instituto "Carlos G. Malbrán". Ministerio de Salud de la Nación)

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES) VS. LUPUS INDUCIDO POR DROGAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Delmonte G.¹; Dartiguelongue J.²; Rojas Mena M.³; Vera L.⁴
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1 2 3 4}
<giseladelmonte@gmail.com>

261

INTRODUCCIÓN

El LES es una enfermedad inflamatoria crónica de afectación multisistémica, con formas de presentación muy variables. Los síntomas iniciales suelen ser la aparición gradual de síndrome febril, la pérdida de peso y el deterioro del estado general. Algunos pacientes pueden tener manifestaciones agudas o más graves. El diagnóstico por lo general es de exclusión, basado en criterios clínicos e inmunológicos. Los mismos pueden no cumplirse al inicio de los síntomas e ir apareciendo durante la evolución.

El lupus inducido por drogas tiene similitudes al LES, pero existen ciertas diferencias en las características clínicas, inmunológicas y en la frecuencia de aparición de las mismas.

OBJETIVO

Describir una adolescente que presentó diagnóstico diferencial entre LES y lupus inducido por drogas.

CASO CLÍNICO

Adolescente mujer de 13 años de edad con antecedente de epilepsia mioclónica juvenil diagnosticada a los 11 años, en tratamiento con etosuximida desde el diagnóstico. Se internó inicialmente por presentar astenia, tetraparesia con hiperreflexia rotuliana, artralgias de muñecas y tobillos, edema de ambos pies y lesiones en piel de axilas, tobillos y cara interna de muslos compatibles con púrpura no palpable en distintos estadios de evolución. Los estudios de laboratorio iniciales en sangre y LCR fueron normales. La RNM de SNC y columna fue normal. Por rápido progreso del cuadro clínico y con sospecha de etiología inmunomediada, se indicó pasaje de gammaglobulina EV 2 gr/kg y se suspendió la etosuximida por probable

desencadenante. En las 72 horas posteriores la paciente presentó remisión completa del cuadro. El laboratorio inmunológico presentó un FAN mayor a 2.560 con patrón nuclear homogéneo, anticuerpos anti-DNA mayores a 1280 y anticuerpos antihistonas positivos. Se interpretó el episodio como un evento inmunomediado (LES vs. lupus inducido por drogas). Por buena evolución clínica la paciente fue dada de alta con estricto seguimiento clínico. A las tres semanas se reinternó por presentar poliserositis, lesiones purpúricas, paraparesia de miembros inferiores y convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Con sospecha de LES se indicaron pulsos de metilprednisolona a 30 mg/kg/día por 3 días continuando luego con metilprednisona e hidroxicloroquina orales. Presentó resolución completa de los síntomas y buena evolución clínica.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de LES constituye un desafío clínico, dada la heterogeneidad y cronología particular de sus manifestaciones clínicas. Múltiples fármacos pueden desencadenarlas, siendo la etosuximida uno de ellos. La paciente presentó criterios diagnósticos de LES recibiendo un fármaco que puede producir lupus inducido por drogas. En este punto, el seguimiento y la evolución clínica permitirán arribar al diagnóstico definitivo.



ABSCESO DE PRÓSTATA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE.

Redosado D.¹; Barrere Quiroga, M.²; Diaz F.³; Martínez P.⁴; Fernie L.⁵

HOSPITAL BRITANICO^{1 2 3 4 5}

<redosadod@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El absceso de próstata es una patología excepcional en pediatría. En adultos se presenta en pacientes con diabetes, cateterización de vía urinaria baja e inmunodeficiencias. El desarrollo de los antibióticos con adecuada biodisponibilidad en el tejido prostático disminuyó la incidencia de procesos infecciosos. El principal mecanismo etiopatogénico es la infección por vía canalicular ascendente, donde destaca la E.coli como el mayor agente causal. También puede ocurrir por diseminación hematogena desde foco respiratorio, digestivo o mucocutáneo. Existen escasos reportes provocados por staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR).

OBJETIVOS

Reportar un caso de absceso prostático causado por infección por staphylococcus aureus meticilino resistente, en un adolescente sin factores de riesgo asociado.

Descripción de caso: Paciente de 15 años de edad, previamente sano, consulta por dolor lumbar, vómitos y fiebre de 48 hs de evolución, el laboratorio evidencia leucocitosis, urocultivo con reacción inflamatoria; se automedica con norfloxacin. En el urocultivo desarrolla Enterococo fecalis, se rota a Ciprofloxacina. Persiste febril a las 48 hs por lo cual se solicita ecografía renal que informa próstata aumentada de tamaño. Con resultado de antibiograma se rota a Amoxicilina-Acido clavulanico. Agrega dolor perineal y se solicita tomografía de pelvis que muestra absceso prostático de 30 mm, se procede al drenaje por cistoscopia flexible, con toma de muestras obteniéndose rescate de

SAMR en cultivo. Inicia tratamiento con vancomicina y luego se rota a trimetoprima sulfametoxazol via oral por sensibilidad antibiótica y se otorga egreso hospitalario. Buena evolución clínica en seguimiento por ambulatorio.

CONCLUSIÓN

Abscesos de próstata por SAMR existen al momento 8 casos reportados en la literatura. Es importante considerar esta patología como diagnostico diferencial de patologías infecciosas ya que su tratamiento adecuado consiste en el drenaje del absceso además del tratamiento antibiótico efectivo. De no realizar diagnostico y tratamiento puede derivar en complicaciones genitourinarias como incontinencia urinaria, infertilidad, prostatitis crónica, sepsis, muerte.

APLICACIÓN DEL MINI-CEX EN LA EVALUACIÓN DE UN RESIDENTE

Giner I.¹; Alvarez A.²; Fernandez Galvez G.³

POLICLÍNICO NEUQUEN^{1 2 3}

<nachitoginer@yahoo.co.uk>

INTRODUCCIÓN

En la Residencia se espera que el médico adquiera las habilidades, conocimientos y competencias necesarias para el ejercicio autónomo de la profesión. La competencia profesional se demuestra mejor en el contexto real, en escenarios clínicos con pacientes reales. La observación directa del residente con el Ejercicio de Examen Clínico Reducido, o Mini-CEX, (del inglés: Mini Clinical Exercise), es un instrumento válido y confiable para evaluar las competencias clínicas de los residentes. Los exámenes deben permitir que los residentes asuman un rol activo, que adopten la responsabilidad de su propio aprendizaje. Esto puede lograrse con el Mini-CEX, ya que luego de la observación directa del desempeño se plantea la devolución constructiva o feedback, que servirá como guía para el aprendizaje futuro. Durante el feedback se estimula la "práctica reflexiva" del residente, esto es revisar críticamente su desempeño para identificar fortalezas y debilidades. De esta manera se favorece la capacidad de aprender a aprender, que es, quizás, la mejor enseñanza que se puede brindar.

OBJETIVO

Describir la aplicación práctica del Mini-CEX como método de evaluación de un residente en particular.

MÉTODOS

Se utilizó el Mini-CEX, método basado en la observación directa del desempeño del residente durante su práctica diaria, en diferentes situaciones clínicas, por diferentes docentes. Con una escala de nueve puntos se evaluaron las distintas habilidades y la satisfacción con el método. Se analizaron las observaciones realizadas a un residente durante toda su residencia.

RESULTADOS

Se realizaron 34 observaciones durante los tres años de la residencia. Durante el primer año tuvo 6 observaciones, 9 en segundo y 19 en tercer año. Fue evaluado por 10 docentes diferentes. Cada docente lo observó entre 1 y 7 veces. Las observa-

ciones se realizaron en consultorios externos 23,5%, internación pediátrica 20,6%, neonatología 17,6%, sala de recepción del recién nacido 26,5% y en internación conjunta 11,8%. El caso clínico fue definido por el docente de complejidad baja, 29,4%; moderada 44,1% y alta 26,5%.

Los puntajes promedios fueron:

Área evaluada	R1	R2	R3
Profesionalismo	8,5	8,66	8,79
Entrevista	7,83	7,88	8,05
Examen clínico	7,83	8,11	8,26
Criterio clínico	7,66	8	8,42
Asesoramiento	7,80	8,22	8,35
Organización	8	8,22	8,47

Los puntajes de competencia global variaron de acuerdo a los años de experiencia. Primer año 7,83; segundo 8 y tercero 8,57.

El puntaje de satisfacción del residente fue de 8. El tiempo de duración de las observaciones fue de 18,9 minutos y el de la devolución constructiva fue 11,8 minutos. El tiempo total de cada evaluación fue de 30,7 minutos en promedio. Durante el feedback se destacaron las fortalezas en 100% de las observaciones, las debilidades en 17,6%, los aspectos a mejorar en 17,6%, se definió un plan de acción en 11,8% y consta proceso de reflexión en 20,5%.

CONCLUSIONES

El Mini-CEX permitió la observación directa del residente, favoreció el intercambio entre los docentes y el residente. Brindó la oportunidad para proporcionar una devolución constructiva para motivar la reflexión del residente sobre lo actuado.



INFANCIA VULNERABLE: EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS

265

Regatky N.¹; Gil Libarona G.²; Anderman J.³; Tocalino M.⁴; Camarasa A.⁵; Gebara M.⁶; De Petris V.⁷; Franchini S.⁸; Scaglia C.⁹; Salamanco M.¹⁰

HOSPITAL DE NIÑOS^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

<regatky@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El neurodesarrollo está influenciado por factores biológicos y estímulos ambientales. Los antecedentes pre y peri natales cumplen un rol fundamental en este proceso, y el vínculo de apego proporciona la seguridad emocional necesaria para un crecimiento adecuado.

Los niños institucionalizados constituyen una población vulnerable con riesgo aumentado de padecer trastornos del desarrollo.

En un hogar de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) residen niños menores de 5 años. Dada su edad temprana resultó interesante realizar la evaluación del desarrollo, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, para así lograr mejor pronóstico, calidad de vida y potencialidad futura.

OBJETIVOS

Realizar diagnóstico precoz de trastornos del desarrollo e intervención oportuna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional-descriptivo. Incluimos 37 niños entre 0 y 5 años de un hogar de CABA, que concurrieron a control de junio a diciembre de 2015.

Fueron sometidos a una evaluación clínica del desarrollo y se realizó la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE). En caso de pesquisa de riesgo se utilizaron pruebas diagnósticas para trastornos del desarrollo.

RESULTADOS

Evaluamos 37 pacientes. Uno no realizó la pesquisa porque ya tenía diagnóstico de trastorno del desarrollo.

De los otros 36, 23 (64%) presentaron resultado normal y 13 (36%) tuvieron pesquisa de riesgo. De éstos, 10 (77%) tuvieron diagnóstico de trastorno del desarrollo y 3 (23%) no concluyeron la evaluación.

Los diagnósticos finales fueron: retraso global del desarrollo 5 casos (50%), depresión infantil 3 casos (30%), trastorno del espectro autista 1 caso (10%), trastorno específico del lenguaje 1 caso (10%).

A estos niños se les indicó el tratamiento correspondiente y continúan el seguimiento con el equipo de desarrollo.

CONCLUSIONES

El porcentaje con pesquisa positiva (36%) no difiere con los datos de estudios previos de este servicio y de la prevalencia en la bibliografía de los países en vías de desarrollo. Se realizó diagnóstico y tratamiento oportuno. A partir de este primer trabajo se espera obtener avances en la implementación de intervenciones para ofrecer a estos niños espacios que contribuyan a promover su desarrollo, impactando así en la disminución de la discapacidad futura.

A PROPÓSITO DE UN CASO: HEMOTORAX COMO COMPLICACIÓN DE OSTEONCONDROMATOSIS MÚLTIPLE

267

Rotolo M.¹; García L.²; Corredera M.³; Caporaletti V.⁴; Ferrero J.⁵; Pastore S.⁶

HOSPITAL MUNICIPAL DE MORON^{1,2,3,4,5,6}

<eugerotolo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La osteocondromatosis múltiple es una enfermedad poco frecuente, de herencia autosómica dominante que se caracteriza por el crecimiento anómalo de osteocondromas benignos especialmente en la metafisis de huesos largos que puede provocar acortamiento o deformidades. Estas lesiones, habitualmente asintomáticas, crecen lentamente hasta la pubertad. La afección costal es poco frecuente pero puede dar origen a complicaciones como el hemotorax.

OBJETIVO

Exponer el caso clínico de una paciente de nuestro servicio de Pediatría, diagnosticada a partir de la presentación de una complicación infrecuente.

Caso clínico: femenino de 11 años, con antecedente de genu valgo, escoliosis y dismetría de miembros interpretado como variante de la normalidad. Consultó por dolor en puntada de costado en hemitorax derecho de 24 hs de evolución, sin fiebre ni tos ni antecedente traumático. Al examen físico presentaba hipoventilación en base de hemitorax derecho; tumoración en tercio superior de brazo izquierdo, no doloroso y sin signos de flogosis. En Rx torax se constató velamiento de seno costo y cardiofrénico derecho y ecografía compatible con derrame pleural. Se inició tratamiento antibiótico asumiéndose como supuración pleuropulmonar secundaria a neumonía aguda de la comunidad. Se realizó toracocentesis obteniéndose 80 ml de líquido hemático (citoquímico: paquete globular equivalente a hematocrito; cultivo y

anatomía patológica negativa). Como hallazgo se observaron imágenes radiolúcidas en arcos costales aparejados, exostosis múltiples en huesos largos y lesión deformante de tercio superior de húmero izquierdo. Se realizó TAC y RMN con imágenes osteolíticas a nivel escápulo - humeral y en arcos costales interpretándose como osteocondromatosis múltiple. Se asumió hemotorax como complicación de enfermedad de base.

CONCLUSIÓN

Los osteocondromas con espículas intratorácicas pueden provocar complicaciones, probablemente debido a traumatismos menores o por roce persistente entre la exostosis y la pleura, con ruptura de vasos pleurales dilatados. Si bien en pediatría la patología pleuropulmonar de origen no infeccioso es poco frecuente, la asociación con deformidades óseas debería hacernos pensar en esta patología.



LESIONES NO INTENCIONALES EN UN SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE UNA OBRA SOCIAL

268

Garbocci A.¹; Sastre G.²; Ferraro S.³; Waserman J.⁴; Waisman I.⁵

OSECAC^{1,2,3,4}; SAP5

<anagarbocci@hotmail.com>

Las lesiones no intencionales (LNI) deben ser consideradas enfermedades; ya que existen factores causales, manifestaciones clínicas y tratamiento. Uno de cada cuatro niños sufre una lesión al año siendo los más expuestos los más chicos y los adolescentes.

OBJETIVOS

- a) Conocer la prevalencia de LNI en niños menores de 5 años atendidos en demanda espontánea.
- b) Describir las características de dichas LNI.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Se realizara un estudio prospectivo, descriptivo y observacional.

Población: pacientes menores de 5 años atendidos por LNI en consultorios de demanda espontánea de Osecac.

Período: septiembre 2014 a marzo 2015.

Se diseñó una planilla para ser completada por el pediatra con datos de todo paciente menor de 6 años que consulte por LNI.

Se analizaron los datos con el programa Epi Info v.6.

RESULTADOS

En el semestre evaluado fueron atendidos 56195 pacientes.

Consultaron por LNI 715 pacientes, con una prevalencia de 1,27%. El 53.5% (n= 383) fueron varones. El 17% de quienes presentaron LNI se derivaron a centro de mayor complejidad para evaluación diagnóstica, interconsulta con especialista y eventual tratamiento; requirieron internación el 7.7%.

Con respecto al tipo de lesiones el 83.2% fueron leves, 16% moderadas y 0.7% graves.

En septiembre y noviembre las consultas por LNI fueron cercanas al 20%. Con respecto a la edad se observó una incidencia de 26.7% de LNI entre los 12 y 24 meses de edad; manteniendo en el resto de los grupos etarios una incidencia aproximada al 15% y en los menores de 12 meses fue del 9%. El tipo de lesión más frecuente fue la caída (59%) seguidas por los golpes (20.2%), heridas punzo-cortantes (9.9%), quemaduras (6.7%), intoxicaciones o envenenamiento y cuerpo extraño (1.8%), mordeduras (1.5%), accidente de tránsito (0.5%) y accidente automovilístico (0.5%); accidente en bicicleta y por electrocución (0.4%).

El 46.2% de las LNI se localizaron en cráneo, 20.5% en cara, 13.6% en miembro superior, 11.5% en miembros inferiores, y menos del 0.5% en región torácica, genitales y columna.

El 70% de las LNI se produjeron en el hogar.

CONCLUSIONES

A partir de conocer nuestra realidad local elaboramos un folleto titulado "Crea un hogar seguro"; con consejos básicos sobre medidas a adoptar en los diferentes lugares de la casa para prevenir LNI.

A partir de lo observado y la intervención realizada nos proponemos disminuir las LNI la prevalencia de las LNI.

DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE AGUDEZA VISUAL EN PACIENTES INTERNADOS

269

Mier Castaño LF¹; Quintero N²; Lema G³; Muñoz C⁴; Maidana J⁵; Alisaukas V⁶; Germoglio MA⁷;

Salguero M⁸; Capurso C⁹; Gutiérrez G¹⁰; García J¹¹

HOSPITAL MAGDALENA V DE MARTÍNEZ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}

INTRODUCCION

La visión es un proceso de aprendizaje. Es necesario que la retina reciba imágenes nítidas durante el periodo de plasticidad sensorial que se extiende hasta la adolescencia. Si esto no ocurre se desarrolla ambliopía. La detección precoz de alteraciones visuales en la infancia mejora la capacidad y el desarrollo visual e impacta positivamente en el rendimiento escolar y el desempeño social de los niños. La realización del examen oftalmológico de rutina en el recién nacido y los controles periódicos es una herramienta fundamental para detección precoz y tratamiento oportuno.

OBJETIVOS

- Evaluar la prevalencia de los trastornos de refracción en pacientes de 5 a 14 años internados en la sala de pediatría del Htal. M.V. de Martínez desde 1/1/2016 al 30/1/2017.
- Determinar prevalencia según edad y género.
- Conocer porcentaje de pacientes que tenían evaluación oftalmológica previa.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal (n 150). Los datos se analizaron en Excel.

Se incluyeron pacientes de 5 a 14 años internados en sala de pediatría entre 1/1/2016 al 30/1/2017. Se excluyeron niños con enfermedades neurológicas que no podían realizar el test. Se estableció agudeza visual normal con puntaje mayor o igual a 8 tras el test.

Elementos utilizados:

- Ocluser: personal médico capacitado
- Test de "E" de Snellen para visión lejana a 3 metros.
- Se realizó la determinación en habitaciones con luz adecuada.

RESULTADOS

Del total de pacientes evaluados (n: 150), 44% presentó alteración en la agudeza visual.

La media de edad de los pacientes fue de 8.5 años y la media de edad con prueba alterada fue de 7.9 años. El modo fue 6 años en ambos grupos. El 75% no presentaba evaluación oftalmológica previa; igual porcentaje se observó en los pacientes con prueba alterada.

De los pacientes con prueba alterada el 59% fueron varones y 41% mujeres.

CONCLUSIONES

Existe un alto porcentaje de pacientes en edad pediátrica con trastornos de refracción y sin tamizaje de agudeza visual lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento.

Es importante recalcar el impacto negativo que estos trastornos generan en la calidad de vida, desarrollo y aprendizaje de los niños, por lo que es importante incluirlo dentro de los controles pediátricos habituales.



270

A PROPOSITO DE UN CASO NEUROBLASTOMA

Astengo M.¹; Dittler M.²; Vaccarello M.³; Rodrigo H.⁴

SANATORIO DE LA TRINIDAD^{1,2,3,4}

<belenastengo@hotmail.com>

INTRODUCCION

El neuroblastoma constituye uno de los tumores solidos extracraneales mas frecuentes, 5 a 8 %. Afecta principalmente niños menores de 4 años, edad media 30 meses. Puede diagnosticarse ya intrauterino. Pertenece al sistema nervioso simpatico periferico con presentacion y curso clinico heterogeneo. Es la neoplasia con mayor indice de regresiones espontaneas en lactantes incluidos en estadios avanzados o metastasicos, no así en niños mayores. Dignóstico una o varias masas en RX, TAC, RMN, los marcadores tumorales, acido vanililmandelico y sus metabolitos en orina, aumentados en 95%. Pilares del tratamiento reseccion, quimioterapia y transplante de medula osea.

OBJETIVO

Presentar un caso con una presentacion no frecuente ya que la mayoría se origina en abdomen a nivel de glandula suprarrenal o ganglios simpaticos retroperitoneales. En ganglios toracicos, cervicales, sobre todo en lactantes, o pelvicos en 30 % de los casos.

Desarrollo: niña de 11 meses de edad traida a guardia por cuadro de neumonia de una semana con evolucion torpida, antecedente de

cuadros broncoestructivos de manejo ambulatorio, se realiza RX de torax observandose masa toracica, se realiza TAC que confirma el diagnóstico y evidencia compromiso medular sin manifestacion clinica, los marcadores fueron positivos, se realiza laminectomia con toma de biopsia, cumple quimioterapia con buena respuesta actualmente a la espera de cirugia.

CONCLUSION

El caso resulta de valiosa importancia para su exposicion debido a su forma de presentacion.

REACCION DE HIPERSENSIBILIDAD A MARCAPASO

Orellana J.¹; Bruno E.²; Juaneda I.³; Farias D.⁴; Martínez M.⁵; Perez C.⁶

DIVISION ALERGIA E INMUNOLOGIA HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA¹; SERVICIO DE CARDIOLOGIA HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA^{2,3,4,5}; SERVICIO DE ALERGIA E INMUNOLOGIA HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS⁶

<pokerore@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

Existe en la literatura médica pocas publicaciones de reacciones de hipersensibilidad a los materiales constituyentes de prótesis y/o dispositivos implantables en niños.

CASO CLINICO

Presentamos un varón de 10 años de edad con antecedentes de bloqueo auriculoventricular completo congénito en control periódico especializado. Ingresa al HNST en insuficiencia cardiaca congestiva por miocarditis aguda secundaria a picadura de escorpión, presenta paro cardiorrespiratorio con recuperación completa luego de maniobras habituales de reanimación y medicación de sostén cardiovascular. Se implanta marcapaso transitorio y a los 10 días del evento se coloca marcapaso definitivo bicameral en posición subxifoidea con cables epicardicos.

Recuperado hemodinamicamente se observa en la región del bolsillo de implante, inflamación que luego se asocia a derrame pericárdico. Cultivos negativos, falta de reacción hematológica, y nula respuesta a antibióticos descartan etiología infecciosa, procediéndose entonces a terapia esteroidea por un mes con notable mejoría, al suspender en forma gradual este tratamiento, recrudescen la inflamación por lo que se decide explantar marcapaso y cables.

Se investiga etiología de la respuesta inflamatoria a través de pruebas de parches cutáneos para los componentes aportados por el fabricante sumando niquel cromo y cobalto, encontrándose positividad leve para SILICONE RUBBER Y PLATINUM IRIDIUM.

Se procede a la colocación de un nuevo marcapaso con cubierta de PARYLENE; el niño presenta buena evolución.

CONCLUSIONES

Las reacciones de hipersensibilidad a los constituyentes no solo del marcapaso sino también de sus cables debe ser tenida en cuenta, cuando no hay respuesta al tratamiento antibiotico y es descartada la infección, debiendo realizarse pruebas alergoinmunologicas específicas y explante del dispositivo. Queda el interrogante sobre el rol que el veneno de escorpión pudo haber tenido modulando la respuesta inmune.

271



274

HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE PRESENTACION TARDIA: A PROPOSITO DE 3 CASOS.

Cidral Muniz E.¹; Mansur A.²; Cohen C.³; Pietroapolo A.⁴; Fernandez M.⁵; Lobos M.⁶

HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA^{1,2,3,4,5,6}

<evelinmuniz@hotmail.com>

INTRODUCCION

Las hernias diafragmáticas congénitas se presentan frecuentemente en el período neonatal; sin embargo, de 5-20% pueden hacerlo posteriormente. La variedad de síntomas o su hallazgo radiológico incidental pueden plantear un desafío diagnóstico.

Paciente femenina de 10 meses, segunda gesta. Sin antecedentes perinatólogicos relevantes. Antecedentes personales: síndrome de Down; broncoespasmos sin internación. Ingresa por cuadro de 5 días de fiebre y taquipnea. Al examen físico: rosada; tonos cardíacos normales sin soplos. Abdomen blando y depresible sin megalias. Hipoventilación en base pulmonar derecha. Rx tórax: imagen radiopaca en base de pulmón derecho. Se interna con diagnóstico de neumonía. Se medica con ampicilina y O2. Se repite Rx de tórax al 10º día de internación por persistir con requerimiento de O2 e hipoventilación en base derecha. Persiste imagen radiopaca en base derecha y se observan asas intestinales en hemitórax derecho. TAC de tórax: hernia diafragmática derecha. Se derivó para corrección quirúrgica.

Paciente femenina de 21 meses, segunda gesta, RNT/PAEG, embarazo controlado, serología negativa. Alta conjunta. Pesquisa neonatal normal. Antecedente de broncoespasmos sin internaciones. Consulta al servicio de Neumonología Infantil con una radiografía de tórax realizada dos meses antes. Se observa imagen radiopaca en base derecha con áreas radiolúcidas en el centro. Se solicita tomografía de tórax. No concurre a control hasta 5 meses después; se realiza tomografía donde se observa hernia diafragmática derecha. Se derivó para corrección quirúrgica.

Paciente masculino de 3 meses, quinta gesta, RNT/PAEG, embarazo mal controlado, serología negativa. Alta conjunta. Pesquisa neonatal no realizada. Sin antecedentes personales patológicos. Ingresa por dificultad respiratoria de 3 días de evolución que no responde a tratamiento ambulatorio. Al examen físico: rosado; tonos cardíacos normales sin soplos. Abdomen excavado; sin megalias. Hipoventilación en base pulmonar izquierda. Rx tórax: asas intestinales en hemitórax izquierdo; desplazamiento del mediastino a la derecha. TAC de tórax: hernia diafragmática izquierda posterior. Actualmente resolviendo su cuadro agudo para luego realizar corrección quirúrgica.

CONCLUSION

La hernia diafragmática de presentación tardía es un problema diagnóstico importante por ser rara, con sintomatología variable y escasa correlación entre la clínica, la edad y la forma de presentación.

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ATÍPICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Cala L.¹; Urtasun M.²; Davenport C.³; Valentini L.⁴; Maiolo L.⁵; Raiden S.⁶

HOSPITAL PEDRO ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6}

<luzcala9@gmail.com>

275

INTRODUCCIÓN

El síndrome Guillan-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía aguda, caracterizada por una parálisis flácida ascendente, simétrica, y arreflexica, puede asociarse a síntomas sensitivos y alteraciones autonómicas. El diagnóstico y tratamiento precoz disminuye la morbimortalidad y el riesgo de secuelas en los pacientes.

OBJETIVO

Presentar un paciente con SGB atípico reconociendo las dificultades que plantea el diagnóstico del mismo ya que los criterios diagnósticos del SGB no abarcan el espectro completo de dicho trastorno.

CASO CLÍNICO

Paciente de 9 años que consulta por debilidad muscular y dolor en los 4 miembros de 4 días de evolución. Al examen físico se evidencia cuadriparesia, ptosis palpebral, estrabismo divergente, ROT negativos. Se realiza TC de cerebro y punción lumbar ambos normales. Se interpreta el cuadro como polirradiculopatía con compromiso de pares craneales (VI y VII PC) y se inicia tratamiento con Gammaglobulina. Paciente evoluciona favorablemente, con recuperación progresiva de la fuerza muscular. Se documentan cifras tensionales elevadas que alrededor del sexto día normalizan asumiéndose los registros de hipertensión arterial como secundario a disautonomías. Al séptimo día de internación se realiza nueva punción lumbar en cuyo líquido se evidencia la disociación albumino citológica compatible con el SGB atípico con compromiso de pares craneales.

CONCLUSIÓN

Las variantes atípicas del SGB incluyen formas de presentación asimétricas, motoras puras, con déficit sensitivos predominantes, con preservación de los reflejos o incluso hiperreflexia, paresia bilateral inicial de los miembros superiores o comienzo en los nervios craneales con ptosis palpebral y parálisis descendente. Las dificultades en el diagnóstico se plantean por la falta de marcadores serológicos confiables específicos del SGB, si bien se dispone de pruebas serológicas como la detección de los anticuerpos antigangliósidos, no han demostrado ser lo suficientemente específicos para el diagnóstico de este tipo de neuropatía. El estudio del LCR es diagnóstico hasta una o dos semanas después del inicio de la enfermedad, cuando el 80-90% de los casos presentan una disociación albumino citológica. Los estudios electrofisiológicos son difíciles de realizar en los niños pequeños y los hallazgos clásicos de desmielinización en los estudios de conducción nerviosa pueden no aparecer hasta 2 o 4 semanas después del inicio de la enfermedad. Por lo tanto, la sospecha clínica de este tipo de presentaciones permite iniciar tratamiento oportunamente y mejorar su evolución.



277

MIOSITIS BENIGNA DE LA INFANCIA

Seambelar G.¹; Dellamaggiore R.²

OLAVARRIA^{1,2}

<gastonseambelar@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La miositis es una complicación infrecuente de infecciones virales, de aparición brusca y resolución ad integrum. La mayoría de las veces se relaciona con el virus Influenza, aunque un alto porcentaje no se logra el rescate de germen.

OBJETIVOS

Se presentan tres pacientes cursando cuadro de infección viral, que evolucionan con miositis asociada a dolor e impotencia funcional de miembros inferiores.

Descripción de los casos: a continuación, se describen los tres casos

Caso 1: Niño de 8 años, que consulta con fiebre de 48 horas de evolución, con debilidad en miembros inferiores, asociada a leucopenia (GB 3400; N:44%/Lin:46%), elevación de transaminasas y enzimas musculares (CPK 7208). Se indica tratamiento conservador y sintomático, no lográndose aislamiento viral. Paciente, a las 72 horas, evoluciona con normalización de fuerza en miembros inferiores y regularización de enzimas musculares en 2 semanas.

Caso 2: Niño de 3 años, que consulta con características similares: fiebre de 48 horas de evolución, con debilidad en miembros inferiores, leucopenia y elevación de enzimas musculares (CPK 5928). Se aísla virus Influenza B, indicándose tratamiento sintomático, normalizándose la marcha a las 36 horas y enzimas musculares a las 3 semanas.

Caso 3: Niño de 3 años, cursando síndrome gripal y fiebre, agrega dolor en miembros inferiores e impotencia funcional. Laboratorios normales con elevación de CPK 387 UI/L. Se instauro tratamiento conservador, normalizando laboratorios y marcha normal a la semana de evolución.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

Presentamos tres casos de infección viral complicada con miositis. En todos los pacientes, se instauro tratamiento sintomático, no observándose mioglobinuria, ni compromiso de otros órganos. Todos los pacientes evolucionaron con restitución completa de fuerza, no presentando recaídas durante el seguimiento.

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE FRACTURAS RECURRENTES

Gomez Elias C.¹; Schwartz G.²; Gomez L.³; Masnata M.⁴; Cassinelli H.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5}

<cgomezelias@gmail.com>

278

INTRODUCCIÓN

La osteopetrosis maligna infantil es una enfermedad genética de baja frecuencia y, por lo tanto, rara vez sospechada. Se caracteriza por una alteración de la resorción ósea, debido a una disminución en el número o en la función de los osteoclastos. Sus características clínicas se deben al fracaso de la remodelación de los huesos en crecimiento, por lo que se manifiesta con más frecuentemente con fracturas recurrentes, macrocefalia, baja talla e insuficiencia medular, la cual determina el pronóstico.

Caso clínico: presentamos el caso de una paciente de 2 años de edad, con antecedentes de fracturas recurrentes en miembros inferiores y retraso neuromadurativo a predominio del área motora gruesa. Al examen físico se evidencia facies peculiar, con frente olímpica, puente nasal ancho, implantación baja de orejas, estrabismo convergente derecho, con nistagmus, fontanela anterior amplia y permeable, con escasa dentición. Además se constata baja talla (Z score -2,9), macrocefalia relativa (Z score +2) y genu varo, con segmentos corporales armónicos. Dada la sospecha clínica de patología ósea sistémica, se realiza laboratorio con perfil fosfocálcico (hiperparatiroidismo, normocalcémico, normofosfatémico, con aumento de marcadores de resorción ósea) y radiografías de cráneo (hiperdensidad de arcada supraciliar y base del cráneo), columna (hiperdensidad de regiones superior e inferior de cuerpos vertebrales, que contrastan con su centro) y huesos largos (imágenes hiperdensas diafisarias, que contrastan con resto de las porciones y

ensanchamiento metafisario). Dado el cuadro clínico-radiológico del paciente, se realiza diagnóstico de osteopetrosis maligna infantil.

CONCLUSIONES

Ante todo paciente con fracturas recurrentes asociadas a otros hallazgos al examen físico que lleven a la sospecha de patología ósea sistémica se debe realizar estudio del perfil fosfocálcico y radiografías orientándose en la clínica. En el caso de nuestra paciente su historia previa y examen físico, asociados a los signos hallados en las radiografías (los cuales son patognomónicos), sugieren fuertemente el diagnóstico de osteopetrosis maligna infantil.



TUMORES DE MEDIASTINO COMO CAUSA DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN LACTANTES. A PROPOSITO DE DOS CASOS

279

Castrillon Gonzalez M.¹; Lauría M.²; Leivi M.³; Negro F.⁴; Urman G.⁵; Grosman A.⁶

HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES¹; HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES-SEPN^{2,3,4}; CARRERA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA-UNIVERSIDAD MAIMONIDES⁵; HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES-CARRERA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA-UNIVERSIDAD MAIMONIDES⁶

<margara-castrillon@hotmail.com>

INTRODUCCION

Los tumores mediastinales en los niños son un grupo heterogéneo de neoplasias, en su mayoría malignas. Entre el 40 y 60% son asintomáticos; el resto cursan con síntomas inespecíficos, sistémicos o secundarios al desarrollo de la masa en un espacio limitado, dentro de estos, el aparato respiratorio es el más afectado. La cianosis y la dificultad respiratoria son los síntomas principales en lactantes.

OBJETIVOS

Reportar dos casos de tumores mediastinales en lactantes que se manifestaron inicialmente con síntomas respiratorios.

CASOS CLINICOS

Se presentan dos pacientes: niño de 10 meses con ptosis palpebral derecha congénita con antecedente de múltiples episodios de obstrucción bronquial sin respuesta a broncodilatadores y niña de 11 meses con antecedente de bronquiolitis a los 10 meses derivada a nuestra institución por cuadro asumido inicialmente como neumonía con derrame pleural.

En ambos casos se realizó Rx de tórax, el primer paciente presentaba ensanchamiento mediastinal con opacidad en vértice derecho, en el segundo, condensación heterogénea en pulmón izquierdo; posteriormente se realizan TAC de tórax que evidencian lesión expansiva compatible con neuroblastoma y en el segundo caso con teratoma sin plano de clivaje con los grandes vasos. La histopatología

arrojo diagnóstico de ganglioneuroblastoma y teratoma maduro respectivamente.

Con respecto al tratamiento, en el caso del niño recibió quimioterapia citorrreductora con posterior exéresis del tumor, actualmente se encuentra en seguimiento ambulatorio con oncología a los 18 meses de su diagnóstico.

En el segundo caso se realizó exéresis total del tumor con plástica de rama pulmonar izquierda con evolución posquirúrgica favorable, sin requerimiento de otros tratamientos. Actualmente en seguimiento ambulatorio a los 9 meses del diagnóstico.

CONCLUSIONES

El objetivo ha sido presentar dos causas poco frecuentes de dificultad respiratoria en lactantes, así como poner de manifiesto la escasa e inespecífica sintomatología.

Resaltamos la importancia de la sospecha clínica de entidades poco frecuentes ante lactantes con síntomas habituales, ya que ambos pacientes se manifestaron y fueron asumidos inicialmente como patologías respiratorias prevalentes.

La falta de correlación entre la clínica, la evolución y estudios complementarios justifica la búsqueda de otras etiologías.

IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN POSGRADO DE PEDIATRÍA

280

Urman G.¹; Leivi M.²; Urrestarazu P.³; Grosman A.⁴; Urman E.⁵

CARRERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, UNIVERSIDAD MAIMONIDES^{1,2,3,4,5}

<urman.gabriela@maimonides.edu>

Los errores de comunicación son responsables de más de 60% de los casos de error médico. La comunicación efectiva es clave en el desempeño de los médicos en formación, pero rara vez se enseña y evalúa en forma específica. La estrategia SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) ha probado ser útil para el entrenamiento en habilidades de comunicación en diversos entornos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuasi-experimental ex post no controlado. Participaron los residentes de pediatría del Hospital Español de Bs As y los alumnos de la Carrera de Especialista en Pediatría de la Universidad Maimonides, que comparten espacios de formación. Para evaluar la percepción de la comunicación se elaboró un cuestionario que consideró las variables edad, sexo, año en curso, capacitación en comunicación, percepción sobre el rol de la comunicación en la seguridad del paciente, frecuencia con que reporta a otro situaciones con pacientes que requieren la toma de decisiones clínicas. El entrenamiento se llevó a cabo en forma aleatorizada, e incluyó participantes de distinto año de formación. Se envió material escrito y se realizaron 4 talleres de 1 hora a lo largo de un mes en los que se trabajó con distintas técnicas incluyendo role playing. Finalizado el entrenamiento tanto los participantes que recibieron la intervención como los del grupo control completaron una actividad estandarizada que comprendía el análisis de un video de una situación clínica e inmediatamente después se los dejó a solas con la consigna de telefonar a su coordinador y relatar lo sucedido. Un único evaluador ciego a la intervención atendió los llamados y llenó un

check list de 19 ítems. Por último se aplicó una encuesta de satisfacción a los participantes del programa de entrenamiento.

RESULTADOS

19 de los 28 pediatras en formación participaron en forma voluntaria. 48% hasta el momento no había recibido entrenamiento en técnicas de comunicación, reconocieron a la falla de comunicación como fuente importante de errores. 70% afirma que con gran frecuencia informa a un tercero de una situación clínica y este toma decisiones. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas e independientes del año en curso entre quienes participaron del programa (n=10) y el grupo control (n=9). Hubo gran satisfacción entre los que recibieron el entrenamiento, percibiendo mejoras en la comunicación, la confianza y razonamiento clínico. El acuerdo fue total en que la estrategia debe utilizarse para capacitar no solo a los pediatras en formación sino a todo el personal del servicio dado el potencial beneficio de unificar un formato de comunicación efectiva. La confiabilidad del check list y la encuesta fue de 0,86 y 0,63.

CONCLUSIÓN

A pesar de tratarse de una muestra pequeña, se dió un paso en la incorporación de la comunicación efectiva entre profesionales de la salud en la formación de posgrado. El programa fue exitoso en cuanto a la diferencia obtenida entre participantes y el grupo control y muy valorada. La hemos adoptado como espacio de reflexión, capacitación continua y evaluación de competencias clínicas. Es fácilmente adaptable para ser incorporada en todos los ámbitos de atención.



281

MORBILIDAD RESPIRATORIA EN PREMATUROS TARDÍOS Y TÉRMINO TEMPRANOS.

Ceballos E.¹; Sosa I.²; Maure C.³; Di Pietro D.⁴; Wainsztein D.⁵; Burgos V.⁶; Cavallero N.⁷; Martínez F.⁸
CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<estebanceballos1@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los Recién Nacidos prematuros tardíos (RNPT) y los Recién Nacidos de Término Temprano (RNTt) son considerados una población de riesgo, con mayor morbilidad y con mayor frecuencia requieren ingreso hospitalario, mayor días de internación y reingreso hospitalario en comparación a los Recién Nacidos de Término Tardío (RNNT). El SDR es uno de los principales diagnósticos al ingreso, requiriendo distintos modos de soporte respiratorio, por lo tanto, requieren de mayores cuidados en UTIN.

OBJETIVOS

Comparar la frecuencia en que se presenta la morbilidad respiratoria (MR) entre RNPT y en RNTt Vs RNNT. Establecer factores asociados a MR. Describir los distintos modos de soporte respiratorio utilizados.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se incluyeron a todos los RNPT (34 a 36 SEG), y RNTt (37 a 38 SEG), Vs todos los RNNT (39 a 41 SEG) durante los años 2011 a 2015. Exclusión: malformaciones o síndromes genéticos, derivados de otro centro. Análisis estadístico: La frecuencia de MR se consignó en porcentajes. Chi-cuadrado y Odds Ratio. Las variables maternas o neonatales asociadas a MR se analizaron entre los pacientes con o sin MR: U de Mann-Whitney variables continuas y Chi-cuadrado en variables categóricas. Las variables con P <0.1 se analizaron con modelo multivariado de regresión logística. El soporte terapéutico fue descrito en porcentajes, prueba de Chi-cuadrado y odds ratio.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 10512 pacientes, RNPT 766 (7,8%), RNTt 3654 (92,6%) y RNNT 6087 (57,90%). La frecuencia de MR en los RNPT fue de 202 (26,4%), RNTt 115 (3,15%) Vs 46 (0,76%) RNNT. El Odds ratio para MR entre RNPT y RNTt Vs RNNT respectivamente: OR 47.03, IC95% 33.7 a 65.53, P 0.0001, OR 4.26, IC95% 3.02 a 6.02, P 0.0001. Internación: RNPT 405 52,9% P 0,0001 OR 79.21 (61.27 a 102.41), RNTt 20 15,5% P 0,0001 OR 4.11 (3.17 a 5.31) P 0,00001, RNNT 1,6 (1,17-2,03) P 0,0001 Vs RNNT 0,69 (0-0,9). ARM: RNPT 41 5,4% P 0,0001 OR 18.06 (10.42 a 31.28), RNTt 14 0,4% P 0,56 OR 1,22 (0.61 a 2.45) Vs 19 0,3%. CPAP/VNI RNPT 39 5,1% 0,0001 OR 81.58 (29.06 a 228.94), RNTt 8 0,2% 0,0001 OR 3.33 (1.004 a 11.089) Vs 4 0,1%. Factores de riesgo asociados a MR: Patología asociada al embarazo (OR 4,248, IC95% 2,918 a 6,184, P 0.0001), el Apgar menor a 7 a los 5 min (OR 15,09, IC95% 4,64 a 49,03, P 0.0001), el nacimiento por cesárea (OR 2,96 IC95% 2,32 a 3,78, P 0.0001), sexo masculino (OR 1,5 IC95% 1,21 a 2,01, 0,001). Se observó el RCIU como factor protector de MR, (OR 0.51, IC95% 0,29 a 0,92, P 0.029).

CONCLUSIÓN

Los RNPT y los RNTt presentaron mayor MR en comparación a RNNT. Los factores de riesgo más preponderantes asociados a MR fueron la prematuridad, el nacimiento por cesárea, nacer con Apgar menor a 7 a los 5 min, el sexo masculino y la patología materna asociada al embarazo. Los RNPT y RNTt son una población de riesgo con mayor requerimiento de internación, más días de internación, mayor morbilidad respiratoria y mayor soporte de oxígeno.

LUES CONGENITA EN FORMOSA, A MAS DE MEDIO SIGLO DEL DECUBRIMIENTO DE LA PENICILINA

Garnica M.¹; Romano M.²; Malianni B.³; Benítez N.⁴

HMYN^{1,2,3,4}

<SUSIGARNICA@HOTMAIL.COM>

282

La sífilis congénita es una infección que se adquiere de la madre infectada.

OBJETIVOS

Observar la prevalencia de sífilis congénita en el servicio de neonatología del hospital en estudio, durante 12 meses.

Describir la frecuencia de neurosífilis congénita; controles prenatales, riesgos del recién nacido, procedencia del paciente y educación de la madre.

Población: Todos los recién nacidos internados en el servicio de neonatología del hospital de la madre y el niño, en un período que abarca desde 01 de Febrero del 2016 al 28 de Febrero 2017.

Material y Método: Estudio retrospectivo Transversal Observacional, realizado en un hospital público y su servicio de neonatología.

RESULTADOS

Se encontraron 28 casos con diagnóstico de sífilis congénita que recibieron tratamiento completo, esto representa tasa del 2 % de la población en estudio, de los cuales el 1%(11) presento complicaciones de la enfermedad en forma de neurolues y 1%(13) presentaron coinfecciones. Tasa específica anual de Lues congénitos internados en UCIN 7%0. El 50%(14) de los internados en UCIN por Lues congénito eran pretermino y muy pretermino 14%(4); el apgar ≤6 al minuto para muy preterminos 7%(2), pretermino tardío 7%(2) y termino 7%(2); sepsis temprana e intrahospitalaria fue 46%(13) y todos eran preterminos; las concentración de VDRL fue uniforme en los tres grupos de edades analizados; con serología reactiva en el LCR fue del 39%(11) y de los neurolues solo 17%(5) presento sepsis concomitante. La células en LCR mas de 30 solo en un paciente con neurolues y en otro sin neurolues, mientras

que proteinorraquia mas de 1mg% en todos los neurolues; sin neurolues el 32%(9) presento mas de 1mg% y solo uno de estos paciente no presento proteinorraquia.

Las madres con primaria incompleta fue 21%(6), secundaria incompleta 39%(11) y solo el 21%(6) tenía secundaria completa. Sin control prenatal 17%(5) distribuido uniformemente en todos los niveles de educación, 28%(8) con al menos un control pero menos de 5, de estas madres la mayoría presento secundaria completa 21%(6). Con control prenatal insuficiente 46% (13). En los pacientes internados en UCIN con Lues congénita no hubo menores de 29 semanas de vida ni mayores de 41 semanas al nacimiento; no hubo apgar menor de 7 a los 5 minutos; no hubo bacteriemias positivas; sólo un paciente presento ictericia. No hubo menores de 14 años ni mayores de 45 años y la distribución de prematuridad o de termino no fue predominante de una edad particular; de los 10 pacientes del interior de la provincia la localidad el 50% presento neurolues congénita, mientras que de los 17 pacientes de la capital, neurolues presento el 30%(5).

CONCLUSIÓN

La prevalencia de lues congénita continua siendo elevada, comparada con la media nacional y de los estudios anteriores realizados en nuestro hospital. El 40% presento neurolues y sepsis concomitante en estos pacientes 17%, solo eran prematuros los pacientes con sepsis. La procedencia de los pacientes del interior fue similar a los de la capital pero el 50% de los pacientes derivados presento neurolues a diferencia del 30% de los de capital. Con controles prenatales insuficientes 46%, predominó como nivel de educación, secundaria completa.



283

SEGUIMIENTO DE NIÑ@S CON MIELOMENINGOCELE COMITÉ INTERDISCIPLINARIO DEL HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA

Morales S.¹; Longuinho A.²; Domínguez J.³; Gomez Y.⁴; Tobía S.⁵; Tortarolo A.⁶; Pino Araya C.⁷; Ambrusso V.⁸
HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7,8}
<silvymorales@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los defectos congénitos del tubo neural (DCTN) se producen como consecuencia de fallas en la formación de la estructura precursora del SNC, durante los primeros 30 días de gestación. En Argentina, el Registro Nacional de Anomalías Congénitas (RENAC) en el año 2015, estimó una prevalencia en el sector público de 0,51/1.000 nacidos vivos y fetos muertos para espina bífida que incluye al Mielomeningocele (MMC) que es la herniación de las envolturas meníngeas, y de la médula espinal y/o raíces nerviosas a través de un defecto óseo de la columna vertebral. Constituye la malformación congénita del sistema nervioso central más grave compatible con la vida.

OBJETIVOS

Presentar la experiencia de un Comité para la atención de niñ@s con (MMC), formado por Peditras y Especialistas.

Población Material y métodos: estudio descriptivo de pacientes con (MMC) (mayo 2005- abril 2017), procedentes de la Provincia de Buenos Aires.

RESULTADOS

Seguimiento de 251 niños (50% varones y 50% mujeres). El 72% diagnosticado prenatalmente, con un promedio de 6 controles, 3 ecografías y 5 meses de edad gestacional al diagnóstico. El 66% nació por cesárea, promedio de peso y edad gestacional de 3062 grs y 38 semanas. Edad materna y paterna: 26 y 29 años. El 94% no programó el embarazo, ninguna madre recibió ácido fólico preconcepcional y sólo el 8% lo ingirió en el 1° trimestre. El 31% nivel lesional

L3,28% L4y16% L5. En el 57% se realizó el cierre quirúrgico en las primeras 48 horas; presentando hidrocefalia evolutiva el 71%, de ellos el 90% requirió válvula de derivación ventrículo-peritoneal (VDVP) en 1° instancia, el 6% tercer ventriculostomía endoscópica (TVE) exitosa (realizada desde junio de 2013), y 4% valvulados luego de evolución desfavorable con dicho recurso. El 94% fueron aislados y el 6% formaron parte de patrones malformativos complejos. Evolutivamente el 9% requirió vesicostomía.

CONCLUSIONES

El marco ideal para el seguimiento es la interdisciplina, asumiendo el Peditra un rol protagónico, asegurando que se establezcan las relaciones que hagan falta entre todos los profesionales que asisten a los mismos. Debemos insistir en la ingesta de ácido fólico preconcepcional en el contexto de la programación del embarazo y seguimiento precoz del mismo para disminuir la ocurrencia y recurrencia de dicha malformación. Se incorporó un nuevo recurso neuroendoscópico (TVE), como opción primaria para tratamiento de la hidrocefalia con el objetivo de evitar la (VDVP), disminuyendo así una de las comorbilidades más importantes.

DIAGNÓSTICO DE ESCHERICHIA COLI PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA EN PACIENTES CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO. ESTUDIO DE CONTACTOS.

Lucarelli L.¹; Alconcher L.²; Arias V.³
HIGA PENNA BAHIA BLANCA^{1,2,3}
<lucarelli@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La detección de Escherichia Coli productor de toxina shiga (STEC) en pacientes con Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) se incrementó del 40% al 65% con la incorporación de la detección de anticuerpos anti-lipopolisacáridos (anti-LPS). Desde junio del 2010 en nuestro hospital se comenzó a realizar la búsqueda de los genes stx1, stx2, y rfb O157 por Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) en materia fecal (MF) a los pacientes y sus contactos cercanos con el propósito de incrementar la detección de STEC.

OBJETIVOS

1) Determinar el porcentaje de pacientes con SUH STEC positivos. 2) Analizar el método que confirmó el diagnóstico. 3) Describir el serotipo detectado. 4) Determinar el porcentaje de contactos positivos.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, transversal. Se incluyeron todos los pacientes con SUH, período junio 2010-diciembre 2016. La presencia de STEC se investigó mediante la detección de los genes stx1, stx2 y rfb O157 utilizando PCR, las muestras se derivaron al Instituto Malbrán para estudio de factores de virulencia, serotipificación, stx libre en MF, anticuerpos antiverotoxina y anticuerpos anti-LPS. Se excluyeron los pacientes que no fueron estudiados por ninguno de estos métodos. Los contactos cercanos se estudiaron con PCR de MF.

RESULTADOS

Se atendieron 83 pacientes, 55 mujeres, edad media 36 meses, DS 23,8 meses. Dos pacientes se excluyeron pues no se estudiaron. La infección por STEC se confirmó en 54 pacientes (67%). El diagnóstico se realizó

exclusivamente por PCR de la MF en 26 de 54 pacientes (48%), en 8 pacientes (15%) solo se detectaron anticuerpos anti-LPS y en 1 sólo se aisló Stx libre en MF. En los 19 restantes el diagnóstico se realizó por más de 1 método. El serotipo aislado más frecuente fue O157 (70%). De los 15 no O157, 9 fueron O145, 2 O121 y en 4 no se logró determinar el serotipo. En un paciente solo se detectó stx libre en MF.

En 66 pacientes se estudiaron los contactos cercanos, de ellos 23 tuvieron contactos positivos. De los 240 contactos estudiados, 29 (12%) resultaron positivos, 10 de ellos (34%) estaban en edad pediátrica y 1 desarrolló SUH. Dos de los contactos positivos eran perros. Cinco pacientes STEC negativos tuvieron contactos STEC positivos existiendo probablemente una relación causal que incrementaría la detección de STEC al 73%.

CONCLUSIÓN

El estudio oportuno del paciente con todos los métodos actualmente disponibles y de sus contactos permitió detectar infección por STEC en ¼ parte de los casos. La PCR en MF fue el método que confirmó la mayoría de los casos. En 2/3 de los pacientes el serotipo aislado fue O157. Aproximadamente un tercio de los pacientes tuvieron contactos positivos, siendo este aspecto importante desde el punto de vista epidemiológico para evitar la diseminación de una cepa patogénica.

287



REACCION ADVERSA SEVERA POCO FRECUENTE AL METIMAZOL EN ADOLESCENTE HIPERTIROIDEA

288

Rey M.¹; Vergez A.²; Diorio M.³; García M.⁴; Suarez G.⁵; Masardi P.⁶

HTAL. FERNANDEZ^{1,2,3,4,5,6}

<mariarey_84@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los fármacos antitiroideos se asocian con una variedad de efectos adversos mayores e infrecuentes como la agranulocitosis (0.3-5%) y aplasia medular (1/10000 pacientes) que pueden tener graves consecuencias sobre la morbimortalidad y requieren la inmediata suspensión de la droga y medidas de sostén adecuadas.

OBJETIVO

- Presentar un efecto adverso infrecuente de medicación poco utilizada en pediatría.
- Demostrar la importancia del trabajo interdisciplinario para la resolución del caso.
- Reconocer la importancia de la actualización en nuestra práctica médica.
- Reforzar la importancia de advertir sobre ciertos efectos adversos al momento de indicar un tratamiento.

CASO CLINICO

Paciente femenina de 15 años, oriunda de San Juan en viaje a Buenos Aires presenta odinofagia en aumento, fiebre y vómitos. Al llegar presenta dificultad para respirar y pérdida de la conciencia. Es traída a la guardia donde presenta trismus, fiebre, taquicardia, taquipnea, hipertrofia amígdalina G4 con úlceras-necróticas, exudados blancogrisáceos. Antecedentes: ingesta de Metimazol por Enfermedad de Graves un mes previo. Al ingreso se asume el cuadro como Sepsis-Hipertrofia amígdalina severa, se realiza expansión y se toma muestra de HMC, se suspende Metimazol por sospecha de efecto adverso mayor. Laboratorio: Neutropenia Severa: GB 400- RAN 244 y Trombocitopenia (110.000), Coagulograma alterado: TP 25,2%; resto de laboratorio s/p. Se realiza

tratamiento con Piperacilina-Tazobactam 14 días, Corticoides, G-CSF (Filgastrin 10 días), Vitamina K. Estudios de imágenes realizados: TAC de cuello con contraste, Ecografía Abdominal y renal. En la evolución la paciente presenta pancitopenia (GB 400:RAN 20-Hb 9-Plq 71000). Neutropenia severa persistente durante 1 semana (RAN 20) y alteración del coagulograma. Continúa con mismo tratamiento en sala presentando elevación de la glucemia con requerimiento de corrección con insulina. Se evalúa la necesidad de realizar PAMO, por el estado general y extremo adelgazamiento, se decide postergarla. La paciente comienza a resolver la pancitopenia y a los 15 días del ingreso se realiza curva de captación con Yodo. Pediatría trabajando en conjunto con otros Servicios decide por las condiciones clínicas de la paciente y estudios complementarios realizar como tratamiento definitivo la ablación radioactiva. Se articulan mecanismos para seguimiento y tratamiento de la paciente en su provincia natal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La identificación y manejo oportunos de las complicaciones severas de los antitiroideos permitieron resolverlas de manera eficaz. El trabajo interdisciplinario permitió posponer el tratamiento definitivo y adecuado para esta paciente en el momento oportuno. Nuestra paciente nos planteo el desafío de conocer los efectos adversos de medicaciones poco habituales en nuestra práctica diaria, y de la importancia de alertar a su entorno y familiares de los mismos, sobre todo los que requieren consulta inmediata.

NARCOPLESIA: A PROPÓSITO DE UNA CASO CLÍNICO

289

Rocha M.¹; Borgognoni M.²; Ferrarotti Orrit M.³

HOSPITAL GARRHAN^{1,2,3}

aleiram_88_rq@hotmail.com

INTRODUCCION

La Narcolepsia es un trastorno neurológico infrecuente en pediatría, caracterizado por somnolencia diurna excesiva con "ataques de sueño" en momentos inapropiados, que repercute negativamente a nivel físico, emocional y social. Presenta asociación con HLA DQB1. Es una enfermedad incurable, progresiva y altamente incapacitante, cuyo tratamiento es únicamente sintomático.

OBJETIVO

Presentar un caso de Narcolepsia diagnosticada en adolescente, debido a que se trata de una enfermedad infra diagnosticada en la edad pediátrica. Remarcar la importancia del diagnóstico oportuno y tratamiento precoz para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

CASO CLINICO

Paciente femenina, de 15 años, previamente sana, sin antecedentes, que consulta por aumento brusco de peso, astenia, cambios en la conducta, irritabilidad, disminución del rendimiento escolar, amenorrea, ronquido y pausas respiratorias con sueño entrecortado, somnolencia diurna, con pérdida del tono muscular en ciertas ocasiones, de un año de evolución. Al examen físico presenta obesidad, acantosis nigricans, giba dorsal, estrías rojo-violáceas en brazos y abdomen y edema de miembros inferiores. Se interna para estudio, diagnóstico y eventual tratamiento. Se realiza PSG en el cual se evidencia SAOS moderado, con hipoapneas centrales sin desaturaciones, con test de narcolepsia positivo. Se evalúa clínica a favor: somnolencia diurna excesiva, depresión, incremento de peso por bajo gasto, cataplejía, que sumado a nuevo test de narcolepsia positivo, confirma el diagnóstico de dicha enfermedad. Comienza tratamiento con

modafinilo, dieta hipocalórica y actividad física. En controles posteriores se objetiva moderado descenso de peso y mejor rendimiento escolar, con persistencia aun de la somnolencia diurna.

CONCLUSION

La Narcolepsia afecta la calidad de vida del paciente y su entorno. Su diagnóstico es principalmente en adultos, siendo infrecuente en la edad pediátrica, a pesar de que los síntomas comienzan durante la niñez. Es fundamental considerarla dentro de los diagnósticos diferenciales, realizando un diagnóstico oportuno y precoz para evitar así las repercusiones en el desarrollo neuromadurativo y social.



292

PROFILAXIS CON HIERRO EN LACTANTES SANOS, ¿ES NECESARIA?

Ortellao L.¹

HOSPITAL ITURRASPE¹

<lucilaortellao@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La administración suplementaria de sulfato ferroso a los en los niños Recién Nacidos de Término (RNT) sin factores de riesgo a partir de los 4-6 hasta los 12 meses constituye una práctica rutinaria .

OBJETIVO

Comparar dos grupos de lactantes sanos, uno al que se les indicó profilaxis con hierro y a otro no.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un trabajo comparativo, prospectivo donde se evaluaron 71 niños entre 12 y 24 meses que concurrían a control mensual de niño sano en un consultorio pediátrico donde 41 de ellos habían recibido la indicación de suplementar con Sulfato Ferroso a 1 mg/K/día, vía oral desde los 6 meses al año y 30 niños que no recibieron dicha indicación. Ambos grupos recibieron la firme indicación de incorporar carnes rojas desde los 6 meses de edad.

Se les realizó hemograma , junto con la evaluación del crecimiento y se valoró el neuro desarrollo.Todos los niños fueron seguidos en forma ambulatoria por la misma pediatra.

RESULTADOS

Se estudiaron 71 pacientes menores de 2 años , RNT y sin factores de riesgo. 41 pacientes recibieron la indicación de suplementar con Sulfato ferroso desde los 6 hasta los 12 meses y 30 no tuvieron dicha indicación. Entre los 12 y 24 meses se los evaluó con hemograma a ambos grupos. Del grupo que había recibido la profilaxis (N 41), 11 pacientes (26 %), presentaba Anemia (HB < 11).

El peso vario entre percentil (p) 10-75. La talla entre (p) 10-75 , y el perímetro cefálico (p) 10-75 .

Un niño presentó retraso en el cumplimiento de las pautas madurativas. Del grupo al que no se le indicó profilaxis con hierro, se valoraron 30 pacientes, 13 eran niños y 16 niñas. Se observó que 9 pacientes (30%), presentaba Anemia.

En cuanto al peso para este grupo, varió entre (p) 10-97.

La Talla oscilo entre (p) 10-85 . El perímetro cefálico entre (p)10-75.Ningún niño en este grupo presentó alteraciones en el cumplimiento de pautas madurativas para su edad.

DISCUSIÓN

La indicación de hierro profiláctica se fundamentaba en los trastornos del crecimiento, alteraciones del neuro desarrollo y trastornos hematológicos encontrados.Dicha indicación se basa en un respaldo científico débil.

CONCLUSIÓN

Se encontró anemia en un porcentaje ligeramente mayor en los niños no suplementados, para lo cual se debería reforzar la incorporación de carnes rojas desde el comienzo de la alimentación suplementaria, alimentos ricos en hierro y mantener la Lactancia Materna la mayor cantidad de tiempo posible.

SEGUIMIENTOS DE PACIENTES EXPUESTOS PERINATALES: NUESTRA HISTORIA

Ortellao L.¹; Cantarutti D.²

HOSPITAL ITURRASPE^{1,2}

<lucilaortellao@hotmail.com>

294

INTRODUCCIÓN

El objetivo del seguimiento de pacientes expuestos perinatales al HIV, es reducir la transmisión vertical como estrategia en la prevención.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron de forma retrospectiva 158 Historias Clínicas de pacientes seguidos en el Consultorio de Expuestos Perinatales del Hospital J. B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe, desde septiembre 1994 hasta septiembre de 2016.

RESULTADOS

La edad promedio de las madres fue de 27 años.El 77,3% no había finalizado sus estudios secundarios. El 82% refirió la vía sexual como única forma contagio y cerca del 10 % asumió el ejercicio de la prostitución. El 75% no usaban protección de barrera. Respecto al embarazo el 85% fue bien controlado, de los cuales el 70% realizaron de forma completa el Protocolo ACTG076. Un solo paciente contrajo la infección habiendo realizado el protocolo en forma correcta. De los pacientes que realizaron el protocolo completo (n=104) el 90,5% fueron RNT Respecto a la alimentación 11 pacientes (9,8%) recibieron lactancia materna. El 90% recibió AZT antes de las 12hs de vida. Respecto al seguimiento clínico y serológico de los pacientes se evidencia un alto acatamiento en los primeros meses, con una reducción significativa en los controles posteriores.

CONCLUSIÓN

El HIV es una enfermedad emergente y constituye una problemática actual. Según lo analizado en nuestros pacientes las campañas de prevención no son efectivas ya que un importante porcentaje no usa preservativo aun no mateniendo parejas estables.Sería necesario contar con campañas de seguimiento y concientización sobre la enfermedad, no sólo en el embarazo si no durante la lactancia materna realizando testeo de las mamás y sus parejas.



295

MENINGOENCEFALITIS POR VARICELA ZOSTER EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Suquia M.¹; Menna I.²; Vergez A.³; Suarez G.⁴; Diorio M.⁵; Castellano M.⁶

HOSPITAL FERNÁNDEZ^{1,2,3,4,5,6}

<meli_suquia@hotmail.com>

INTRODUCCION

La Varicela es una enfermedad benigna de la infancia, producida por el Virus Varicela Zoster (VZ). El 90% de la población ha adquirido la infección antes de los 10 años. El herpes zoster en la infancia tiene dos factores de riesgo reconocidos: varicela materna durante el segundo trimestre del embarazo y varicela durante el primer año de la vida. Las formas graves de reactivación como encefalitis, mielitis, meningitis en niños inmunocompetentes son raras.

OBJETIVOS

Compartir el caso clínico de un paciente inmunocompetente, que presenta Meningoencefalitis y Herpes Zoster trigeminal.

CASO CLINICO

GG de sexo masculino, 6 años ingresa con lesión eritemato-pápulo-vesiculosa agrupadas en racimo en región frontal izquierda con compromiso de párpado superior ipsilateral. Fiebre y cefalea de 48 hs de evolución, vómitos y fotofobia. Antecedente de varicela a los 2 años de edad sin complicaciones. No recibió vacuna.

Exámen neurológico: conectado, reactivo, pupilas isocóricas y reactivas, signos de Kernig y Brudzinsky negativos. Cefalea en región frontal y marcada fotofobia.

Estudios Complementarios: LCR: Incoloro, pleocitosis (240 predominio MN), glucorraquia normal, proteinorraquia normal. Cultivo Negativo.

Serologías: HIV Negativo. TAC cerebro s/cte: Normal.

Tratamiento inicial: Ceftriaxona- Aciclovir- Dexametasona- Ibuprofeno

Evolución: Presenta marcada neuralgia, se indicó Carbamazepina en

dosis-plan de ascenso, Tramadol. Evolucionó favorablemente. Viroológico de LCR POSITIVO VARICELA ZOSTER. Suspende Ceftriaxona, cumple 7 días de tratamiento ev con Aciclovir. El paciente egresa en buen estado general, completando tratamiento con Aciclovir por 14 días y Carbamazepina por dos meses.

CONCLUSION

Las complicaciones del SNC producidas por una reactivación del VZ se consideran una entidad rara y en gran medida confinada a los pacientes inmunocomprometidos.

Con la ayuda del análisis de PCR las complicaciones del SNC se reconocen cada vez más en individuos inmunocompetentes. En cuanto al tratamiento, el Aciclovir es la droga de elección en la encefalitis herpética. Por lo anterior, en el caso de este paciente se decidió usarlo pese a que su uso en meningitis por Varicela Zoster sólo se encuentra respaldado por algunos reportes de casos. El virus Varicela Zoster puede manifestarse como una meningoencefalitis en su reactivación y es un diagnóstico a tener en cuenta en pacientes con Herpes Zoster que presenten cefalea y/o signos meníngeos; independientes de su estado inmunológico.

296

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LAS INFANCIAS

Bognanno P.¹; Córdoba S.²; Huergo J.³; Ruiz Brünner M.⁴

CASA MACUCA¹; SASA²; CIECS-UNC-CONICET³; INICSA-UNC-CONICET⁴

<vickybognanno@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los estados de (mal)nutrición de niños/as son construidos socialmente, para ello no basta reparar en indicadores antropométricos, alimentarios, bioquímicos o clínicos, sino también en cómo están modelizados por las condiciones materiales de vida.

OBJETIVO

Analizar el proceso de construcción social del estado nutricional de los/as niños/as entre 4 y 10 años de edad de una asociación civil de la ciudad de Córdoba.

Metodología: Investigación cualitativa. Los/as participantes fueron mujeres madres y sus hijos/as adheridos a un programa de la asociación civil con la que se trabajó, por muestreo homogéneo. Se realizaron observaciones participativas, entrevistas semi-estructuradas, encuentros expresivos - creativos con mujeres y niños/as y análisis de fuentes secundarias. El análisis de datos implicó: lectura, codificación, presentación, reducción e interpretación.

RESULTADOS

Este trabajo se basa en el carácter relacional de tres dimensiones constitutivas del estado nutricional: condiciones materiales de vida familiar, alimentaria y antropométrica. Estos tópicos operan a modo de organizadores de la estructura expositiva de los resultados.

- Dimensión condiciones materiales de vida: Estas familias desarrollan su cotidianeidad en contextos de pobreza.

- Dimensión alimentaria: Las mujeres son las protagonistas en los sistemas culinarios familiares. Los alimentos marcadores de la alimentación familiar son ricos en hidratos de carbono, predomina la comida de olla. Se realizan tácticas culinarias para: hacer de comer a sus hijos/as lo que ellas quieren y por razones económicas. Los circuitos/circulaciones familiares se centran en el barrio, en cambio, las infantiles en el comedor escolar y Casa Macuca. Las preferencias alimentarias de los/as niños/as se basan en la relación lácteos/sabor-dulce/infancia. Las mujeres prefieren alimentos considerados sanos para sus hijos/as.
- Dimensión antropométrica: el 18,75% de los/as niños/as presentó (mal)nutrición.

CONCLUSIONES

Es importante (re)pensar la construcción del estado nutricional de las infancias desde una mirada holística. La separación del estado nutricional en dimensiones es solo analítica, no epistemológica.



297

PORCENTAJE DE COBERTURA DEL REQUERIMIENTO DIARIO DE HIERRO, CALCIO Y ZINC CON UNA PORCIÓN DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS COMERCIALES.

Binaghi M.¹; Ronayne P.²

CATEDRA DE BROMATOLOGIA FFYB UBA^{1,2}

<jbinaghi@ffyb.uba.ar>

INTRODUCCIÓN

La cobertura de las necesidades nutricionales durante el primer año de vida dependerá no sólo del aporte de nutrientes de la leche materna, sino también del contenido y biodisponibilidad de nutrientes en los alimentos complementarios. Objetivos: determinar la disponibilidad potencial de hierro, calcio y zinc en alimentos complementarios comerciales preparados con leche de vaca o fórmula de continuación y evaluar el porcentaje de cobertura del requerimiento diario con una porción del alimento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron 8 alimentos complementarios comerciales, marca 1: a) 5 cereales, b) Maíz, c) Ciruela, d) Banana y Manzana; y marca 2: e) Multicereal, f) Arroz, g) Frutas y h) Vegetales. Se prepararon con leche de vaca (LV) y con fórmula de continuación (FC). Se determinó el contenido total de hierro, calcio y zinc por espectrometría de absorción atómica y la dializabilidad por un método in vitro que simula las condiciones gastrointestinales. El aporte potencial (AP) de cada mineral en una porción (180 g) de alimento se calculó en base a su contenido total y dializabilidad. Como el AP representa el mineral disponible para la absorción, no se comparó con los valores de IDR sino con los requerimientos mínimos (R) según OMS 2004 para calcular el porcentaje de cobertura.

RESULTADOS

El contenido de hierro y zinc fue superior y el de calcio fue inferior en los alimentos preparados con FC. El AP de hierro de una porción de los alimentos preparados con LV (0,04 a 0,08 mg) cubriría entre 11% y 20%

del R diario. En los alimentos preparados con FC, en la marca comercial 1 (a, b, c, d), el contenido, la dializabilidad y el AP de hierro fueron inferiores a los de los alimentos de la marca 2 (e, f, g, h). Por lo tanto, los % de cobertura de la marca 1 (13 a 20%) fueron inferiores a los de la marca 2 (33 a 53%).

Los valores de AP para el calcio variaron entre 42 y 56 mg con LV, y entre 24 y 40 mg, con FC, con % de cobertura en rangos de 35-47 y de 20-33, para LV y FC, respectivamente. Para el zinc, el AP varió entre 0,10-0,13 mg con LV y entre 0,06-0,14 mg con FC, con % de cobertura entre 21-30 para LV y entre 14-33 para FC.

CONCLUSIONES

Los alimentos complementarios comerciales analizados realizarían un aporte moderado de los requerimientos diarios de minerales para niños de 6 a 12 meses de edad. La magnitud de este aporte, en especial para el hierro, depende tanto de la formulación de los alimentos como de la leche empleada para su preparación.

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO

Gavira N.¹

MUNICIPALIDAD DE ROSARIO - CENTRO DE SALUD TOBA¹

298

Bebé RNTPAEG, vigoroso, parto eutócico. Serologías maternas HIV-, VHB-, VDRL-, CHAGAS -, Toxoplasmosis + Crónica.

Ingres a Ucin a las 36 hs de vida por episodios de irritabilidad por lo que se solicita ecografía transfontanelar detectándose hemorragia intracraneana bilateral a predominio derecho, sin evidencias de dilatación ventricular ni calcificaciones cerebrales.

Interconsultas con :

- Neurología: Exámen neurológico normal. EEG: normal. Indica fenobarbital como profilaxis de convulsiones.
- Neurocirugía: Solicita Angio TAC cerebral : Hemorragia intraparenquimatoso corticosubcortical biltateral a predominio derecho, organizada, sin evidencias de malformaciones arteriovenosas. Sugiere control por ambulatorio.
- Hematología: Coagulograma normal. Control por consultorio externo.
- Ecocardiograma normal.
- Ecografía abdominal normal.
- Screening metabólico normal (6 determinaciones).
- OEA+bilaterales.

Durante el seguimiento clínico en los controles pediátricos, se detecta escaso incremento del perímetro cefálico, por lo que se solicita PCR para CMV en orina, como protocolo de estudio para microcefalia, resultando positiva.

Se deriva a infectología, donde se confirma el diagnóstico de CMV congénito. Se indica tratamiento antiviral con valganciclovir.



ANÁLISIS DE LA VULNERABILIDAD EN ESCOLARES Y SUS FAMILIAS

Fairman A.¹; Ferrer G.²; Livsít D.³; Camera E.⁴; Haase G.⁵

HOSPITAL FERNANDEZ^{1,2,3,4,5}

<amaliafairman@gmail.com>

RESUMEN

Se analiza la vulnerabilidad de 5400 escolares de escuelas públicas relevados durante el año 2016, a través del Programa de Salud Escolar que se desarrolla en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. Desde el punto de vista geográfico se incluyen escuelas ubicadas en barrios con mayores recursos económicos como Palermo y Belgrano (distrito escolar 9º) en contraposición a escuelas más cercanas a zonas carenciadas como la Villa 31 en el barrio de Retiro (distrito escolar 1º). El presente trabajo expone la vulnerabilidad existente a fin de implementar estrategias para mejorar la calidad de vida de los escolares.

OBJETIVOS

Conocer la vulnerabilidad educacional, familiar, habitacional y laboral. Mejorar la calidad de vida de nuestra población escolar. Favorecer la conexión de dicha población con las distintas redes sociales. Población: Alumnos que concurren a las escuelas públicas del Área Programática del Hospital.

Material y métodos: Tabla descriptiva con datos obtenidos del Protocolo Oficial de Salud Escolar sobre Vulnerabilidad. "Registro de actividades del Programa de Salud Escolar Instructivos y Protocolos" (Ministerio de Salud CABA).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La mayor vulnerabilidad habitacional se corresponde con el aumento del crecimiento de la Villa 31 y 31 Bis del barrio de Retiro, con creación de manzanas nuevas que conforman nuevos sub-barrios cuyos niños asisten a las escuelas del distrito escolar 1º. Se trata de viviendas construidas en altura, con acceso por escalera, que son ocupadas por una familia numerosa con el consiguiente hacinamiento. La población es mayormente migrante de países limítrofes, con mayor déficit económico que educacional, según parámetros estipulados. La mayoría tienen trabajo, aunque sea precario o informal. Por ello se observa que la mayor vulnerabilidad relativa educacional, familiar y laboral se presenta en la zona de Palermo y Belgrano, población escolar del distrito 9. Son familias, monoparentales en su mayoría, que viven en hoteles o pensiones, algunas con trabajos formales y otras desocupadas con poca llegada a intervenciones sociales. Se concluye que es en ambas regiones geográficas evaluadas, adonde se necesita trabajar en el armado de redes para atender las distintas vulnerabilidades.

NEUMONITIS QUÍMICA POR INHALACIÓN ACCIDENTAL DE POLVO DE TALCO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Vera L.¹

CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA¹

<lisandrovera111@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El polvo de talco es un producto de uso diario y masivo, formando parte desde cosméticos hasta productos de higiene personal. Si bien su uso tópico no presenta riesgos, su inhalación puede provocar afección respiratoria, desde tos, sibilancias y disnea transitoria hasta cianosis con distrés respiratorio, fallo respiratorio, y muerte.

OBJETIVO

Describir un caso pediátrico de neumonitis química severa por inhalación accidental de polvo de talco.

Concientizar sobre los riesgos del uso de polvo de talco.

CASO CLÍNICO

Paciente de 7 meses, único antecedente de relevancia de bronquiolitis a los 4 meses, de manejo ambulatorio. Ingresa con sialorrea, rinorrea acuosa blanquecina, cianosis, tos y signos de dificultad respiratoria severa, que los padres refieren que comienza inmediatamente después de inhalación accidental de polvo de talco. Se interna en UTI, se indica oxígeno, antibioticoterapia y corticoides sistémicos e inhalados.

Tras su ingreso presenta acidosis metabólica descompensada, y desmejoría progresiva, aleteo nasal y mala expansión pulmonar, requiriendo ARM a las 4 hs de internación, con patrón ventilatorio restrictivo.

Evoluciona de forma desfavorable, comenzando 48 hs posteriores a su ingreso con broncoespasmo severo, patrón ventilatorio obstructivo/restrictivo, requerimiento de broncodilatadores,

radiografía de tórax con signos de neumonitis y atrapamiento aéreo, y aumento progresivo de presiones de ARM.

3 días más tarde se evidencia mejoría progresiva, lográndose extubación programada a los 11 días de internación, y el alta institucional 13 días más tarde.

CONCLUSIÓN

El polvo de talco es de uso masivo en nuestro país, no existe en general la recomendación de no hacerlo por parte del pediatra, y se recae en un uso más cultural que por indicación médica o patología cutánea. A pesar de que la incidencia de la inhalación de polvo de talco es baja, cuando sucede puede tener consecuencias graves.

La naturaleza inflamatoria e insoluble del sulfato de magnesio, principal componente del polvo de talco, es la que explica la agresividad con la que puede evolucionar la neumonitis química, y la imposibilidad de realizar lavajes broncoalveolares para mejorar la respuesta al tratamiento.

Por lo tanto, lo más importante en esta afección es la prevención, donde el pediatra cumple un rol fundamental. Como se realiza ya en países desarrollados, se debería desaconsejar su uso rutinario, y limitarlo a patología que lo requiera.



301

PREMATUROS TARDIOS: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y VALORACIÓN DEL NEURODESARROLLO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA.

Fattore M.¹; Luongo M.²; Luhia M.³; Kulberg R.⁴; Panizza M.⁵

CENTRO DESARROLLO INFANTIL Y ESTIMULACION TEMPRANA EL NIDO^{1 2 3 4 5}

<majofattore@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los prematuros tardíos (PTT) son nacidos 34+0 y 36+6 sem EG. La evolución del Neurodesarrollo (ND) es poco conocida, se carecen de protocolos de seguimiento en nuestro país. La bibliografía refiere que tienen mayor riesgo de: alteraciones en su desarrollo, comparados con RN de término.

OBJETIVO

Analizar los factores biológicos que influyen en la evolución del ND y reportar resultados del seguimiento del ND.

Población: PTT 34+0 a 36+6 EG que ingresaron al Centro Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana (CDI y ET), que completaron una serie de encuentros de seguimiento y test desarrollo entre los 12 -18 meses, derivados de un programa de prematuros tardíos hospitalario, nacidos del 1/9/2014 al 31/12/2015.

Materiales y métodos: Revisión de 35 PTT: epicrisis neonatal, resumen de derivación, historias clínicas y base de datos CDI y ET. Trabajo retrospectivo, descriptivo, cuantitativo, observacional. El ND se evaluó por: encuentros observacionales (observación espontánea del niño, aspectos vinculares, e intervenciones oportunas en la consulta) y administración de Test de Aprendizaje Desarrollo Infantil Chileno (TADI) entre 12 a 18 meses, los resultados de Puntaje Total (PT): avanzado (PT>60), normal/ normal con rezago (PT=40-59), riesgo (PT=30-39) o retraso (PT<29).

RESULTADOS

De 35 PTT analizados la EG: 34 s. 28.6% (n=10), 35 s. 71.4 % (n=25). El 40% varones (n=14), y 31.4 % (n=11) nacieron de embarazo gemelar. La

edad materna promedio fue: 27 años. El peso al nacer 2343.7 gr (r: 1489 gr-3350 gr). El 11.4% (n=4) BPEG (Fenton). La estancia UCIN 12.9 días(r: 5-28). Requirieron luminoterapia 67.5% (n=23) c/prom. 1.51 días, el 17% (n=6) requirió oxígeno, a todos se efectuó eco cerebral y en el 14.3% (n=5) fue anormal. El 97% (n=34) tuvo screening auditivo y 6% era alterado (n=2). La pesquisa oftalmológica se efectuó en el 82.8% (n=6) ninguno presentó ROP. El 34.3% (n=12) egresó con lactancia materna exclusiva. La edad derivación al CDI y ET: 6.4 m., ; efectuaron seguimiento de ND 91.5% (n=32), el promedio de nº encuentros: 3.5. El 22% (n=7) ingresó a tto previo al TADI. La edad TADI promedio: 13.4 meses de EGC, resultados: normal 31.4% (n=11), normal con rezago 51.4% (n=18), riesgo 17.1 % (n=6), ninguno presentó retraso. Las áreas de desarrollo más afectadas fueron la motora y socioemocional. Ingresaron a tto post TADI 22%(n=8). En total 43% (n=15) PTT requirieron tratamiento.

CONCLUSIONES

Los PTT requerirían de una red de atención/seguimiento interdisciplinaria. La derivación temprana de estos niños permite la identificación precoz de anomalías y la intervención oportuna. Se considera importante la problematización de los PTT para por un lado poder concientizar a los equipos de salud de la necesidad de una abordaje diferencial de esta población y también a los padres para empoderarlos de la importancia del seguimiento del ND.

302

PROPUESTA DE DESARROLLO DE UN NUEVO SERVICIO PROFESIONAL FARMACÉUTICO EN LA COMUNIDAD: PESQUISA DE HIPERCOLESTEROLEMIA INFANTOJUVENIL EN LA OFICINA DE FARMACIA, CON POSTERIOR INTERVENCIÓN (PHI)

Robledo J.¹

PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD (PIPES) COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE CORDOBA¹

<pipes.jovita@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La hipercolesterolemia es un factor de riesgo cardiovascular que está presente desde la niñez y es muy elevada su prevalencia. Los screenings universales son impracticables debido a su masividad y consecuente costo. La fuerte asociación, encontrada en un trabajo del autor, de la colesterolemia de los padres para con sus hijos, hace que la primera sea un excelente predictor para su utilización como criterio de pesquisa. La concurrencia periódica a la farmacia, de los pacientes con hipercolesterolemia diagnosticada, para proveerse de sus medicamentos para disminuir el colesterol convierte a la farmacia en el sitio ideal para efectuar esta detección.

OBJETIVO

Detectar, a partir de pacientes con hipercolesterolemia diagnosticada, hipercolesterolemia en niños, adolescentes y adultos consanguíneos, desde la oficina la farmacia.

MÉTODO

Cuando este paciente concurre a la farmacia, el farmacéutico, previamente entrenado, le informa sobre la conveniencia de efectuar la determinación de colesterolemia en sus descendientes.

El farmacéutico le sugiere al paciente la derivación de estos familiares al pediatra, médico de cabecera si son adultos y/o al bioquímico para que se realice el test de colesterolemia.

El paciente debe regresar a la farmacia con los resultados hallados y estos se registran junto con los datos personales. Posteriormente se le propone al paciente y demás familiares evaluados, la participación en un proceso de educación en salud, continuado en el tiempo, tendiente a lograr un estilo de vida saludable.

RESULTADOS

Al tratarse de una propuesta de desarrollo de un nuevo servicio profesional, no se dispone todavía de resultados. Se propone la puesta en práctica mediante el diseño de un proyecto piloto para investigar la implementación del servicio a mayor escala.

Es pertinente destacar que el autor ha realizado un ensayo virtual con resultados contundentes y muy alentadores.

CONCLUSIÓN

Con esta propuesta, se está trabajando para diseñar estrategias de implantación, con un equipo conformado por el autor, Jorge Robledo y los farmacéuticos Magaly Rodríguez (EEUU), Alvaro Jimenez-Kairuz (Argentina), Zuluy Vera (Paraguay), Aldo Alvarez-Risco (Perú), Gonçalo Sousa Pinto (Portugal) y Eduardo Savio (Uruguay).

Integran además el staff de trabajo y como asesores médicos especialistas en dislipemias, el Dr. Pablo Corral (Arg) y la Dra. Pediatra María B. Araujo (Arg).



LINFANGIOMA PÉLVICO EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE

Bonacci P.¹; Sanz C.²

HOSPITAL ELIZALDE^{1,2}

<pablobonacci20@hotmail.com>

303

El linfangioma abdominal es una patología benigna y poco frecuente secundaria a una malformación congénita del desarrollo linfático mesentérico y/o retroperitoneal. La ubicación intraabdominal tiene una incidencia de 1/160000 pacientes.

Se presenta el caso de una adolescente de 15 años con antecedente de esquizofrenia e hipotiroidismo en tratamiento con risperidona y levotiroxina; por presentar irregularidades menstruales se solicita Ecografía Ginecológica donde se visualiza imagen quística de paredes engrosadas a nivel del fondo de saco de Douglas. Se amplió el estudio con TAC y RNM de abdomen y pelvis las cuales evidenciaron hallazgos compatibles con Linfangioma de pelvis que se corroboró con la cirugía y su correspondiente estudio anatomopatológico.

Los linfangiomas abdominales y pélvicos tienen una presentación variable, pudiendo abarcar desde un hallazgo incidental como el caso de la paciente presentada hasta un abdomen agudo secundario a perforación, infección, sangrado o ruptura visceral. Pueden presentarse también con síntomas crónicos inespecíficos como distensión abdominal progresiva, dolor abdominal crónico o síntomas agudos como dolor, distensión, vómitos y peritonitis.

Al examen físico pueden ser detectados a la palpación dependiendo de la edad del paciente, tamaño y localización de la tumoración.

Como diagnósticos diferenciales de masa quística pélvica se debe considerar a nivel intraperitoneal y en el género femenino a la patología ovárica como el teratoma quístico, el cistoadenoma mucinoso y el quiste de ovario; también las patologías de las trompas de Falopio y las uterinas.

A nivel extraperitoneal se deben considerar los quistes menígeos del espacio presacro, el linfangioma y el hemangioma pélvico.

Como tratamiento de elección se propone la resección quirúrgica completa con buen pronóstico. Como segunda opción se puede utilizar la terapia esclerosante la cual tiene mayor posibilidad de recurrencia.

Muy raramente puede malignizar a Sarcoma de bajo grado.

Se presenta el caso de una adolescente con diagnóstico de linfangioma pélvico con el fin de describir una patología de baja prevalencia, orientar sus diagnósticos diferenciales y de esta forma poder establecer un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

A PROPÓSITO DE UN CASO: ENCEFALITIS INMUNOMEDIADA ANTI NDMA. ACV

Fernandez V.¹; Guidobono V.²; Picolla C.³; Sierra M.⁴

HOSPITAL ITALIANO DE SAN JUSTO^{1,2,3,4}

<valeria.fernandez@hospitalitaliano.org.ar>

305

INTRODUCCIÓN

La encefalitis anti receptor N-metil-d-aspartato es un trastorno mediado por anticuerpos caracterizado por síntomas neuropsiquiátricos, convulsiones, disminución de la conciencia y disautonomía. Es reconocida como una de las principales causas de encefalitis autoinmune. Los pacientes pediátricos comprenden el 37-40 % de todos los casos.

OBJETIVO

Reportar un caso clínico compatible con Encefalitis antiNDMA.

Materiales y métodos: Reporte de caso, con búsqueda bibliográfica y revisión de la historia clínica del paciente.

RESULTADOS

Paciente de 3 años que comienza con temblor e hipertonia en brazo y mano derecha. Se interpreta como convulsión focalizada. Estas se vuelven recurrentes. Se realiza TAC de cerebro: normal. Se medica con levetiracetam. Continua con nuevas crisis focales. Se realiza angioresonancia de cerebro donde se evidencian focos hemorrágicos en región frontotemporal y parietal izquierda con afectación del tálamo y cápsula izquierda. Se interpreta como ACV isquémico con progresión hemorrágica. Se le realizan estudios de coagulación, protrombóticos y ecocardiograma normales. Luego presenta síndrome febril y empeoramiento del estado general con crisis de irritabilidad, movimientos coreicos y balísticos del hemisferio izquierdo más discinesias orofaciales izquierdas con hemiparesia facio-braquiocrural derecha, sin respuesta a carga de levetiracetam. Deja de proteger la vía aérea por lo que se le realiza intubación, requiere ARM por 3 meses. Se recibe LCR con PCR para

herpes virus negativo y anticuerpos antiNDMA positivos. Con diagnóstico de encefalitis anti NDMA se le realizan: 3 pulsos de gammaglobulina, 3 pulsos de solumedrol y 7 sesiones de plasmáferesis sin respuesta. Luego recibe tratamiento de 2 línea: 4 ciclos de Rituximab y 3 pulsos de ciclofosfamida, donde comienza su lenta mejoría y rehabilitación.

Actualmente el paciente presenta recuperación casi ad.integrum: con hemiparesia braquial superior derecha residual.

CONCLUSIONES

Esta enfermedad puede dejar severas consecuencias y déficits residuales. Es importante un reconocimiento y un tratamiento temprano de esta enfermedad para poder evitarlos. Los pacientes pediátricos con encefalitis antiNDMA responden solo en el 50% de los casos a la primera línea de tratamiento sobretodo por demoras en el diagnóstico. El 65% de los pacientes muestran mejoría con la segunda línea de tratamiento.



EXTRUSIÓN ANAL DE VÁLVULA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

306

Squitin Tasende, M¹; Paladino, MM²; Eymann A³; Maineri C⁴

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1 2 3 4}

INTRODUCCIÓN

La derivación del líquido cefalorraquídeo a la cavidad peritoneal a través de un catéter (VDVP) es el tratamiento de elección para los pacientes con hidrocefalia. La perforación intestinal con protrusión externa del catéter es una complicación seria pero infrecuente (0.1 a 0.7%).

OBJETIVOS

Describir un paciente con VDVP y extrusión anal de la válvula.

Caso clínico: Niño de 9 años de edad, con diagnóstico de Meduloblastoma pontocerebeloso grado IV que consultó a la guardia por protrusión de cuerpo extraño anal.

Tenía antecedentes de cirugía con resección tumoral parcial luego de la cual quedó con hidrocefalia residual, que motivó la colocación de una VDVP. Recibió tratamiento quimioterápico y trasplante autólogo de médula ósea.

Al momento de la consulta, se encontraba realizando radioterapia. Fue traído a la guardia por presentar extrusión anal intermitente de un cuerpo extraño en las 48hs previas. No presentaba fiebre, dolor abdominal, vómitos ni cefalea.

El abdomen no revelaba signos de irritación peritoneal; examen neurológico normal. Signos vitales estables.

Antropometría:

Peso: 23.2kg (pc3)

Talla: 1.36 (pc 50-75)

IMC: 12.45 (Z-3)

A nivel anal se podía observar un elemento de aspecto plástico, cilíndrico de 2-3cm de longitud que se reintrodujo en la cavidad anal luego de que el paciente realizara una maniobra retentiva.

La placa lateral de pelvis mostró la presencia del catéter a nivel rectal. Se interconsultó a neurocirugía, se indicó antibióticoterapia y se decidió su internación para recambio valvular.

DISCUSIÓN

Si bien la fisiopatología para este fenómeno no está del todo clara en la bibliografía, es probable que el rechazo al cuerpo extraño sea decisivo. Se cree que, en primera instancia, el efecto de la gravedad haga que el catéter caiga en la pelvis. Luego de un periodo prolongado de tiempo de estar el catéter en contacto con una víscera hueca, se adhiere a la serosa y posteriormente, como resultado de la presión, se ulcera y luego se perfora lentamente rodeado por un tejido fibroso que evita la aparición de síntomas de infección o peritonitis. Posteriormente, el catéter es impulsado distalmente por la peristalsis intestinal.

Sospechamos que en el caso de nuestro paciente la inmovilización prolongada, la desnutrición crónica y la toxicidad asociada al tratamiento de su enfermedad fueron factores clave que propiciaron el desarrollo de esta complicación.

PROGRAMA DE MOTRICIDAD FINA, DEL HOSPITAL AL HOGAR: TRASCENDIENDO A ESPACIOS DE LA VIDA COTIDIANA DE LOS NIÑOS

308

Castelli M.¹; Bertazza A.²

HOSPITAL DE REHABILITACIÓN MANUEL ROCCA^{1 2}

<Belen1988@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

El Programa de Motricidad Fina (P.M.F) se crea en respuesta a la demanda existente en la Unidad de Terapia Ocupacional (U.T.O), de niños entre 5 y 8 años que concurren a tratamiento por presentar Trastornos en la Motricidad Fina (T.M.F), impactando directamente en su desempeño ocupacional. Éste considera fundamental el acompañamiento familiar y la interacción con pares.

OBJETIVOS

El objetivo principal es que las actividades realizadas en el hospital trasciendan al hogar, formando parte de la vida cotidiana de los niños. Se promueve la participación familiar para favorecer la comprensión sobre la problemática del niño y posibilitar la reproducción en la casa de las actividades realizadas. A su vez, se brinda atención grupal para favorecer las habilidades interpersonales. Población: Niños de entre 5 y 8 años de edad, que están escolarizados y son derivados por el Médico Fisiatra o Pediatra, para atención en consultorios externos de la U.T.O. por T.M.F. Materiales y Métodos: El P.M.F se basa en el Modelo de la Ocupación Humana, el cual interpreta a las personas como sistemas abiertos y dinámicos en continua interacción con los contextos que las rodean. La metodología del P.M.F consiste en realizar una serie de actividades específicas que promueven el desarrollo de habilidades de motricidad fina (integración viso-motora y bilateral, disociación digital, fortalecimiento de arcos palmares, actos prensiles, entre otras). A su vez, se trabajan habilidades de atención, resolución de problemas, flexibilidad y tolerancia a la espera. Es de frecuencia semanal y dura tres meses. Los

grupos se integran por un máximo de tres niños de edades similares. Como requisito esencial, se asume el compromiso del cuidador primario para reproducir las actividades en el hogar. Se otorga una tabla de tareas a cada niño con días y actividades a realizarse. Al finalizar cada sesión se brinda al cuidador, una fundamentación de lo trabajado y los materiales requeridos para reproducir las actividades en sus casas. Se supervisa el registro en la tabla de tareas y se hace seguimiento semanal.

RESULTADOS

Se observa interés en los niños para realizar las actividades, alentándose y cooperando entre pares. Refieren con entusiasmo lo trabajado semanalmente en el hogar observando su autoregistro. En relación a los cuidadores primarios, se administró una encuesta de satisfacción encontrándose altamente satisfechos con el P.M.F. Refieren haber comprendido más sobre la problemática del niño y resaltan la importancia de poder acompañarlos desde el hogar.

CONCLUSIONES

Se cree que el ambiente influencia las ocupaciones brindándoles significado. Así es como la implicancia activa de la familia en el P.M.F repercute en el tratamiento del niño. aumentando la adherencia y contribuyendo a promover un desempeño ocupacional más autónomo. A su vez, un espacio de intercambio y apoyo entre pares fortalece las relaciones humanas, impactando en las habilidades sociales. Se resalta la importancia de continuar promoviendo prácticas que puedan trascender del hospital al hogar, formando parte de la vida cotidiana de los niños.



309

A PROPOSITO DE UN CASO LEISHMANIA VISCERAL

Arias D.¹; Romano M.²; Giraudo L.³; Maliani B.⁴

HOSPITAL MADRE Y NIÑO^{1,2,3,4}

<daniarias0808@gmail.com>

La leishmaniosis visceral o Kalaazar es una parasitosis producida por *Leishmania donovani*. Es una enfermedad caracterizada por fiebre persistente, esplenomegalia, hepatomegalia, adelgazamiento y anemia con leucopenia.

Niño de 2 años 6 meses procedente del interior de la provincia, Las Lomitas. Peso al nacer 2.700, al ingreso: 10.600g; con carnet de vacunación completo. Presentó decaimiento general, pérdida de peso los últimos dos meses antes de la internación, afebril. El 26/10/16 se interna en mal estado general, con adenomegalias palpable, pancitopenia y bronconeumonía, con 3 días de internación previa en su localidad. Aparato cardiovascular: R1 + R2 + normo fonéticos, soplo sistólico, 2/6. Abdomen: distendido, poco depresible, doloroso a la palpación profunda, hepatoesplenomegalia palpable. Sistema nervioso: hipo activo, vigilia Glasgow 15/15. Hematología evalúa frotis, no elementos inmaduros, solicita derivación para realizar PAMO en Hospital de mayor complejidad. Al cuarto día de internación febril, petequias en ambos miembros inferior, abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda, aún no se realizaba PAMO, se deriva al Hospital de mayor complejidad. Permanece 10 días internados en ese nosocomio hasta su alta médica, realizan PAMO-biopsia: visualización directa de amastigotes con proliferación histiocítica generalizada y hemofagocitosis en PAMO.

Los análisis de laboratorio demostraron anemia grave, plaquetopenia, leucopenia, LDH 538, glucemia 1,3 g/lts, grupo y factor Rh A positivo, serologías negativas (chagas, VDRL, HIV, toxoplasmosis, VHBAGs). Hepatograma normal, excepto la bilirrubina a los 4 días de internación,

función renal sin particularidades. Hemocultivo al ingreso: *Serratia spp.* y a los 6 días (1/11/2016) negativo.

Tratamiento: ranitidina, TPGR a razón de 15ml/kg, Ibuprofeno, corticoide, ceftriaxona 80mg/kg/d mas amikacina 15mg/kg/d, Piperacilina Tazobactam, anfotericina B liposomal (10 días).

Diagnóstico: síndrome hemofagocítico y *Leishmania visceral*. Alta médica.

FECHA	26/10	29/10	30/10
Hto	22	24	26
Hb	6,2	7	8
Plaquetas	60 mil	53 mil	27 mil
Gb	1700	2300	2100
Formula	36/60	40/56/2/2	38/52/0/10/0
Bilis Total			4,48 (D)

ENANISMO; REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENANISMO PRIMORDIAL

Bellaflori C.¹; Lic. Enf. Alegre P.²; Dr Seminario Gomez B.³; Dr Lemo P.⁴; Dra Gauto E.⁵

HOSPITAL DELICIA CONCEPCION MASVERNAT^{1,2,3,4,5}

<vivianb_11@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Se considera Enanismo a un individuo con trastorno de crecimiento en estatura y peso, diferenciándose en proporcionado y desproporcionado. Existen en el mundo 200 tipos diferentes de enanismo tipificado, siendo uno de ellos el enanismo primordial.

Enanismo Primordial: la casuística mundiales, son de 100 casos en el mundo (1/40 millones), se caracteriza por retardo de crecimiento en las primeras etapas embrionarias por mutaciones genéticas (autosómica recesiva), pudiéndose detectar en las primeras semanas de gestación con ecografía prenatal y estudio genético. Se sabe que alcanzan el peso de nacimiento de un RN término alrededor de los 5 años.

CASO CLÍNICO

Ingresa a Neonatología Recién Nacido pretermino de 34 semanas de gestación, femenino con peso 900 gr, talla 33 cm, pc29cm, bajo peso, con retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), con ecografía prenatal de agenesia renal bilateral. Internado 183 días con diagnóstico de: polimalformado, sospecha de síndrome genético (esqueléticas y facies peculiares). En seguimiento ambulatorio pesa al año 2.430gr, talla de 43cm y Pc 32 cm. Actualmente (5 años de edad) la niña pesa 3300, con una talla 57 cm y Pc 35cm.

COMENTARIO

presentamos este caso por tener muy baja incidencia mundial, y en nuestro medio de difícil diagnóstico definitivo. Al tratarse de una evolución favorable, continuó en seguimiento interdisciplinario y asesoramiento genético para su diagnóstico.

310



311

FIRBOMATOSIS DESMOIDE EN PEDIATRÍA; REPORTE DE CASO

Diomedí L.¹; Luppi G.²; Latorre A.³; Dobler J.⁴; Abramovich N.⁵

HOSPITAL DE CLINICAS "José de San Martín"^{1 2 3 4 5}

<ludiomedi@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La fibromatosis desmoide (FD) es una proliferación monoclonal fibroblástica de partes blandas, de comportamiento clínico variable. Incidencia de 3 a 4 casos por millón al año y mayor prevalencia entre los 15 y 60 años. Aunque es una enfermedad histológicamente benigna, es localmente invasiva y con gran recurrencia local, por lo cual merece un tratamiento individualizado y multidisciplinario de acuerdo a cada paciente.

OBJETIVO

Presentar un caso atendido en un hospital universitario, infrecuente en pediatría, de localización inusual y evaluar la elección de tratamiento.

Caso: Masculino de 4 años, sin antecedentes previos, consultó por roncopatía severa de 1 mes de evolución, tratado previamente con corticoides vía oral e intranasal. Al examen; regular estado general, somnoliento, voz nasal, respirador bucal, hipertrofia amigdalina, tiraje generalizado, estridor bifásico y pausas respiratorias. Se evidenció tumoración laterocervical derecha, duro pétreo, adherida a planos profundos, dolorosa a la palpación. Se realizó rx cavum, Fibrolaringoscopia, RMN y AngioRMN (tumoración que engloba carótida derecha, con compromiso de paquete vasculo nervioso en toda su extensión cervical), Biopsia insisional que informó proliferación neoplásica sólida con células fusadas, núcleos ovales de cromatina fina, β -catenina positivo, AME positivo focal, Desmina positivo focal y Ki67 menor al 5%, compatible con FD. Se realizó exéresis total con neurectomía de pares craneales bajos, sin evidencia de lesión macroscópica posterior. Dada la cercanía con paquete vasculo nervioso yugulocarotídeo no se pudieron definir márgenes

libres por anatomía patológica. Evolucionó favorablemente, requirió reeducación fonoaudiológica con restitución ad-integrum. Continuó con controles ambulatorios con RMN, para evaluar remanente local y posibilidad de tratamiento con inhibidores de la tirosin kinasa.

DISCUSIÓN

A pesar de su naturaleza no metastásica la OMS los clasifica como tumores de grado intermedio por invasividad y tendencia a recurrencia, llevando a una alta morbimortalidad. 12% desarrollan en cabeza y cuello. La cirugía con márgenes libres demostró menor recurrencia, aunque no siempre posible por la invasión (mayor en niños) y los márgenes mal definidos. En el caso de ser posible la resección con márgenes (-), sin complicaciones funcionales, esta debería ser indicada. En casos con márgenes positivos, se requerirá además quimioterapia adyuvante. La controversia continua en el rol de la radioterapia en los diferentes grupos etarios, dado los riesgos de daños cosméticos, morbilidad funcional, alteración del crecimiento, segundo tumor y un pobre control de recurrencias.

CONCLUSIÓN

La edad del paciente cumple un rol principal en la elección del tratamiento de la DF en cabeza y cuello, la DF pediátrica a pesar de su agresividad sigue siendo una lesión benigna sin potencial metastásico. Se debería apuntar a la resección quirúrgica con preservación de la función, con baja morbilidad, para lograr resecciones con márgenes libres. Una mejor comprensión de la base molecular y genética debería resultar en una terapia eficiente y con baja toxicidad.

IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR LA ADHERENCIA AL DIAGNÓSTICO DE CHAGAS CONGÉNITO EN ÁREA METROPOLITANA DE ARGENTINA, 2003-2015

Danesi E.¹; Peyran P.²; Lopez-albizu C.³; Oliveto D.⁴; Mansilla L.⁵; Scollo K.⁶

Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemoepidemias (CENDIE-ANLIS)¹; Instituto Nacional de Parasitología Dr. Fátala Chabén (INP-ANLIS)^{2 3 4 5 6}

<emmaridadanesi@gmail.com>

INTRODUCCION

En Argentina nacen por año alrededor de 1000 niños infectados por el *Trypanosoma cruzi*. El diagnóstico de infección congénita es obligatorio en todo hijo de madre infectada (Ley 26279, Ley 26281) y comprende al menos dos controles, al nacer y a los 10 meses de vida. El niño infectado que recibe tratamiento tripanocida antes del año de vida tiene un 99% de probabilidad de éxito en la eliminación del parásito. Por diferentes motivos la pérdida en el seguimiento diagnóstico es entre 75-80%. Es fundamental mejorar el seguimiento para diagnosticar y tratar oportunamente, contribuyendo a la salud individual y al control del Chagas como problema de salud pública.

OBJETIVOS

1) Implementar estrategias de seguimiento de los controles de Chagas congénito para aumentar la adherencia y diagnóstico completo. 2) En el marco del control de Chagas congénito, pesquisar otros hermanos del bebé y reforzar sobre el control clínico de los adultos.

ANTECEDENTES Y PLANTEO: El Dpto de Diagnóstico del INP recibe anualmente para diagnóstico de Chagas congénito entre 250-500 bebés, residentes en CABA y prov. BsAs. Entre 2003-2008 se registraba una pérdida en el diagnóstico cercana al 50%. En años sucesivos se pusieron en marcha diferentes estrategias incluyendo charlas personalizadas, contactos telefónicos y vínculos con otros efectores de salud, para informar de la importancia de los controles y mantener el contacto con la familia hasta el final de los controles del bebé.

313

RESULTADOS

Entre 2003 y 2015 asistieron al INP 4666 niños de hasta 18 meses para diagnóstico de Chagas congénito. La edad mediana de primer control fue de 51 días y del último control de 12,7 meses. Con las estrategias de seguimiento implementadas se logró aumentar la adherencia a los controles de 49,8% (2006) a 76,9% (2014). Entre los niños que completaron el diagnóstico la proporción media de niños infectados fue de 8,1%. Se constató que en casi el 40% de los niños en control (44/114) tenían otros hermanos que no habían sido estudiados, y que fueron captados para el diagnóstico. Todos los bebés infectados (229) así como hermanos fueron derivados para realizar tratamiento.

CONCLUSIÓN

La mayor información, atención personalizada y red de contactos en el sistema de salud permitieron aumentar la adherencia al control de Chagas congénito, así como captar a hermanos sin diagnóstico. Se continuará intensificando las actividades desarrolladas para brindar un diagnóstico y acceso al tratamiento oportunos.



PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE (PTI) ASOCIADO A INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE (IDCV): A PRÓSITO DE UN CASO

314

Sevesi M.¹; Otondo S.²; Perez Pose R.³; Gonzalez N.⁴

HOSPITAL GUTIERREZ^{1,2,3,4}

<mvsevesi@gmail.com>

INTRODUCCION

La PTI es una entidad usualmente benigna y de relativa frecuencia en pediatría. El mecanismo fisiopatológico principal es una desregulación de los linfocitos T que da lugar a una respuesta alterada contra antígenos plaquetarios. Por lo mismo, puede estar asociado a inmunodeficiencias primarias (IP).

OBJETIVO

Presentar un paciente con IDCV diagnosticado a partir de una enfermedad autoinmune.

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 13 años, con antecedente de mastoiditis, consulta por presentar hematomas y petequias generalizadas. Es valorado en buen estado general, afebril, eutrófico, con esplenomegalia palpable, sin hepatomegalia ni adenopatías periféricas. Se realiza hemograma con GB 4200 (NS48/L36)/ Hb14.4 / Plt2000. Se asume cuadro compatible con PTI y se medica con Gamaglobulina ev 0.8g/kd. A las 48hs se evidencia aumento de plaquetas con descenso de serie granulocítica (GB2550/ Fagos 612). Presenta LDH 366, reticulocitos 2%, coombs directa (4+). Se solicitan los siguientes estudios: PAMO con hiperplasia megacariocítica y monocitos vacuolados; ecografía abdominal con esplenomegalia con múltiples imágenes hipoecogénicas, serologías virales (CMV, VEB, HIV, HBV, HCV) y bacterianas (bartonella) negativas, FAN (+1/320), antiDNA negativo, dosaje de GAM por debajo del pc3 para edad. Isohemaglutininas alfa disminuida y beta ausentes, disminución de linfocitos CD4 naive, LB memoria descendidos. Se diagnostica IDCV.

DISCUSION

Se presenta un paciente con diagnóstico inicial de PTI. Por evolucionar con bicitopenia, autoinmunidad y esplenomegalia se plantean diagnósticos diferenciales: INFECCIOSAS (VEB, HIV, CMV), ONCOHEMATOLOGICAS, REUMATOLOGICAS e INMUNOLOGICAS. Se diagnostica IDCV.

Se revisa la literatura evidenciando que un 20% de pacientes con IP presentan enfermedades autoinmunes asociadas. Dado que en la IDCV se produce una alteración en la regulación del sistema inmune, dichos pacientes presentan más riesgo de presentar enfermedades autoinmunes (PTI y anemia hemolítica autoinmune), granulomatosas y oncohematológicas.

CONCLUSION

El diagnóstico de una enfermedad autoinmune nos debe hacer sospechar la coexistencia de una IP para iniciar tratamiento precoz y pesquizado oportuno de enfermedades infecciosas.

ABSCESO RETROFARÍNGEO POR HAEMOPHYLUS INFLUENZAE TIPO B (HIB) EN PACIENTE CORRECTAMENTE VACUNADA.

315

Lema G.¹; Mier Castaño L.²; Salguero M.³; Garcia J.⁴; Paccor A.⁵; Coomans V.⁶; Capurso C.⁷; Jost V.⁸; Matsuda M.⁹; Alisauskas V.¹⁰

HOSPITAL MAGDALENA. V. DE MARTINEZ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

<gisellemagalilema@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad invasiva por Hib (EI Hib) es causante de una alta morbimortalidad infantil a nivel mundial. Afecta mayormente a menores de 5 años.

La estrategia de vacunación con 4 dosis, logró el descenso de la incidencia de EI Hib desde 1997. Sin embargo, en el año 2012 se registró un aumento de casos de EI Hib presentando, esquema de vacunación completo un 35% y 2 a 3 dosis un 35%. El absceso retrofaríngeo es una infección profunda del cuello, severa, poco frecuente y potencialmente mortal, siendo Hib uno de los agentes etiológicos menos frecuentes.

OBJETIVO

Dar a conocer un caso de absceso retrofaríngeo por Hib en una paciente correctamente vacunada.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 2 años de edad, previamente sana, con vacunas completas, que comienza con fiebre, dificultad respiratoria, odinofagia y estridor.

Consulta en CAPS donde indican tratamiento para laringitis. Por mala respuesta consulta al Hospital M. V. de Martinez donde ingresa en regular estado general, febril, con limitación de la apertura bucal y fauces eritematosas. Presentaba torticollis, estridor laríngeo y sialorrea. Recuento leucocitario 11.300, 84% de segmentados y PCR de 88 mg/L.

Con diagnóstico de epiglotitis inicia tratamiento con Ampicilina Sulbactam (AMS) y corticoide oral. A las 24 hs de su ingreso se realiza radiografía de cavum donde se evidencia ensanchamiento del espacio retrofaríngeo con

rectificación de la columna cervical. Desarrolla en hemocultivos (HMC) Hib, por lo que se reasume el cuadro como absceso retrofaríngeo y Bacteremia por Hib.

Se realiza punción lumbar siendo el citoquímico normal y cultivo negativo. La paciente evoluciona favorablemente, con resolución de los síntomas de ingreso y HMC de control negativos, cumpliendo 10 días de AMS EV y descolonización con Rifampicina.

CONCLUSIÓN

Hib es uno de los agentes etiológicos menos frecuentes de absceso retrofaríngeo. Pese a esquemas de vacunación completos aún se encuentran casos de bacteriemia y EI Hib. Por lo tanto se resalta la importancia de considerarlo dentro de los agentes causales para instaurar un tratamiento adecuado y evitar desenlaces fatales asociados a dicho patógeno, más aún en los casos de evolución tórpida y pobre respuesta a tratamiento instaurado.



316

ABSCESO HEPATICO PIOGENO EN PEDIATRIA: ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO

Svartman Menezes V.¹; Herrero Rusiñol M.²; Cano D.³; Uranga M.⁴; Aranda S.⁵; De Lillo L.⁶; Wolfsteiner N.⁷

HOSPITAL MUNICIPAL DE PEDIATRIA FEDERICO FALCON^{1 2 3 4 5 6 7}

<svartmanvaleria@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El absceso hepático (AH) es una patología grave pero infrecuente en niños. Se clasifican en piógenos (AHP) o amebianos (AHA) siendo la clínica inespecífica presentando fiebre, dolor abdominal y hepatomegalia.

OBJETIVO

Describir la evolución clínica y la terapéutica de un paciente con AHP internado en el Hospital Municipal de Pediatría Falcón. Revisión de la bibliografía.

Presentación del caso: Se trata de un niño de 14 años con antecedente de forunculosis que es traído a la guardia por fiebre, mialgias y dolor abdominal de 7 días de evolución, asociado a epistaxis y anorexia. Al examen físico se presenta regular estado general, taquicardia, taquipnea, ictericia y hepatomegalia.

Se toman 2 HMC y laboratorio: GB 22000(N51), Hb 10, Pla_q 143000; VSG 120; GOT 77, GPT 71, FAL 784, BiT 4.9, BiD 2.8; TP 54% 19", kptt 4, RIN 1.6. Se toman medidas de sepsis y se medica con Ceftriaxona y Vancomicina + 1 dosis de vitamina k. La ecografía informa: Hepatomegalia heterogénea por formación mixta que ocupa parte de ambos lóbulos y la TAC de tórax-abdomen con contraste: condensación pulmonar en base derecha e imagen en hígado multilobulada. Evoluciona desfavorablemente e ingresa a UTIP. De los HMC se rescata Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR). Con sospecha de absceso hepático se deriva al Hospital Ludovica para realizar su drenaje percutáneo, obteniéndose en cultivo también SAMR. Cumple antibioticoterapia con buena evolución.

DISCUSIÓN

El AHP requiere altos índices de sospecha. No hay datos en nuestro país pero se registra una incidencia global de 1/10000 en Dinamarca a 79/100000 en India. En un 60% son secundarios (infección intra abdominal, hematomas traumáticos, extensión directa o de piel). Usualmente se visualizan abscesos únicos ubicados con predominio en lóbulo derecho. Los múltiples suelen asociarse a cuadros de sepsis severas. Como en el paciente descrito, el germen más frecuente es el SA. El tratamiento consiste en antibióticos durante 4-6 semanas y drenaje percutáneo. La cirugía abierta se indica en abscesos rotos y ante falla del drenaje percutáneo. Este último redujo la mortalidad del 40% a menos del 15%.

CONCLUSIÓN

Ante un paciente séptico con clínica abdominal inespecífica e imagen heterogénea en hígado, tener presente el AHP como diagnóstico diferencial para ofrecer un tratamiento adecuado y disminuir la morbimortalidad.

LESIONES ELECTRICAS EN PEDIATRIA

Svartman Menezes V.¹; Sánchez Bustamante M.²

HOSPITAL MUNICIPAL DE PEDIATRIA FEDERICO FALCON^{1 2}

<svartmanvaleria@gmail.com>

317

INTRODUCCIÓN

Las lesiones eléctricas en niños son frecuentes. Según la edad existen 2 picos de incidencia, en menores de 6 años por el contacto hogareño con cables/enchufes, en adolescentes por el contacto con cables de alto voltaje en los postes eléctricos.

OBJETIVO

Describir 3 casos de pacientes internados por electrocución en el Hospital Federico Falcón. Revisión de la bibliografía.

Presentación del caso clínico: Caso 1 y 2: Niñas de 9 y 4 años de edad que sufren electrocución de bajo voltaje en ámbito doméstico. Sin antecedentes. Ambas con examen físico, ECG y orinas normales. Se destaca en la 1er paciente CPK 2800 con un máximo a las 12 hs de 6000. Se decide internación e hiperhidratación. En la 2da niña la CPK fue de 1300. Presentaron mejoría del laboratorio por lo que se externaron al 5to día. Caso 3: Niña de 16 meses que ingresa en PCR por electrocución doméstica. Luego de las maniobras de RCP avanzado y cardioversión ingresa a UTIP. Sin antecedentes. Al ex físico puerta de salida en región axilar izquierda. Permaneció 6 días en ARM, intercurrió con convulsión generalizada y neumonía aspirativa cumpliendo tratamiento antibiótico. Presentó CPK de 210. Evolucionó favorablemente otorgándose el alta sin secuelas.

DISCUSIÓN

Las corrientes pueden ser de alto voltaje (>1000V) y bajo voltaje (<1000V). Las lesiones se dan por tres mecanismos, el daño directo de la electricidad sobre los tejidos, el calor generando quemaduras superficiales y

profundas; y las lesiones provenientes de rayos, contracciones musculares causando traumatismos.

Las manifestaciones pueden ir desde lesiones superficiales hasta quemaduras graves con disfunción multiorgánica y muerte. Los órganos más sensibles son el corazón, los músculos, el sistema nervioso y la piel. La mayoría de los autores concluyen que el tratamiento debe ponerse en el cuidado de quemaduras y el manejo de fluidos. En pacientes en donde el ECG es normal y sin factores de riesgo para arritmias, no estaría indicado el monitoreo cardiaco.

CONCLUSIÓN

Ante un paciente que sufre una electrocución debemos identificar el mecanismo, origen y tiempo del incidente. Determinar la gravedad del episodio permite establecer el tratamiento acorde a la situación clínica y evitar las posibles secuelas. Por último se debe recordar que las pautas de prevención y educación a los padres sigue siendo el pilar fundamental para evitar de estos casos.



CAUSAS DE DIARREA EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HTAL EURNEKIAN DE EZEIZA EN EL CUATRIENIO 2012/15

318

Sosa C.¹; Rodríguez Perez A.²; Duperré B.³; Perugino P.⁴

HOSPITAL DE EZEIZA^{1 2 3 4}

<liliansos@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las diarreas y sus complicaciones son causa importante de internación en los servicios de pediatría en un hospital general.

OBJETIVOS

Describir las etiologías registradas de diarreas severas internadas en el Hospital Eurnekian en ese cuatrienio, así como también algunas características clínicas y epidemiológicas - evaluar indicadores de gravedad y riesgo (grado de deshidratación, presencia de acidosis metabólica, alteraciones hidroelectrolíticas, enfermedades concomitantes, provisión de agua potable, cloacas).

MATERIAL Y METODOS

Se tomaron muestras de materia fecal para coprocultivo y test de látex para rotavirus y adenovirus de los niños que consultaban por guardia con diarrea con sangre durante los años 2012 a 2015. Se obtuvieron datos de las historias clínicas de los pacientes internados por causa de diarrea o que presentaron diarrea en su evolución. Se elaboró una ficha de recolección de datos que fueron volcados en una planilla Excel diseñada para tal fin. Las muestras de materia fecal se procesaron y analizaron en el laboratorio del hospital con material provisto por el ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires.

RESULTADOS

Durante el cuatrienio en estudio se registra un promedio de 1922 internaciones totales por año, de las cuales las diarreas representan el 7% del total. (N: 133.25). El promedio anual de casos fue para: Rotavirus 24.7, Adenovirus 2.5, Rotavirus y adenovirus 0.75, Shigella flexneri 7.25,

Shigella sonnei 0.25, E.Coli 0.75, salmonela 0.25. Sin rescate de germen 96.5 casos. Edad: rotavirus fue más frecuente en menores de 2 años, con predominio en el menor de 1 año Shigella: en mayores de 4 años, adenovirus y E. Coli se halló en menores de 2 años. Época del año: Rotavirus fue más frecuente en invierno y otoño, Shigella en verano y primavera, Adenovirus, salmonela y E. coli sin predominio de estación. Estado nutricional: eutróficos 97%, desnutridos de 1º grado 3%. Promedio de días de internación: 4.3. Signos y síntomas: además de diarrea 1/3 del los niños tuvo vómitos y presentaron deshidratación leve/moderada con acidosis metabólica y alteraciones del Na y K, fiebre y leucocitosis, otras formas de presentación inicial fueron convulsión febril y abdomen agudo, manifestaron anemia concomitante 82%. La mayoría de los niños no tenían enfermedad de base. Provisión de Agua: de Pozo 80% y el baño con pozo ciego en el 93%.

DISCUSION Y RESULTADOS

Acorde con la literatura el germen aislado más frecuente fue el rotavirus, en menores de 2 años y con severos trastornos del medio interno, en esta casuística el 2do germen hallado fue la shigella, predominante en niños mayores de 4 años con menos trastornos hidroelectrolíticos comparativamente, y relacionados con la baja provisión de agua y eliminación de excretas inadecuada. Es indispensable la educación a la comunidad para medidas higiénicas como el lavado de manos y cuidados con respecto a las excretas, para prevenir la internación por causa de diarrea.

PREVALENCIA DE CONVULSIONES PEDIÁTRICAS EN LA PROVINCIA DE FORMOSA :

319

Arias DC¹; Bobadilla LM²; Romano MF³; Medina X⁴; Bedoya C⁵

HOSPITAL MADRE Y NIÑO^{1 2 3 4 5}

daniarias0808@gmail.com

Convulsiones que ocurren durante un episodio febril. Es un evento común, que afecta entre el 2-5 por ciento de los niños entre 3 meses y 5 años. En algunas familias se ha identificado un patrón de herencia autosómico dominante.

OBJETIVO

Observar la prevalencia de consultas por convulsión en la atención ambulatoria del servicio de neurología.

Determinar la frecuencia de convulsión febril, convulsión afebril, epilepsia, según edad, sexo y lugar de procedencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Observacional retrospectivo, de historias clínicas y analizados con chi2

RESULTADO

De 143 pacientes estudiados por consultorio externo en 30 días, el 28%(40) presentó convulsión, 5%(2) no concurrió a su consulta. Los pacientes con convulsión fueron menores de 5 años 73%(8). Ver tabla. Síndrome convulsivo febril 28%(11) con tendencia en sexo masculino, los menores de 5 años 56%(22). Procedían del interior de la provincia 52%, pero los preescolares y lactantes predomino de capital 58%. Epilepsia 38,5%(15), sin preferencia de lugar de procedencia. Parálisis cerebral con convulsión y epilepsia 5,2%(2), ambos pacientes procedían del interior.

CONCLUSIÓN

De la población estudiada 1/3 presentó como motivo de consulta convulsión, de las cuales 1/3 se presentó febril. La epilepsia fue más frecuente en escolares y adolescentes.

	epilepsia	convulsion	Síndrome convulsivo febril	paralisi cerebral epilepsia	paralisi cerebral síndrome convulsivo febril	total
menor de 5 años	13%(2)	72%(8)	100%(11)	0	100%(1)	56%(22)
entre 5 y 10 años	40%(6)	9%(1)	0	100(1)	0	20,5%(8)
entre 10 y 15 años	47%(7)	18%(2)	0	0	0	23%(9)
total	100%(15)	100%(11)	100%(11)	100%(1)	100%(1)	100(39)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25.809a	8	.001
Razón de verosimilitudes	30.496	8	.000
Asociación lineal por lineal	12.740	1	.000
N de casos válidos	39		



PROMOVRIENDO COMPORTAMIENTOS SALUDABLES: MANOS LIMPIAS, NIÑOS MÁS SANOS

320

Oberto M.¹; Ferrero M.²; Mamondi V.³; Silvina V.⁴; Asís L.⁵; Sánchez R.⁶

CÁTEDRA DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. ESCUELA DE NUTRICIÓN. FCM/UNC.^{1,6}; CÁTEDRA DE PARASITOLOGÍA Y MICOLOGÍA MÉDICAS. FCM/UNC²; CÁTEDRA DE CIENCIAS PSICOSOCIALES. ESCUELA DE NUTRICIÓN. FCM/UNC^{3,4}; CÁTEDRA DE PARASITOLOGÍA Y MICOLOGÍA MÉDICAS. FCM/UNC⁵

<georginaoberto@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Lavado de Manos con jabón es una práctica efectiva y económica de prevención de enfermedades transmitidas por alimentos y de otras enfermedades diarreicas y respiratorias. Los niños actúan como agentes de cambio de comportamiento llevando a sus hogares lo aprendido en la escuela. Sobre esta base, en 2016 se llevó a cabo un proyecto extensionista con el objetivo de promover el correcto lavado de manos en comunidades educativas públicas y privadas de la ciudad de Córdoba.

OBJETIVO

Promover la práctica correcta del lavado de manos y fortalecer los hábitos higiénicos cotidianos tendientes a preservar la salud en los niños, mediante un material bibliográfico infantil.

METODOLOGÍA

Se realizaron diferentes actividades con los alumnos y las docentes a fin de elaborar un libro infantil y evaluar su contenido. Para el diseño del libro infantil, se observaron las prácticas de higiene de 316 niños/as de jardín, 1° y 2° grado de dos escuelas de la ciudad de Córdoba, seleccionadas por conveniencia. Se solicitó a los alumnos que dibujaran y redactaran por escrito las vivencias del proyecto extensionista.

Para la construcción del libro, se tuvieron en cuenta tres ejes: conceptual, pedagógico y comunicacional, con la finalidad de subrayar los momentos cruciales y los pasos para la práctica correcta del lavado de manos. Para evaluar el libro infantil como herramienta para el aprendizaje de los niños, 9 docentes realizaron una encuesta autoadministrada estructurada, individual

y anónima. Las respuestas estaban situadas en escala de valoración, del 1 al 5 (1: totalmente en desacuerdo y 5: totalmente de acuerdo).

RESULTADOS

Se diseñó un libro en formato cuento. El tema surgió de las observaciones, dibujos y textos de los alumnos. Se tomaron frases expresadas por los niños y las imágenes fueron elaboradas por el equipo de trabajo. Se editaron 220 ejemplares y 2 se obsequiaron a cada biblioteca de sala y grado participante. El 88% de las docentes estuvo totalmente de acuerdo en que el libro motivará a seguir trabajando en la temática y el 100% estuvo totalmente de acuerdo en que es adecuado al nivel lingüístico y de conocimientos de los destinatarios. Destacando la organización, secuenciación y formato.

CONCLUSIÓN

El libro infantil es una contribución importante para la educación sanitaria en las escuelas. Integrando sus bibliotecas, servirá como material de lectura complementaria en el abordaje de los contenidos relacionados a la salud y el cuidado del cuerpo.

A PROPÓSITO DE UN CASO - COMPLICACIONES PULMONARES Y OSTEOARTICULARES POR SAMR (ESTAFILOCOCO AUREUS METICILINO RESISTENTE) DE LA COMUNIDAD.

321

Camano R.¹; Reynoso M.²; Gareca P.³; Jerez M.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS^{1,2,3,4}

<rubencamano@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones por SMAR Sensibles siguen siendo un problema Infectológico Grave, dejando secuelas importantes.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de un pacte con Infección Graves por SAMR (Estafilococo Metilino Resistente) a punto de partida de Piel para lograr su diagnóstico y tratamiento temprano.

Descripción del caso: Pacte de 2 años de edad, familia de mal nivel de alarma y extrema pobreza. Cuadro Clínico de 7 días de evolución, con dolor pierna derecha y signos de flogosis (traumatismo en pie por caminar descalzo), fiebre 38°C (tratado con ibuprofeno y medicación casera), cuadro respiratorio (tos irritativa, agitación) previo a su internación. A 72 hs. presenta Neumonía y se interna por Shock Séptico en Terapia Intensiva. Ingres a ARM con Radiología compatible con Infiltrado Algodonoso Bilateral, Bullas en Pulmón Derecho y Neumotórax Bilateral. Permaneció 3 días en ARM y se extuba .Persiste con requerimiento de oxigeno por narinas. TAC compatible con Imágenes Nodulares, Bronquiectasias, Neumatocelos en Ambos Pulmones. Presentó Osteomielitis de Fémur y Osteoartritis Rodilla Derecha (Compatibles con RNM), Liquido Pleural y Hemocultivos, positivos para Estafilococo Aureus Metilino Resistente a Oxacilina (SAMRS sensible a Vancomicina). Tratamiento por 28 días con Vancomicina y Rifampicina.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

Las Infecciones por SAMR – Estafilococo Metilino Resistente de la Comunidad siguen siendo Graves .Las Secuelas Pulmonares y Osteoarticulares se presentan como complicaciones más frecuente, por lo que deben diagnosticarse y tratarse en forma precoz.



ESTADO NUTRICIONAL, INGESTA ALIMENTARIA Y FACTORES VINCULADOS A LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL DE CÓRDOBA: ESTUDIO PRELIMINAR

322

Cieri M.¹; Ruiz BrÜnner M.²; Luciano S.³; Rodríguez Marco P.⁴; Valfré A.⁵; Cuestas E.⁶

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD - INICSA - FCM-UNC^{1,2}; ESCUELA DE NUTRICIÓN - FCM- UNC^{3,4,5,6}; <elicieri@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional en la parálisis cerebral (PC) suele relacionarse con la malnutrición. Debido a la PC, los pacientes presentan dificultades para la alimentación y una limitada actividad motora, por lo que el consumo calórico podría estar disminuido.

OBJETIVO

Describir el estado nutricional, la ingesta calórica, de macronutrientes y factores vinculados a la alimentación en niños y adolescentes con PC de 2 a 20 años de instituciones de salud y centros educativos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se calculó el tamaño muestral en base al Anuario Estadístico Nacional sobre Discapacidad 2015. La muestra se calculó en 100 niños ($\alpha=0,05$ y un $1-\beta=0,20$). Se registraron los pesos, tallas y segmentos corporales de los niños a través de métodos directos de valoración antropométrica. Además, se realizaron encuestas semi-estructuradas y un recordatorio 24hs de alimentación. Las variables continuas se describieron en medias con sus desvíos estándar o en medianas con sus rangos. Las variables discretas en % con IC95%. Se efectuó el cálculo de la Ingesta calórica (IC) y de macronutrientes (MN) a través del software Sistema de análisis y registro de alimentos (SARA versión 1.2.25).

RESULTADOS PRELIMINARES

Se estudiaron 94 sujetos, 57 varones (60,6% IC95%50-70,5). Presentaron peso normal un 37,2%; baja talla un 27,7%; bajo peso y baja talla un 13,8%; bajo peso un 11,7%; sobrepeso un 4,3%; riesgo de bajo peso un 3,2% y obesidad un 2,2%.

En 25 sujetos se valoró la IC, las calorías promedio fueron de 1801,7kcal con un rango de 781 y 4052Kcal. De este grupo un 44% no cumplió con el requerimiento energético según la OMS. La ingesta promedio de hidratos de carbono fue de 55,7%, de proteínas de 13,2% y lípidos de 31,1%.

En relación a los factores asociados a la alimentación un 32% presentó disfagia, un 44% sialorrea, un 80% estreñimiento y un 8% reflujo gastroesofágico. Solo 2 de los niños se alimentaban por ostomía. Un 52% de los niños y adolescentes requirieron ayuda para alimentarse de una persona, siendo en todos de los casos un familiar directo y en un 76% de los mismos fue la madre.

CONCLUSIÓN

Se concluye que existe una alta prevalencia de niños con malnutrición, en su mayoría por déficit. Una gran proporción de la población no llega a cubrir los requerimientos recomendados para niños por la OMS y hay una elevada prevalencia de factores que dificultan la alimentación y podrían condicionar el estado nutricional.

A PROPÓSITO DE UN CASO: ENFERMEDAD DE KAWASAKI INCOMPLETA

323

Risso M.¹; Saseta M.²; Malvaso R.³; Fernandez Gago G.⁴; Carbonari M.⁵

HOSPITAL SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4,5}

<rissomarcelo@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica aguda, autolimitada y de etiología desconocida, que afecta a arterias de pequeño y mediano calibre. En Argentina la incidencia anual es de 4 casos cada 100.000 consultas.

Requiere de un alto índice de sospecha ya que algunos niños pueden presentar formas clínicas leves o incompletas con síntomas inespecíficos.

OBJETIVOS

Descripción de un caso clínico de un lactante de 3 meses internado en el Hospital de Niños de La Plata.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino que ingresa por presentar fiebre de 24 hs de evolución y exantema maculo-papular en miembros inferiores. Debido a laboratorios de riesgo para infección bacteriana severa se cultiva y se medica con ceftriaxona. A pesar del tratamiento antibiótico persiste febril durante los días siguientes. Todos los cultivos resultaron negativos. Se realiza ecografía abdominal, fondo de ojo y ecocardiograma en búsqueda de focos profundos, siendo éstos normales. El décimo día de internación por continuar con fiebre y observar eritema y descamación peri BCG se sospecha de EK, por este motivo se repite ecocardiograma que informa dilatación de arterias coronarias derecha e izquierda, con pequeños aneurismas en coronaria derecha, tronco común de coronaria izquierda, descendente anterior y circunfleja dilatadas con trayecto irregular. Derrame pericárdico leve. Se inicia tratamiento con gammaglobulina hiperinmune y ácido acetil salicílico

remitiendo definitivamente la fiebre a las 48 hs de iniciado el tratamiento. Actualmente se encuentra en seguimiento en los Servicios de Cardiología y Reumatología.

CONCLUSIÓN

La EK representa la vasculitis de mayor prevalencia en pediatría luego de la púrpura de Schonlein – Henoch y constituye la causa más común de enfermedad coronaria adquirida en niños. La fiebre está presente en el 100% de los casos y tiene una duración de hasta 8 días antes del diagnóstico. En el 90% de los casos la fiebre resuelve luego de 48hs de iniciado el tratamiento con gammaglobulina. Deben tenerse en cuenta los hallazgos clínicos menos frecuentes para arribar en forma temprana a un diagnóstico oportuno disminuyendo así la morbimortalidad.



UNIDAD DE PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

325

Ablin M.¹

LA CASA RONALD¹

<marianela.ablin@casaronald.org.ar>

Relato de Experiencia.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Promoción de Hábitos Saludables (UPHS) es un Programa Educativo de Promoción para la Salud. Forma parte de los nueve programas que lleva adelante la Asociación, con el objetivo de mejorar la salud de los niños y sus familias.

La Casa Ronald generó los contenidos y dos dispositivos para favorecer la enseñanza de hábitos saludables. El primero junto a Fundación Educacional y el segundo con la colaboración de la Asociación de Odontología para niños AAON/AOA.

Cuenta con diferentes momentos: un cuento, juegos didácticos, un tríptico con recomendaciones para compartir en familia y encuestas de evaluación.

JUSTIFICACIÓN

Educar a los niños en hábitos saludables desde la temprana edad, es la medida preventiva más eficaz para mejorar la condición de salud a lo largo de la vida del individuo.

Se incluyen los siguientes hábitos: lavado de manos, cepillado de dientes, alimentación, valor de la familia y el cuidado del entorno cercano.

Si los niños adoptan estas prácticas como hábitos transmitirán este aprendizaje a sus hogares. De esta manera se convertirán en agentes de cambio y su conducta será replicada en su familia y comunidad.

OBJETIVOS

- Empoderar a los niños a tomar un rol activo en la construcción de su salud
- Introducir a los niños en el hábito de la lectura
- Acompañar a los docentes en la enseñanza de hábitos saludables
- Acercar a las familias recomendaciones para el hogar
- Valorar las consecuencias de determinadas conductas sobre la calidad de vida

POBLACIÓN DESTINATARIA E INSTITUCIONES

Niños de 4 a 9 años. Se dictan en jardines de infantes, escuelas primarias, juegotecas, comedores, organizaciones de la sociedad civil, colonias de vacaciones.

Se establecen convenios con diferentes municipios, tanto con las secretarías de Educación como de Desarrollo Social y alianzas con ONG.

En 2015 y 2016 el programa resultó seleccionado por la Secretaría de Fortalecimiento de la Ciudad de Buenos Aires y contó con financiación para realizar los talleres en Centros de Primera Infancia.

RESULTADOS

- El dispositivo resulta efectivo: la modalidad taller fomenta el aprendizaje, los chicos "aprenden haciendo"
 - Los docentes podrán continuar abordando la temática utilizando el cuento y los juegos planteados
 - Los contenidos del taller están en sintonía con los contenidos curriculares
- Desde 2014 la UPHS ha dictado 745 talleres, ha beneficiado a 18.653 niños, visitado 250 instituciones y han participado 1397 docentes y/o padres.

ENFERMEDAD HEMOLÍTICA FETONATAL ABO SEVERA: REPORTE DE UN CASO

329

Gavira N.¹; Soboleosky M.²; Cotorruelo C.³; Bria S.⁴

MUNICIPALIDAD DE ROSARIO - CENTRO DE SALUD TOBA^{1,4}; BANCO DE SANGRE- MUNICIPALIDAD DE ROSARIO²;

BANCO DE SANGRE- MUNICIPALIDAD DE ROSARIO- CONICET³

<nataliagavira@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Hemolítica Fetoneonatal ABO es producida por anticuerpos maternos anti-A o anti-B de clase IgG que llegan a la circulación fetal vía trasplacentaria. Esta patología afecta generalmente a los neonatos produciendo una hemólisis mínima con un ligero aumento de la bilirrubina. El curso clínico es relativamente benigno y en la mayoría de los casos se resuelve con luminoterapia. Presentación del caso: reportamos el caso de un recién nacido B positivo y Prueba de la Antiglobulina Directa positiva (dos cruces) que a las 12 horas de vida presenta ictericia generalizada, hepatoesplenomegalia y buen estado general. Los hallazgos de laboratorio fueron: Bilirrubina total (BT): 13,0 mg/dl. Bilirrubina indirecta: 12,4 mg/dl, Bilirrubina directa: 0,6 mg/dl, Hematocrito (Hto): 41,1%, Reticulocitos (Ret): 14,5%, y presencia de numerosos glóbulos rojos nucleados en el frotis de sangre periférica. Estudios en el eluato de los glóbulos rojos del recién nacido mostraron la presencia de anticuerpos anti-B. La madre de 24 años de edad gesta 3, para 3 y perteneciente a la comunidad Toba niega historia de transfusión y relata antecedentes de luminoterapia en sus dos hijos anteriores. El estudio de Anticuerpos Irregulares en el suero materno fue negativo. El título de anticuerpos anti-B de clase IgG fue 512. El neonato recibió inmediatamente terapia lumínica en doble panel. La evolución del paciente se muestra en la siguiente tabla:

38 hs	18,6	47,0
45 hs	21,1	47,0

- Exanguinotransfusión de dos volemias. Sin complicaciones.

5 días	9,7	38,5
--------	-----	------

- Se suspende la luminoterapia.

El paciente fue externado al séptimo día de vida sin complicaciones. Debido a la severidad del caso y al origen étnico de la madre se sospechó la presencia concomitante de un anticuerpo dirigido contra antígenos del sistema Diego. Se estudió el genotipo Diego por biología molecular en la madre y en el padre siendo ambos DIB homocigotas. Con los datos anteriores se confirmó el diagnóstico de Enfermedad Hemolítica Fetoneonatal ABO. Al año de vida, el niño evidenciaba un crecimiento y desarrollo normales para su edad sin secuelas aparentes.

CONCLUSIONES

El caso clínico evidencia que la Enfermedad Hemolítica Fetoneonatal por incompatibilidad ABO no es siempre subclínica sino que puede presentarse en forma severa requiriendo intervención médica interdisciplinaria en el recién nacido. Debe ser considerada entre los diagnósticos diferenciales en neonatos con o sin Prueba de la Antiglobulina Directa positiva que presenten manifestaciones de hemólisis clínicas y/o de laboratorio.

Edad	BT (mg/dl)	Hto (%)	Ret (%)
20 hs	16,1	37,7	15,6
26 hs	17,0	38,0	
32 hs	18,5	40,0	

- Exanguinotransfusión de dos volemias. El procedimiento se realiza parcialmente por complicaciones con el catéter umbilical.



330

EL PASE MÉDICO COMO ESTRATEGIA INTERDISCIPLINARIA DE CUIDADO INTEGRAL DEL NIÑO CON CÁNCER Y SU FAMILIA

Mendez T.¹; Filardi F.²; Jorgelina N.³; García J.⁴; Cabrera M.⁵; Quintans M.⁶; Zaiacometti S.⁷; Ferreira D.⁸; Margonari L.⁹; Filipini O.¹⁰; Horisberger C.¹¹

FUNDACION FLEXER¹; HOSPITAL NACIONAL POSADAS^{3,8,9,10,11}; FUNDACION FLEXER^{4,5,6,7}
<teresa@fundacionflexer.org>

INTRODUCCIÓN

El pase como colaboración de diferentes disciplinas en la búsqueda de un bien común.

OBJETIVOS

Presentar una experiencia de trabajo interdisciplinario en el pase semanal de Internación del Servicio de Hematología Oncología Pediátrica en que participan pediatras, enfermeros, trabajador social, psicólogos, oncólogos y otros especialistas, como un abordaje integral del niño y su familia y el cuidado del equipo tratante. Diagnóstico de situación: En el Hospital Posadas se atienden aprox. 48 casos nuevos por año. La Unidad de Internación consta de 14 camas sólo para oncohematología (2 aislamientos y 3 habitaciones de 4 camas cada una), el Hospital de Día y consultorios. Hasta el año 2009 el equipo estaba integrado por pediatras, oncólogos y enfermeros, que solicitaban interconsulta con el Servicio Social y Salud Mental. Estos Servicios atienden las consultas de todo el Hospital y no tienen profesionales exclusivos para asistir a pacientes pediátricos con estas enfermedades, que requieren de mayor atención y especialización. En el 2004 la Fundación Natalí Dafne Flexer –de ayuda al niño y adolescente con cáncer- inauguró una Sala de Juego en Internación del Servicio. A partir de esta experiencia, el equipo médico solicitó que se incluyera psicólogos que pudiesen brindar asistencia a los niños y sus familias. Desde el 2009, se sumó un equipo de psicólogos de la Fundación. Población: Equipo de salud interviniente. Niños de 0 a 18 años y su familia. Actividades: Pase semanal interdisciplinario en el cual participan los

profesionales del Servicio. Se presentan los casos de los pacientes internados y a continuación de los internados en UTIP y los fallecidos. Se comparten los aspectos médicos, emocionales y sociales integrando las distintas miradas para pensar en la estrategia terapéutica más. Se comparten las emociones que se movilizan en el trabajo.

RESULTADOS

En relación al equipo de salud interviniente: permitió la consolidación del equipo y un clima de colaboración, confianza y seguridad. Es una herramienta más que ayuda a aliviar la angustia que genera esta tarea y prevenir el burnout. En relación al niño y su familia: permitió construir estrategias de abordaje interdisciplinario. Evaluación: La experiencia de sostener el espacio de encuentro semanal permite constituir un equipo sólido donde los principales beneficiados son el niño/adolescente y su familia, quienes desde el diagnóstico son atendidos y acompañados por un equipo que se ocupa de su cuidado integral: del tratamiento, de sus emociones y las condiciones sociales. El esfuerzo de integrar las distintas miradas permite construir una modalidad de abordaje con estrategias terapéuticas que contemplan todas las dimensiones de la persona y su entorno, facilitando la mejor calidad de vida.

PROGRAMA DE SUPERVISION DEL DESARROLLO DEL NIÑO Y PESQUISA DE TRASTORNOS INAPARENTES: EN EL AMBITO DE UNA OBRA SOCIAL. RESULTADOS DE SEIS AÑOS DE TRABAJO. PERÍODO: 01-04-2011 HASTA 31-03-17

331

Pedrouzo S.¹; Melamed D.²; Sastre G.³; Wasserman J.⁴

OSECAC^{1,2,3,4}
<silvipedrouzo@gmail.com>

INTRODUCCION

El programa está basado en la prevención de trastornos del desarrollo en niños menores de tres años, con factores de riesgo biológico como prematuridad, bajo peso al nacer, puntuación de Apgar menor a 7 e internación en el primer mes de vida.

OBJETIVOS

1. Actualización de pediatras y educación a los padres: prevención primaria.
2. Pesquisa en niños con factores de riesgo biológico: prevención secundaria.
3. Diagnóstico y tratamiento oportuno: prevención terciaria.

POBLACION

-Actualización y educación: pediatras y padres - Consultorio: niños menores de tres años, aparentemente sanos, con factores de riesgo biológico: prematuridad, PN menor a 2500 gr, Apgar menor a 7, internación el primer mes de vida.

MATERIALES Y METODOS

1. Confección de Guía para pediatras.
2. Creación del Consultorio de Pesquisa: administración PRUNAPE.
3. Confección de guía de estimulación para padres.

RESULTADOS

Recibieron la guía los 350 pediatras de ambulatorio, discutida en ateneo. Ingresaron al programa: 1049 niños. Se realizaron: 1690 pruebas. Pasaron: 971 niños, 92.56 %. Fracasaron: 118 niños, 11.24 % del total de niños, 6.98% del total de pruebas. Principales diagnósticos: Retraso motor: 44-

37.28%, Trastornos del lenguaje: 24-20.33%, Retraso madurativo global: 14-11.86 %, TEA: 10-8.47 %, Trastornos de lenguaje y conducta: 9- 7.62% Alteración de la audición: 4-3.38%, Otros: 13 -11.01%. La guía de estimulación fue entregada a todos los padres.

CONCLUSIONES

La prevención de las alteraciones del desarrollo en sus tres niveles evita o disminuye las consecuencias que éstas provocan en la calidad de vida del niño y su familia. Su implementación está fuertemente apoyada por la evidencia en las Guías de Práctica Clínica a nivel mundial.



A PROPÓSITO DE UN CASO: ABSCESOS HEPÁTICOS SECUNDARIO A PERITONITIS

Altamirano L.¹; Morbelli M.²; Viel Temperley P.³; Marchetti G.⁴; Martín M.⁵; Galetovich M.⁶; Salazar T.⁷; Olmos A.⁸

HIGAA. PIÑEYRO, JUNÍN^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<altamiranolorena1712@gmail.com>

333

INTRODUCCIÓN

La repercusión hepática de un foco a distancia por vía hemática o un foco infeccioso por contigüidad es poco frecuente en pediatría. La demora en el diagnóstico y eliminación del foco infeccioso conlleva una gran morbimortalidad.

OBJETIVO

Describir a un paciente de 10 años que presentó abscesos en hígado secundario a Peritonitis.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Niña de 10 años de edad que consulta por cuadro de 48 hs. de evolución caracterizado por fiebre, dolor en hipocondrio derecho con irradiación a dorso. Antecedente de internación previa por post operatorio de Peritonitis a punto de partida de Apex Gangrenoso, con adecuado esquema antibiótico durante 14 días.

A su ingreso adjuntaba: radiografía de tórax con borramiento de seno costofrenico derecho. Ecografía abdominal: imagen compatible con absceso hepático. RMN : colección heterogénea en lóbulo derecho hepático segmento VI, de 80 (A.P.) x 53 (T.V.) x 63 mm (C.C.), en contacto con cápsula y pared . Segunda colección en sector más caudal y posterior del lóbulo derecho, irregular de igual comportamiento densitométrico, de 22.4 (A-P) x 18,4 (T.V.) x 32.3 (C.C.)

Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, anemia, VES- FAL y transaminasas aumentadas con coagulograma alterado; se realizaron correcciones con Vitamina K hasta la normalización de los parámetros. Función renal normal. Se interconsulta con cirujana e infectóloga infantil. Se inicia tratamiento empírico con Piperacilina-Tazobactam, previa toma

de hemocultivos. Se realiza Ecodoppler de vena porta: normal. Por persistencia febril y al no evidenciarse cambios ecográficos, se realiza drenaje del absceso; retirando el mismo al séptimo día. Informe de cultivo de líquido de absceso: E. Coli, Enterococcus spp. Se completa esquema de tratamiento endovenoso durante 3 semanas, finalizando en forma ambulatoria con controles ecográficos semanales.

Al finalizar el tratamiento, se constata ecográficamente la persistencia de abscesos intrahepáticos con mínima disminución de las dimensiones. La paciente reingresa al servicio para punción, colocación de drenaje y toma de muestra para cultivo: (+) Bacteroides Fragilis, continuando con igual esquema antibiótico. Se realizan sucesivos controles ecográficos y PCR. Con informe de sensibilidad, ser rota ATB: Amoxicilina-Clavulanico más Ciprofloxacina VO que por intercurencia con Enteritis, se modifica éste último a Amoxicilina-Clavulanico más Metronidazol.

Actualmente, con buena evolución e imágenes ecográficas en resolución, continua con igual tratamiento.

CONCLUSIÓN

Ante los niños con fiebre y mal estado general inexplicable tras apendicetomía, es importante un diagnóstico y tratamiento temprano que limite la evolución a Abscesos Hepáticos, Sepsis y Trombosis total de la vena porta, con hipertensión portal definitiva.

PAROTIDITIS ABSCEDADA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ARAÑAZO DE GATO (EAG)

Alvez S.¹; Amantia G.²; Fernandez A.³; Degregorio N.⁴; Livoti M.⁵; Reto R.⁶

HOSPITAL RAUL LARCADE^{1 2 3 4 5 6}

<yaninaalvez@hotmail.com>

334

INTRODUCCION

EAG es una infección usualmente benigna y autolimitada, producida por Bartonella Henselae (BH). Cursa con una lesión papulosa o pustulosa en el sitio del rasguño, se acompaña de una linfo-adenopatía regional, que se caracteriza con aumento del volumen ganglionar; suele ser sensible, roja, indurada y, a veces con supuración y/o fistulización. En forma ocasional puede asociarse a malestar general, fiebre y cefalea. Una minoría de los casos puede tener manifestaciones atípicas como encefalitis, meningitis, mielitis transversa, hepatitis, esplenitis granulomatosa, osteomielitis, artritis, neumonía e infección diseminada. Un 5 % de los pacientes desarrolla el síndrome oculoglandular de Parinaud. El diagnóstico se puede confirmar con la biopsia del ganglio afectado, donde se observa una inflamación granulomatosa con necrosis central estrellada, pero es poco específica. Más útil es realizar pruebas serológicas específicas para BH mediante IFI (titulación de IgG e IgM).

OBJETIVO

Es describir un caso de EAG, realizar una breve revisión bibliográfica acerca de esta enfermedad, con el fin de evitar gastos y procedimientos innecesarios para llegar a su diagnóstico.

CUADRO CLÍNICO

Paciente de 7 años, sin antecedentes perinatológicos ni patológicos de importancia. Que luego de finalizar tratamiento ATB para una OMA supurada, presentó tumoración submaxilar bilateral, las cuales fueron drenadas en reiteradas oportunidades, con cultivos de lesión negativos. Recibió múltiples esquemas antibióticos. Se descartó patología oncológica

y TBC. Por presentar una tórpida evolución y teniendo contacto con mascotas, se sospecha de EAG. Solicitando serologías para toxoplasma, CMV, EB (las cuales fueron negativas). Confirmándose así, Bartonelosis por serología positiva (IgM, título IgG mayor a 1:256).

CONCLUSIONES

La EAG debe estar siempre presente como diagnóstico diferencial ante la presencia de adenopatías localizadas. Siendo de importancia interrogar sobre contactos con mascotas (en especial gatos), solicitando serologías para BH desde del inicio de la consulta médica.



336

DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CV EN UN EQUIPO DE NIÑAS Y ADOLESCENTES DE HOCKEY SOBRE CÉSPED DE ZONA SUR DEL CONURBANO BONAERENSE.

Sigle M.¹; Barber A.²

PCIA BS AS^{1,2}

<maricelsigle@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

El sedentarismo, la obesidad y la hipertensión son factores de riesgo de Enfermedades CV en aumento a nivel mundial, instalándose a edades muy tempranas de la vida y la práctica de hockey sobre césped es uno de los deportes que cumplen con la función de prevenirlos.

OBJETIVO

Identificar los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (Obesidad, Sobrepeso, Hipertensión y Patología cardíaca) a través de la descripción y análisis de los datos hallados en el examen clínico y anamnesis de un equipo de hockey femenino de 6 a 18 años de edad de zona sur del Conurbano Bonaerense en el año 2013, para planificar estrategias de intervención desde edades tempranas.

MATERIAL Y METODOS

Es un estudio retrospectivo. Se analizaron Peso y Talla/edad, IMC, TA, ECG, evaluación clínica y cardiológica en niñas y adolescentes jugadoras de hockey, de 6 a 18 años de edad. Se dividieron en 2 grupos: jugadoras en forma recreativa, de 6 a 11 años, 11 meses y 29 días, o competitiva, de 12 a 18 años, en el año 2013. Se registraron los antecedentes familiares y personales.

RESULTADOS

Se analizaron 295 Historias Clínicas de niñas (41,4%) y adolescentes (58,6%) Presentaron Peso Normal el 57%, siendo mas frecuente en adolescentes con el 65,8 % En lo que respecta a Sobrepeso y Obesidad,

los valores de la muestra fueron 25,4% y 12,9% respectivamente, 2,4% presentaron Obesidad Grave y Bajo Peso se detectó en 4,7%. Una niña (0,9%) con Peso por debajo de menos 2. La Talla fue normal en el 93,2% de la muestra. La TA fue en 88,4%, menor al Pc 90, 6,8% entre Pc 90 y Pc 95 y 4,8% en Pc mayor a 95. Se registraron más de un antecedente familiar por jugadora (341), 41% refirieron no tener antecedentes, 19,3% Diabetes II, 15,8% enfermedades cardiovasculares no especificadas, 15% Hipertensión, 3,8% Asma, 3,6% Familiares con Muerte súbita antes de los 50 años, Otras 5% (Epilepsia y Obesidad y Dislipemia) Los ECG fueron normales excepto una niña con Síndrome de Wolf Parkinson White. Se detectaron 31 niñas con soplo sistólico, 26 funcionales, 3 por insuficiencia tricuspídea leve, 1 por insuficiencia mitral leve y otro por estenosis pulmonar leve.

CONCLUSIONES

Los datos sobre los factores de riesgo hallados coinciden con otros estudios de Investigación, siendo éstas enfermedades prevalentes en los adultos y en aumento en los niños y adolescentes, por lo tanto es necesario intervenir en forma temprana generando el hábito de la práctica de actividad física para prevenir la enfermedad cardiovascular desde la infancia.

337

FORTALECIMIENTO DE LA COBERTURA DE INMUNIZACIÓN A PARTIR DE ESTRATEGIAS DE CAPTACIÓN ACTIVA EN LA LOCALIDAD DE JESÚS MARÍA

Vallejos S.¹; Almada Bonfigli D.²; Aguirre C.³

MUNICIPALIDAD JESUS MARIA^{1,2,3}

<susyvallejos2009@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las inmunizaciones salvan millones de vidas y se las reconoce como una de las intervenciones de salud más costoeficaces y de alto impacto sanitario. En países en vías de desarrollo, resulta necesario impulsar y mantener una alta cobertura de vacunación en niños. A pesar de la aplicación de diversas estrategias para conseguirlo no se han alcanzado las metas propuestas. Por lo que el diseño de intervenciones eficaces resulta todo un desafío.

OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA

Fortalecer la promoción de la salud mediante la combinación de acciones de vacunación (captación, seguimiento y vacunación intensiva) en la comunidad.

METODOLOGIA GENERAL

Se estableció la población objetivo de niños de 5 a 6 años (ingreso escolar) en todas las instituciones escolares públicas de la ciudad. N=383 durante los meses de Abril a Octubre de 2016.

Captación activa en 3 oportunidades a lo largo del año acompañada de consejería en cada comunidad educativa. Fortaleciendo el autocuidado y la responsabilidad en el cuidado de la salud. Se realizó control y completó esquema de inmunizaciones según PAI. Se realizó seguimiento mediante visita domiciliaria a los niños que no presentaron el carnet de inmunizaciones y se completó el esquema.

RESULTADOS

Con la captación activa se mejoró la cobertura de 88% a 95% y mediante el seguimiento y la vacunación intensiva se alcanzó el 97% de cobertura para las inmunizaciones del ingreso escolar.



338

CORNAJE EN EL NEONATO POR ESTENOSIS CONGENITA DE ABERTURA PIRIFORME ASOCIADO A UNA MALFORMACIÓN DE LÍNEA MEDIA: INCISIVO CENTRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Reyna J.¹; Denardo P.²; Valle M.³; Mario K.⁴
HOSPITAL DE NIÑOS DR ORLANDO ALASSIA¹²³⁴
<jesica.reyna@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El cornaje es un ruido generado por la turbulencia del flujo de aire al pasar por las fosas nasales con calibre disminuido. La causa principal en recién nacidos y lactantes es la rinitis inflamatoria o infecciosa.

La estenosis de seno piriforme es una causa infrecuente de cornaje, producto del crecimiento óseo excesivo del proceso nasal medial del hueso maxilar.

La obstrucción nasal es una condición potencialmente amenazante para los recién nacidos. El diagnóstico precoz y tratamiento apropiado son esenciales debido a su respiración nasal obligada. Puede presentarse aislada o asociada a malformaciones craneofaciales o nerviosas centrales. El Síndrome de incisivo central maxilar medio solitario puede alertar a esta malformación

OBJETIVO

Describir la presentación clínica de una enfermedad poco frecuente con un síntoma habitual que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz.

CASO CLÍNICO

Paciente recién nacida de término, embarazo controlado sin antecedentes perinatólogicos, nacida por parto vaginal con peso al nacimiento de 3165gr, alimentada con lactancia materna, ingresa en unidad de neonatología a los 27 días de vida, por un cuadro de cornaje, referido desde el nacimiento, motivando reiteradas consultas ambulatorias, que durante los últimos días había agregado episodios de ahogo y cianosis. Al examen físico, se constata cornaje con estridor inspiratorio, asociado a leve tiraje subcostal

y la presencia de un diente incisivo en la línea media de la cavidad bucal. Es valorada por ORL, solicitando TAC Cráneo que muestra estenosis del seno piriforme con diámetro máximo de 6,2mm. Se realiza tratamiento de sostén, evoluciona favorablemente y se otorga externación sin requerir tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIÓN

Sospechar estenosis de seno piriforme, ante un neonato que presenta cornaje desde el nacimiento para controlar su evolución y de ser necesario plantear el requerimiento quirúrgico para su resolución.

PCR-AMPLIADA VERSUS COPROCULTIVO, EXPERIENCIA EN HOSPITAL NAVAL

Perez H.¹; Tuccillo P.²; Raitano P.³; Pensa P.⁴; Lambertini F.⁵; Manini P.⁶; Carrion N.⁷
HOSPITAL NAVAL¹²³⁴⁵⁶⁷
<hperez_89@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La diarrea aguda es una de las patologías más comunes de la infancia. El coprocultivo, pesquiza un acotado número de germen. Actualmente se ha desarrollado, el Filmarray multiplex, con sistema de PCR. Este método procesa muestras de materia fecal en una hora.

El objetivo de este trabajo es comparar ambos métodos de detección de patógenos en materia fecal.

MÉTODO

Se analizaron 22 muestras de materia fecal de pacientes pediátricos, ambulatorios e internados del HNPM entre septiembre 2016 y febrero 2017. Las muestras fueron sometidas coprocultivo (detecta: Yersinia spp, Salmonella spp, shigella spp, aeromonas spp y Vibrio spp) y a Filmarrays (detecta: Campylobacter, Clostridium difficile, Plesiomonas shigelloides, Salmonella, Yersinia enterocolitica, Vibrio, Vibrio cholerae, E. coli 0 157, E. coli enteroagregativa, E. coli enteropatógena, E. coli entero toxigena, E. coli productora de toxina simil Shiga, Shigella/ E. coli enteroinvasiva, Adenovirus, Norovirus, Astrovirus, Rotavirus A, Sapovirus, Cryptosporidium, Cyclospora cayetanensis, Entamoeba Hystolitica y Giardia Lambia).

RESULTADOS

El coprocultivo dio positivo en 4 ocasiones (20%) de las 20 muestras analizadas. El patógeno más frecuentemente hallado fue Shigella.

El Film Arrays fue positivo en 18 muestras (90%). El patógeno más frecuentemente hallado fue E. coli enteroinvasiva (7 muestras). Este método permitió identificar coinfecciones en un 68,4% de las muestras

analizadas, siendo la más frecuente Shigella/ E.coli enteroinvasiva (5 veces).

CONCLUSIÓN

- el filmarrays posee mayor sensibilidad en la detección de microorganismos en materia fecal.
- Con respecto a Shigella spp, el filmarrays lo detecto un 60% mas que el coprocultivo.
- El sistema de PCR-múltiple, permitió identificar coinfecciones en un 68,4% de las muestras analizadas

El método Filmarrays detecta un espectro más amplio de enteropatógenos productores de diarrea en menor tiempo que el coprocultivo.

Al poseer mayor sensibilidad, permitirá la toma decisiones en cuanto a tratamiento, acortando o incluso suspendiendo la internación.

Por su capacidad de detectar coinfecciones, permitiría analizar el posible efecto sinérgico de distintos enteropatógenos sobre un mismo individuo y plantear distintas estrategias terapéuticas.

Por otro lado, es un método de alto costo, que no permite utilizarlo de forma rutinaria. Es necesario establecer protocolos que fijen criterios de uso.

Al detectar confecciones, puede generar dificultades al momento de determinar el agente que efectivamente está causando el cuadro.

En conclusión, es posible afirmar que, de contar con un protocolo capaz de determinar muestras analizables y clasificar patógenos relevantes, el Filmarrays podría permitir incrementar el diagnóstico etiológico de las diarreas y eventualmente, mejorar control de estas infecciones.

339



340

INFECCIÓN POR BARTONELLA QUINTANA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bonvin Sallago J.¹; Grigioni J.²; Morales J.³
HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3}
<julietabonvin@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La infección por Bartonella quintana es una enfermedad reemergente, con escasos reportes en pediatría. Si bien los primeros casos reportados provienen de Europa del Este y Asia, Argentina no ha quedado exenta. Afecta principalmente a individuos con escasa higiene y condiciones habitacionales precarias. El microorganismo es transmitido por *Pediculus humanus corporis*. La presentación clínica es variable, siendo las adenopatías una de las formas más frecuentes.

OBJETIVO

Describir las características clínicas y de laboratorio de la infección por Bartonella quintana.

Descripción del caso: Niña de 7 meses de edad, derivada por dolor abdominal, fiebre de dos días de evolución y esplenomegalia. Recibiendo ceftriaxona por el cuadro en curso.

De la anamnesis clínico epidemiológica se destaca que reside en zona rural, en vivienda precaria y convive con animales domésticos. La niña no presenta controles de salud. Consume productos lácteos no pasteurizados. Del examen físico se destaca regular estado general, abdomen distendido, blando, doloroso a la palpación profunda, esplenomegalia (8 cm). Se interpreta cuadro como abdomen agudo y esplenomegalia de probable etiología infecciosa. Se realiza ecografía abdominal que informa esplenomegalia homogénea (DL 8,4cm). Se recibe laboratorio glóbulos blancos 14.500 / mm³ (N41/L52/ M6/E1), Hb 9.7g/dL, Hto 28%, Plaquetas 224000/ mm³, PCR 43.6 mg/L ERS: 82mm. Los hemocultivos y urocultivo fueron negativos. En la evolución se constata aumento del dolor y se decide realizar

laparotomía exploradora evidenciándose adenitis mesentérica. Se realiza biopsia de la misma que informa hiperplasia nodular linfoide. Se solicitan serologías para sífilis, Chagas, hepatitis B, HIV, CMV, VEB, Toxoplasmosis gondii y Bartonella spp., resultando sólo positivas la IgM e IgG para Bartonella quintana.

Se confirma el caso infección por Bartonella quintana. Inicia tratamiento con claritromicina durante 14 días y seguimiento por servicio de Infectología. Evolucionó favorablemente, resolviendo cuadro clínico.

CONCLUSIÓN

La infección por Bartonella quintana es una entidad que debe considerarse como diagnóstico diferencial en un niño que se presente con síndrome febril asociado a adenopatías y esplenomegalia.

SINDROME DE EVANS. A PROPOSITO DE UN CASO

Vallejos M.¹; Valentini L.²; Urtasun M.³; Maiolo M.⁴; Noriega G.⁵; Raiden S.⁶; Martegani L.⁷
HOSPITAL VELEZ SARFIELD¹; HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE^{2,3,4,5,6,7}
<sol.valle@hotmail.com>

341

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Evans (SE), se caracteriza por la presencia simultánea o secuencial de anemia hemolítica autoinmune y púrpura trombocitopénica inmune acompañado o no con neutropenia inmune, actualmente se considera una entidad infrecuente y su pronóstico aún resulta desconocido.

OBJETIVO

Presentación de un paciente con SE cuyas manifestaciones iniciales no fueron las habituales.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años que concurre por presentar hemograma con plaquetopenia (15.000) y neutropenia (GB 2800 10% neutrófilos). Se interna en sala pediátrica con diagnóstico de bicitopenia en estudio. Como antecedentes refiere adenopatía inguinal derecha de 2 cm sin signos de malignidad de 6 meses de evolución por la que consultó ambulatoriamente, realizándose serologías, con IgG VCA positivo, interpretándose como mononucleosis.

Al examen físico se constatan petequias en miembros inferiores, se palpa polo inferior del bazo y adenopatía inguinal derecha.

Se realizan exámenes complementarios: ecografía abdominal, químicas y radiografía de tórax normales.

Se evalúa por hematología quienes solicitan frotis de sangre periférica, normal, punción y aspiración de médula ósea (PAMO), informando aumento de serie megacariocítica, serie mieloide y eritroide normales, se interpreta como bicitopenia de origen periférico. Se interconsulta

con Inmunología y Reumatología quienes solicitan serologías virales, GAME y colagenograma para descartar causas secundarias de citopenias resultando todos dentro de parámetros normales.

Se inicia tratamiento con meprednisona, presentando hemograma control post corticoterapia con buena respuesta.

CONCLUSIÓN

El SE es una entidad autoinmune poco frecuente, su arribo diagnóstico es dificultoso y más aún cuando se presenta en forma atípica. En la literatura se reporta un 10% de pacientes donde no se han detectado los anticuerpos responsables de la hemólisis. La PAMO no es esencial para el diagnóstico, sin embargo, debe realizarse en caso de neutropenia para excluir desórdenes mieloproliferativos o mielodisplasia. La corticoterapia continúa siendo la primera línea de tratamiento, resultando exitosa en la mayoría de los casos. Se requiere de un estudio minucioso para determinar si se trata de un evento idiopático o secundario, y definir la estrategia terapéutica y el pronóstico de los pacientes.



342

BABY-LED WEANING VS. SPOON FEEDING. IMPACTO NUTRICIONAL Y RIESGO DE AHOGO. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Conte Grand M.¹; Romani B.²; Paez Salinas G.³; Fernández Sardá M.⁴

HOSPITAL DE PEDIATRÍA JUAN P. GARRAHAN^{1,2,3,4}

<mines727@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Baby-Led Weaning (BLW) es un método alternativo para la introducción de la alimentación complementaria en el cual se ofrece al niño alimentos de fácil masticado que formen parte de la dieta de los padres. El hecho que la alimentación sea controlada por el niño permitiría una mejor autorregulación y el consecuente desarrollo de hábitos alimentarios saludables. Considerando la actual epidemia de sobrepeso y obesidad, ¿podría este método favorecer un peso más adecuado en nuestros niños? ¿Cuáles son sus riesgos?

OBJETIVOS

Evaluar la literatura disponible con respecto a BLW vs. el método tradicional, en términos de impacto nutricional y riesgo de ahogo en niños sanos mayores de 6 meses.

METODOLOGÍA

Se utilizaron las bases de datos MEDLINE, LILACS y COCHRANE y la literatura gris a través de Scholar Google. Además se revisó la bibliografía al final de cada artículo y se contactaron expertos en el tema. Se utilizaron las palabras "Baby-Led Weaning", "Spoon Feeding", "risk of choking" y "weight".

RESULTADOS

Se hallaron 22 artículos con la estrategia planteada de los cuales 9 se relacionaban con nuestro interrogante. Se incluyeron 6 artículos en total: una revisión sistemática, un ensayo clínico controlado aleatorizado y 4 estudios de corte transversal, de calidad metodológica variable. Se descartaron un ECA que se encuentra en proceso y 2 artículos que resultaron inaccesibles.

4 artículos sugieren que el BLW previene la obesidad aunque 2 afirman que se asocia a mayor riesgo de bajo peso. 3 artículos consideran que los niños que realizan BLW están más expuestos a alimentos con riesgo de ahogo. Sin embargo en un ensayo clínico no se hallaron diferencias entre uno y otro grupo.

CONCLUSIÓN

En un mundo donde los índices de obesidad se encuentran en aumento, BLW se presenta como un método alternativo de introducción de alimentación complementaria que favorece un peso más saludable, con mínimos riesgos. Sin embargo se requiere un estudio de mayor calidad metodológica para probar esta hipótesis.

PESQUISA PRECOZ DEL SÍNDROME DE CHARGE EN PEDIATRÍA : REPORTE DE UN CASO.

Silva P.¹; Fernando Rojas A.²; Prudencio Robres J.³; Salinas Villagra M.⁴; Briones Arecheta A.⁵; Araya Rojas B.⁶;

Reales Garrido S.⁷; Huaiquilao Arroyo E.⁸; Andrade Quezada N.⁹

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA¹; UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, CHILE^{2,3,4,5,6};

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE⁷; UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE⁸; HOSPITAL DE MAIPU⁹

<psilvat@gmail.com>

343

INTRODUCCIÓN

El síndrome de CHARGE, es un trastorno autosómico dominante en el brazo q12 del cromosoma 8, por una mutación heterocigótica con pérdida de la función del gen CHD7, importante para la formación de las células de la cresta neural. Es de diagnóstico clínico, proviene del acrónimo que engloba: coloboma, defectos cardiacos, atresia de coanas, retardo del crecimiento, malformaciones genitourinarias y anomalías en el oído. De muy baja prevalencia mundial. (1 en 10.000 recién nacidos vivos).

OBJETIVO

Mostrar un caso de diagnóstico temprano para optimizar el manejo multidisciplinario en estos pacientes.

CASO CLÍNICO

Paciente hombre con diagnóstico antenatal: alteraciones cardiacas y polihidroamnios. Embarazo de término, al nacer se pesquiza atresia de coanas. Se agrega: displasia cocleo-vestibular, criptorquidea, micropene, hipoadrenalismo, trastorno de deglución más reflujo gastroesofágico, pentalogía de Fallot, síndrome hipotónico central y dismorfias en cara. Cursa múltiples infecciones, y se pesquiza número linfocitos TCD4 e IgA bajas. Cariograma 46 XY, FISH de cromosoma 22 sin delección (descartando DiGeorge) y estudio molecular CHD7: variante de significado incierto, compatible con un síndrome de CHARGE.

CONCLUSIÓN

Si bien es un Síndrome de baja incidencia, es importante es la sospecha y pesquiza temprana para un manejo multidisciplinario de estos pacientes y mejorar su calidad de vida, asociado a las múltiples consultas que se asocian en estos pacientes debido a su morbilidad.



344

CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS POR CASO SOCIAL.

Silva P.¹; Ossandón Lopez E.²; Norambuena Muñoz C.³; Meza Fernandez A.⁴; González Lartiga A.⁵; Huaiquilao Arroyo E.⁶; Hernandez Torres-barrile S.⁷

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA¹; HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE^{2,3,4,5,6,7}
<psilvat@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El estudio de los determinantes sociales de la salud y educación nos muestra que el estrato social en el cual nace un niño es el mejor predictor del lugar social que ocupará en la vida adulta, su nivel educacional y su situación de salud, es por esto que conocer los factores de riesgo involucrados en los pacientes con algún grado de disfunción familiar o ausencia de cuidados básicos mínimos es de vital importancia.

OBJETIVO

Identificar factores de riesgo en los pacientes caso social ingresados al servicio de Hospitalización Infantil.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Se evaluó todos los pacientes que ingresaron con diagnóstico de caso social de 0 a 14 años al Servicio de Pediatría del Hospital El Carmen de Maipú, Chile. Las variables analizadas fueron: características del niño (edad, sexo), de los padres (control embarazo, uso de drogas,) y del hogar.

RESULTADOS

58 pacientes, promedio de edad de 21.4 meses (DS±44,89) y tiempo de hospitalización de 17.9 días (DS±18.3). 31.9% el embarazo fue mal controlado. 17% y 14,9% de las madres consumió tabaco y alcohol durante el embarazo. 10,6% presentó enfermedades transmitidas por la madre,

57,4% de los padres fue consumidor de drogas, 10,6% antecedentes de abuso sexual y maltrato, 6,4% depresión. Al alta 12,8% quedo bajo tutela materna, ninguno paterna.

CONCLUSIONES

La falta de estudios nacionales ente este tema es por una definición deficiente. Se requiere mayor investigación para caracterizarlos y así preveer los factores de riesgo y otorgar una mejor atención de salud de manera interdisciplinaria.

EQUIDAD EN ATENCIÓN EN SALUD: PERCEPCIÓN DE LOS PADRES DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS ENTREGADOS EN UN SERVICIO PEDIÁTRICO

Silva P.¹; Vidal Castillo M.²; Parada Aguirre V.³; Valenzuela Cecchi B.⁴; Valdivieso Perez F.⁵; Huaiquilao Arroyo E.⁶; Mayol Suarez C.⁷; Martínez G.⁸; Drouet Tutiven G.⁹

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA^{1,6,7,8}; HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE^{2,3,4,5,9},
<psilvat@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La inequidad en salud es mayor en la primera infancia, la mejor forma de disminuirla es mejorar los procesos y la atención, no solo en función de los estándares impuestos, sino los deseos y percepciones de los propios usuarios, generando el mayor impacto en la satisfacción final.

OBJETIVO

Determinar mediante encuestas la satisfacción y percepción del cliente externo, para mejorar procesos, infraestructura y el servicio entregado en una unidad pediátrica.

METODOLOGÍA

Estudio, descriptivo, transversal, que incluyó los pacientes hospitalizados entre el 1 marzo 2015 al 30 Julio del 2016. Se tomó una encuesta, consistente en 2 partes, la primera con la caracterización del paciente (sexo, edad, hospitalizaciones previas) y encuesta como tal. Se midió el nivel de ocurrencia de la afirmación con una escala de 6 puntos (1= nunca; 6= siempre), con 5 segmentos, donde se evalúa profesional médico, enfermería, instalaciones, alimentación, evaluación general. Se usó Excel 2011 y se aplicó estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se evaluaron 2305 encuestas, el 40% corresponde a pacientes menores de 1 año.

En un 84% responde la madre

La satisfacción global evaluada como excelente del servicio fue de un 94%.

Personal médico: 91% se preocupa por sus hijos, 3% no. 86% residente acude a su llamado rápidamente.

Enfermería: 94% se sintió confiado en los cuidados, 91% fue tratado con respeto y 89%

personal acude rápidamente al llamado.

Alimentación: 90% cumplió sus expectativas. Alimentación: 90% cumplió sus expectativas y fue entregada de forma oportuna.

Infraestructura: 95%, 89% baños estaba limpios.

CONCLUSIÓN

Este trabajo demuestra que los pacientes, están conformes y satisfechos con el servicio entregado en hospitalización infantil del HEC y abre las puertas a muchas investigaciones a futuro, ya que se debe tomar en cuenta al usuario para mejorar los procesos de acorde a sus necesidades.

345



346

SÍNDROME DE EVANS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vallejos M.¹; Valentini L.²; Urtasun M.³; Maiolo M.⁴; Raiden S.⁵; Noriega G.⁶; Martegani L.⁷

HOSPITAL VELEZ SARFIELD¹; HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE^{2,3,4,5,6,7}

<sol.valle@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Evans (SE), se caracteriza por la presencia simultánea o secuencial de anemia hemolítica autoinmune y púrpura trombocitopénica inmune acompañado o no con neutropenia inmune, actualmente se considera una entidad infrecuente y su pronóstico aún resulta desconocido.

OBJETIVO

Presentación de un paciente con SE cuyas manifestaciones iniciales no fueron las habituales.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años que concurre por presentar hemograma con plaquetopenia (15.000) y neutropenia (GB 2800 10% neutrófilos). Se interna en sala pediátrica con diagnóstico de bicitopenia en estudio. Como antecedentes refiere adenopatía inguinal derecha de 2 cm sin signos de malignidad de 6 meses de evolución por la que consultó ambulatoriamente, realizándose serologías, con IgG VCA positivo, interpretándose como mononucleosis.

Al examen físico se constatan petequias en miembros inferiores, se palpa polo inferior del bazo y adenopatía inguinal derecha.

Se realizan exámenes complementarios: ecografía abdominal, químicas y radiografía de tórax normales.

Se evalúa por hematología quienes solicitan frotis de sangre periférica, normal, punción y aspiración de médula ósea (PAMO), informando aumento de serie megacariocítica, serie mieloide y eritroide normales,

se interpreta como bicitopenia de origen periférico. Se interconsulta con Inmunología y Reumatología quienes solicitan serologías virales, GAME y colagenograma para descartar causas secundarias de citopenias resultando todos dentro de parámetros normales.

Se inicia tratamiento con meprednisona, presentando hemograma control post corticoterapia con buena respuesta.

CONCLUSIÓN

El SE es una entidad autoinmune poco frecuente, su arribo diagnóstico es dificultoso y más aún cuando se presenta en forma atípica. En la literatura se reporta un 10% de pacientes donde no se han detectado los anticuerpos responsables de la hemólisis. La PAMO no es esencial para el diagnóstico, sin embargo, debe realizarse en caso de neutropenia para excluir desórdenes mieloproliferativos o mielodisplasia. La corticoterapia continúa siendo la primera línea de tratamiento, resultando exitosa en la mayoría de los casos. Se requiere de un estudio minucioso para determinar si se trata de un evento idiopático o secundario, y definir la estrategia terapéutica y el pronóstico de los pacientes.

EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN MEDIANTE EL USO DE ÍNDICES OCUPACIONALES EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA.

Silva P.¹; Parada Aguirre V.²; Valenzuela Cecchi B.³; Mayol Suarez C.⁴; Vidal Castillo M.⁵; Reales Garrido S.⁶; Gaete Doña A.⁷

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA^{1,2,3,4,5,6,7}

<psilvat@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La eficiencia y la eficacia en la gestión de las distintas unidades en un centro asistencial es un aspecto importante a medir para así hacer una mejor distribución de los recursos, siempre escasos.

OBJETIVO

Evaluar y comparar la eficiencia de la gestión de una unidad de hospitalización infantil mediante los indicadores de índice ocupacional y de rotación de camas, durante los tres años de funcionamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Mediante el registro de pacientes hospitalizados en la Unidad de Hospitalización infantil del Hospital El Carmen, la cual incluyó los pacientes ingresados desde su apertura el 3 de Febrero del 2014 al 31 de Agosto del año 2016, se analizaron mensualmente los índices de ocupación y sustitución de camas, en base a los días camas ocupados por cada paciente, numero de egresos y días cama en trabajo mensualmente. Los datos fueron analizados mediante el programa analyze it , con las pruebas de promedio, T de Student y Chi cuadrado.

RESULTADOS

El promedio de índice ocupacional durante los años fueron: 57,12 % el año 2014, 57,37% el 2015 y 67,91% el año 2016. Los índices de sustitución de camas promedio fueron respectivamente: 4,82 (2014), 4,56 (2015) y 4,91 (2016). Los períodos de mayor índice ocupacional fueron los meses de Junio a Agosto los tres años, siendo el máximo en Agosto 2016 con un 99,71%, con un p < 0,05 entre Campaña de invierno

2015 y 2016. (Junio-Julio) mediante prueba T Student, sin diferencias en temporada de baja demanda los tres años, como tampoco en los índices de sustitución en temporada baja e invierno durante los tres años, mediante Chi2.

CONCLUSIONES

La efectividad debe ser un indicador constantemente monitorizado, mediante indicadores de notificación obligatoria podemos evaluar como se gestiona una unidad con cifras tangibles, mas allá de las percepciones.

347



LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEÚTICO EN PEDIATRÍA Y SU MANEJO EN UN CASO DE VENTRÍCULO ÚNICO

348

Silva P.¹; Valenzuela Cecchi B.²; Vidal Castillo M.³; Parada V.⁴; Moscoso J.⁵; Molina C.⁶; Heras A.⁷; Huaiquilao Arroyo E.⁸; Gonzalez Monzon M.⁹
HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA^{1,2,3,4,5,6,8};
HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE^{7,9}
<psilvat@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías congénitas en pediatría son poco frecuentes, más aún la hipoplasia de ventrículo derecho (1-3%) con una sobrevida menor a 5 años es vital manejar multidisciplinariamente la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico y preparar a las familias para esta dura transición, disminuyendo así reingresos innecesarios.

OBJETIVO

Mostrar un caso clínico de cardiopatía donde lo esencial fue el acompañamiento multidisciplinario para la aceptación de la limitación y disminución de los reingresos innecesarios.

CASO CLÍNICO

Paciente de 9 años femenino, con hipoplasia de ventrículo derecho y ramas pulmonares asociado a comunicación interauricular (CIA), operada con Glenn bidireccional y daño pulmonar crónico, daño hepático y varices esofágicas. Ingresó en julio del 2016 por cuadro de una semana de dolor abdominal en epigastrio EVA 4/10, fluctuante y hematemesis de 250 ml, pasa a unidad de paciente crítico donde se decide por primera vez limitar y se deriva a sala básica. Se maneja con equipo de neuropsiquiatría a la paciente, hermana y familiares, aceptando el diagnóstico, educando al alta, lo que disminuye ansiedad de la familia y solicitan el alta. Un año después solo ha requerido una hospitalización corta (3 días) y la familia ha aceptado como se llevará a cabo el desenlace. La comunicación del equipo-familia es permanente.

DISCUSIÓN

Si bien la pediatría es altamente curativa, poseemos pocas herramientas para acompañar de la mejor manera a nuestros pacientes con limitación del esfuerzo, siendo vital integrar a los equipos a la hora de dar esta información.

COMPARACIÓN DE RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN MEDIANTE CRITERIOS DE ROCHESTER Y ESCALA DE STEP BY STEP.

349

Silva P.¹; Martinez E.²; Poblete M.³; Ramos E.⁴; Mayol Suarez C.⁵; Valdivieso Perez F.⁶; Reales Garrido S.⁷; Tramon P.⁸; Melendez R.⁹
HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}
<psilvat@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La fiebre es un síntoma alarmante, se clasifica mediante varias escalas, la más conocida: criterios de Rochester, hace un par de años se inicia el "Step by Step", corresponde a un algoritmo de clasificación que considera parámetros clínicos y de laboratorio para concluir si un paciente es de alto, intermedio, o de bajo riesgo.

OBJETIVO

Comparar el riesgo de los pacientes con síndromes febriles hospitalizados en el servicio de Pediatría mediante la escala Step by Step y los criterios Rochester.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, de los pacientes ingresados el año 2015 con los diagnósticos de síndrome febril sin foco. Se clasificaron los pacientes con el modelo Rochester en alto o bajo riesgo. Los mismos fueron clasificados según la escala "Step by Step", que evalúa: impresión general de, edad, leucocituria, Proteína C reactiva, procalcitonina, examen de orina, recuento de leucocitos. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, moda, mediana y tendencia central.

RESULTADOS

De 868 pacientes 30 tenían diagnóstico de síndrome febril sin foco (3,45%) Según la escala "Step by Step", un 43% era de riesgo alto, 23% intermedio y un 34% era de bajo riesgo. Según criterio de Rochester el 100% era de alto riesgo y debía ser hospitalizado. El principal factor que determinó que estos pacientes si se hospitalizaran según el modelo de Rochester fueron sus antecedentes médicos.

CONCLUSIÓN

Si bien los modelos de Rochester y Step by Step comparten parámetros clínicos estos no son del todo homologables, este último deja de lado un porcentaje importante de pacientes.



SÍNDROME DE MILLER FISHER EN PEDIATRÍA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

351

Silva P.¹; Mayol Suarez C.²; Vidal Castillo M.³; Parada Aguirre V.⁴; Valenzuela Cecchi B.⁵; Valdivieso Perez F.⁶; Ruidiaz Herde M.⁷; Melendez Escobar R.⁸; Hinojosa Orozco C.⁹

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}
<psilvat@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Miller-Fisher es una variedad clínica del Síndrome de Guillain-Barré. Se caracteriza por la presencia de la triada oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. El pronóstico de este es favorable, aunque la recuperación se puede prolongar hasta 6 meses.

OBJETIVO

Presentar una variante clínica del Síndrome de Guillain Barre poco frecuente en edad pediátrica.

CASO CLÍNICO

Escolar 9 años, masculino, con antecedente de prematuridad extrema y displasia broncopulmonar. Consulta en urgencia por cuadro de 7 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal, fiebre diarrea y vómitos, asociado a diplopía y parálisis ocular izquierda. Posteriormente aparece tetraparesia disarmónica que dificulta la marcha con arreflexia rotuliana y aquiliana. Se realiza TAC cerebral normal. Punción lumbar muestra disociación albúmino-citológica límite (celulas <6 leucocitos/ul y proteínas 45mg/dl). Perfil bioquímico y electrolitos plasmáticos normales. Se ingresa con diagnóstico de Miller-Fisher a unidad de paciente crítico para tratamiento con gamaglobulinas 2 gr/kg evolucionando favorablemente en 48hrs, pudiendo deambular con ayuda de andador.

CONCLUSIÓN

Si bien el síndrome de Miller-Fisher es una presentación habitual, se da en el contexto de una patología de baja prevalencia, la cual presenta riesgo de mortalidad y secuelas, siendo fundamental su sospecha, diagnóstico y tratamiento precoz.

CARACTERÍSTICAS Y DETERMINANTES EN DERIVACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS, DESDE SERVICIO DE PEDIATRÍA A UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS

353

Silva P.¹; Inostroza M.²; Peña Y Lillo A.³; Soto R.⁴; Valero T.⁵; Huaiquilao Arroyo E.⁶; Reales Garrido S.⁷; Melendez Escobar R.⁸; Mangiamarchi Y.⁹

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA^{1,2,3,4,5,7,8,9}; HOSPITAL DE MAIPU⁶;
<psilvat@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La derivación a Unidad de Paciente Crítico (UPC) se realiza mediante sistemas de triage. La oportuna derivación, permite derivar adecuadamente a los pacientes graves, y también evitar la derivación de pacientes que no lo requieren.

OBJETIVO

Describir las características y determinantes de derivación de pacientes pediátricos, desde el Servicio de Pediatría a Unidad de Paciente Crítico Pediátrico en Hospital el Carmen (HEC).

METODOLOGIA

Se realiza un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo, no experimental, mediante revisión de ficha clínica de pacientes seleccionados con las patologías respiratorias derivados desde el servicio de Pediatría a UPC. Se analizan las siguientes variables: días de estadía, sexo, edad y requerimientos de oxígeno. Además se describe si los pacientes cumplen o no con los criterios establecidos por la UPC del HEC.

RESULTADOS

La mediana de días de hospitalización en pediatría es de 2 días; de los pacientes con Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO), el 100% de los pacientes requirió oxígeno mientras que pacientes con Neumonía el 82,3% lo requirió. Respecto a los criterios de derivación, el 58,3 % de los pacientes derivados cumplen con los criterios establecidos, mientras que el 30% de los pacientes derivados no cumple ningún criterio.

CONCLUSIONES

La Neumonía fue más prevalente que el SBO. Dentro de la neumonía destaca la causa viral, por lo que la sospecha diagnóstica y el manejo debería ser dirigido a ésta. Por otro lado se observó que un gran porcentaje de los pacientes no cumple con ningún criterio establecido, por lo que se infiere que estos pacientes no debieron derivarse.



355

MENINGITIS POR HAEMPHILUS INFLUENZAE

Bickham D.¹; Lepetic S.²; Longueira S.³; Rossiter M.⁴; Colangelo N.⁵; Mariñansky A.⁶

HOSPITAL A. OÑATIVIA - RAFAEL CALZADA - PROV DE BS AS¹²³⁴⁵⁶

<darcyalejandro@hotmail.com>

Haemophilus influenzae b (Hib) era el agente causal más común de meningitis bacteriana hasta la introducción de la vacuna en 1998, la cual produjo una reducción marcada en la incidencia de enfermedad invasiva causada por este serotipo, de 400 casos anuales de meningitis por Hib a 16 casos en 2006. Se observa un incremento de esta patología desde 2013 a la actualidad con 49 casos en 2014.

OBJETIVOS

Describir dos casos de meningitis por Hib en nuestro hospital entre enero a mayo 2017. Resaltar la importancia de la vacunación oportuna para evitar la enfermedad invasiva por Hib.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

CASO 1: Paciente femenina de 4 meses, vacunación incompleta (1 dosis de DPT-HB-Hib) RNTBPEG internada en neonatología para recuperación nutricional. Ingresó por guardia con fiebre persistente de 5 días de evolución y rechazo de alimento, febril, irritable, fontanela bombé y rigidez de nuca. Laboratorio: Hto 30,1%, Hb9,9gr%, GB20300, plaquetas 126000, PCR 160mg/l. LCR: glucorraquia 5mg% (dextro119), proteinorraquia 187,5 mg%, clorurorraquia 106 meq/l, células más de 1300, predominio linfocitario.

Se medica con ceftriaxona a 100mg/kg/día y dexametasona 0,6 mg/kg ev. Al 4º día de internación presenta registros febriles, estrabismo convergente y actitud de flexión del tronco. Se realizan hemocultivos y se repite laboratorio: GB 30100, PCR 160 mg/l). TAC cerebral normal. Punción lumbar: glucorraquia 10 (dextro 97) proteinorraquia 138,9, clorurorraquia 115, células 198 a predominio mononuclear. Se deriva a centro de mayor complejidad, donde se realiza TAC de cerebro

con contraste evidenciando imagen hipodensa subcortical de 5 mm. compatible con absceso. Completa tratamiento antibiótico por 14 días. LCR: Hib.

CASO 2: Paciente femenina de ocho meses con calendario de vacunación incompleta (DPT-HB-Hib 2 dosis) consulta por guardia por presentar dificultad respiratoria e hiporreactividad de 24 hs. de evolución. Ingresó con cuadro de sepsis y signos clínicos de meningitis. TAC cerebral normal. Laboratorio: Hto 21,3%, Hb 6,5gr%, GB 7100, plaquetas 122100, PCR 160 mg/l. LCR: glucorraquia menor a 5mg% (dextro102), proteinorraquia 236 mg% clorurorraquia 123 meq/l, células más de 10000/mm3, predominio polimorfonuclear. HIV negativo

Se indica ceftriaxona a 100mg/kg/día y dexametasona 0,6 mg/kg ev. Requiere transfusión de glóbulos rojos a 15 ml/kg. Cultivo de LCR y hemocultivo: Hib. A las 48 hs. de tratamiento permanece hiporreactiva, sin sostén cefálico, HC de control negativo. Punción lumbar glucorraquia 50, proteinorraquia 167, células 58 mm3, predominio polimorfonuclear. Ecografía cerebral normal. Cumple 10 días de tratamiento con recuperación neurológica parcial.

DISCUSIÓN

Hay que concienciar a la población para que complete la vacunación de sus hijos y a los pediatras acerca de la reemergencia del Hib como causal de enfermedad invasiva.

LA INEQUIDAD EN SALUD DEBIDO A LA BUSQUEDA DE EQUIDAD: EL DAÑO COLATERAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS INCOMPLETAS EN PEDIATRÍA.

357

Silva P.¹; Valdivieso Perez F.²; Valenzuela Cecchi B.³; Vidal Castillo M.⁴; Parada Aguirre V.⁵; Mayol Suarez C.⁶

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA¹; HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE²³⁴⁵⁶

<psilvat@gmail.com>

La desigualdad social en salud se refiere a las distintas oportunidades y recursos que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos. La búsqueda de la equidad a través de los determinantes sociales ha llevado a los distintos gobiernos a implementar políticas públicas. El Programa Chile Crece Contigo (PChCC), se basa en políticas orientadas a la primera infancia, cuya misión es acompañar, seguir y apoyar la trayectoria de desarrollo en los primeros años de la vida, desde la pre concepción hasta los 9 años. Es aquí donde se genera una inequidad en salud. ¿Porque si es un programa tan completo? Dentro de las acciones de este nacen los hospitales amigables. Esta ley permite y asegura que los niños tendrán una hospitalización conjunta con su padre, madre o familiar hasta los 15 años. Desde su puesta en marcha, no se acompañó de una ley que permita el resguardo y proteja el trabajo de las madres o padres de los niños mayores de 1 año, ya que se obliga a los padres a acompañar a su hijo, pero sin ningún resguardo legal, quedando expuestos a la "buena voluntad" de su empleador para no ver mermada su fuente de ingresos. Si bien el post natal extendido ha sido un enorme avance para la equidad en salud de los menores de seis meses, Chile sigue al debe en una ley, que permita el permiso o fuero laboral en caso de enfermedad del hijo menor de 15 años, dejando, completamente a la merced de las buenas voluntades familiares o redes de apoyo sociales a las madres que trabajan. Muchas veces, estas redes de apoyo son inexistentes o de dudosa calidad, lo que en grupos de mayores recursos

es salvado en muchos casos con licencias médicas fraudulentas para la madre, pero sectores sin acceso a libre atención o que no pueden tener un mayor gasto de bolsillo, no pueden recurrir. Este ejemplo se torna aún más desgarrador en aquellos pacientes pediátricos con tumores malignos, donde las largas hospitalizaciones implican el caer muchas veces el rango de pobreza a sus padres, ya que deben dejar sus fuentes laborales. La actual reforma de salud en Chile debe estar acompañada de una madurez y reflexión global en este aspecto, con el fin de movilizar tanto la voluntad política, la evidencia de la existencia de desigualdades en las políticas en marcha, los fondos públicos y la coordinación de todos los sectores para reducir las desigualdades sociales en salud.



358

ENCEFALITIS A HERPES ZÓSTER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Valle M.¹; Pastorelli M.²; Botto S.³; Druetta G.⁴; Bonfiglio P.⁵; De Iriondo A.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS DR ORLANDO ALASSIA^{1,2,3,4,5,6}

<m_vickyv@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La infección primaria por Virus Varicela Zóster (VZV) provoca varicela, sus complicaciones son sobreinfecciones bacterianas en piel, neumonía y compromiso del Sistema Nervioso, y de éstas la más frecuente la Ataxia Cerebelosa y la más grave la Encefalitis aguda. El VZV queda en estado de latencia en los ganglios de la raíces nerviosas. Su reactivación causa herpes zóster en algunos casos acompañados de meningoencefalitis leve, siendo poco frecuente en inmunocompetentes y en la infancia. El tratamiento antivirico precoz modifica el curso de la enfermedad.

OBJETIVOS

Describir las características clínicas, diagnósticas y tratamiento de un caso de encefalitis por Herpes Zóster.

MÉTODO

Trabajo descriptivo de historia clínica de un paciente con diagnóstico de encefalitis a Herpes Zóster en el año 2016.

Caso: Varón de 13 años, con antecedente de varicela a los 3 meses de vida sin complicaciones, no recibió vacuna contra varicela.

Consulta por un cuadro de vómitos, fotofobia, fiebre y cefalea frontal de 6 días de evolución, que cede parcialmente con analgésicos. Al ingreso se constatan lesiones vesiculares en tronco de distribución metamérica, cefalea intensa, persistiendo febril. Laboratorio y tomografía cerebral, normales. HIV Negativo. LCR: límpido, glucosa 0,41g/l, proteínas 0,71g/l y leucocitos de 400 xmm3. Inmunoglobulinas IgG 690 mg %, IgA 75mg%,

IgM 119 mg%. Subpoblaciones linfocitarias CD4/CD8: normales. Comienza tratamiento con Ceftriaxona y Aciclovir EV con mejoría clínica. Se confirma diagnóstico con PCR en LCR para VZV.

CONCLUSIONES

En el caso presentado, a pesar de ser un paciente inmunocompetente, tenía el antecedente de varicela y hace la reactivación con meningoencefalitis. Su sospecha diagnóstica fue importante para realizar el tratamiento oportuno.

PAPILOMATOSIS RESPIRATORIA RECURRENTE EN PEDIATRÍA: (REPORTE DE CASO)

Silva P.¹; Mayol Suarez C.²; Vidal Castillo M.³; Valenzuela Cecchi B.⁴; Parada Aguirre V.⁵; Reales Garrido S.⁶; Andrade Quezada N.⁷

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA^{1,2,3,4,5,6,7}

<psilvat@gmail.com>

361

INTRODUCCIÓN

La Papilomatosis Respiratoria Recurrente (PRR) , enfermedad caracterizada por el desarrollo de tumores epiteliales en la vía aérea causada por el virus papiloma humano (VPH). Su incidencia es de 4 por 100.000 niños. La forma de transmisión es vertical durante el embarazo o el parto, siendo la laringe la zona mayor afectada, pero puede comprometer cualquier lugar de la vía aéreo-digestiva.

CASO CLÍNICO

Paciente de 4 años, hipotiroidismo congénito en tratamiento, consulta por episodio de cianosis durante el sueño. Últimos 5 meses previos con disfonía progresiva, disnea de esfuerzo y desde hace 1 mes episodios de cianosis perioral asociados a apneas durante el sueño. Se realiza Nasolaringoscopia que evidencia la presencia de masa escamosa pediculada en región anterior de cuerda vocal izquierda que ocupa el 80% de la luz glótica, se realiza extirpación de la lesión y se envía a estudio histopatológico y PCR que permitió aislar el VPH. Actualmente, la paciente ha requerido 8 hospitalizaciones para evaluación de vía aérea, resección de recidivas y administración intralesional de Cidofovir.

DISCUSIÓN

La PRR es una enfermedad de baja incidencia, caracterizada por la aparición de papilomas en todo el tracto respiratorio. Se puede manifestar desde la disfonía hasta la obstrucción completa de la vía aérea, con riesgo vital. La ablación quirúrgica sigue siendo la base terapéutica para poder mantener la vía aérea sin obstrucción y mejorar la fonación. Existen tratamientos coadyuvantes, destacando la administración intralesional de Cidofovir, observándose disminución de las recidivas en un alto porcentaje de los casos.



362

EVALUACIÓN DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA – SALUD PÚBLICA ROSARIO

Di Paolo S.¹; Gimelli A.²; Kowalczyk S.³; Cipollione J.⁴; Faguaga G.⁵; Rodrigo L.⁶; Caubet G.⁷; Coletto L.⁸; Bonaudi C.⁹; Pijuan M.¹⁰

HOSPITAL VICTOR J VILELA ROSARIO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<sil_dp@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha producido un aumento progresivo de los pacientes con enfermedades crónicas complejas (ECC) que conllevan a un incremento de las necesidades de atención por el sistema de salud y en el ámbito familiar. La Internación Domiciliaria (ID) es una estrategia de atención para el abordaje de estas patologías pero requiere de un cuidador principal (CP) para el cuidado en el hogar, constituyendo un verdadero "Sistema invisible de atención a la salud". Está descrito el impacto que genera sobre el CP el cuidado de niños con ECC, pero no sobre los CP que están bajo el sistema de ID en Salud Pública (SP). En la actualidad, los 40 pacientes en ID tienen ECC y requieren soporte vital, SNG y/o NPT y/o O2 y/o ARM. La totalidad tiene como CP a sus madres quienes realizan tareas de asistencia de la vida diaria, permanente vigilancia y atención de la enfermedad y recuperación.

OBJETIVOS

1- Establecer la sobrecarga que genera en el CP la tarea de cuidar al niño con ECC bajo el sistema de ID en SP. 2- Describir las características sociodemográficas del CP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño descriptivo observacional. La muestra es de 36 pacientes pediátricos en ID (4 hospitalizados). Se realizaron encuestas estructuradas, análisis de informe de trabajo social y se utilizó la Escala de Zarit abreviada, la misma consta de 7 ítems, cada uno adopta 1 a 5 puntos. El resultado

clasifica al CP en "Ausencia de sobrecarga" (<= 16) y "Sobrecarga intensa" (>= 17) para evaluar la sobrecarga del CP.

RESULTADOS

Presentaron sobrecarga intensa 17 (47%) CP. Caracterización del CP: 32 (89%) mayores de 21 años. Pobres 30 (83%) e indigentes 6 (17%). Red de cuidados: CP solo, 10 (28%), CP más ayuda informal (familia, amigos) 24 (66,5%) y CP más ayuda informal y formal, 2 (5,5%). No trabajan 30 (83%). Conclusiones: Dado el impacto negativo sobre el CP que genera el cuidado de un niño con ECC.

CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD (CUD) EN LA REPÚBLICA ARGENTINA. ACTUALIZACIÓN DE DATOS 2015 A 2017

Spengler J.¹; Benítez Caamaño M.²; Prato S.³

SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION^{1 2 3}

<jspengler@intramed.net>

INTRODUCCIÓN

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Dentro de la población vulnerable, los niños de las familias más pobres y los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que los demás niños. La OMS ha propuesto la siguiente clasificación etaria para la población pediátrica: recién nacidos, Lactantes y niños de corta edad hasta 2 años; Niños preescolar de 2 a 5 años; Niños escolar de 6 a 11 años; Adolescentes de 12 a entre 16 y 18 años. La misma organización plantea que la discapacidad es "el resultado de una compleja relación entre la condición de salud, del individuo y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive el individuo".

OBJETIVO

Actualizar datos de la población pediátrica con Certificado Único de Discapacidad (CUD) emitidos en el país en el periodo 2015-2017, teniendo en cuenta los diferentes tipos de discapacidad y su distribución en el territorio Nacional. Datos relacionados con la cobertura de salud de la población objeto, así como la descripción de los 10 CIE 10 más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal, tomando los datos correspondientes a los CUD activos cargados en 2015-2017 de la

población pediátrica. Utilizando la base de datos del Registro Nacional de Personas con Discapacidad, Servicio Nacional de Rehabilitación.

RESULTADOS

El tipo de discapacidad que prevalece es la Mental/Intelectual con 54%. Sigue multidiscapacidad con el 20%, Motora el 13%, Visceral y Auditiva con 5% y visual con 3%. A nivel nacional el mayor porcentaje se encuentra en la región centro y en menor la región Patagónica.

La condición de salud más utilizada en esta franja etaria es el Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje (F80). El pico máximo de solicitud de CUD es entre los 6 y 10 años. En relación a la Obra Social, el 58% cuentan con cobertura de salud.

CONCLUSIONES

De la población total con CUD emitidos en 2015-2017, cerca del 21% corresponde a menores de 18 años continua siendo mayoritario el porcentaje de CUDs para población masculina (63%). El tipo de discapacidad prevalente corresponde al tipo Mental/Intelectual. La mayoría de la población que obtuvo el CUD tiene Obra social, lo cual daría cuenta que el CUD actúa como facilitador para el acceso a las prestaciones de la ley 24.901 y lo establecido en la ley 22.431.

363



365

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA EN UN SERVICIO PEDIÁTRICO DURANTE INVIERNO, 2016

Silva P.¹; Prudencio Robres J.²; Valle Leiva B.³; Sepulveda M.⁴; Lizama Morales P.⁵; Cornejo P.⁶; Mulchandani V.⁷; Huaiquilao Arroyo E.⁸

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA^{1,8,5};
UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, CHILE^{2,3,4,6,7}

<psilvat@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) constituye una patología frecuente en los servicios de pediatría, siendo una causa importante de mortalidad y morbilidad a nivel mundial. En Chile es responsable del 47 a 52% de los egresos hospitalarios en niños menores de 2 años de edad y la tasa de mortalidad varía entre 0,5 y 4 por 1.000 /RN vivos, teniendo una mayor incidencia en temporada invernal.

OBJETIVOS

Estudiar y mostrar el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados por neumonía para la optimización del manejo, seguimiento y prevención de estos.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, de todos los pacientes pediátricos egresados con diagnóstico de Neumonía desde junio a agosto (invierno) del 2016 en el Hospital El Carmen de Maipú. Los datos fueron recopilados de la ficha electrónica de los pacientes. Se evaluaron las variables: sexo, edad, tipo de neumonía, agente, requerimiento de UCI y comorbilidad. Los datos obtenidos fueron tabulados y evaluados a través de una planilla IBM SPSS y mediante prueba t de student.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 208 pacientes, 39.9% femenino y 60.1% masculino, siendo la diferencia significativa. La edad promedio fue 1 año y 6 meses. El tiempo de estadía promedio fue de 4,7 días y solo el 12% requirieron estadía en UCI.

Del total de neumonías: 75.9% correspondieron a neumonías virales, 17.1% neumonías bacterianas, 6.2% virales sobre infectadas y 0.4% neumonías aspirativas. Se realizó Inmunofluorescencia para virus al 99.5% de los pacientes, detectándose: Virus Respiratorio Sincicial en el 30.9%, Parainfluenza 3 en un 3.3 %, Metaneumovirus 3.8%, Adenovirus 3,4%, Influenza 1.4%, Influenza B 0,4%.

Dentro de las comorbilidades asociadas las más frecuentes fueron: Síndrome bronquial obstructivo recurrente 12,9%, asma 4,3% y displasia broncopulmonar 3%.

DISCUSIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad es una causa importante de hospitalización, la cual aumenta en temporada invernal, por lo que es importante conocer el comportamiento de éstas. En nuestro estudio pudimos ver la similitud que existe con la realidad que se señala en la literatura y estudios internacionales, en los cuales hay una alta prevalencia en menores de 2 años, siendo la neumonías virales las más frecuentes, donde prevalece el VRS como principal agente.

367

MANIFESTACIONES INFRECUENTES DE INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC)

De Carli D.¹; Montes S.²; Trerótola O.³; Mirra D.⁴; De Carli M.⁵; Checcacci E.⁶; Nunell A.⁷

CLÍNICA DEL NIÑO QUILMES^{1,2,3,4,5,6,7}

<norbertodecarli@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

El SAMR- AC es una cepa de *Staphylococcus aureus*, resistente a Meticilina y otras beta lactámicos, causante desde infecciones locales hasta infecciones sistémicas graves. Es en la actualidad un problema frecuente y de gran magnitud.

OBJETIVO

Mostrar algunas presentaciones clínicas infrecuentes de infecciones por SAMR-AC en pacientes inmunocompetentes.

DESCRIPCION DE CASOS

Caso 1: Niño de 9 meses, previamente sano, que consulta por irritabilidad fiebre y dolor abdominal. Es derivado en mal estado general, afebril, hiporreactivo, pulsos débiles, abdomen distendido y doloroso. Laboratorio de ingreso: GB 13340 (71/13/16) HTO 25% TGO 162 TGP 171 PCR 33. Rx tórax: Normal. Se realiza TAC de tórax y abdomen, donde se evidencian dos infiltrados pulmonares y hepatomegalia.. Dos hemocultivos positivos a SAMR. Se medica con Clindamicina y Vancomicina. Durante los primeros días presentó hipoglucemias, hipocalcemia y hipomagnesemia. Fondo de ojos y ecocardiograma normales. A los 14 días de medicación presentó un neumatocele insuflado que requirió avenamiento quirúrgico. Evolución posterior favorable: alta con función hepática normal. Diagnóstico: Sepsis por SAMR-AC, Neumonía multifocal.

Caso 2: Varon de 16 años, previamente sano. Consulta por fiebre elevada, en regular a buen estado general. Antecedente de lesión abscedada en una pierna, que fue tratada en su hogar y no recibió tratamiento antibiótico. Laboratorio: GB 9620(86/7/5) Cr 1.68 Ur 0.4 PCR 25 ERS 80. Ecografía abdominal y TAC toracoabdominal: RI ausente (hallazgo); RD imagen compatible con absceso renal; en lóbulo superior de pulmón derecho opacidades intersticiales. Fondo de ojos y ecocardiograma: normales. Dos hemocultivos positivos a SAMR. De acuerdo al antibiograma se medica con Clindamicina, Rifampicina y Gentamicina (ésta última hasta negativización de hemocultivos). Tras 4 días de tratamiento antibiótico sin mejoría clínica ni ecográfica y por continuar persistentemente febril, se indica drenaje quirúrgico percutáneo, que se efectúa, con franca mejoría del paciente. Diagnóstico: Absceso renal en paciente monorroño. Bacteriemia por SAMR-AC.

CONCLUSIONES

1. Tener en cuenta la posibilidad de una bacteriemia por SAMR-AC en pacientes con fiebre de difícil manejo y alterciones del estado general o del medio interno o con el antecedente de una infección abscedada de piel.
2. Recordar que a pesar del correcto tratamiento antibiótico, todo foco purulento debe ser drenado precozmente.



CAMPYLOBACTER SPP: ANÁLISIS DE PREVALENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA EN EL HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA.

368

Sánchez M.¹; García A.²; Baenas R.³; Gonzalez L.⁴

HOSPITAL INFANTIL^{1,2,3,4}

<Lucreciasanchez113@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La enteritis, causada por *Campylobacter*, es una forma común de diarrea aguda. *Campylobacter jejuni* es la especie más frecuente. Estas infecciones son leves, pero pueden ser mortales en niños muy pequeños, personas de edad e individuos inmunodeprimidos. El tratamiento con antimicrobianos sólo está recomendado a los casos graves y/o prolongados.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia y evaluar el perfil de sensibilidad antimicrobiana de *Campylobacter spp*, desde enero del 2014 a diciembre del 2016, en el Hospital Infantil Municipal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recolectaron 1665 muestras de materia fecal, que fueron cultivadas en el medio Skirrow modificado e incubadas en microaerofilia, 48 horas, a 42° C. A las colonias sospechosas se les realizó coloración con carbolfucsina para observar su morfología característica y pruebas bioquímicas convencionales. Se evaluó la sensibilidad, siguiendo las normas de CLSI y de acuerdo al protocolo de trabajo de la red whonet, se testearon los siguientes antibióticos: Eritromicina (E), Ciprofloxacina (CIP) y Tetraciclina (TET). Los resultados fueron analizados siguiendo el programa whonet 5.6.

RESULTADOS

Se registraron 265 (16%) casos de diarreas por este microorganismo. Se realizó el antibiograma en 215 aislamientos que mostraron el siguiente perfil de resistencia antimicrobiana: 73% a CIP; 30% a TET y 3% a E.

CONCLUSIONES

Por la facilidad de administración, la ausencia de toxicidad y la eficacia evidente, los antibióticos de la familia de los macrólidos, principalmente azitromicina, siguen siendo el tratamiento de elección para este agente etiológico. Teniendo en cuenta los datos de prevalencia, consideramos fundamental promover la educación de la población con el fin de mejorar prácticas básicas de higiene y de que se implementen medidas que garanticen una adecuada higiene alimenticia.

URGENCIAS INFECTOLÓGICAS: PÚRPURA FULMINANTE

369

Silva P.¹; Valle Leiva B.²; Prudencio Robres J.³; Peña J.⁴; Salinas Villagra M.⁵;

Cornejo Alvarez P.⁶; Araya Rojas F.⁷; Soto Rojas J.⁸

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PÚBLICA^{1,3,5};

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE^{2,4,6}

<psilvat@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Púrpura fulminans (PF) es una patología aguda, caracterizada por púrpura con necrosis de la piel rápidamente progresiva y coagulación intravascular diseminada (CID). Puede complicar una sepsis grave, en particular la meningococemia. El diagnóstico y tratamiento precoz es esencial para reducir la mortalidad asociada y prevenir secuelas.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 12 años, sin antecedentes mórbidos, alergias negativo, vacunación completa. Consulta por cuadro de 24 horas caracterizado por vómitos, malestar general, mialgias, artralgias, cefalea, fiebre (39°C) y aparecen lesiones maculopapulares en tórax, asociado posteriormente a lesiones equimóticas en todo el cuerpo, se administra ibuprofeno sin respuesta, por lo que la madre decide consultar en urgencia.

Ingresa en malas condiciones, vigil, hipotenso, afebril, aspecto séptico, extremidades frías, lesiones equimóticas en todo el cuerpo, pulsos débiles, llene capilar 4 segundos.

Se hospitaliza para manejo como shock séptico y tratamiento, con buena respuesta clínica.

DISCUSIÓN

La meningococemia es un problema de salud mundial, se asocia a PF, deterioro hemodinámico y continua teniendo una tasa de mortalidad mayor al 50%. Pacientes que sobreviven a la fase aguda de la enfermedad pueden quedar con secuelas graves (mutilaciones e insuficiencia de órganos comprometidos). Como en otras sepsis graves, la meningococemia se asocia con CID. En general la PF se inicia en las extremidades inferiores y progresa hacia proximal o puede presentarse como una erupción generalizada. Se acompaña generalmente de trombosis microvascular e infarto hemorrágico en otros tejidos (pulmones, riñones, sistema nervioso central, glándulas suprarrenales) dando lugar a un falla multiorgánica rápidamente progresiva con alta mortalidad.



HIPERPLASIA SUPRERRENAL CONGENITA (REPORTE DE CASO)

371

Silva P.¹; Prudencio Robres J.²; Valle Leiva B.³; Araya Rojas F.⁴; Peña Silva J.⁵; Salinas Villagra M.⁶; Guzman P.⁷; Tabilo F.⁸

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA^{1,7}; HOSPITAL DE MAIPU,

UNIVERSIDAD FINIS TERRAE²; UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, CHILE^{3,4,5,6}; HOSPITAL DE MAIPU⁸

<psilvat@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) comprende todos los trastornos hereditarios de la esteroidogénesis suprarrenal donde a partir del colesterol y múltiples enzimas, produce glucocorticoides, mineralocorticoides y testosterona. Distintas enzimas pueden ser deficitarias generando múltiples cuadros clínicos, pero la característica principal es el déficit de cortisol. La más frecuente (95%) es el déficit de 17-hidroxilasa (17-OH) que cursa con insuficiencia suprarrenal, por déficit en la producción de cortisol y aldosterona, que se manifiesta como crisis adrenal en el recién nacido: hiponatremia, hiperkalemia e hipoglicemia, e hiperandrogenismo, por acumulación de testosterona que se manifiesta desde el útero con macrogenitosomía en hombres y virilización de genitales de distintos grados en mujeres. El tratamiento es la terapia de reemplazo hormonal. Presentamos un caso.

CASO CLÍNICO

Recien nacido de 18 días de vida, masculino, consulta al Servicio de Urgencia Infantil por un cuadro de una semana de evolución caracterizado por vómitos, sin características patológicas, afebril, sin otra sintomatología. Ingresa decaído, taquicardico y clínicamente con deshidratación moderada-severa. Destacan exámenes: Na: 106,1 mmol/L, K: 8,32 mmol/L. Al examen físico destaca macrogenitosomía e hiperpigmentación de la piel. Diagnosticándose una Hiperplasia Suprarrenal Congénita. Se realiza manejo de Hiperkalemia, se inicia Hidrocortisona en dosis de stress, para luego ajustar a dosis de mantenimiento y se administra

Fludrocortisona. Durante su hospitalización presenta nuevos eventos de hiperkalemia e hiponatremia que resuelven ajustando la dosis de terapia corticoidal.

DISCUSIÓN

La HSC es una patología relativamente infrecuente pero que puede ser grave por lo que debe ser pensada siempre como un diagnóstico diferencial.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR STREPTOCOCCUS VIRIDANS EN PEDIATRÍA (REPORTE DE CASO)

372

Silva P.¹; Valle Leiva B.²; Prudencio Robres J.³; Cornejo Alvarez P.⁴; Salinas Villagra M.⁵; Araya Rojas F.⁶; Sepulveda Barraza M.⁷; Rojas P.⁸

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA¹; UNIVERSIDAD FINIS TERRAE²;

UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, CHILE^{3,4,5,6,7}; UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE⁸

<psilvat@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Endocarditis Infecciosa (EI) es la infección del endocardio y/o válvulas cardíacas que implica la formación de vegetaciones que dañan el tejido cardíaco. Su principal etiología es bacteriana, y la mayoría de los pacientes afectados presentan factores de riesgo (cardiopatía congénita, catéteres venosos centrales, etc.). Es poco prevalente en pediatría, pero es importante saber reconocerla y tratar dada su alta morbimortalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente de 12 años, con antecedente de cardiopatía congénita operada en período neonatal, consulta en Servicio de urgencia por afasia expresiva, se realiza neuroimagen que muestra lesión isquémica frontal e insular izquierda; posteriormente se asocia fiebre, con parámetros inflamatorios bajos, pero dados sus antecedentes se inicia antibioticoterapia por sospecha de endocarditis. El hemocultivo resulta positivo para Streptococcus viridans, y además, el ecocardiograma evidencia múltiples vegetaciones valvulares, entre otras alteraciones. Se ajusta tratamiento antibiótico según microbiología, mantenido por 6 semanas; también se completa estudio de otros posibles focos embólicos. Finalmente el paciente evoluciona sin déficit neurológico, pero presenta complicaciones pulmonares que requirieron manejo en UPC.

DISCUSIÓN

La patogenia de la EI es una serie compleja de eventos que involucran: daño al endotelio, formación de trombo aséptico, bacteremia/fungemia trasciente y colonización del trombo. Los patógenos más frecuentes en pediatría son Staphylococcus y Streptococcus, cuya virulencia determina una presentación clínica aguda o subaguda. Además, se pueden formar émbolos sépticos, que dan como resultado infecciones e isquemia extracardíacas. El diagnóstico se realiza según los criterios de Duke, y el tratamiento consiste en antibioticoterapia y, en algunos casos, es quirúrgico.



373

ALBINISMO OCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Silva P¹; Prudencio Robres J.²; Valle Leiva B.³; Cornejo Alvarez P.⁴; Araya Rojas F.⁵; Lizama Morales P.⁶; Salinas Villagra M.⁷; Tabilo F.⁸
HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA^{1,7,8};
UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, CHILE^{2,3,4,5,6};
<psilvat@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El albinismo ocular (AO) es una condición genética poco frecuente que produce hipopigmentación limitada a los ojos debido a alteración del sistema de pigmento melanina. Puede presentarse de forma aislada o en asociación a síndromes. No tiene tratamiento curativo. Su pronóstico es variable. Se presenta un caso y se revisa la literatura.

Presentación del caso: Lactante, sexo masculino, 1 año, acude a control sano a los 4 meses donde se pesquiza que no fija mirada, estrabismo divergente, espasmos intermitentes y falta de liberación del pulgar. Piel y cabello más claro que padres. Es derivado a oftalmología y neurología donde se confirma estrabismo y se sospecha AO, hipotonía central, retraso desarrollo psicomotor global, dismorfias, movimientos involuntarios anormales y se sospecha hipoacusia bilateral y amaurosis. Se hospitaliza para estudio y se realiza electroencefalograma; dentro de rangos normales, ecocardiograma normal, resonancia nuclear magnética con espectroscopía normal, estudio metabólico ampliado normal, cariograma normal, impedanciometría bajo sedación normal. Se deriva a Fundación Oftalmológica Los Andes, donde neuro oftalmólogo confirma el diagnóstico. Madre refiere 3 familiares lejanos con síntomas similares que a los 5 años iniciaron con alteraciones óseas y del habla, falleciendo en adultez temprana.

DISCUSIÓN

El AO es una alteración genética que cursa con alteraciones visuales de severidad variable. Se clasifica en 2 tipos: con herencia autosómica recesiva y ligado a X. Al pesquisar se realiza diagnóstico diferencial con otras formas de albinismo y buscar otras alteraciones, especialmente neurológicas. Su manejo puede requerir cirugía. En Chile no hay unidad de referencia para albinismo.

LOXOSCELISMO: DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DISTINTA

Cabrerizo S.¹; Docampo C.²; Mendez M.³
CENTRO NACIONAL DE INTOXICACIONES, HOSPITAL POSADAS^{1,2,3}
<silviacabrerizo@yahoo.com.ar>

375

INTRODUCCIÓN

El Loxoscelismo es una entidad clínica producida por la mordedura de arañas del género *Loxosceles*. Se puede presentar como una forma cutánea clásica presentando la placa marmórea o una forma edematosa si la mordedura ocurre en zonas de tejido laxo.

OBJETIVOS

Dar a conocer dos casos de Loxoscelismo, con manifestaciones cutáneas distintas. Uno de ellos desarrolló complicaciones sistémicas constituyendo un caso de Loxoscelismo cutáneo visceral. Caso clínico 1: Paciente de 6 años, derivado a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos por lesión necrohemorrágica abdominal, secundaria a picadura de causa desconocida ocurrida 26 horas antes, fiebre y vómitos. Ingres a mal estado general, febril, sudoroso, mal perfundido, hipotenso e hipóxico. Presenta placa heterogénea, rojo violácea, con zonas pálidas con edema y eritema perilesional que se extiende a región dorsal. Ingres a con parámetros de insuficiencia renal. Presenta hiperglucemia, acidosis metabólica con aumento de anión restante, leucocitosis. Requiere expansiones con solución fisiológica y corrección de la acidosis metabólica con bicarbonato de sodio. Se medica con antibióticos, previa toma de cultivos y cultivo de la lesión. Por lesión compatible con placa marmórea, epidemiología compatible (el paciente refiere picadura al transportar unos leños sobre el abdomen) y alteración de valores de laboratorio recibe antiveneno *Loxosceles* interpretándose como loxoscelismo cutáneo-visceral. Caso clínico 2: Paciente de 12 años de edad, ingresa a la guardia del Hospital General Pico de La Pampa, presentando edema bupalpebral izquierdo y

eritema local. Antecedente: en la madrugada, la niña se despierta con una lesión en zona malar superior izquierda, luego de haber sentido un pinchazo, encontrando una araña en la cama. Evoluciona con aumento del edema rápidamente progresivo, extendiéndose hacia la hemacara derecha, región frontal y párpado izquierdo, impidiendo la apertura de ambos ojos. Leucocitosis leve al ingreso. Tomografía axial computarizada de órbita normal. Se descartó angioedema y celulitis periorbitaria. Por antecedente epidemiológico de picadura se realizó interconsulta al CNI, enviando foto del arácnido para su identificación, confirmándose el cuadro como loxoscelismo cutáneo edematoso. Recibió tratamiento con antibióticos, analgésicos, corticoides y antihistamínicos y se administro antiveneno para *Loxosceles* considerando el tiempo transcurrido. Permaneció 72 horas internada con buena evolución clínica.

CONCLUSIONES

Si bien es frecuente la consulta por picaduras, son pocas las producidas por arañas del género *Loxosceles*. Inicialmente puede ser confundida por la picadura de otro artrópodo, pero la aparición de una placa marmórea hacia las 24 horas orienta fuertemente al diagnóstico. Recalamos la importancia de capturar al ejemplar, ya que con el auxilio de una lupa podemos identificar esta araña conociendo las características morfológicas, el número y disposición de los ojos. Las medidas principales deben dirigirse a la prevención de accidentes: limpieza periódica de hogares y evitar el depósito de materiales que pudieran dar lugar a la proliferación de artrópodos.



DIABETES MASTER GAME: HERRAMIENTA DIDÁCTICA PARA EL CONTEO DE HIDRATOS DE CARBONO EN NIÑOS CON DM1

377

Peredo M.¹; Anton K.²; Kabakian M.³; Santucci M.⁴

HOSPITAL CHURRUCA^{1,2,3,4}

<msoledad.peredo@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El conteo de hidratos de carbono (HC) es parte del tratamiento Insulínico intensificado (TII). Esta herramienta permite en forma lúdica desarrollar la habilidad para el reconocimiento de hidratos y la cuantificación de los mismos. A partir de las dificultades que observamos para la realización del mismo, es que decidimos empezar a diseñar de manera interdisciplinaria un juego como metodo de enseñanza. Esta herramienta didáctica lúdico-educativa, puede ser utilizada por el paciente y/o la familia junto con un profesional, para que de manera entretenida el conteo de HC sea parte de un proceso de aprendizaje significativo y funcional.

OBJETIVO

Diseñar una herramienta que facilite y refuerce la correcta implementación del TII.

MATERIALES Y MÉTODOS

Cartas rectangulares (80n) diseñadas íntegramente por Lic en Psicopedagogía, Nutricionistas y Médicas del Servicio de Nutrición y Diabetes Infanto-Juvenil del Hospital Churrucá, Buenos Aires, Argentina, en el 2016. 40 de ellas con un número que representa esa misma cantidad de gramos de hidratos de carbono (HC) y 40 cartas con una imagen de una porción de un alimento o preparación con el nombre del mismo y con un número que representa los gramos de HC que tiene esa porción. Además se diseñaron 4 cartas comodines con la imagen de una llave como símbolo de la insulina facilitadora que tiene diferentes funciones según cada juego y dos cartas "activas" con una consigna que implica movimiento.

RESULTADOS

Se diseñó una herramienta didáctica lúdico-educativa que puede ser aplicada en 3 juegos diferentes para personas de 5 años en adelante. Estos juegos son: Dos memotest; uno solitario, otro grupal pensado para 2 y hasta 6 participantes y un juego similar a la casita robada adaptado a la temática que también fue pensado para 2 a 6 participantes.

CONCLUSIÓN

Se realizó el game testing del juego entre los profesionales y luego con pacientes que concurren al servicio de diabetes y nutrición infanto juvenil con el fin de perfeccionarlo. Durante el proceso experimental los participantes manifestaron divertirse y comprender más el conteo de HC. Se continúa la realización de pruebas, pero de forma estandarizada para poder demostrar el éxito de esta herramienta didáctica como generadora de aprendizaje significativo y aplicable a la vida cotidiana de una persona con DBT tipo 1 y su entorno.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PEDIATRÍA: UN CASO ATÍPICO

378

De Carli D.¹; Clemente D.²; Di Colli G.³; De Carli M.⁴; Checcacci E.⁵; Nunell A.⁶

CLÍNICA DEL NIÑO QUILMES^{1,2,3,4,5,6}

<norbertodecarli@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

El divertículo de Meckel se encuentra en el 2% a 3% de la población general. Es clínicamente evidente cuando surgen complicaciones como ulceración y hemorragia, diverticulitis u obstrucción intestinal. Entre 50% y 60% de los que desarrollan síntomas son menores de 2 años, pero el diagnóstico debe ser considerado en pacientes con malestar abdominal sin otra explicación, siendo el método diagnóstico de elección, la Gammagrafía con Tecnecio-99.

OBJETIVO

Tener presente etiologías poco frecuentes, dentro de los diagnósticos diferenciales de Hemorragia Digestiva Baja, aun en edades de atípica presentación.

CASO CLINICO

Paciente de 14 años que consulta por presentar rectorragia de 2 hs de evolución, sin otra sintomatología asociada. Previamente sano. Padre con poliposis intestinal. Al examen físico presenta dolor en hipogastrio y pequeñas fisuras anales no sangrantes. Hemodinámicamente compensado y normotenso. GB: 6760 (66/95/9), HTO 36%, Plaquetas: 190000, PCR 0.03. Teleradiografía de Tórax normal.

Se realiza interconsulta con gastroenterología quien realiza VEDA y colonoscopia, que fueron normales. A las 24 hs, persiste la hemorragia, se encuentra pálido y taquicárdico, con disminución del HTO a 30% por lo que a pesar de la edad se solicita centelograma con TC 99 para búsqueda de divertículo de Meckel.

Al día siguiente, presenta abrupto descenso del hematocrito (26%) por lo que se realiza laparotomía exploradora de urgencia evidenciándose un divertículo de Meckel a 10 cm de la válvula ileocecal, efectuándose su resección y entero-entero anastomosis. Se coloca Catéter Venoso Central para realizar NTP por el ayuno prolongado y se indica antibioticoterapia EV. En el séptimo día postoperatorio con buen tránsito intestinal, comienza con registros febriles, por lo que se realizan hemocultivos y retrocultivo, con rescate de *Cándida Albicans* en todos ellos, interpretándose como infección asociada a catéter, por lo que se medica con Fluconazol EV, con buena evolución y estudio de búsqueda de focos profundos negativos.

CONCLUSIONES

La posibilidad de un divertículo de Meckel debe ser tenida en cuenta entre los diagnósticos de hemorragia digestiva baja, aún en edades de presentación poco frecuentes. Ante la aparición de fiebre en pacientes con antibioticoterapia prolongada, catéter venoso central, antecedentes de cirugía abdominal y ayuno prolongado, se debe considerar la posibilidad de infección asociada al catéter por agentes micóticos.



SÍFILIS, UNA ENFERMEDAD QUE REGRESA?

Squassi I.¹; Bergese L.²; Santin S.³; Valle P.⁴; Sanchez Gibert M.⁵

HTAL RICARDO GUTIERREZ - HTAL MILITAR CENTRAL^{1 2 3 4 5}

<isquassi@yahoo.com.ar>

379

La sífilis es una compleja enfermedad sistémica, con múltiples manifestaciones clínicas. Cursa con períodos de enfermedad activa y de latencia. Es producida por el *Treponema Pallidum*, una espiroqueta que se transmite con mayor frecuencia por contacto sexual, se han descrito casos de contagio por besar o tocar a una persona con lesiones activas en labios o cavidad oral. Una de las manifestaciones cutáneas de la sífilis secundaria son los condilomas planos, que aparecen en regiones húmedas y calientes, como región perianal y vulva. Ante un niño con lesiones compatibles con sífilis es imperioso descartar abuso sexual.

OBJETIVO

Describir el caso clínico de dos niños con diagnóstico de sífilis adquirida. Alertar a la comunidad médica sobre el resurgimiento de esta antigua enfermedad.

CASO CLÍNICO

Consulta a guardia, acompañado sus padres, un niño de 9 años, secuelar neurológico, por cuadro respiratorio agudo. Al finalizar la consulta, comentan que su hija, 2 años, presenta "lastimada" la región anal. Al examinarla se observan lesiones papulares, aplanadas, blancas y húmedas compatibles con condilomas planos. Ante la sospecha de sífilis, se solicitan serologías que confirman el diagnóstico. Se indica internación e intervención de la Defensoría del Menor. Familia: padre y madre VIH y VDRL+, hija de 10 años sana, serologías negativas(neg), ambos niños de 2 y 9 años VDRL+(64 dils), pruebas treponémicas(FTAabs)+, VIH neg, VDRL y VIH materno del embarazo neg. Por lactancia hasta los dos años de la menor, se le solicita PCR-HIV neg. Ambos niños reciben Penicilina 10 días. Durante la internación se realiza seguimiento multidisciplinario: trabajador social, psicología, ginecología, infectología. La

madre había consultado 3 meses antes por lesiones orales, se sospecho ETS y se solicitaron serologías que fueron positivas, pero no retiró el resultado porque las lesiones mejoraron. Se valora a la familia como de bajo riesgo social, no hay datos que sostengan la sospecha de abuso sexual y se plantea la posibilidad de contagio a través de las lesiones orales maternas. Se egresa a los niños, realizando estricto seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIÓN

La Sífilis se encuentra en franco aumento en nuestro país, por lo que ante lesiones sugestivas es imperioso confirmar el diagnóstico con serologías, independientemente de la edad del paciente.

Ante el diagnóstico de sífilis en un niño es fundamental descartar abuso sexual, aunque en pocos casos el contagio puede ser por contacto con mucosa enferma

PATOLOGÍA DE OTROS SIGLOS... AUN PRESENTE EN EL SIGLO XXI

Squassi I.¹; Neyro S.²; Ariovich A.³; Posternak P.⁴; Pena Amaya P.⁵; Cerqueiro M.⁶; Vainstein E.⁷

HTAL. RICARDO GUTIERREZ^{1 2 3 4 5 6 7}

<isquassi@yahoo.com.ar>

380

La tuberculosis (TB) es un problema grave de salud pública. En Argentina la tasa se encuentra estable, 2015: 24.8/100.000. Las formas extrapulmonares corresponden al 25%, siendo la abdominal (TBA) <1% de éstas. Su presentación clínica es inespecífica, debe sospecharse ante patologías de evolución crónica, como diagnóstico diferencial de neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal e infecciones. El rescate del bacilo es dificultoso por lo que se requiere de un alto índice de sospecha. Los estudios de imágenes son orientadores, pero la laparotomía exploradora y la biopsia(Bx) peritoneal son mandatorias para confirmar el diagnóstico.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de TBA asistido en un hospital de 3ª nivel, y alertar a la comunidad médica sobre esta forma de presentación de la TBC

CASO CLÍNICO

Niña de 12 años que presenta dolor abdominal (abd), distensión abd progresiva, constipación, pérdida de peso y decaimiento de 1 mes de evolución. Consulta a varias instituciones en las que se descarta embarazo. Al ingreso a nuestro hospital se observa palidez, taquicardia, abdomen con dolor espontáneo y a la palpación, ascitis a tensión (perímetro abdominal 86cm). Anemia (Hb 10 gr/dL), ESD 95mm/hs. RxTx normal. PPD0mm. Ecografía: ascitis masiva. TAC: nódulo subpleural en pulmón derecho, ascitis en cavidad abd, engrosamiento irregular del peritoneo parietal. αFP y βhCG negativos (neg); CA125 elevado (372U/ml). Punción de líquido ascítico (LA): amarillo citrino con características de exudado, directo y PCR micobacterias(Mb) neg. Catastro familiar neg,

pero surge el antecedente de haber vivido en situación de calle en una región de alta endemicidad.

Ante la ausencia de diagnóstico etiológico, se decide realizar Bx de peritoneo por laparoscopia: siembra miliar peritoneal, drenaje de 2600 ml de LA. Anatomía patológica: lesiones granulomatosas con necrosis central de aspecto tuberculoide. Cultivo: MbTBC sensible a drogas de 1ª línea. Se inicia tratamiento con cuatro drogas: Isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y corticoides, observándose franca mejoría clínica.

CONCLUSIÓN

Los síntomas de la TBC abdominal y peritoneal son altamente inespecíficos. Se caracterizan por ser paucibacilares, requiriendo la realización de Bx peritoneal para su diagnóstico.

El equipo médico debe tener un alto índice de sospecha para arribar a un diagnóstico precoz e instaurar un tratamiento oportuno, que permita la curación del paciente.



381

MYCOBACTERIOSIS PLEUROPULMONAR POR *MYCOBACTERIUM FORTUITUM* EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Squassi I.¹; Pena Amaya P.²; Neyro S.³

HTAL RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3}

<isquassi@yahoo.com.ar>

Mycobacterium fortuitum(MF) es una micobacteria no tuberculosa(MNT) que puede causar neumonía, abscesos y empiema pulmonar en sujetos con enfermedades pulmonares crónicas predisponentes o pacientes inmunocomprometidos. Sin embargo, la presentación clínica con derrame pleural por pleuresía es rara y con aislados reportes, aún en pacientes con factores de riesgo.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de mycobacteriosis pleuropulmonar por MF asistido en un hospital pediátrico de 3^{er} nivel

CASO CLÍNICO

Varón, 14 años, sano, consulta por fiebre de 7 días de evolución. Al examen físico: afebril, taquipnea leve, hipoventilación en base y campo medio de pulmón derecho (dcho), con matidez de columna, sin hipoxemia. RxTx: derrame pleural dcho moderado-severo. Ecografía pleural: 58mm a nivel axilar medio. Laboratorio normal con VES 44 mm/hs. Se interna por sospecha de supuración pleuropulmonar. Se realiza toracocentesis drenando 1500mL de líquido pleural (LP) amarillo turbio, 5.7 g/dL proteínas, 66.7 mg/dL glucosa, 1969 GB/mm³ (85%MN). Inicia tratamiento con ampicilina. Cultivos(HMC y LP) para gérmenes comunes negativo(neg), PCR para *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pneumoniae* en LP y sangre: neg.

Al interrogatorio: padre tosedor crónico, fumador, con sudoración nocturna y pérdida de peso en los últimos 3 meses. Abuela diabética, fallecida con diagnóstico de tuberculosis pulmonar 3 años atrás. Se solicita PPD: 0mm; cultivo de esputos x3(BAAR neg) y LP para *Mycobacterium*

tuberculosis(MT); PCR MT en LP neg; serología VIH neg. Se inicia catastro familiar (neg) y tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, con buena evolución y externación a los 10 días.

Al mes de iniciado el tratamiento y con controles con evolución clínica favorable se recibe informe de cultivo de esputos y LP positivos para MF. Se rota esquema a rifampicina, etambutol y claritromicina. Se solicita valoración por servicio de inmunología: normal. Actualmente cumpliendo tratamiento con buena adherencia y evolución.

CONCLUSIÓN

Aunque es muy poco frecuente que las infecciones por MNT cursen con compromiso pleural, MF debe ser considerado, especialmente cuando no se detecten patógenos habituales, y cuando el cuadro clínico no esté claro. Dado que el tratamiento adecuado y oportuno para MNT está asociado con una mejor tasa de supervivencia, es fundamental el estudio de todo material orgánico disponible para optimizar el aislamiento de germen, que permita adecuar el esquema empírico.

A PROPOSITO DE UN CASO. EPOC POSTVIRAL POR VRS

Pons M.¹; Ferreya C.²; Rodriguez T.³; Donet M.⁴

NUEVO HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA, RIO CUARTO^{1,2,3,4}

<marupons@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

EPOC Postviral, entidad clínica secundaria a infección respiratoria aguda baja (IRAB) grave de etiología viral con insuficiencia respiratoria e hipoxemia persistente más allá de 4 semanas. El virus provoca un daño que involucra todos los tejidos del pulmón y de su reparación se produce la patología pulmonar crónica. Adenovirus 7h el más frecuente, también VRS, parainfluenza e influenza. Inicia como una bronquiolitis o neumonía, suele ser severa con necesidad de ARM, prolongándose la dificultad respiratoria y los requerimientos de oxígeno más allá de dos semanas. Diagnóstico se hace por la clínica, radiología y TAC.AR de tórax. El tratamiento debe ser individualizado, flexible y multidisciplinario. El pronóstico depende de la magnitud de la agresión viral inicial, la extensión de lesiones y de las interurrencias. Observándose morbimortalidad más elevada durante los primeros años de evolución.

OBJETIVO

Observación de un caso clínico de EPOC posviral para llegar a un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

MATERIAL Y METODO

Revisión bibliográfica a partir del análisis y evaluación de un caso clínico.

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 45 días de vida, consulta por dificultad respiratoria progresiva. Ingres a UTIP con diagnóstico de neumonía bilateral, 20 días en ARM. Panel viral VRS+. Al 6° día presenta distrés respiratorio con paro cardiorrespiratorio y neumotórax izquierdo. Luego de la extubación,

el paciente continúa con oxigenoterapia debido a persistencia de patrones obstructivos sin respuesta adecuada a tratamientos instaurados. Transcurridos 32 días pasa a sala común, se realiza TAC.AR y se diagnostica EPOC POSVIRAL. A los 68 días, alta hospitalaria con oxígeno domiciliario a bajo flujo, controles con neumonología, kinesioterapia y pediatría.

CONCLUSION

Las IRAB son los procesos infecciosos más frecuentes en la infancia, suelen recuperarse sin complicaciones pero algunos pueden seguir un curso severo con insuficiencia respiratoria crónica durante su evolución. Una sospecha temprana de EPOC posviral ante persistencia de sintomatología obstructiva e hipoxemia, confirmando con TAC.AR, nos permite llegar a un diagnóstico precoz y a un adecuado manejo multidisciplinario para mejorar la calidad de vida del paciente.

384



385

APARICIÓN DE ANEMIA EN NIÑOS DE 12 A 24 MESES QUE CONCURREN A CONTROL DE SALUD EN UN CONSULTORIO DE OBRA SOCIAL DE CABA

Carrano J.¹; Eidner S.²; Garbocci A.³; Sastre G.⁴; Waserman J.⁵

OSECAC^{1,2,3,4,5}

<josefinacarrano@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La anemia por deficiencia de hierro constituye un problema de preocupación en los países en desarrollo. Según la OMS la prevalencia de anemia a nivel mundial en niños fue de 42,6%. En nuestro país, los datos más representativos muestran una prevalencia de anemia en niños entre 6 y 23 meses de 34%. La suplementación con hierro para prevenir la anemia es una intervención gratuita en nuestro país.

OBJETIVOS

- Conocer la frecuencia de aparición de anemia en niños de entre 12 y 24 meses que concurren al control de salud en uno de nuestro consultorio, y su potencial relación con variables tales como la suplementación con hierro, la lactancia materna y el peso al nacer.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal que incluye a niños de entre 12 y 24 meses atendidos en un consultorio de niño sano del centro Lacroze de OSECAC (CABA) entre los meses de marzo de 2016 y marzo de 2017, recolectándose datos antropométricos, meses de suplementación con hierro, lactancia y duración de la misma y peso al nacer, y realizando dosaje de Hb, Hto y ferritina sérica en el laboratorio Jonas Salk de la obra social.

RESULTADOS

Se incluyeron 97 pacientes de entre 12 y 24 meses. La frecuencia de anemia fue de 17,53% (17 pacientes) si se toma como referencia el valor de corte de la OMS, pero descendió a 8,25% (8 pacientes) si se toman valores de referencia de SAP. El 82,48% (80 pacientes) fueron suplementados con hierro por 6 meses o más, y el 75,26% (73 pacientes) recibieron lactancia materna por al menos 6 meses. La anemia fue más frecuente entre los pacientes que no habían recibido hierro (24%) con respecto a los que sí lo habían hecho (16%), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. No hubo diferencia en la frecuencia en la aparición de anemia entre los pacientes con lactancia mayor a 6 meses y sin ella.

CONCLUSIONES

La frecuencia de anemia en la población estudiada fue menor en comparación con otras publicaciones y la cantidad de pacientes suplementados con hierro fue alta. El valor de corte de Hb que utilizamos lleva a una diferencia en la conducta médica que es sustancial.

ENFERMEDAD DE CAFFEY. PRESENTACIÓN DE UN CASO CÍNICO

Fojgiel S.¹; Hernández R.²; Limardo P.³; Beaudoin M.⁴; Paganini A.⁵

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5}

<stefyfojgiel@gmail.com>

386

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Caffey (hiperostosis cortical infantil), es un trastorno del desarrollo óseo, autosómico dominante, autolimitado, que afecta a lactantes entre el 1er y el 2do mes de vida. En su patogenia interviene la necrosis ósea secundaria a hipoxia y reacción local perióstica. Su presentación clínica se caracteriza por tumefacción dolorosa de los huesos afectados, llanto, irritabilidad y rechazo del alimento. La localización habitual corresponde en un 80% en la mandíbula inferior, 40-50% en la diáfisis de la tibia y la clavícula, y en un menor porcentaje en el cúbito, parrilla costal, húmero y fémur. En el laboratorio se evidencia leucocitosis, anemia, trombocitosis o trombocitopenia, fosfatasa alcalina (FAL) elevada y eritrosedimentación (VES) acelerada.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de una entidad infrecuente, pesquisada por un hallazgo radiológico.

CASO CLÍNICO

Paciente prematuro de 3 meses de vida (45 días de vida de edad corregida) que presenta impotencia funcional y edema de miembro inferior izquierdo, con evidencia radiológica de fractura espiralada de fémur izquierdo. Por falta de correlato materno y sospecha de maltrato infantil, se decide su internación. Se efectuaron radiografías de huesos largos, parrilla costal y maxilar. Las mismas mostraron despegamiento del periostio de parrilla costal de forma simétrica bilateral y despegamiento del periostio del cuerpo del maxilar inferior, al examen físico; escleróticas azuladas, en el laboratorio;

leucocitosis, anemia y trombocitosis, VES acelerada y FAL elevada. Esto determinó realizar un centellograma óseo corporal total que informó hiperfijación de trazado en el maxilar inferior, parrilla costal bilateral a predominio derecho, en radio, cúbito izquierdo, extremo proximal del fémur izquierdo, relacionada a trazo fracturario y en ambas tibias. Lo antes expuesto son hallazgos compatibles con Enfermedad de Caffey.

CONCLUSIÓN

Es necesario destacar el hallazgo radiológico de esta entidad, en un paciente internado con diagnóstico de Sospecha de Maltrato Infantil. Es indispensable llevar a cabo los estudios complementarios necesarios, en forma oportuna, a fin de descartar otras patologías asociadas a la sospecha diagnóstica. Tener presente esta entidad y recordar que si bien genera alteración de la estructura ósea, no predispone a fragilidad, ni fracturas asociadas y por lo que se confirmó el diagnóstico de Caffey en un niño víctima de maltrato infantil.



387

SUSTANCIAS DE ORIGEN NATURAL USADAS COMO ALUCINÓGENOS EN PEDIATRÍA.

Cabrerizo S.¹; Taiman J.²; Alava J.³

CENTRO NACIONAL DE INTOXICACIONES, HOSPITAL POSADAS^{1,2,3}

<silviacabrerizo@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Los alucinógenos son aquellas sustancias que producen distorsión de la realidad percibiendo cosas que realmente no existen. Además de las drogas sintéticas utilizadas con fines de abuso, existe una amplia variedad de sustancias psicoactivas en la naturaleza.

OBJETIVOS

Presentamos 3 casos clínicos que consumieron plantas ornamentales con fines alucinógenos, ampliamente distribuidas en patios o jardines de la ciudad. Mencionamos otras fuentes naturales de alucinógenos como plantas y hongos alucinógenos que motivaron la consulta médica. Caso clínico 1: Pacientes de 17 y 18 años que consultan a guardia por alucinaciones. Al examen presentan excitación psicomotriz, midriasis, taquicardia e hipertensión arterial. Refieren haber preparado un té con hojas y flores de "floripondio" (*Datura arborea*). Este arbusto presenta alcaloides similar a la atropina en tallos, hojas y flores. Los pacientes persistieron con alucinaciones durante 24 horas y evolucionaron favorablemente.

Caso clínico 2: Paciente de 14 años de edad que consulta en guardia por despersonalización acompañado de alucinaciones visuales, auditivas y táctiles. Sin alteración de los signos vitales. Refiere consumo de LSD 15 días previos al comienzo de la clínica, y consumo de infusión preparada con hojas de "mimosa" (*Mimosa pudica*) en las últimas 48 horas. Esta planta contiene alcaloides triptamínicos, como principio activo alucinógeno. La paciente continuó con alucinaciones durante dos días, evolucionando favorablemente.

Caso clínico 3: Paciente de 18 años, consulta a guardia por alucinaciones y excitación psicomotriz. Refiere ingesta de un ejemplar de *Amanita muscaria*. Recibe benzodiazepinas. Evoluciona luego con deterioro del sensorio requiriendo asistencia respiratoria mecánica. Presenta rhabdólisis y evolución posterior favorable.

CONCLUSIONES

El uso de plantas alucinógenas ha formado parte de la experiencia humana por milenios. Presentamos distintos casos relacionados con ingesta de plantas y hongos psicoactivos. Conocer sus principios activos y la clínica que producen nos ayuda a instaurar un tratamiento correcto precozmente.

A PROPÓSITO DE UN CASO: HIPERCALCEMIA EN PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR VITAMINA D

Dalessandro M.¹; Laurino E.²; Tittarelli F.³; Roldan M.⁴; De Lillo L.⁵; Brunetto O.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6}

<ydalessandro@gmail.com>

388

INTRODUCCIÓN

La hipercalcemia puede ser la manifestación de una enfermedad grave o bien descubrirse casualmente al realizar pruebas de laboratorio. Las causas de hipercalcemia son numerosas y las manifestaciones clínicas son útiles para su diagnóstico diferencial. La hipercalcemia por intoxicación por Vitamina D puede deberse a ingestión excesiva o al metabolismo anormal de esta.⁽¹⁾

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de un paciente de 6 años con diagnóstico de Enfermedad de Duchenne con hipercalcemia severa secundaria a intoxicación por vitamina D.

Caso Clínico: Se presenta un caso de un paciente de 6 años con diagnóstico de Enfermedad de Duchenne desde los 4 años que comienza con vómitos 20 días previos a la consulta, cuadro que se interpreta secundario a gastroenteritis e indican manejo ambulatorio. Una semana previa a la consulta nuevamente comienza con vómitos, y agrega intolerancia a la vía oral y astenia. Al momento de la consulta presenta cuadro de deshidratación moderada y se decide su internación. Presenta laboratorio alterado con calcemia de 19,2. Al interrogatorio la madre refiere tratamiento de enfermedad de base con Deflazacort, Vitamina D y Calcio. Por mala adherencia del paciente, administran preparado magistral de Vitamina D, el cual venía recibiendo desde el último mes. Por sospecha de intoxicación por Vitamina D, se realiza su dosaje patológico (280 ng/dl) confirmando el diagnóstico. Se indica tratamiento con plan de hiperhidratación, hidrocortisona a dosis antiestres y calcitonina. Por

mala respuesta, se inicia tratamiento con bifosfonatos, normalizando los valores de laboratorio. Por buena evolución, tras 14 días de internación se otorga el egreso hospitalario.

CONCLUSIÓN

Se necesita una ingestión prolongada de cantidades que superen en 50 a 100 veces las necesidades normales de Vitamina D para que los individuos sanos presenten hipercalcemia. El diagnóstico se obtiene demostrando niveles de VIT D mayores a 100 ng/dl. La hipercalcemia suele corregirse disminuyendo la ingestión de calcio y manteniendo una hidratación adecuada junto con la interrupción de la vitamina D. Las reservas de vitamina D en la grasa corporal pueden ser considerables y por ese motivo persistir semanas luego de interrumpir su ingestión.⁽¹⁾ En el caso de nuestro paciente y con la coincidencia cronológica del inicio de la sintomatología existe una fuerte sospecha de intoxicación por sobredosificación en la preparación de la fórmula magistral. Se destaca la importancia de la sospecha de esta patología cuyo tratamiento oportuno es vital para evitar complicaciones.

⁽¹⁾ Harrison Principios de Medicina Interna 16° edición



MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE: REPORTE DE 3 CASOS

Gutte P.¹; Almara D.²; Picolomini M.³

HOSPITAL DR. CLAUDIO ZIN^{1,2,3}

<pamelagutte@gmail.com>

389

La meningitis bacteriana en niños, y especialmente en menores de 5 años, sigue siendo una enfermedad de consecuencias potencialmente graves. Con la actual antibioticoterapia y la mejoría en los tratamientos coadyuvantes, su mortalidad se encuentra en los últimos años en menos de un 5% de los casos y entre un 5-30% de los niños afectados pueden quedar con secuelas neurosensoriales significativas. Presentamos a continuación una serie de 3 casos de pacientes con rescate de haemophilus influenzae en LCR, que fueron admitidos en nuestro hospital desde el 1 de enero de 2015 al 01 de junio de 2016. Las tres pacientes fueron de sexo femenino, la edad promedio fue de 5,33 meses, los días de internación promedio fueron de 32,6 días, de las cuales dos de ellas requirieron internación en unidad de cuidados intermedios. En cuanto a la vacunación, una de las pacientes no requería la vacunación por tener 33 días de vida y las otras 2, no tenían las vacunas completas para su edad. La mortalidad fue de 0%, las secuelas neurosensoriales fueron del 100%.

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO COMO PRESENTACIÓN DE ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Balsa J.¹; Sansón S.²; Serenelli E.³

HOSPITAL DE NIÑOS DE SANTISIMA TRINIDAD^{1,2,3}

<julianbalsa92@gmail.com>

390

INTRODUCCIÓN

La EMDA es una enfermedad infrecuente, inmunomediada, caracterizada por una desmielinización aguda del SNC generalmente tras una enfermedad febril transitoria previa o inmunización. Se requiere un alto índice de sospecha en un paciente con síndrome encefalopático progresivo, por la ausencia de signos patognomónicos o estudios complementarios determinantes para su diagnóstico.

OBJETIVOS

Se presenta un paciente con síndrome febril prolongado de difícil resolución clínica con diagnóstico definitivo de EMDA.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 4 años sin antecedentes relevantes que consulta por fiebre de 27 días de evolución acompañado de vómitos, cervicalgia y pérdida de peso. Consulta reiteradas veces sin resolución. En las últimas 48 hs presenta temblor distal agregado y disuria. Al examen presenta irritabilidad persistente, fotofobia, rigidez de nuca, dolor generalizado que se exacerba con los movimientos y ataxia. Se diagnostica como síndrome febril prolongado y se solicitan estudios complementarios según protocolo. Se indica tratamiento empírico con ceftriaxona por diferencial de meningoencefalitis aguda. Analítica de sangre: Leve leucocitosis con neutrofilia, PCR 6,29, hepatograma y perfil lipídico normal, serología para virus negativas. Rx tórax y ecografía abdominal normal, hemocultivos y urocultivo sin desarrollo, TAC cerebro y columna sin hallazgos, punción lumbar con pleocitosis a predominio polimorfonuclear sin detección

de bacterias ni virus. Por continuar febril tras 72 hs, se amplía espectro antibiótico con vancomicina. Se solicita RMN de cerebro y médula por sospecha de Encefalitis Autoinmune. A los 7 días se diagnostica como EMDA por RMN compatible. Se inician pulsos de metilprednisolona 30 mg/kg/día por 5 días con buena respuesta clínica por lo que se decide alta hospitalaria con meprednisona oral. A los 3 meses se suspende corticoterapia y se realiza RMN control que se informa como normal.

CONCLUSIÓN

Nos encontramos ante un caso de fiebre de origen desconocido cuyo diagnóstico definitivo no fue sospechado inicialmente. Se realizó un exhaustivo análisis interdisciplinario del paciente para arribar a la enfermedad.

Se remarca la importancia de considerar esta patología en niños con clínica encefalopatía aguda y meningismo en hospitales de tercera complejidad, pero tener en cuenta que se debe priorizar el tratamiento empírico cubriendo enfermedades de alta morbimortalidad como meningitis aguda.



392

ENCEFALITIS INMUNOMEDIADA EN PEDIATRÍA: UNA ENTIDAD SUBAGUDA POTENCIALMENTE GRAVE QUE REQUIERE ALTA SOSPECHA CLÍNICA PARA SU DIAGNÓSTICO PRECOZ

Bayaut N.¹; Barbosa W.²; Palma A.³; Montali C.⁴; Pereyra M.⁵

HOSPITAL EL CRUCE^{1,2,3,4,5}

<nataliabayaut@hotmail.com>

La encefalitis asociada a anticuerpos contra el receptor de N-metil-D-aspartato (NMDAR) es una entidad novedosa en pediatría, que tomó relevancia en la última década. Se trata de una enfermedad neurológica, de inicio subagudo caracterizada por cambios en la conducta asumidos como trastornos psiquiátricos, convulsiones y deterioro neurológico. Su incidencia es desconocida, pero se considera la segunda causa de encefalitis inmunomediada después de la encefalomiелitis aguda diseminada (ADEM). Presentamos tres pacientes con este diagnóstico que fueron derivados para estudio y tratamiento al hospital de alta complejidad desde hospitales periféricos de la red.

Caso1: niño 9 años que inició el cuadro dos semanas previas a su ingreso con irritabilidad, labilidad emocional y agresividad. Se internó por convulsiones de inicio focal secundariamente generalizadas y rápido deterioro neurológico por lo que pasó a UTIP. Tuvo crisis refractaria a diversas drogas antiepilépticas, con estatus no convulsivo constatado por EEG. Permaneció en coma barbitúrico durante 10 días. Sin alteración en LCR, BOC negativas y anticuerpos anti-NMDAR negativo. Luego de la primera RMN de cerebro normal al ingreso, la segunda realizada luego de 14 días de ARM, mostró lesiones hiperintensas en T2 Y FLAIR en áreas cortico-subcorticales. Cumplió tratamiento con inmunomodulador con buena evolución. Actualmente en seguimiento por secuela epiléptica. Caso2: niña 5 años con pródromo de CVAS de una semana de evolución, luego convulsiones que fueron refractarias a medicación. Permaneció 8 días en coma barbitúrico. Con RMN normales y pleocitosis en LCR. Evolucionó favorablemente sin secuelas

con tratamiento inmunomodulador. Caso3: niño 11 años ingresa por trastornos conductuales y convulsiones de tres semanas de evolución. Tuvo crisis tónico-clónicas generalizadas asociadas a cuadros de excitación psicomotriz, alucinaciones y deterioro del sensorio con incoordinación motora que requirió ARM. Presentó síndrome neuroléptico maligno como efecto adverso a medicación. Neuroimágenes normales. EEG patológico. Tuvo buena evolución luego del tratamiento. Alta sin secuelas.

CONCLUSIÓN

La Encefalitis por Anticuerpos anti-NMDAR es un trastorno grave que evoluciona hacia una encefalopatía severa. Para su diagnóstico es fundamental la sospecha clínica, ya que la ausencia de anticuerpos específicos en suero o LCR no descarta la enfermedad ni debe retrasar el tratamiento, descartando causas infecciosas, tóxicas, metabólicas, enfermedades sistémicas tumorales o psiquiátricas. Las pruebas complementarias son inespecíficas: en LCR puede encontrarse pleocitosis a predominio linfocitario en la etapa aguda y bandas oligoclonales positivas. En RMN puede hallarse en forma transitoria, imágenes hiperintensas en T2 Y FLAIR en áreas corticales y subcorticales. En EEG hay ondas lentas y puede detectar crisis no convulsivas. El 80% de los pacientes evoluciona sin secuelas con inmunomoduladores. Nuestros pacientes recibieron tratamiento de primera línea: gammaglobulina y metilprednisolona en pulsos.

FASCITIS NECROTIZANTE COMO COMPLICACIÓN DE VARICELA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Robledo C.¹; Mascardi N.²; Grichener J.³

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1,2,3}

<cecirobledo@hotmail.com>

393

INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad exantemática muy frecuente. Tradicionalmente se la consideró de manera popular como una enfermedad benigna de la infancia dada la baja prevalencia de complicaciones, sin embargo, sabemos que la misma presenta morbilidad que puede ser severa y en casos extremos llevar al óbito (1/4000-1/11000). Entre ellas mencionamos las infecciosas, neurológicas, respiratorias, etc.

OBJETIVO

Describir un caso de varicela sobreinfectada que requirió internación y debridamiento quirúrgico.

Descripción del Caso: Paciente femenina de 2 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, que comienza el 8/10/2015 con rash eritemato-vesículo-costroso correspondiente a varicela, secundario a contacto familiar 20 días previos al inicio del cuadro. Al cuarto día del comienzo del brote presenta fiebre y lesiones eritematosas compatibles con focos múltiples de celulitis, por lo que es admitida en el hospital, comenzando terapia con clindamicina y aciclovir endovenoso. A las 24 hs. desarrolla un episodio compatible con sepsis severa asociado a un empeoramiento de las lesiones celulíticas, por lo que se agrega vancomicina, penicilina y gammaglobulina endovenosas, además de requerir debridamiento quirúrgico de una lesión en flanco izquierdo. Los hemocultivos fueron negativos y el material de debridamiento cultivado indicó presencia de *Streptococo pyogenes* y *Pseudomona aeruginosa*. En base a los resultados obtenidos se modificó el esquema antibiótico a clindamicina, penicilina, ceftazidime y amikacina. Algunos de los focos

de celulitis evolucionaron a la necrosis requiriendo debridamientos y toilettes en flanco derecho, hemitórax izquierdo y muslo izquierdo. Con evolución favorable se externó e indicó seguimiento ambulatorio por servicios de clínica y cirugía plástica. En total requirió 22 días de internación de los cuales 8 fueron en terapia intensiva.

DISCUSIÓN

Existen 3 estrategias posibles para evitar la enfermedad:

La vacunación con una dosis de vacuna de cepa Oka, que previene varicela en un 80% de los casos, y evita las complicaciones severas en más del 95%. Profilaxis post-exposición con aciclovir 80 mg/kg/día, a partir del séptimo día del contacto. Recomendada pacientes inmunosuprimidos, mayores de 12 años, segundo caso familiar.

Profilaxis post-exposición con vacuna, idealmente no más allá de los 2 o 3 días luego del contacto.

La paciente presentada no había sido vacunada ni recibió profilaxis post-exposición a pesar de haber sido indicada oportunamente. La vacunación luego del año o cercana al contacto con el brote de su hermana hubiera sido aplicable en esta niña evitando el daño causado por la enfermedad, la alteración de la dinámica familiar por internación y los costos económicos devenidos de la misma, tanto para la familia como para el sistema de salud.



395

COMPLICACIONES SEVERAS DE LA VARICELA

Checcacci E.¹; Segesso L.²; Quintero Reyes A.³; Braguinsky L.⁴; Mirra D.⁵; Nunell A.⁶; De Carli E.⁷; De Carli N.⁸; Montes S.⁹

CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<echeccacci@intramed.net>

INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad exantemática aguda con una alta tasa de contagiosidad, causada por el virus varicela – zoster (VVZ). En pacientes inmunocompetentes suele ser benigna, autolimitada y de fácil diagnóstico. Sin embargo, un pequeño número de pacientes pueden desarrollar complicaciones ya sea por la gravedad del cuadro y/o por la aparición de procesos secundarios que pueden afectar prácticamente a cualquier órgano hasta comprometer la vida.

OBJETIVO

Presentar las complicaciones más frecuentes de la varicela en un mismo paciente.

CASO CLÍNICO: Paciente de 10 años, sexo masculino, inmunocompetente, sin antecedentes de relevancia, que ingresa a nuestra Institución por cuadro de fiebre, irritabilidad y alteración del sensorio. Ante la sospecha de encefalitis se inicia tratamiento con Aciclovir 60 mg/kg/d EV, sin poder realizar punción lumbar por presentar múltiples lesiones vesiculares en dicha región. Al cuarto día de internación y persistiendo febril, sufre descompensación hemodinámica y hemorragia conjuntival izquierda presentando las siguientes alteraciones de laboratorio: Plaquetas: 12.000 TGP 337 TGO 201 LDH 4794 PCR 1.13 Ac láctico 14.42 resto normal. Ante la sospecha de sepsis y de Trombocitopenia Inmune y luego de realizar interconsultas con Infectología y Hematología Infantil se indica Ceftriaxona 2 gr día y Vancomicina 60 mg/kg/d (previa toma de HMC x 2 y Urocultivo) y Gamaglobulina Humana 1gr/kg (previa realización de Frotis en sangre periférica). A las 48 hs se constata mejoría clínica y de laboratorio con

incremento en recuento de plaquetas, descenso de enzimas hepáticas y de la LDH. Los HMC x 2 resultaron Positivos para SAMS (sensible a Cefalotina, antibiótico al cual se rota posteriormente hasta finalizar tratamiento a los 14 días). Por otra parte el Urocultivo resultó negativo y el Frotis realizado por hematología infantil confirmó trombocitopenia marcada sin otras alteraciones en el resto de las series, interpretándose esto último como Trombocitopenia Inmune intrafocosa. En el contexto de la sepsis, el paciente desarrolló neumonía basal derecha con derrame pleural de 3 mm. Se le efectuaron búsqueda de focos profundos, todos con resultados dentro de parámetros normales, y HMC x 2 de control con resultados negativos.

Finalmente el paciente evolucionó favorablemente externándose con valores de laboratorio normales y continuando seguimiento ambulatorio por especialistas.

CONCLUSIÓN

Las complicaciones de la varicela en orden de frecuencia son: las sobreinfecciones cutáneas que en ocasiones pueden ser el foco inicial de un proceso bacteriémico o séptico; las complicaciones neurológicas, (cerebelitis, ataxia y encefalitis); las neumonías con o sin derrame pleural de etiología bacteriana y las complicaciones hematológicas (PTI/TI). Nuestro paciente presentó todas las complicaciones mencionadas anteriormente.

ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA EN CUIDADOS DOMICILIARIOS. ESTUDIO DE COHORTE

Torres S.¹; Fraire R.²; Alvarez K.³; Basualdo M.⁴; Brizuela B.⁵; Kruse C.⁶; Lobosco T.⁷; Minaglia É.⁸; Peralta M.⁹; Sauco M.¹⁰; Follett F.¹¹

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}

<storres@cas.austral.edu.ar>

396

INTRODUCCION

El avance en la complejidad de los cuidados críticos ha generado un mayor número de pacientes sobrevivientes que debieron ser cuidados en sus domicilios. Estos cuidados comprenden desde prácticas simples como monitoreo de signos vitales y soporte nutricional hasta la complejidad de asistencia con presión positiva invasiva (VI) y no Invasiva (VNI). La calidad del monitoreo empleado y el desarrollo de indicadores de calidad son herramientas fundamentales para el óptimo cuidado.

DISEÑO: Estudio Observacional, Retrospectivo, Descriptivo

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron todos los pacientes entre 1 mes y 19 años de vida ingresados en el programa de Cuidados Domiciliarios de 12 financiadores (Prepagos/ Obra sociales), con asistencia de presión positiva invasiva y no invasiva. El tiempo de estudio fue desde 01/01/2010 hasta 31/12/ 2016. Se generó una base de datos a partir del registro de historias clínicas y del panel de control del personal de salud tratante. Los datos fueron anonimizados. Se realizó un análisis descriptivo de las características y evolución de los pacientes que recibieron presión positiva. Se desarrollaron indicadores de calidad de cuidado y se comparó la tasa de internación no programada con la capacitación del equipo de salud tratante.

RESULTADOS

Se analizaron 538 pacientes en 6 años.92 tuvieron al menos un periodo >24 horas con soporte de Presión positiva.La distribución por sexo fue de 54.35%(n=50) masculinos y 45.65% (n=42) femeninos. La mortalidad

fue 19.54%(n=18), todos los niños que fallecieron estaban en Cuidados paliativos. Recibieron VI 84 pacientes, todos mediante traqueotomía. VNI 14 pacientes, pero 6 de ellos luego requirieron VI. La mediana del tiempo en soporte ventilatorio fue de 4.5 años (r= 6 días - 6 años). Los accidentes por decanulación traqueal fueron 12, 10 se resolvieron en el domicilio y 2 en el ámbito hospitalario.9 niños tuvieron neumonía asociada a ventilador, con rescate de germen en 3 oportunidades. Se registraron 32 internaciones no programadas en 16 pacientes ese lapso de tiempo. Acorde al análisis univariado y multivariado, la alta rotación de enfermería en el domicilio definida como mayor a 10 enfermeras/año paciente (OR: 2.18, IC95% 1.53-3.69. P=0.021), enfermería sin capacitación en Seguridad del paciente (OR 1.32, IC95% 1.12-2.99. P=0.01) y la mala comunicación del personal de salud tratante (OR 4.21, IC95% 3.051-10.21. P=0.042) fueron variables asociadas con la re internación no programada.

CONCLUSION

Los cuidados domiciliarios de pacientes crónicos con ventilación mecánica son factibles de realizar con una baja tasa de complicaciones y mortalidad. Es menester desarrollar en el equipo de salud habilidades de comunicación y formación en Calidad y seguridad del paciente.



397

LESIONES PRODUCIDAS EN EL HOGAR: CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES DE LOS CUIDADORES DE NIÑOS

Amigo G.¹; Cavallin J.²

CENTRO DE SALUD^{1,2}

<amigogimena@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las lesiones no intencionales constituyen la primera causa de muerte en los niños mayores de 1 año en la mayoría de los países. Identificando los conocimientos que la población posee sobre la prevención de lesiones, se pueden desarrollar actividades preventivas.

OBJETIVOS

Conocer las medidas preventivas para evitar lesiones producidas en el hogar que utilizan los cuidadores de los niños menores de 5 años que concurren al Centro de Salud 1° de Mayo de la Ciudad de Rosario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo descriptivo y transversal en base a 150 encuestas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El área de referencia del Centro de salud 1° de Mayo abarca el barrio Rucci constituido por casas de material con todos los servicios básicos y trabajo formal estable; el barrio Cerámica presenta viviendas de construcción precaria, sin red de gas natural ni de cloacas; y por último el barrio Polledo representa un asentamiento irregular con construcciones muy precarias, sin servicios básicos. El 82% refirió que sus hijos menores de 5 años sufrieron accidentes en el hogar, siendo los más frecuentes los traumatismos, las heridas cortantes y quemaduras. Al consultar sobre las medidas preventivas que utilizan los cuidadores de los niños se encontró que; la mayoría tiene acceso libre al área de la cocina, con objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños, utilizan las hornallas de adelante, usan andador, cuentan con fuentes de electricidad no segura,

tienen medicamentos al alcance de los niños, toman mates con el niño en los brazos, refieren utilizar cunas o camas mal protegidas, y en menor porcentaje, refieren que los niños se encuentran solos o al cuidado de otro menor en algunos momentos del día.

CONCLUSIONES

No se evidenció mayor presencia de lesiones en los barrios más vulnerables; afectando de igual manera a toda la población; pudiendo identificar conductas riesgosas para la ocurrencia de lesiones. Debemos tener en cuenta que las lesiones no intencionales no son acontecimientos fortuitos, sino problemas de salud causados por la exposición a agentes físicos conocidos. Es posible prevenir de forma efectiva las lesiones, de la misma manera que se previenen otros problemas de salud.

ENFERMEDAD MULTISISTÉMICA POR CMV EN NIÑO LACTANTE

Farollich F.¹; Cardetti M.²; Solis M.³; Brezigar A.⁴; Cantisani M.⁵

CLÍNICA Y MATERNIDAD CERHU^{1,2,3,4,5}

<florfarollich@gmail.com>

398

INTRODUCCION

El citomegalovirus (CMV) es un virus ADN perteneciente a la familia Herpesvirus. La infección durante el parto o en los primeros meses de vida por CMV es 5-60 veces más frecuente que la infección por vía transplacentaria. Las dos fuentes más importantes de transmisión del virus constituyen la leche materna y el tracto genital, a través de la ingestión o aspiración de secreciones. La mayoría de las infecciones adquiridas por CMV son asintomáticas (90%).

OBJETIVO

Presentación de un caso infrecuente pero de gran relevancia clínica que por su repercusión multisistémica.

CASO CLINICO: Paciente de 6 meses sin antecedentes perinatales ni personales patológicos relevantes, que cursando un proceso bronquial obstructivo, con fiebre y rechazo alimentario. Se interna por hipoxemia por BOR. Al ingreso: Febril, subcrepitantes en ambas bases pulmonares y espiración prolongada. Se solicitan placa de tórax: infiltrado hiliofugal bilateral y laboratorio normal. Hidratación parenteral, O2 por cánula nasal y tratamiento broncodilatador. Adecuada evolución inicial.

A las 72 hs, evolución tórpida y persiste fiebre, Rx de tórax: infiltrados hiliares + opacificación base pulmonar izquierda; laboratorio: leucocitosis neutrofilica con 17.300 nt: 79 nc: 14 y pcr: 24. Se medica con ceftriaxona a 80mg/kg/día. Comienza con disminución del sensorio, hipotonía muscular generalizada y hepatomegalia, se solicita nuevo control de laboratorio con recuento plaquetario y hepatograma, pancultivos (hemocultivo, urocultivo, punción lumbar, antígenos específicos y PCR virales en sangre) ecografía

abdominal y RMN cerebral. Interconsultas con gastroenterología y neurología. Con toma de muestras realizadas y por conducta clínica se comienza a medicar con Aciclovir a 60mg/kg/día y se suspende tratamiento antibiótico. Se asume como encefalitis a CMV. Laboratorio: Plaquetas normales con Hepatograma alterado asociado a hipoproteinemia. ecografía: hepatomegalia sin alteraciones del parénquima; punción lumbar: liquido claro sin desarrollo de gérmenes; antígenos: IgM para CMV POSITIVA. Resto de antígenos virales negativos. PCR positiva CMV. Se confirma encefalitis y hepatitis por enfermedad por CMV. Buena evolución, sin febriles, disminución de enzimas hepáticas y recuperación del sensorio. Persiste 14 días en internación para medicación endovenosa de Aciclovir.

CONCLUSION

La infección por CMV es una de las más frecuentes en la infancia; se registra un 80% de la población adulta con anticuerpos positivos para dicho virus, siendo en su gran mayoría procesos banales e incluso asintomáticos.

Dada la gran infrecuencia de enfermedad multisistémica que dicho virus produce es que hoy en día su diagnóstico e incluso su sospecha diagnóstica es pasada por alto, generando demoras innecesarias e incluso vitales para el tratamiento de la enfermedad.

Es menester tomar conciencia que no solo se trata de una afección muy frecuente de la infancia sino que también sus consecuencias productos de la infección no siempre nos llevarán a una enfermedad trivial sino que puede generar consecuencias sistémicas de las más variadas e incluso drásticas de no sospecharlas y tratarlas.



399

TROMBOCITEMIA ESENCIAL EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

Checcacci E.¹; Swart S.²; Vidal C.³; Farfan C.⁴; De Carli E.⁵; De Carli N.⁶; Nunell A.⁷
CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1 2 3 4 5 6 7}

<checcacci@intramed.net>

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mieloproliferativos crónicos son desórdenes clonales de células madre, caracterizados por la proliferación en medula ósea de una o más líneas mieloides (granulocítica, eritrocítica y megacariocítica). Esta proliferación se asocia con una maduración relativamente normal y efectiva de los elementos, los cuales se encuentran aumentados en sangre periférica.

La Trombocitemia Esencial (TE) es una enfermedad excepcional en pediatría. Se caracteriza por un aumento persistente de la cifra de plaquetas con predisposición a padecer eventos trombocitos y hemorrágicos. Se ha descrito una base genética de la enfermedad, con mutación del gen JAK2.

OBJETIVO

Presentar un paciente con una patología poco frecuente en niños

CASO CLÍNICO

Niño de 3 años, con cefalea de 6 meses de evolución, consulta por presentar astenia y cefalea que no cede con analgésicos comunes y provocaban llanto por dolor. EEG normal, TAC cerebral y RMN, donde se observan pequeñas lesiones hiperintensas a nivel de sustancia blanca subcortical fronto-parietal, de forma bilateral y aspecto inespecífico. Al ingreso presenta cefalea holocraneana, tos catarral y polo inferior de bazo palpable en flanco izquierdo, GB 25.090, Plaquetas, 400.000 y serologías virales negativas. Ecografía abdominal: bazo homogéneo, aumentado de tamaño, de 100 x 67 x 45 mm. P. Lumbar manometría normal. A las 72 horas nuevo laboratorio informan 1.137.000 plaquetas, inicia AAS e interconsulta con hematología por sospecha de síndrome mieloproliferativo. PAMO con aumento de megacarocitos sin

infiltrado blástico. Se indica hidroxiurea a 250 mg/día. El estudio citogenético, informó Jack 2 positivo, compatible con diagnóstico de Trombocitemia esencial. Los exámenes complementarios de los padres fueron normales. Actualmente en seguimiento y tratamiento con Hematología.

CONCLUSIÓN

La TE es excepcional en pediatría, se han documentado menos de 5 casos a nivel nacional en los últimos 10 años. Esto condiciona que la epidemiología, el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, se base en la experiencia acumulada en adultos. Poder jerarquizar las manifestaciones clínicas junto a un laboratorio compatible, son indispensables para sospechar esta enfermedad infrecuente en niños.

EXPERIENCIA CON EL USO DE LA HISTORIA CLINICA COMO INSTRUMENTO DE EVALUACION Y GESTION DE CALIDAD EN UN POSGRADO DE PEDIATRIA

Urman G.¹; Leivi M.²; Schindler Y.³; Lauria M.⁴; Luppino V.⁵; Grosman A.⁶

CARRERA ESPECIALISTA EN PEDIATRIA, UNIVERSIDAD MAIMONIDES¹; CARRERA ESPECIALISTA EN PEDIATRIA, UNIVERSIDAD MAIMONIDES - HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES- SEPN^{2 3 4 5 6}

<urman.gabriela@maimonides.edu>

INTRODUCCIÓN

La educación médica ha adoptado el paradigma de la formación por competencias, la seguridad del paciente y la calidad de atención como ejes principales. Un lema en educación médica es que solo se estudia lo que se evalúa, por lo que decidimos que la historia clínica- un fiel reflejo del criterio clínico y la organización- debería incluirse en el programa de evaluación del desempeño cotidiano en nuestro programa de posgrado. Si bien la competencia de confección de historia clínica es jerarquizada en la formación de posgrado, es poca la literatura que muestra su evaluación periódica y sistemática con instrumentos válidos y confiables.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde hace 10 años utilizamos la historia clínica (HC) como parte del programa de evaluación en la Carrera de Especialista en Pediatría de la Universidad Maimónides. El instrumento fue evolucionando en el tiempo, al igual que la historia que ahora está completamente digitalizada. Se trata de una rúbrica de 16 ítems, validada por opinión de expertos, que puede utilizarse tanto para las HC de sala de internación como en las terapias intensivas. El formulario está en formato digital y mide los siguientes ítems: quien completó la HC, en qué sector, si fue de admisión o evolución diaria, si consta el motivo de internación, signos vitales, examen físico completo, los focos infecciosos, aislamiento, accesos vasculares, interpretación de signos vitales, estudios complementarios, si refleja pensamiento médico, si figuran las conductas y se han cumplido las normas y protocolos. Se verifican además las indicaciones para enfermería. Previo a la incorporación del instrumento de evaluación se analizó la variabilidad inter observador y se realizaron talleres de calibración de evaluadores.

RESULTADOS

Se realizó un relevamiento de las evaluaciones de HC realizadas a un grupo de 29 pediatras en formación, por 6 observadores a lo largo de 7 meses. Se realizaron 700 revisiones de HC; 459 en sala de internación general y 241 en áreas cerradas. Un 30 % fueron de ingreso y 70% evoluciones posteriores. El promedio de observaciones por residente fue de 7.15 al mes (con un rango entre 2 y 15).

CONCLUSIÓN

La incorporación al programa de evaluación del desempeño cotidiano de los pediatras en formación de la HC permite realizar acciones formativas (talleres y sesiones de feedback), y de gestión (creación de normas, protocolos y auditoría). Esta supervisión y en especial la devolución constructiva que reciben los pediatras en formación favorecen la práctica reflexiva y fomentan el hábito de aprendizaje significativo y de por vida.

400



401

RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Checcacci E.¹; Arzamendia A.²; Alacid S.³; De Carli N.⁴; De Carli E.⁵; Nunell A.⁶

CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1,2,3,4,5,6}

<echeccacci@intramed.net>

INTRODUCCION

El Rbdomiosarcoma infantil es un tumor de piel y partes blandas, frecuente a cualquier edad, sobre todo en niños pequeños. Representa aproximadamente 3,5 % de los casos de cáncer en niños de 0 a 14 años, siendo el subtipo histológico alveolar más frecuente en adolescentes.

OBJETIVO

Describir un paciente cuya presentación clínica hacía sospechar otro diagnóstico.

CASO CLINICO: Niño de 8 meses que es derivado para internación con diagnóstico de neumonía por presentar dificultad respiratoria de 24 horas de evolución y rx de tórax con imagen de condensación y derrame pleural izquierdo. Ingresa en buen estado general, afebril, con hipoventilación en campo pulmonar izquierdo, afebril. Ecografía pleural con derrame de 45mm y en la tomografía de tórax lesión osteolítica costal con invasión del canal medular. Se realiza punción pleural obteniéndose líquido turbio, amarillento con 1240 elementos (82 % MNN) y LDH 1885 UI/ml. Se procede luego realizar toracotomía con toma de muestra para anatomía patológica y excéresis de la masa tumoral. Se coloca tubo de avenamiento pleural y continúa recuperación en Utip. Con buena evolución, se realiza ecografía pleuropulmonar al séptimo día de internación que informa tumor sólido pleuropulmonar izquierdo hipovascularizado sin derrame pleural. Marcadores tumorales: alfa feto proteína positivo. La anatomía patológica informe: Rbdomiosarcoma alveolar, patrón clásico. MYF4 (+) Desmina (+) Vimentina (+) CD 56 (+).

CONCLUSION

El rbdmiosarcoma tiene su origen en células mesenquimáticas que pueden remediar tejido muscular. Pueden ser esporádicos o asociarse a síndromes genéticos. Diseminan en forma linfática y hematogena y la presentación clínica depende de su localización. En el caso de la forma alveolar se presenta más en adolescentes, asociado a translocaciones cromosómicas que favorecen la formación de una proteína quimérica que mantiene a la célula en estado mioblástico primitivo con potencial proliferativo maligno. Los niños menores de 1 año y mayores de 10 años, con histología alveolar, localización en vejiga, próstata, extremidades y tronco, mayores a 5 cm, con compromiso ganglionar o a distancia presentan factor pronóstico desfavorable con supervivencia global del 50%. Son tumores quimiosensibles, pero según localización e histología, haría necesaria la terapéutica multimodal (asociada a radioterapia).

A PROPÓSITO DE UN CASO DE PSEUDOTUMOR EN ADOLESCENTE DE POSIBLE ETIOLOGÍA FARMACOLÓGICA.

Brocca F.¹; Gait N.²; Llebeili Salva R.³; Giunta S.⁴; Pierotto M.⁵; Soraire G.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD^{1,2,3,4,5,6}

<flor_brc@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Pseudotumor cerebral o hipertensión endocraneana idiopática es un síndrome clínico caracterizado por aumento de la presión intracraneana acompañado de líquido cefalorraquídeo normal, estudios de neuroimagen sin alteraciones y ausencia de signos de foco en el examen neurológico, excepto compromiso del VI par craneal y edema de papila. El síntoma más frecuente es la cefalea y el signo cardinal es el edema de papila. La etiología es múltiple: idiopática o secundaria (dentro de esta última, fármacos, como antibióticos, hormonas, anticonvulsivantes, etc.). La causa suele encontrarse en 50 % de los casos.

OBJETIVO

Considerar en la edad pediátrica a la Levotiroxina como causa de pseudotumor. Caso Clínico: Niña de 11 años con antecedentes personales de Hipotiroidismo diagnosticado en el año 2014, tratada con T4, con controles deficientes. Comienza hace 3 meses con cefalea, de intensidad progresiva, hasta 3 días previos a la consulta; donde se agrega diplopía, visión borrosa, estrabismo convergente en ojo izquierdo, contractura muscular cervical con signo de lhermitte positivo y rigidez de nuca. Se interna en sala, donde se realizan estudios de laboratorio, radiografías de cráneo, cervical y tórax y TAC de cerebro: normal. Luego RMN cerebral y vertebral, informando papilitis. En interconsulta con Oftalmología: el campo visual en ojo derecho hay aumento de mancha ciega y ojo izquierdo pobre agudeza visual; el Fondo de ojo derecho presenta papiledema ++ y leve tortuosidad vascular, y en ojo

izquierdo papiledema+++ con hemorragia en llamas y tortuosidad vascular, más escotoma arqueado inferior. Punción lumbar: presión de apertura de 70cm de H2O (VN: < 20cm de H2O), líquido claro y citoquímico normal, se indica tratamiento con acetazolamida, con controles posteriores de oftalmología con mejoría del fondo de ojo. Se realizan laboratorios reumatológicos sin alteraciones, ecografía abdominal normal y de tiroides con ecogenicidad heterogénea pseudonodular. Se diagnóstica Pseudotumor por Levotiroxina al descartarse otras causas. Al alta se indica topiramato y Levotiroxina.

CONCLUSIÓN

Por lo expuesto hay que considerar a la Levotiroxina, causa de pseudotumor con fisiopatogenia no conocida, infrecuente en pediatría. El diagnóstico es de exclusión; se requiere conocer los procesos asociados y fármacos predisponentes, ya que su diagnóstico temprano y manejo oportuno es determinante para el pronóstico, con el fin de evitar una lesión visual irreversible.

402



403

TRANSICIÓN DE LA ADOLESCENCIA A LA ADULTEZ EN PACIENTES CRÓNICOS.

Andrés M.¹; Orru A.²; Varese C.³

COMPLEJO MÉDICO DE LA POLICÍA FEDERAL ARGENTINA CHURRUCA-VISCA^{1,2,3}

<gferyfer@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con enfermedades crónicas (EC) son las que más dificultades encuentran para acceder y circular por un sistema de salud. Al presentar pluripatologías y/o comorbilidad y/o complejidad especial se requiere un ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben. En 2010 se inicia atención de este grupo de pacientes en un Consultorio para Niños con Necesidades Especiales de Atención (NEA), en el que se les brinda turnos de fácil acceso y con mayor duración del tiempo de consulta. En 2015 se inicia funcionamiento de Hospital de Día. Según bibliografía nacional e internacional el 85% de los niños con EC alcanzan la adultez. Se genera la necesidad en el Servicio de Pediatría de organizar una Transición de la atención como una transferencia planificada hacia los servicios de clínica de Adultos.

Objetivos

1. Identificar patologías prevalentes en Consultorio de Niños con NEA.
2. Analizar población adolescente y patologías. 3- Evaluar posibilidades de Transición.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió 189 pacientes de 2 meses a 14.9 años atendidos en el Consultorio de Niños con NEA. Se revisaron historias clínicas y se analizó los comprendidos entre 14-14.9 años del 1-01 al 30-12 de 2016. Estudio longitudinal retro y prospectivo.

RESULTADOS

Las patologías prevalentes fueron las enfermedades neurológicas, genéticas, prematuridad, cardiopatías y renales/urológicas. El grupo etario de 14-14.9 años representó el 4,7%, prevaleciendo en ellos las enfermedades neurológicas, genéticas, renal/urológica y traumatológicas. Se analizaron los inconvenientes para lograr una Transición exitosa.

DISCUSIÓN

La llegada a la adolescencia de los pacientes en seguimiento ha generado la necesidad en este equipo de trabajo de instalar cambios pertinentes en el Servicio. Se han establecido canales de comunicación con los especialistas de Adultos; se inició conexión con el Servicio de Adolescencia de reciente incorporación. Se prolongó edad de atención e internación en pediatría individualizando el traspaso teniendo en cuenta la patología, grado de maduración y aptitud familiar. Se realizó Jornada Hospitalaria sobre Transición.

CONCLUSIÓN

Se han tomado en cuenta las posibilidades que brinda esta Obra Social para el manejo de estos pacientes. Es nuestro afán continuar trabajando para asegurar la continuidad en la provisión de recursos y poder brindar una atención accesible, continua y coordinada con el paciente y su familia.

TRATAMIENTO CON AZITROMICINA, BETAMETASONA, Y BUDESONIDE NASAL EN NIÑOS CON HIPERTROFIA ADENOIDEA/AMIGDALINA Y SINTOMAS DE OBSTRUCCION RESPIRATORIA DURANTE EL SUEÑO: EFECTO Y PREDICTORES DE RESPUESTA

Figueroa J.¹; Oliva C.²; Kruger A.³; Andrada G.⁴; Primrose D.⁵; Roque M.⁶; Vocos M.⁷; Velasco Suárez C.⁸

HOSPITAL DE CLÍNICAS y FUNDACIÓN P.CASSARÁ, ICYT MILSTEIN^{1,7,8}; HOSPITAL DE CLÍNICAS^{2,3,4,5,6};

<neumopedhclin@gmail.com>

La Hipertrofia Adenoidea-Amigdalina (HAA) es frecuente en niños y es la causa más común de Síndrome de Apnea/Hipopnea Obstruccion de Sueño (SAHOS). El SAHOS produce múltiples síntomas y alteraciones clínicas que pueden dar lugar a complicaciones mayores. El descenso de la saturación de oxígeno es una de las bases reconocidas y la principal causa de las complicaciones. El tratamiento definitivo para estos niños es la adenoamigdalectomía (AA). La alta prevalencia de SAHOS genera dificultades de manejo en el sistema de salud, lo que lleva a la búsqueda de opciones terapéuticas. En la bibliografía se ha descrito mejoría en las formas leves con el uso de Azitromicina oral o de Corticoides Tópicos Nasales (CTN). En primera instancia nos propusimos evaluar, en un estudio observacional, la eficacia de un tratamiento con Corticoides orales, Azitromicina, y (CTN) en niños con HAA y SAHOS. Se incluyeron niños con SAHOS confirmado por oximetría nocturna. (25 niños (16 varones); edad media 5,22 (2-12)). A todos se les indicó: Azitromicina 10 mg/k/d por 5 días, corticoide vía oral por 7 días, y CTN por 30 días. Se repitió la oximetría nocturna a las 2 semanas. La mediana del índice de eventos/h y la del porcentaje de tiempo con SaO2tc debajo de 90% disminuyeron significativamente luego del tratamiento (Test del signo: P-valor < 0,0001 y 0,0008). La mediana de SaO2tc media sin eventos y la mediana de la SaO2tc mínima aumentaron luego del tratamiento (Test del Signo: p-valor 0,0064 y 0,002). En una segunda instancia evaluamos el efecto del tratamiento en otra población que incluía niños con SAOHS y niños con ronquido simple (con síntomas nocturnos pero con oximetría nocturna normal) y buscamos

si existían predictores de éxito de este tratamiento. Evaluamos 45 niños (21 mujeres) con edad media de 6,1 ± 2, con HAA y sospecha clínica de SAHOS. A todos se les realizó cuestionario de síntomas (PQS), examen físico (vías aéreas superiores, perímetro del cuello, IMC, etc.), Rx perfil Cavum y oximetría nocturna. Luego se les realizó el tratamiento en estudio hasta nueva evaluación con PQS y oximetría 4 semanas después. Se realizó análisis estadístico y se compararon los ítems evaluados antes y después del tratamiento. Todos tenían un PQS anormal y 27 una oximetría patológica. Después de la terapia los niños mostraron una mejoría significativa del PQS (prueba de signo p=0,0001), independientemente de las características de la oximetría. De los 27 niños con oximetría patológica, 16 mejoraron el índice de eventos, 14 la SaO2tc basal, 18 el porcentaje de tiempo con SaO2tc<90% y 9 la SaO2tc mínima. Ninguna de las variables evaluadas antes del tratamiento predijo la respuesta al mismo.

CONCLUSIONES

La terapia combinada con Azitromicina, Corticoide oral, y Corticoide Tópico Nasal mejora el PQS en niños con HAA. En los que presentan oximetría nocturna patológica (SAHOS) la mejoría se produce en alrededor del 60% de los niños. No encontramos predictores de respuesta en las variables evaluadas.

404



405

GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE EVOLUTIVA COMO COMPLICACIÓN DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN HENOCH.

Subieta Villarroel C.¹; Romero R.²; Torres V.³; Mendoza A.⁴

SANATORIO PROF. ITOIZ^{1,2,3,4}

<cecysubietta@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La púrpura de Schönlein Henoch (PSH) es la vasculitis leucocitoclástica más común en la infancia. Afecta 10 a 20/100.000 niños y más del 90% se presentan en menores de 10 años, con predominio en varones 2:1. La mayoría de los casos son precedidos por infecciones respiratorias en época de otoño e invierno. La tetrada clásica de PSH: púrpura palpable, artralgias, dolor abdominal y afectación renal, éstas pueden desarrollarse en cualquier orden y en cualquier momento durante un período de varios días a varias semanas.

El compromiso renal, denominado nefritis de Schönlein-Henoch, se manifiesta en un 30-70% de los niños y en más del 90% de los casos aparecen dentro de las primeras 6 semanas. Esta afección renal, generalmente, es leve en niños y <15% deriva en una IRC. Existe una correlación directa entre la gravedad de las manifestaciones renales y los hallazgos de la biopsia (pronóstico).

OBJETIVO

Documentar un caso clínico de aparición habitual con una complicación infrecuente.

POBLACIÓN

Paciente femenina de 10 años de edad con cuadro clínico de 20 días de evolución consistente en exantema maculopapular palpable en miembros inferiores, dolor articular y hematuria. Las lesiones purpúricas comprometían hasta región glútea, no dolorosas, acompañado de limitación articular por dolor sin evidencia clínica de edema. Antecedente de faringoamigdalitis reciente, parcialmente tratada con antibioterapia oral sin constatación bacteriana.

- Laboratorio inicial: Hemograma sin plaquetopenia. Coagulograma normal, Orina: Hematíes campo cubierto, Proteinuria ++. Función renal U: 43mg/dl – CrP: 1,36mg/dl. TFG: 40,99ml/min/1,73m².
- A las 72hrs: Orina: hematíes campo cubiertos, proteínas +++. Función renal U: 48mg/dl – CrP: 1,61mg/dl - TFG: 34,6ml/min/1,73m² - Albúmina sérica: 2,9gr/dl – Prot 24hs: 1 gr/L – Creat 24hs: 35,4mg/dl - Triglicéridos: 149mg/dl - Colesterol 189mg/dl - C3: 167mg/dl - C4: 44mg/dl - IgA: 246mg/dl.

Se realiza manejo en conjunto con nefrología pediátrica, quien dado el compromiso renal progresivo y proteinuria masiva, decide iniciar pulsoterapia con corticoides con Metilprednisolona 10 mg/kg/día durante 3 días, posterior continuar con prednisona 1mg/kg/día y toma de biopsia renal. Control a las 48hs: U: 40mg/dl – CrP: 0,72mg/dl TFG: 77,43ml/min/1,73m². Orina completa: Sin hematuria o proteinuria. Paciente presenta mejoría clínica acompañado de la función renal adecuada. Se indica alta sanatorial con prednisona 1mg/kg/día en una dosis por 3 meses y control. BR: Glomerulonefritis proliferativa intracapilar difusa y extracapilar segmentaria con evidencia de depósitos inmunológicos a nivel mesangial.

CONCLUSIÓN

El caso expuesto es considerado de interés ya que se evidencia un rápido descenso de la función renal con alta sospecha de GNRP, como complicación secundaria a una patología de aparición frecuente y cuya evolución depende de la severidad de la afección renal, precocidad en la terapéutica farmacológica y extensión de las lesiones histopatológicas, las cuales sugieren el pronóstico de estos pacientes.

ADECUACIÓN NUTRICIONAL DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS COMERCIALES

Giacomino M.¹; Greco C.²; Pellegrino N.³; Aguirre C.⁴; Zuleta Á.⁵; Binaghi J.⁶; Cristaldo B.⁷; Ronayne P.⁸

FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<giacominosilvia@yahoo.com>

406

INTRODUCCIÓN

Existe una gran variedad de alimentos complementarios comerciales específicamente diseñados para la alimentación del lactante. Resulta de interés evaluar su aporte de nutrientes en la dieta infantil.

OBJETIVOS

Determinar aporte calórico y lipídico, densidad nutricional de proteínas y minerales, contenido de fibra dietaria (FDT) y del ácido graso docosahexaenoico (DHA) en alimentos comerciales para lactantes a partir del 6º mes y evaluar su adecuación nutricional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron 4 alimentos infantiles comerciales a base de cereales, preparados con fórmula infantil (FI) y leche de vaca entera fluida (LV). Las muestras se seleccionaron según disponibilidad en el mercado y por muestreo aleatorio. Se calculó la densidad calórica usando los factores de Atwater. Los lípidos, proteínas y FDT se determinaron según AOAC; el contenido de Fe, Ca y Zn, por espectrometría de absorción atómica y el DHA por cromatografía gaseosa. Se calcularon calorías grasas y densidades nutricionales de proteínas y minerales. Las adecuaciones energética, proteica, de minerales y calorías grasas se evaluaron según recomendaciones de OMS (para nivel medio de lactancia, una comida diaria, etapa de 6-8 meses), el contenido de FDT según recomendaciones de SAP y el de DHA según EFSA.

RESULTADOS

Todas las papillas preparadas con FI y LV tuvieron una densidad energética similar por encima de la recomendación mínima de 0,8 Kcal/g; una densidad proteica y de Ca superiores a los mínimos recomendados de 1 g/100 Kcal y 105 mg/100 Kcal (2,4-2,6 y 3,4-3,9 g proteína/100 Kcal; 113-123 y 236-273 mg Ca/100 Kcal, para FI y LV, respectivamente) y un aporte de calorías grasas dentro del rango recomendado de 46 a 69 Kcal/d (51-56 y 47-50 Kcal/d, respectivamente). Los valores de FDT estuvieron por debajo del máximo recomendado de 1 g%. Ninguno de los alimentos alcanzó el mínimo recomendado de Fe de 4,5 mg/100 Kcal (1,8-2,0 con FI y 0,9-0,9 mg/100 Kcal con LV). Sólo dos de las papillas preparadas con FI fueron adecuadas respecto del Zn (mín 1,6 mg/100 Kcal): 1,3-1,6 con FI y 0,9-1,2 mg/100 Kcal con LV. El DHA sólo se detectó en los alimentos con FI, con un aporte menor a 0,3 g/100 g grasa (0,16-0,20 g%).

CONCLUSIONES

Si estos alimentos comerciales se utilizaran como único alimento complementario resultarían adecuados en su aporte energético, de calorías grasas, fibra y calcio. Presentarían una densidad proteica algo elevada y serían inadecuados en su aporte de Fe, Zn y DHA.



407

CUANTIFICACIÓN DE MACRONUTRIENTES DE LECHE HUMANA UTILIZANDO UN ANALIZADOR BASADO EN TECNOLOGÍA DE INFRARROJO MEDIO Y MÉTODOS QUÍMICOS DE REFERENCIA. RESULTADOS PRELIMINARES

Giacomino M.¹; Greco C.²; Ronayne P.³; Albano D.⁴; Guevara E.⁵; Velázquez L.⁶; Valls V.⁷; Quiroga M.⁸

FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA^{1,2,3}; HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ^{4,5,6,7,8}

<giacominosilvia@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN

La leche de banco tiene gran importancia para proveer leche materna en diversas situaciones, entre ellas, la alimentación de neonatos prematuros. El conocimiento de la composición de la leche que se administra permite optimizar el aporte nutricional, de allí la relevancia de contar con resultados precisos y confiables en el análisis de los macronutrientes. El equipo analizador de leche humana basado en la tecnología de infrarrojo medio disponible en el banco de leche humana (BLH), a pesar de contar con una calibración de fábrica, requiere un ajuste previo.

OBJETIVO

Ajustar los resultados del análisis de macronutrientes de leche materna obtenidos con un analizador infrarrojo por medio de su comparación con métodos químicos de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se determinó el contenido de proteínas, grasas, hidratos de carbono, cenizas y sólidos totales de 25 muestras del BLH de la Maternidad Sardá. Las muestras de leche conservadas con bronopol fueron procesadas, previa sonicación, en forma paralela por el BLH utilizando un analizador infrarrojo medio (marca MIRIS, Suecia) y por la cátedra de Bromatología según AOAC y/u otros métodos de referencia. Se realizó un ajuste inicial de las condiciones de trabajo con 5 muestras. Para el análisis estadístico se utilizaron el test t para muestras pareadas y el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Los rangos de valores variaron entre 0,68 y 1,65 g/100 mL y 0,60 y 1,80 g/100 mL para proteínas, y entre 0,76 y 5,36 g/100 mL y 0,40 y 9,00 g/100 mL, para grasas, medidos por métodos químicos y con el analizador infrarrojo, respectivamente.

No se encontraron diferencias significativas entre los valores de proteínas ni de grasas ($p > 0,05$). Además, sus concentraciones mostraron una buena correlación ($r = 0,76$ y $0,82$, respectivamente). Por el contrario, hubo discrepancias en los valores de hidratos de carbono.

CONCLUSIONES

Los valores de proteínas y grasas obtenidos con el MIRIS mostraron correlación con los de referencia, lo cual demuestra la posibilidad de utilizar este equipo de manera rápida y confiable para los requerimientos de la institución. Por el contrario, esto no es factible con los valores de hidratos de carbono. Esta situación ha sido informada por otros investigadores y probablemente se deba a que la cuantificación se basa en parámetros muy diferentes. Financiado: UBACyT 20020130100520BA.

408

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO EN UNA NIÑA CON HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Silva C.¹; Soto A.²; Zeballos S.³; Barrionuevo L.⁴

H ITALIANO^{1,2,3,4}

<carolina.silvablanca@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN

La histiocitosis de células de Langerhans y el síndrome hemofagocítico se clasifican como entidades diferentes dentro de las enfermedades histiocíticas. Comparten mecanismos fisiopatológicos relacionados con activación inmune. Su coexistencia ha sido reportada en casos aislados.

OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente con síndrome febril prolongado de evolución tórpida y difícil diagnóstico. A partir del trabajo interdisciplinario, se identificó la asociación de dos patologías poco frecuentes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 3 años, previamente sana, oriunda de Córdoba, donde fue evaluada por síndrome febril prolongado. Se diagnosticó operativamente síndrome hemofagocítico, a pesar de tener sólo cuatro criterios: fiebre, esplenomegalia, bicitopenia y hemofagocitos en médula ósea.

Por mala evolución fue derivada a nuestra institución, donde se realizó una exhaustiva revaloración multidisciplinaria. Durante los 3 meses de la evaluación diagnóstica, presentó deterioro del estado general, fiebre diaria, anemia, hepatoesplenomegalia y requerimientos transfusionales crecientes. Posteriormente, por aumento de ferritina (quinto criterio), se decidió reiniciar tratamiento para síndrome hemofagocítico. Previo a esto se realizó biopsia de médula ósea, y TC con hallazgo de conglomerados mediastinales, que se biopsiaron. Presentaba desde su ingreso, vulvitis crónica y dermatitis seborreica refractarias; a partir de interconsulta con

dermatología se realizó biopsia. Finalmente, la anatomía patológica de médula ósea, piel y ganglios linfáticos fue compatible con histiocitosis de células de Langerhans.

DISCUSIÓN

En la gran mayoría de los casos reportados, el síndrome hemofagocítico es un hallazgo secundario en pacientes con histiocitosis como enfermedad de base. En esta paciente, el camino diagnóstico fue inverso. Además, la superposición de los signos cardinales de ambas patologías hace aún más dificultoso el abordaje. La baja incidencia, la variabilidad de la presentación clínica y la baja especificidad de estudios diagnósticos, probablemente lleven a subestimar la asociación entre síndrome hemofagocítico e histiocitosis de células de langerhans. Por lo que, se refuerza la importancia del trabajo interdisciplinario a fin de lograr diagnósticos oportunos de patologías poco frecuentes.



409

ENFERMEDAD DE GAUCHER; PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Simez F.¹; Ferrucci M.²; Botto S.³; Ray L.⁴; Bonfiglio P.⁵; De Iriondo A.⁶; Druetta G.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA^{1,2,3,4,5,6,7}

<fiorelasimez@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Gaucher (EG) es el trastorno metabólico de depósito lisosomal más frecuente. Es una enfermedad autosómica recesiva en el gen que codifica la síntesis de la enzima lisosomal b-glucosidasa ácida (β-GA). La sospecha clínica de EG se produce ante la presencia de anemia y/o trombocitopenia, visceromegalias, dolores óseos, y rara vez compromiso neurológico. La confirmación diagnóstica se realiza por determinación de la actividad enzimática en leucocitos de sangre periférica o en fibroblastos y de la quitotriosidasa. Existe tratamiento de reemplazo enzimático (TRE).

OBJETIVOS

Describir las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de dos niños con enfermedad de Gaucher ingresados en este Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Describir las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de dos niños con enfermedad de Gaucher ingresados en este Hospital. Historias Clínicas:

Caso 1: Mujer de 11 años, consulta por distensión abdominal, epistaxis, distrofia, gingivorragia, GB: 3.900 K/uL 44/50/4/2/0 %; Hemoglobina 9,5 gr/dl; Hematocrito: 29,4 %; Plaquetas 48,7 K/uL; PAMO: células espumosas; β galactosidasa: 4,4; β glucosidasa: 2; Quitotriosidasa: 847,4. Comienza con terapia de reemplazo enzimático (TRE) a los 20 meses del diagnóstico.

Caso 2: Varón de 6 años, consulta por distensión abdominal 1 año de evolución, se constata hepatoesplenomegalia, enterorragia, hiporexia, descenso de peso, laboratorio; GB: 5.800 K/uL 42/30/4/12/0/8/4 %; GR: 3.3 M/uL; Hb 8.7gr/dl; Hto: 25.8 %; Plaquetas 108.000 K/uL; PAMO: Normal; β galactosidasa: 15,4; β glucosidasa: 0,6; Quitotriosidasa: 1136,6. Comienza con TRE a los 3 meses del diagnóstico.

CONCLUSIONES

Ante la sospecha diagnóstica se debe confirmar la enfermedad con dosaje enzimático específico y oportunamente comenzar con el tratamiento que mejora el cuadro clínico y previene la aparición de complicaciones severas.

PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS QUE CONCURREN A ESCUELAS SECUNDARIAS DE LA CIUDAD DE CORRIENTES Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS

410

Acosta V.¹; Auchter M.²; Urrutia- Pereira M.³; Solé D.⁴

CLÍNICA DEL PILAR, CORRIENTES¹; UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE, CORRIENTES²; UNIVERSIDAD FEDERAL

UNIPAMPA, URUGUAIANA, BRASIL³; DIVISIÓN DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA, UNIVERSIDAD FEDERAL DE SAO PAULO, BRASIL⁴

<veroacosta00@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo constituye la principal causa de muerte prevenible y un problema de salud pública.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes de nivel secundario de la ciudad de Corrientes y factores epidemiológicos asociados.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo, epidemiológico. Se encuestaron 1016 alumnos de 12 a 19 años que concurrían a escuelas secundarias, públicas y privadas de Corrientes, capital, durante el 2016. Se aplicó un cuestionario escrito, anónimo, autoadministrado sobre consumo de tabaco, (California Tobacco Survey).

RESULTADOS

El 71,1% de los encuestados nunca fumó un cigarrillo, la prevalencia de adolescentes fumadores fue del 15,25%. El 85,8% fuma 5 cigarrillos o menos por. El 100% cree que puede dejar de fumar si quisiera. El 69,1% comenzó a fumar a los 14 años o menos. En los hogares con ausencia de padre o madre, los adolescentes tienen casi el doble de probabilidades de ser fumadores (OR 1,8). En hogares donde hay fumadores el adolescente tiene casi 3 veces más probabilidades de fumar (OR: 2,8). Poseen 6,3 veces más probabilidades de fumar los

estudiantes que tienen amigos que fuman. El 40,6% tienen padres que no comenzaron o no finalizaron estudios secundarios, el 40% de los fumadores tiene al menos uno de los dos padres con estudios secundarios completos. El 59,6% consumió alcohol por primera vez con 13 años o menos. De los jóvenes que toman alcohol dos o más veces por semana, el 67,5% fuma. El 73% de los jóvenes fumadores cree que el cigarrillo NO hace que se vean mejor o se sientan parte de un grupo. El 63,87% de los fumadores NO cree que los que fuman tienen más amigos. El 91,61% de los alumnos fumadores creen que se perjudican si fuman de 1 a 5 cigarrillos diarios. El 91% de los jóvenes respondieron que nunca fumaron marihuana.

CONCLUSIONES

La prevalencia de adolescentes fumadores en escuelas secundarias de la ciudad de Corrientes, fue más baja que la observada en estudios nacionales. Siete de cada diez fumadores probó el cigarrillo a los 14 años o menos y la mayoría continuó fumando, por lo que las políticas de prevención deberían enfocarse en el rango etario de 10 a 14 años. El hecho de vivir con un solo progenitor u otro familiar, tener padres que no completaron sus estudios, convivir con tabaquistas, tener amigos fumadores y consumir alcohol regularmente, son factores que contribuyen significativamente con el consumo de tabaco en adolescentes.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE EPIDERMÓLISIS AMPOLLAR DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO EN UNA CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

411

Ledo G.¹; Cella E.²; Roca A.³; Proca P.⁴

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4}

<guillermoledo@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La epidermolisis ampollar es una enfermedad de causa genética (18 genes han sido identificados), que se caracteriza por una gran fragilidad de la piel y mucosas con la consecuente aparición de ampollas ante traumatismos mínimos. Es una enfermedad poco frecuente y su incidencia mundial es de 1/15000 a 17000 recién nacidos vivos. Existen tres formas de presentación: simple, de la unión o distrófica, dando lugar a distinto grado de afectación y manifestaciones clínicas. La mayoría de los pacientes presentan ampollas a temprana edad. Existe una forma de presentación congénita, caracterizada por la ausencia de epidermis a nivel pretibial: Síndrome de Bart.

OBJETIVOS

Describir los diferentes tipos de epidermolisis ampollar y las manifestaciones clínicas predominantes que llevaron al diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal de una serie de casos de pacientes con epidermolisis ampollar.

Se analizó la revisión de historias clínicas. Los criterios de inclusión son: niños nacidos a partir del 01 de enero de 2007, que realizan seguimiento en Hospital de Día Polivalente del Hospital Garrahan, con diagnóstico clínico, por biopsia o molecular de Epidermolisis Ampollar.

El criterio de exclusión fue: Pacientes sin diagnóstico confirmado.

RESULTADOS

Se analizaron 46 historias clínicas de las cuales fueron representativas 44. De los pacientes incluidos, el 61% corresponde a la forma distrófica de la enfermedad, mientras que el 39% a la simple.

El 18% presentó Síndrome de BART asociado a ampollas, mientras que el 82% sólo ampollas, la mayoría al momento del nacimiento.

CONCLUSIÓN

Dentro del grupo analizado, predominan los pacientes con la forma distrófica de la enfermedad. La lesión predominante, que llevó al diagnóstico, fue la presencia de ampollas.

Por este motivo, consideramos que frente a un recién nacido, con lesiones compatibles, se debe considerar esta entidad, que si bien se trata de una enfermedad poco frecuente, la detección temprana y la derivación oportuna del paciente a un centro de referencia es fundamental. Considerado el abordaje interdisciplinario una alternativa muy eficaz.

ANEMIA PRECOZ DEL PREMATURO DE MUY BAJO PESO: FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL MISERICORDIA NUEVO SIGLO

412

Moyano MC.¹; Monte LA.²; Morales P.³; Ahumada L.⁴; Ferreyra M.⁵; Mitrano A.⁶; Ligorria S.⁷

HOSPITAL MISERICORDIA NUEVO SIGLO^{1,2,3,4,5,6,7}

bioqcecciliamoyano@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

En el recién nacido prematuro (RNP) de muy bajo peso de nacimiento (RNMBPN), se produce un descenso muy pronunciado de Hemoglobina (Hb) y Hematocrito (Hto) debido a la combinación de procesos fisiológicos, patológicos e iatrogénicos. A pesar de que múltiples revisiones sistemáticas han corroborado la seguridad y eficacia del clampeo oportuno del cordón, todavía no es una práctica rutinaria en este grupo de RNP.

OBJETIVO

Determinar la frecuencia de anemia precoz y cuáles son los factores asociados a ella en RNMBPN previo a la instauración de un programa de clampeo oportuno de cordón. M Y M: Estudio retrospectivo, observacional, analítico, de corte transversal. Se evaluó la presencia de anemia en los primeros 15 días de vida según valores de referencia de Hto y/o Hb para EG en RN con PN ≤ 1500. Se analizaron los posibles factores asociados entre el grupo con y sin anemia. Período: Enero de 2012 y Diciembre de 2014 en el HMNS. Los datos se procesaron y graficaron por Excel y el análisis de las variables se la Prueba t, o Chi2 según corresponda (p<.05).

RESULTADOS

Se evaluaron 67 RNP que cumplieron con los criterios de selección. Presentó anemia precoz el 66,6%. Se determinó una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de anemia y las siguientes variables perinatales: edad gestacional, peso al nacer; de laboratorio: HTO y Hb al nacer y a los quince días de vida, volumen total de sangre extraída; intervenciones y comorbilidades registradas: necesidad de transfusión de eritrocitos, de asistencia respiratoria mecánica, de oxígeno a los 28 días y a las 36 semanas de edad gestacional corregida, síndrome de distrés respiratorio, persistencia de ductus arterioso, hemorragia intracranial. No hubo asociación entre la presencia de anemia y las variables maternas: edad, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis o anemia en el embarazo (ver tabla). Factores perinatales en pacientes Anémicos vs. No anémicos.

Características

Características	Grupo A-anémicos (n: 45)	Grupo B-no anémicos (n: 22)	p-valor
<i>Neonatal y perinatal</i>			
Hto0, % *	42 ± 7	50 ± 7	<0,001
Hb0, g/dl *	14,5 ± 2,4	17,1 ± 2,4	<0,001
Hto1, % *	33 ± 5	44 ± 3	<0,001
Hb1, g/dl *	11,6 ± 2,0	15,5 ± 0,9	<0,001
Sangre extraída, ml/kg*	9,7 ± 4,7	5,9 ± 2,7	<0,001
<i>Neonatales</i>			
EG, sem. §	28 ± 4	30 ± 4	0,001
Peso, g §	1075 ± 330	1280 ± 365	0,006
<i>Maternas</i>			
Edad, años	25,0 ± 8,0	23,7 ± 7,4	0,694
HIE, % †	22	18	0,365
DBT, % †	(13 – 37)	(7 – 39)	-
33	0	0	
RPM, % †	18	0,106	
11	(21 – 48)	(7 – 39)	
Corioamnionitis%†	9	9	
(5 – 24)	38	(3 – 28)	0,421
38		32	0,325
Anemia, % †	(25 – 52)	(16 – 53)	

Hto: Hematocrito; Hb: hemoglobina; EG: edad gestacional; HIE: hipertensión del embarazo; DBT: diabetes gestacional; RPM: ruptura prematura de membranas. *(X± sd), †(incidencia % (IC 95%)), §(Me±RI). CONCLUSIÓN: la anemia precoz del RNMBPN es una complicación frecuente en nuestro hospital, y se asocia fuertemente con el volumen de sangre extraída y con diversas patologías, hasta que se instaure con eficacia la técnica de clampeo oportuno.



PERCEPCIONES SOBRE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE

413

Robledo M.¹; Palasezzi A.²; Sanz C.³

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,3}; MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN²

<mvictoriarobledo@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica se registran diversas manifestaciones de violencia familiar en los adolescentes que acuden a los consultorios. Muchos factores son los que impactan de manera directa o indirecta en esta problemática de salud. Las investigaciones señalan que la exposición de los jóvenes a la violencia familiar desde temprana edad tiene alcances en el desarrollo cognitivo, afectivo y de relación, haciéndolos susceptibles a presentar síntomas que van desde cefaleas, angustia, etc. Conocer la percepción de los adolescentes sobre esta temática podría contribuir al abordaje de estas consultas.

OBJETIVOS

Describir y analizar las representaciones de los adolescentes respecto al fenómeno de violencia familiar.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación cuantitativa y cualitativa de corte transversal con el fin de analizar las percepciones sobre la violencia familiar de los adolescentes entre 12 y 18 años que concurren al Servicio de Adolescencia del Hospital Elizalde. Se utilizó un cuestionario evaluando la escala de creencias en torno a la violencia familiar y una entrevista semiestructurada con respuestas abiertas, confidencial y voluntaria.

RESULTADOS

Se encuestaron 81 sujetos. Se analizó la puntuación (escala de Likert) que dieron a frases con creencias perpetuadoras de maltrato infantil, violencia doméstica y abuso sexual infantil. Se observaron diferencias

significativas al segmentar la población por sexo mostrando que las adolescentes sostienen con menor fuerza aquellas creencias que legitiman violencia doméstica que los adolescentes. Se encontró además correlación positiva entre las tres subescalas de creencias: a mayores creencias perpetuadoras de maltrato infantil, mayor cantidad de creencias perpetuadoras de violencia doméstica y mayores creencias perpetuadoras de abuso sexual infantil.

CONCLUSIONES

Estudiar este fenómeno a través de la multiplicidad de miradas que puedan aportar los adolescentes brindaría un acercamiento al tema desde otra óptica, con la esperanza de poder complementar nuestras miradas como profesionales en la consulta cotidiana. Este trabajo muestra que segmentando la población en estudio, se pueden analizar variaciones en las creencias de los adolescentes que permitan trabajar de manera más específica sobre aquellas percepciones que, consciente o inconscientemente, replican discursos que naturalizan la violencia.

SÍNDROME DE STURGE-WEBER: REPORTE DE UN CASO.

414

Giraud M.¹; Jalil A.²; Rodríguez V.³

NUEVO HOSPITAL RIO CUARTO^{1,2,3}

<pediatramonicagiraud@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Sturge Weber (SSW) es una alteración del desarrollo neurocutáneo caracterizada por la asociación de angioma facial rojo vinoso, en el territorio del trigémino, angiomatosis leptomeningea y atrofia cerebral frecuentemente ipsilateral, generando convulsiones focales y hemiparesia que suelen ser contralaterales al lado afecto, y retraso mental más o menos marcado. También coexisten alteraciones oculares y/o glaucoma.

OBJETIVOS

Sospechar Síndrome de Sturge Weber para una pesquisa precoz que permita el tratamiento oportuno.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica a partir del análisis de la historia clínica de un paciente hospitalizado.

Caso Clínico: Niña eutrófica de 8 años de edad, derivada por vómitos, cefalea y hemiparesia derecha. Ingresó con diagnóstico presuntivo de accidente cerebrovascular, tiene como antecedente: angioma plano rojo vinoso en hemicara derecha; con tratamiento láser del mismo a los 24 meses de vida, glaucoma en ojo derecho (diagnosticado a los 6 años) y dificultad leve en aprendizaje. Seis meses antes de comenzar con alteraciones de la visión y cefaleas ocasionales, el día previo a internación presenta convulsiones focales derechas y consulta en su localidad, progresa con hemiparesia braquiocrural homolateral y afasia de expresión, consultan nuevamente y es derivada. Al ingreso se constatan síntomas descriptos, se realiza TAC, se descarta patología aguda, y se visualizan lesiones cálcicas parieto-temporales izquierdas, repite convulsión. Se sospecha Síndrome

de Sturge Weber, se confirma con RMN cerebral que informa angiomatosis pial izquierda, Y EEG con disminución de voltaje en hemisferio izquierdo. Angioresonancia de arterias cerebrales normal. Tratamiento con Fenitoína. Evolución favorable. Asesoramiento familiar. Y seguimiento posterior interdisciplinario.

CONCLUSIÓN

El conocimiento de la existencia de este síndrome, nos permite la sospecha diagnóstica y exige interconsultas tempranas y abordaje interdisciplinario para beneficio del paciente en su calidad de vida presente y futura.



GANGLIOSIDOSIS TIPO 1, A PROPÓSITO DE UN CASO

De La Cruz C.¹; Crocco M.²; Challier J.³; Tapia V.⁴; Bertone A.⁵; Abalone A.⁶; Vilariño J.⁷; Vago L.⁸

HOSPITAL ESCUELA EVA PERON^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<delacruzcarolina@hotmail.com>

415

INTRODUCCIÓN

La gangliosidosis tipo 1 (GM 1) es una enfermedad lisosomal, autosómica recesiva, producida por la deficiencia de la enzima B-galactosidasa ácida y la acumulación del gangliósido tipo 1, oligosacáridos y keratán sulfato. Su incidencia es de 1:200.000 habitantes. La GM1 tiene 3 formas clínicas bien definidas: el tipo 1 o infantil, con inicio de manifestaciones clínicas en el período de la lactancia, combina hallazgos de neurolipidosis (neurodegeneración, mancha rojo cereza en el fondo de ojo), con las características de las mucopolisacaridosis (visceromegalia, disostosis múltiple y facies tosca).

OBJETIVO

Presentar un caso de GM 1 en un lactante con retraso neuromadurativo severo.

CASO CLÍNICO

varón de 11 meses, con retraso neuromadurativo severo, ingresa a sala de pediatría derivado de UCIP, para continuar internación por neumonía aguda de la comunidad y completar estudios por sospecha de síndrome genético.

Al examen físico se constata retraso global del neurodesarrollo, hipotonía generalizada a predominio axial, conducta visual errática, nistagmus horizontal a izquierda. Hipertrofia gingival. Estridor inspiratorio intermitente. Hepatoesplenomegalia, Hidrocele bilateral severo.

Es evaluado de forma interdisciplinaria, se solicita fondo de ojo visualizándose mancha rojo cereza y potenciales evocados visuales con ausencia bilateral de respuesta. Potenciales evocados auditivos con umbrales electrofisiológicos elevados. Hexosas en papel de filtro que informa pseudodeficiencia de B- galactosidasa y aumento de ácido siálico en orina con lo que se realiza diagnóstico de GM1.

Al año y 2 meses el paciente fallece debido a intercurencia respiratoria.

CONCLUSIÓN

La GM 1 es una enfermedad neurometabólica de baja incidencia, con ausencia de tratamiento efectivo. Por lo que ante un retraso madurativo severo, creemos pertinente la sospecha de dicha entidad, para un adecuado abordaje multidisciplinario y una temprana consejería genética.

A PROPOSITO DE UN CASO: ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE (ECN) POR ROTAVIRUS EN UN RN (RECIÉN NACIDO) PREMATURO

Lopez Garcia S.¹; Lopez Turconi E.²; Puigdevall J.³; Torroija C.⁴

SANATORIO DE LOS ARCOS^{1 2 3 4}

<slopezg@intramed.net>

416

INTRODUCCION

La ECN es la patología gastrointestinal mas grave de los RN prematuros , que conlleva una alta morbimortalidad a corto y largo plazo. La etiología es multifactorial , interviniendo factores prenatales , postnatales como asi tambien agentes patogenos, siendo bajo el rescate de germen. El rotavirus es el agente infeccioso mas comun de la gastroenteritis aguda que afecta a niños entre 2 meses y 5 años. existen escasos reportes en la literatura de ECN por rotavirus en la Unidad de Cuidados Neonatales(UCIN)).

OBJETIVOS

Reportar un caso de ECN por rotavirus en un recién nacido prematuro internado en una UCIN asociado a morbilidades , como asi tambien la importancia de su búsqueda sistemática para prevenir potenciales brotes epidémicos.

DESCRIPCION DEL CASO: se trata de un RN de 32 sem con pn de 1884 g. Apgar: 7/8 , nacido por cesarea de urgencia por hemorragia materna. Curso enfermedad membrana hialina que requirió asistencia respiratoria mecánica y surfactante , con buena evolución clínica .Inicio aporte enteral al 2º día de vida con leche humana . Recibió nutrición parenteral por catéter umbilical arterial . Al 6º día de vida presenta cuadro clínico de ECN (vómitos + apneas + distensión abdominal y enterorragia). Se ayuna, se policultiva y se indica antibióticos. Requiere soporte hemodinámico y respiratorio. A las 24 hs se informa rotavirus + en materia fecal , siendo el resto de los cultivos negativos. Permaneció ayunado por 10 días y en aislamiento de contacto por 14 días.

Por interrogatorio la madre refiere cuadro clínico de diarrea previo al inicio de la enfermedad del bebé. no se aisló rotavirus en materia fecal materna (al momento de la toma , la madre no presenta diarrea).

Al realimentarlo , presento vómitos, constatándose estenosis segmento ileal terminal sin afectar válvula. Se realizó ileostomía.

Con buena evolución clínica posterior , se otorga egreso hospitalario.

CONCLUSION

El rotavirus es causa infrecuente de ECN con pocos reportes en la literatura , siendo la mayoría de ellos asociados a brotes epidémicos de infecciones gastrointestinales agudas en UCIN.

Si bien no tiene tratamiento específico, su detección precoz permite adoptar medidas de control de infecciones.

Se requieren más estudios para determinar la prevalencia del rotavirus en las UCIN , como así también su relación con la ECN.



NECROSIS GRASA DEL RECIÉN NACIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

417

Rodriguez V.¹; Spiatta G.²; Gastaldi A.³

NUEVO HOSPITAL RIO CUARTO- SAN ANTONIO DE PADUA^{1,2,3}

<vanirod80@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La necrosis grasa del recién nacido (NGRN) es una rara enfermedad que afecta al tejido adiposo y que se desarrolla durante las primeras semanas de vida, en recién nacidos de término o post-término. Las lesiones aparecen con edema y eritema, evolucionando a nódulos y/o placas eritemato-violáceas, de consistencia duro-elástica, únicas o múltiples, en dorso, hombros, glúteos, brazos, muslos y mejillas. Suelen ser asintomáticas o puede existir sensibilidad local, con completa regresión en semanas. Las complicaciones son infrecuentes, siendo la más importante la hipercalcemia. La patogenia es desconocida aunque se han identificado factores predisponentes para su desarrollo: DBT Gestacional, Preeclampsia, uso de bloqueadores de calcio o consumo de cocaína durante el embarazo, asfixia perinatal, hipotermia, infecciones y trauma cutáneo.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de necrosis grasa del recién nacido para su diagnóstico precoz.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica a partir del análisis de historia clínica de un paciente hospitalizado.

Caso Clínico: Niña de 29 días de vida, RNT, con antecedente de HTA materna, derivada a este hospital por irritabilidad y fiebre. Al examen físico: celulitis en zona dorso lumbar con región indurada y drenaje de líquido purulento por fosita pilonidal. Se toman cultivos e ingresa con diagnóstico de celulitis y absceso de región lumbar. Recibe tratamiento antibiótico, empeorando la zona de lesión con zonas eritemato-violáceas,

nódulos blanquecinos y zonas reblandecidas por lo que se sospecha necrosis grasa. Se realiza ecografía y biopsia siendo compatibles con el diagnóstico. Cumple 14 días de tratamiento con vancomicina, por cultivo positivo para SAMRco, concluyendo como diagnóstico: NGRN sobreinfectada con SAMRco. No se evidenciaron complicaciones en los sucesivos controles hasta los 6 meses.

CONCLUSIÓN

La NGRN es una patología poco frecuente, de curso benigno, autolimitada y que suele desaparecer sin dejar secuelas. Sin embargo, pueden presentarse complicaciones como hipercalcemia. Su potencial gravedad es el motivo por el cual debemos diagnosticarla a tiempo, para prevención y tratamiento, estableciendo una estrecha vigilancia hasta 6 meses después de la resolución de las lesiones.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN EL PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

418

Gavagnin M.¹; Del Monte G.²; Bastard M.³; Cardillo J.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1,2,3,4}

<inesgavagnin@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La incidencia de accidentes cerebrovasculares (ACV) en pediatría se encuentra en aumento y es comparable con la de tumores de sistema nervioso central (SNC). La recuperación y el pronóstico dependen fundamentalmente de la instauración de un tratamiento temprano. Los pacientes oncológicos presentan múltiples factores de riesgo para padecer un ACV, la sospecha clínica y el diagnóstico precoz es esencial para disminuir la morbimortalidad y mantener la calidad de vida de estos pacientes.

OBJETIVO

Describir el caso clínico de una paciente de 9 años de edad con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda (LLA) de riesgo intermedio que durante su internación por neutropenia febril presenta un ACV.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 9 años de edad con diagnóstico de LLA de riesgo intermedio en marzo de 2016, realiza tratamiento según protocolo Grupo argentino de tratamiento de leucemia aguda (GATLA) finalizando fase de inducción en diciembre de 2016. Cuatro días después se interna por neutropenia febril con foco urinario y rescate de Klebsiella pneumoniae. Al quinto día de internación presenta en forma repentina plejía braquial al que suma a las horas hemiplejía facio-crural derecha y afasia de expresión, reflejos osteotendinosos disminuidos y velo de paladar asimétrico. Se realizan estudios de laboratorio (neutropenia, plaquetopenia y coagulograma normal), tomografía computada (TC) de SNC que no mostraba signos de hemorragia ni otra imagen patológica. Por persistir con misma sintomatología y con sospecha de ACV, se realiza resonancia magnética (RM) y angio-RM

de SNC que evidencia en la secuencia difusión una imagen hiperintensa en territorio de arteria cerebral media. Con diagnóstico presuntivo de ACV isquémico se medica con heparina de bajo peso molecular y se indica kinesioterapia motora. La paciente evoluciona favorablemente, resolviendo los déficits motores y la afasia.

CONCLUSIÓN

Los pacientes oncohematológicos presentan numerosas complicaciones debido tanto a su enfermedad de base como a su tratamiento. El ACV forma parte de una de ellas, el diagnóstico temprano y la instauración precoz del tratamiento junto con un enfoque multidisciplinario, son fundamentales para mejorar el pronóstico y la recuperación del paciente, limitando la afectación de su calidad de vida.



A PROPÓSITO DE UN CASO: TORTICOLIS EN UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MALFORMACIÓN DE CHIARI I Y SIRINGOMIELIA

419

Agosta M.¹; Ajler G.²; Lamberti F.³; Manini P.⁴; Pensa P.⁵; Raitano P.⁶; Tuccillo P.⁷

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO^{1,2,3,4,5,6,7}

<maria_temis@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La torticolis es la inclinación lateral de la cabeza hacia un lado con rotación del mentón hacia el lado contrario. No es un diagnóstico en sí mismo, sino que es un signo clínico que puede expresar un trastorno subyacente. Puede ser de causa Congénita o Adquirida. Su presencia nos obliga a descartar patología Traumática, Infecciosa y Tumoral.

La malformación de Chiari es una enfermedad generalmente congénita, que consiste en una alteración anatómica de la base del cráneo, en la que se produce herniación del cerebelo y del tronco del encéfalo a través del foramen magnum hasta el canal cervical. Hay 5 subtipos. Chiari tipo I característicamente se asocia a siringomielia.

OBJETIVO

Presentar un caso de Torticolis como manifestación clínica de Malformación de la Charnela Occipitocervical en un paciente con diagnóstico de Enfermedad de Chiari I y Siringomielia.

POBLACIÓN

Paciente de sexo masculino, 8 años de edad, en seguimiento desde hace 1 año por servicio de Traumatología por presentar torticolis a predominio derecho, en tratamiento con kinesioterapia motora, por no presentar mejoría clínica se realiza RMN medular en la cual se observa masa de c3 a d2. Se deriva a Neurología y se decide internación.

MATERIALES Y MÉTODOS

RMN medular y cerebral. TAC cerebral y columna. Espinograma.

RESULTADOS

RMN medular se observa lesión ovoide hipointensa en T1 hiperintensa en T2 y STIR que se entiende de c3 a d2 compatible con Siringomielia.

RMN cerebral: descenso caudal de las amígdalas cerebelosas por debajo del nivel del foramen magno compatible con malformación CHIARI I.

TAC cervical: descenso de amígdalas cerebelosas a través del foramen magno. Falta de fusión del arco anterior del atlas. Falta de segmentación vertebras C2-C3.

Espinograma: normal

Fue evaluado por Servicio de Neurocirugía quien decide realizar craneotomía occipital.

Actualmente esta siendo estudiado por Traumatología (especialista en columna).

CONCLUSIÓN

Si bien la torticolis en pediatría suele ser de causa congénita y tener un curso benigno, su presencia, nos obliga a descartar patología tumoral, infecciosa o traumática.

En el caso de nuestro paciente la torticolis se manifiesta como signo clínico de una malformación de la charnela occipito vertebral asociado de Enfermedad De Chiari I y Siringomielia.

Por lo tanto, un diagnóstico rápido y oportuno, permite una resolución quirúrgica, que evitará futuras complicaciones.

ENFERMEDAD DE DARIER-WHITE Y STAFILOCOCO AUREUS

420

Antunes R.¹; Sgromo S.²; Hiernard M.³; Pisapia N.⁴

HIGA VICENTE LOPEZ Y PLANES GENERAL RODRIGUEZ^{1,2,3,4}

<rominaantunes@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Darier es un desorden de herencia autosómica dominante infrecuente, caracterizado por pápulas foliculares y perifoliculares y placas queratósicas distribuidas en áreas seboreicas. Se acompaña, además, de compromiso ungueal y mucoso. La causa de esta enfermedad es la mutación del gen ATP2A2, responsable de la regulación de las señales de calcio dependientes.

La enfermedad de Darier se manifiesta entre la primera o segunda década de la vida, con un pico de aparición en la pubertad, sin predominio de sexo, frecuentemente empeora en verano, frente a la exposición a radiaciones ultravioletas así como también por traumatismos e infecciones bacterianas y víricas, especialmente por herpes simple.

OBJETIVO

Presentación de una paciente adolescente con reagudización de Enfermedad de Darier White por sobreinfección bacteriana (stafilococo aureus).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de caso clínico, retrospectivo, descriptivo, basado en revisión de historia clínica.

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 13 años de edad, con antecedentes de enfermedad de Darier White, que concurre al servicio de emergencia por presentar registros febriles de 38,4°C de 48 hs de evolución. Al examen físico se constatan lesiones tipo papulares y pustulares, perifoliculares y foliculares, de color amarillo parduscas, algunas eritematosas, otras con costras melicéricas, algunas

con secreción purulenta, muy pruriginosas, a predominio de cuero cabelludo, rostro y parte superior de tórax. También presenta en región ungueal hiperqueratosis y en región palmar y plantar se podía observar papulas hiperqueratósicas, de aspecto empedrado. Se realizan estudios de laboratorio donde se observa leucocitosis (24000GB), eritrosedimentación acelerada (104mm 1 h), PCR positiva (++++), por lo que se inicia tratamiento con clindamicina 30 mg/kg/día endovenosa, previa toma de hemocultivos x 2 y cultivos de lesiones cutáneas. Asimismo se indica tratamiento con agua D`Alibour en forma local, Loratadina 10 mg/día via oral y Meprednisona 8 mg cada 6 hs via oral.

RESULTADOS

Se obtiene en hemocultivo y cultivo de lesión stafilococo aureus sensible a clindamicina y timetroprima. La paciente permanece internada por 96hs con buena evolución clínica continuando tratamiento y seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIÓN

En esta enfermedad existe una predisposición a enfermedades bacterianas, fúngicas o virales que también exacerban la enfermedad. La sobreinfección más frecuente es la bacteriana.



421

A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A BRUCELOSIS, UNA PRESENTACIÓN INUSUAL

Oddone F.¹

HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA¹

<franoddonec@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Brucelosis es una enfermedad zoonótica que se caracteriza por fiebre, hepatoesplenomegalia, citopenia y linfadenopatía.

El síndrome hemofagocítico (SHF) es la activación inmune patológica de las células natural killer que genera sobreestimulación de células T, se presenta con fiebre, hepatoesplenomegalia, citopenia, elevados valores de ferritina y triglicéridos, bajo fibrinógeno y hemofagocitosis en médula ósea.

OBJETIVO

Presentar caso clínica de asociación de dichas entidades, la cual no es frecuente en pediatría.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una niña de 10 años que fue derivada a nuestra institución por fiebre de 6 días de evolución y síntomas compatibles con gastroenteritis. Al ingreso se constata hepatoesplenomegalia, anemia, leucopenia y elevación de transaminasas. Se tomaron hemocultivos, urocultivo y coprocultivo, y se inicio tratamiento antibiótico empírico. Continuo febril, con bicitopenia, elevación de ferritina y fibrinógeno, por lo que se realizo punción de médula ósea, demostrando la presencia de hemofagocitosis. En su cuarto día de internación los hemocultivos desarrollaron *Brucella melitensis*. Tras la interrogación se comprobó el consumo previo de queso de cabra sin pasteurizar. Se descarto la

afectación cardíaca y ósea, y recibió tratamiento antibiótico dirigido con doxiciclina y gentamicina. Control al mes con recuperación clínica y hematológica.

CONCLUSIÓN

Aunque la asociación de hemofagocitosis y brucelosis es una presentación inusual en pediatría, en pacientes con síntomas de SHF secundario, especialmente en las áreas endémicas, debería considerarse la brucelosis como una probable etiología.

FALLA HEPATICA AGUDA EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Varady S.¹; Gomez A.²; Hershon F.³; Maqueda J.⁴; Raggio S.⁵; Vitale M.⁶; Valetta E.⁷

HOSPITAL DURAND^{1,2,3,4,5,6,7}

<silvinavarady@gmail.com>

422

INTRODUCCIÓN

La falla hepática aguda (FHA) es un síndrome de disfunción severa de los hepatocitos que lleva a un fallo de la función de síntesis y detoxificación. Es una enfermedad potencialmente fatal que cursa con lesión hepática aguda y coagulopatía irreversible. Se reconoce el origen metabólico, infeccioso, tóxico, autoinmune, vascular, tumoral e indeterminado (47%). La presentación clínica depende de la etiología, comenzando habitualmente con hepatitis aguda con evolución desfavorable, compromiso del estado general y severa coagulopatía. El tratamiento consiste en la implementación de medidas generales de soporte y manejo de las complicaciones, resultando en muerte o trasplante hepático en más del 45% de los casos.

OBJETIVOS

Describir un caso de FHA internado en la sala de Pediatría planteando diagnósticos diferenciales y terapéutica instaurada, destacando la importancia de la sospecha diagnóstica, y la derivación temprana y oportuna a un centro especializado con posibilidad de Trasplante Hepático.

Material y métodos: a propósito de un caso.

Caso clínico: Paciente de 14 años, con antecedente de depresión, consulta por dolor abdominal de 14 días de evolución agregando intolerancia a la vía oral en las últimas 48hs. Se constata ictericia de piel y mucosas, aumento de transaminasas, bilirrubina y descenso marcado del Tiempo de Protrombina (TP). Se decide su internación con diagnóstico de insuficiencia hepática secundaria a hepatitis aguda. Se

solicitan serologías para virus hepatotrópos, tóxicos en orina y perfil inmunológico (FAN, ANA, IMTEC-liver LIA y ASMA) resultando negativos. Recibe tratamiento antibiótico por posible foco biliar y 2 dosis de vitamina K sin respuesta, manteniendo TP y descenso de factores de la coagulación. Al reinterrogatorio se rescata el dato de consumo de sustancia ilícita conocida como "lanza perfume", solvente hidrosoluble compuesto por éter, cloroformo y cloruro de etilo. Con función hepática desmejorada y clínicamente estable, se decide su derivación a un centro especializado en hepatología donde se instaura tratamiento con N-acetilcisteína presentando mejoría clínica.

CONCLUSIÓN

La FHA es una enfermedad grave, poco frecuente en pediatría y potencialmente fatal, requiere un abordaje multidisciplinario para lograr diagnóstico etiológico y así poder instituir el tratamiento específico en forma rápida evitando complicaciones y la necesidad de trasplante hepático.



OSTEOMIELITIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

423

Garin M.1; Ansio C.2; Cámara G.3; Tapia V.4; Seveso J.5; Abalone A.6; Astbury M.7

HOSPITAL ESCUELA EVA PERON - Granadero Baigorria^{1,2,3,4,5,6,7}

<magustinagarin@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad granulomatosa crónica. El compromiso puede ser pulmonar o extra pulmonar. La incidencia de TBC extra pulmonar es del 15-20%, siendo las formas más frecuentes pleural y ganglionar y en menor medida genitourinaria, osteoarticular y gastrointestinal. Dentro de la osteoarticular las más frecuentes son: columna vertebral (50%), rodilla (15%) y cadera (15%).

OBJETIVO

Presentar un caso de osteomielitis como forma de presentación de tuberculosis extra pulmonar.

CASO CLÍNICO

Varón de 4 años, sin antecedentes de jerarquía, se interna por cuadro de 24 hs de evolución de coxalgia izquierda e impotencia funcional. Se realiza radiografía de cadera que evidencia lesión osteolítica en cuello femoral izquierdo. Por agregar registros febriles, se sospecha infección osteoarticular y se inicia antibioticoterapia con clindamicina previa toma de hemocultivos.

Se realiza RMI con imagen medular redondeada, de aprox. 14 mm asociado a derrame articular leve-moderado, y punción ósea con toma de muestras para cultivo y análisis histopatológico. Se obtiene cultivo positivo para BAAR por lo que se re interroga a familiar obteniéndose foco positivo para tuberculosis y antecedente de cojera y dolor intermitente de 2 meses de evolución. Se realiza PPD (positiva >15 mm) y TAC de tórax que informa adenopatías calcificadas para-mediastinal e hilar derecho y pre traqueal.

Se resume el cuadro como osteomielitis crónica tuberculosa. Se suspende antibioticoterapia y se inician tuberculostáticos. Se otorga alta con seguimiento ambulatorio con Servicio de Infectología. Se obtiene posteriormente informe de anatomía patológica donde se evidencia presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes.

CONCLUSIÓN

La tuberculosis representa un importante problema sanitario, representando en Argentina una tasa de incidencia de 25/100.000 habitantes. Si bien el compromiso pulmonar es la forma más frecuente de presentación, cualquier otro órgano y sistema puede verse afectado. Por tal motivo jerarquizamos la importancia de mantener un elevado índice de sospecha, ya que el retraso en el diagnóstico de las formas extra pulmonares es un hecho frecuente que conlleva un aumento de morbilidad y mortalidad.

FARMACODERMIA CON EL USO DE VANCOMICINA EN PACIENTE CON NEUMONÍA COMPLICADA, A PROPOSITO DE UN CASO.

424

Crocco M.1; De La Cruz C.2; Challier J.3; Tapia V.4; Bertone A.5; Abalone A.6; Pendino P.7

HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN^{1,2,3,4,5,6,7}

<croccoml@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las farmacodermias son reacciones adversas a medicamentos que se expresan clínicamente en piel y mucosas, en forma aislada o combinada con otros órganos o sistemas. Afectan al 2,2 % de los pacientes hospitalizados que reciben tratamiento sistémico y en la edad pediátrica se caracterizan por una importante morbimortalidad.

OBJETIVO

Presentar un caso de farmacodermia secundaria a antibioticoterapia por neumonía a *Streptococo pneumoniae*.

CASO CLINICO

Paciente de 8 años, sin antecedentes de jerarquía, internado por neumonía con derrame pleural derecho, medicado con penicilina G a dosis habituales. A las 24hs. de internación, se recibe 1 hemocultivo positivo a *S. pneumoniae* y por desmejoría clínica, se rota antibioticoterapia a Vancomicina + Cefotaxima y se solicita tomografía de tórax compatible con signos de organización, por lo que servicio de cirugía decide decorticación pleuropulmonar.

Cumpliendo 11 días de antibioticoterapia, presenta exantema morbiliforme, pruriginoso, generalizado, por lo que se suspende tratamiento instaurado, indicándose antihistamínicos y corticoides.

Es evaluado por servicio de inmunología y dermatología, quienes solicitan serologías virales, test de transformación blástica para dipirona con resultados negativos. Se solicita además test de transformación blástica para vancomicina resultando positivo.

El paciente evoluciona favorablemente a la terapéutica instaurada observándose, a las 72 horas descamación de piel y mucosas y desaparición paulatina del exantema. Se asume el cuadro como farmacodermia por vancomicina.

CONCLUSIÓN

La rápida detección y la instauración del tratamiento adecuado, al igual que la identificación y suspensión del agente causal en las farmacodermias, son esenciales para prevenir la progresión de la reacción, así como también evitar futuras exposiciones y asegurar el uso adecuado de los fármacos.



ESPOROTRICOSIS LINFOCUTÁNEA EN NIÑOS. REPORTE DE UN CASO.

Verta S.¹; Bravo G.²; Livio M.³; Rodríguez N.⁴; ávalos N.⁵; Errante N.⁶; Brandi M.⁷; Mercuri J.⁸

HOSPITAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

sandra.verta.f@gmail.com

425

La esporotricosis suele originarse cuando el agente causal, *Sporothrix Schenckii*, se inocula en un lugar con una lesión cutánea menor y produce un nódulo ulcerado, verrugoso o eritematoso, que a veces se asocia a diseminación linfática local. También puede diseminarse por vía hematológica, que en el huésped inmunocompetente produce lesiones aisladas (osteoarticulares, sistema nervioso central u oculares). Presentamos un caso atípico de esporotricosis linfocutánea en un paciente previamente sano, con serologías negativas y lesiones ulcerosas en número de tres en tercio inferior de miembro inferior izquierdo, de evolución tórpida, con fondo granulomatoso, indolora, sin signos de infección, que impresionan en recorrido linfático. En forma lineal hacia la rodilla se observaron nódulos eritematosos, ligeramente pruriginosos, que posteriormente se ulceraron. Presentó cultivos negativos para gérmenes comunes, *Mycobacterias* y hongos, *Leishmania* y amebas; y positivo para *Sporothrix Schenckii*, con anticuerpos séricos presentes. Recibió tratamiento con Itraconazol, con resolución completa del cuadro y buena evolución en el seguimiento ambulatorio.

SHOCK SÉPTICO Y PETEQIAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE SEPSIS A SAMR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Avanzi D.¹; Miranda J.²; Bordenabe J.³; Dedionigi E.⁴; Peirano M.⁵

HOSPITAL BERNARDO HOUSSAY¹²³⁴⁵

<deniseavanzi@gmail.com>

426

INTRODUCCIÓN

Staphylococcus Aureus es una bacteria anaerobia, gram positiva, productora de catalasa y coagulasa. Desde la aparición de la metilina en 1959, se registró la primera cepa resistente a la misma en Reino Unido en 1961. SAMR de la comunidad (SARM_AC), así como como intrahospitalario, es una causa importante de bacteriemia, y está asociado a una alta morbimortalidad, incluso con el tratamiento adecuado. Asimismo, es una causa de meningitis en aumento, aunque aún poco frecuente.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo, es presentar un caso de shock séptico a *S. Aureus* con exantema petequeal, siendo esta presentación más frecuente con meningococo.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 6 meses y medio de edad, ingresa a guardia de Servicio de Pediatría por presentar cuadro febril de 48 horas de evolución, deposiciones desligadas, con diagnóstico de neumonía en otro centro hospitalario, ahora en tratamiento con Amoxicilina. Al ingreso se constata paciente hipotónico, hiporreactivo, leve enoftalmos, mucosas semihúmedas. Se interpreta el cuadro como deshidratación leve secundaria a gastroenteritis aguda. Se inicia hidratación VO, con leve mejoría del cuadro clínico. Se realiza rx de tórax, sin evidencia de imágenes compatibles con neumonía. Se solicita laboratorio y muestra de orina para citoquímico y cultivo. Datos de laboratorio: EAB 7,27/32/15/-11, ESD: 48 Leucocitos 4900 PMN: 71%, HTO 31 HB: 10,2. Sedimento urinario no patológico.

A la hora presenta reticulado marmóreo desde zona periumbilical hasta miembros inferiores. Se decide colocación de vía periférica con expansión a 20 ml/kg, toma de hemocultivos x 2, PL para análisis citoquímico y cultivo (HMG 53) y corrección de glucemia con dextrosa al 5%. Resultado de citoquímico LCR: Glucorraquia: 14 mg/dl, proteinorraquia: 283 mg/dl, leucocitos 8700, PMN: 87%. Pocos minutos después comienza con petequias en MMII que se generalizan rápidamente. Se inicia tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 1 gramo, EV. El paciente entra en paro cardiorrespiratorio, al que responde con maniobras de RCP y oxígeno suplementario por máscara simple/reservorio. Se solicita derivación urgente a UTIP, en otro centro hospitalario. A las 72 hs se reciben resultados de HMC y LCR ambos positivos para SAMR. Paciente fallece en UTIP a los 5 días.

DISCUSIÓN

Existen trabajos científicos con resultados contrapuestos, en cuanto a la gravedad de las infecciones por SAMR-AC. No obstante, resulta difícil de discutir la rapidez con la que debemos actuar ante cuadros como meningitis u osteomielitis causadas por este agente, y la implementación del tratamiento empírico adecuado, siendo que el retraso en su implementación, como la elección del antibiótico inadecuado aumentan significativamente la mortalidad. Si bien existe consenso acerca de la terapéutica empírica en cuadros compatibles con meningococcemia, con cefalosporinas de tercera generación, podríamos comenzar a replantear este asunto, debido al incremento de la incidencia de infecciones por SAMR-AC.



DETECCIÓN DE SOPLO CARDÍACO Y DERIVACIÓN OPORTUNA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA (MCH) ASIMÉTRICA.

427

Lesgart S.¹

HOSPITAL CENTENARIO¹
<sofialesgart@hotmail.com>

OBJETIVOS

Demostrar mediante un caso que con una correcta anamnesis y examen físico se puede arribar al diagnóstico precoz de cardiopatía en la infancia. Compartir la experiencia para alertar a otros colegas de no subestimar soplos hallados.

INTRODUCCIÓN

Los soplos cardíacos son un hallazgo frecuente en niños quedando a cargo del pediatra la correcta evaluación y derivación a especialista.

La MCH se caracteriza por ventrículo izq. hipertrófico no dilatado en ausencia de otra enfermedad cardíaca o sistémica. Es la miocardiopatía primaria genética más frecuente. Incidencia 1/500 nacimientos. Puede haber obstrucción dinámica al tracto de salida del ventrículo izq., si es significativa el pronóstico empeora, debido al daño crónico, mayor estrés parietal, isquemia miocárdica, necrosis y fibrosis de reemplazo. Síntomas característicos: disnea de esfuerzo, dolor precordial, presíncope/síncope.

CASO CLÍNICO

Paciente de 4 años, eutrófica, correctamente inmunizada cursando internación por Síndrome obstructivo bronquial moderado febril. Al ingreso se constata soplo cardíaco de intensidad 3/6 irradiado a dorso. Se solicitó laboratorio con reactantes de fase aguda aumentados y radiografía de tórax con ICT conservado, signos de hiperinsuflación. Requirió oxígeno terapia a alto flujo y múltiples medidas de apoyo respiratorio con escasa respuesta. Se interconsultó con Cardiología, realizan Ecocardiograma: Insuficiencia mitral severa, insuficiencia tricúspidea leve, Gradiente AD/VD 34 mmhg, porción basal del SIV

engrosada:11 mm, imagen pediculada generando obstrucción al tracto de salida del VI y de mayor ecogenicidad que el SIV. Aurícula izq. dilatada, relación Ao/Ai 1,5. Conclusión: MCH septal asimétrica vs Tumor cardíaco. Ecocardiograma: signos de sobrecarga izq., supradesnivel del ST, alteración difusa de la repolarización. Se indica diuréticos y betabloqueante. CardioRMI confirma diagnóstico de MCH septal asimétrica.

CONCLUSIÓN

Se debe tener alto índice de sospecha al auscultar un soplo cardíaco, si bien la mayoría son banales de la infancia un porcentaje son patológicos y pueden derivar en la muerte súbita del niño. Dado herencia autosómica dominante de la MCH se debe estudiar a familiares de primer orden, consejería genética a los padres. Transmitir el pronóstico de la enfermedad. Brindar calidad de vida mediante tratamiento sintomático.

TUMOR INFLAMATORIO DE POTT: UNA COMPLICACIÓN EXCEPCIONAL DE UNA PATOLOGÍA BANAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

428

Gonzalez V.¹; Quevedo F.²; Gorga A.³; Rodriguez M.⁴; Ciriaci C.⁵; Liruzzi P.⁶; Garcia S.⁷

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "V. Tetamanti" -Mar del Plata-^{1,2,3,4,5,6,7}
<verox90@hotmail.com>

OBJETIVO

1) Presentación de un caso clínico de sinusitis complicada; 2) Jerarquizar manifestaciones clínicas para incrementar la sospecha diagnóstica; 3) Describir terapéutica instaurada para prevenir complicaciones intracraniales.

INTRODUCCIÓN

La sinusitis es una patología frecuente en la edad escolar. La sinusitis frontal puede ocasionalmente complicarse presentando tumefacción y edema de la frente, a causa de un absceso subperióstico por osteomielitis del hueso frontal, entidad llamada tumor inflamatorio de pott (TIP).

DESCRIPCIÓN: Paciente femenina de 10 años sin antecedentes, que consulta por cuadro de 15 días de evolución de cefalea y tumoración frontal, tratada con amoxicilina-clavulánico durante 9 días. Al ingreso se encontraba afebril, en buen estado general, presentaba tumoración frontal blanda de bordes delimitados, dolorosa a la palpación de aproximadamente 5 cm de diámetro. Estudios complementarios: Hto 37%; Hb 12,8 g%; GB 9.700/ml (Ns 86%); Pla 252.000/ml; ERS >100/hs; PCR 20,8. Se realizaron: hemocultivos (negativos) y tomografía axial computada de cráneo (colección de 56x46x25 mm frontal izquierda intracranéana extracerebral, con rarefacción ósea frontal y seno frontal izquierdo y celdillas etmoidales ocupadas). Con sospecha de TIP, se indicó antibióticoterapia (clindamicina + ceftriaxona). Se solicitó resonancia magnética nuclear de cerebro (imagen hipointensa en T1 e hiperintensa

en T2 que realiza con contraste) y se realizó interconsulta con el servicio de neurocirugía quienes evacuaron quirúrgicamente la lesión (cultivo de absceso positivo Estreptococo Anginosus –sensible a penicilina y cefotaxima–). Cumplió tratamiento endovenoso con clindamicina 13 días y ceftriaxona 14 días; se realizó tomografía control (sin colección) y se otorga egreso hospitalario con amoxicilina-clavulánico a cumplir 24 días totales de tratamiento. La evolución clínica fue favorable.

DISCUSIÓN

El TIP es una complicación grave de la sinusitis bacteriana frontal. Se deben considerar datos de la anamnesis y examen físico, a fin de tener un alto índice de sospecha que permita un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. El correcto tratamiento antibiótico disminuye la tasa de complicaciones. La profilaxis antibiótica no ofrece beneficios para la prevención de estos cuadros.



DESCENSO DE SEDOANALGESIA: UN DESAFÍO PARA EL PEDIATRA INTERNISTA

Gonzalez Palumbo S.¹; Martínez L.²; Carlos Oliva D.³; Vitale M.⁴; Reines V.⁵
BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

<sgonzalezpalumbo@gmail.com>

429

INTRODUCCIÓN

Los pacientes pediátricos que atraviesan situaciones críticas de salud, vuelven una vez superada esta instancia, al cuidado de pediatras en la sala de internación. Este desafío nos lleva a introducirnos en temas como sedoanalgesia y síndrome de abstinencia, para mejorar el nivel de atención de nuestros pacientes.

El descenso brusco de sedoanalgesia, produce un cuadro de síntomas y signos físicos conocido como síndrome de abstinencia. Valorar la aplicación de escalas para evitarlo y conocer los fármacos involucrados es una tarea del pediatra.

OBJETIVOS

- Describir el nivel de sedoanalgesia que requirieron los pacientes derivados desde la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) a sala de internación, en un periodo determinado.
- Revisión bibliográfica de los protocolos de sedoanalgesia y recomendaciones actuales.
- Aplicar un protocolo de descenso de sedoanalgesia, monitorizando el síndrome de abstinencia a través de una escala clínica.
- Evaluar en estos pacientes si se obtuvieron cambios favorables: disminución de días de internación y presencia o no de síndrome de abstinencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo. Se evaluaron 35 Pacientes que ingresaron desde UCIP a sala de pediatría, durante el período de Septiembre de 2015 a Agosto 2016. De este

Universo ingresaron al estudio aquellos pacientes que requerían descenso de sedoanalgesia (n=15).

El registro y análisis estadístico de datos se realizó en Epi Info 7.2.

RESULTADOS

En nuestra experiencia la utilización de un protocolo de sedoanalgesia monitorizado con la escala clínica de WAT-1 mejoró el tiempo de descenso de sedoanalgesia y acortó los días de internación en la sala de internación. Ningún paciente presentó síndrome de abstinencia.

DISCUSION Y CONCLUSIÓN

La aplicación de un protocolo de descenso de sedoanalgesia controlado con escalas clínica no solo es importante en el momento agudo de un paciente crítico, sino que ayudan para una mejor evolución con disminución de la morbimortalidad y menores días de internación.

Al analizar los resultados obtenidos en nuestra experiencia, fue posible realizar un diagnóstico de situación; destacando la importancia de la utilización de protocolos de descenso de sedoanalgesia. El presente trabajo podría ser el origen de futuros estudios que profundicen este desafío para el pediatra internista.

DISMORFÍAS SECUNDARIAS A ÁCIDO VALPROICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez F.¹; Varady S.²; Duarte L.³

Hospital General de Agudos Carlos G. Durand^{1,2,3}

<andreakpa87@hotmail.com>

430

INTRODUCCIÓN

Existe evidencia que la utilización del Ácido Valproico para el tratamiento de la epilepsia, trastorno bipolar y migrañas en mujeres embarazadas puede provocar el Síndrome fetal por Ácido Valproico. Se caracteriza por presentar defectos en el cierre del tubo neural, hendidura palatina, anomalías cardíacas, craneosinostosis, dismorfismo facial, onfalocelo, hernias (diafragmática o inguinal), hipoplasia pulmonar, riñón displásico multiquístico y alteraciones en el neurodesarrollo.

OBJETIVO

Presentar un caso de Síndrome fetal por Ácido Valproico y destacar su importancia como diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina, RNPT PAEG (31 semanas, 1815 gr), Apgar 7/8, nacida por parto vaginal. Madre epiléptica con antecedente de tratamiento con Ácido Valproico durante la gestación. Presentó enfermedad de Membrana Hialina, requiriendo 12 días de ARM. Al examen físico se constató fisura palatina, puente nasal ancho, retrognatia, lóbulos auriculares bilobulados, superposición de dedos de mano y pie izquierdos, hernia inguinal izquierda y frenillo corto. Desarrolló trastorno deglutorio y Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, requiriendo alimentación por sonda nasogástrica y tratamiento médico con domperidona y ranitidina. En su aspecto neurológico presentó ventriculomegalia, retraso en el desarrollo neuromadurativo y alteración de los potenciales evocados auditivos y visuales. Se interconsultó con servicio de genética resultando su cariotipo 46XX, descartando cromosomopatía como etiología del síndrome, por lo que se asumió el

cuadro secundario al efecto de la ingesta materna del Ácido Valproico. Actualmente la niña tiene 4 meses de edad corregida y continúa en seguimiento multidisciplinario.

CONCLUSIONES

El Ácido Valproico es causa de múltiples malformaciones en el feto, muchas inespecíficas y compartidas con diferentes entidades. El 0,5% de los nacimientos son producto de madres epilépticas, y el valproato se prescribe en el 5-20% de los embarazos. Dado que en la mayoría de los casos no existe terapia alternativa para la madre con otros fármacos, se disminuye la dosis del Ácido Valproico para así reducir las concentraciones de la sustancia en plasma. Se debe tener en cuenta que el uso concomitante con otros antiepilépticos aumenta el porcentaje de afectaciones en el feto.

Es de suma importancia y un desafío para el pediatra tener en cuenta esta patología, realizar el diagnóstico diferencial y así iniciar el abordaje multidisciplinario.



ESTUDIOS POR IMÁGENES EN NIÑOS MAYORES DE 3 AÑOS CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

Torres Perez MC¹; Balestracci A²; Dominguez Figueredo L³; Montecucu MA⁴; Montiel V⁵; Puyol I⁶; Serviddio CC⁷

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7}

mceciatorresperez@gmail.com

432

INTRODUCCIÓN

La ITU puede ser el primer y único marcador de patología nefrourológica subyacente, especialmente de reflujo ureterovesical (RVU). Las guías recomiendan la realización de imágenes para detectar daño renal en menores de 2 años con ITU, existiendo escasa información en niños mayores.

OBJETIVO

Describir prevalencia y hallazgos patológicos en estudios de imágenes en niños entre 3 y 18 años con ITU e identificar factores de riesgo asociados a estas alteraciones.

PACIENTES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes con ITU mayores de 3 años con al menos un estudio de imagen, atendidos en la Unidad de Nefrología del Hospital Elizalde entre el 2000 y 2016. Se excluyeron aquellos con uropatías y/o inmunodeficiencias y/o con estudios de imágenes previos. La estadística descriptiva se presenta como porcentaje y mediana (intervalo), comparación de datos categóricos con test de Chi2 (nivel de significación $p < 0,05$).

RESULTADOS

Se incluyeron 459 pacientes [mediana de edad de consulta 5,75 años (3-18), 374 (81,5%) mujeres]. Se hallaron 294 ITU recurrentes, 129 aisladas y en 36 casos se desconoció dicha información. A su vez, 178 fueron febriles, 59 afebriles y en el resto no se pudo precisar. El primer episodio ocurrió antes de los 2 años en el 33,4% de los casos. Se observó ecografía patológica en 172 casos (41,7%), CUGM en 67

(35,9%) y centellograma en 128 (63,4%). El 25,5% (117 casos) presentó patología significativa (RVU \geq GIII y/o centellograma patológico). El RVU no se asoció con ecografía patológica (37/115 vs. 30/87; $p=0,7$) pero sí con alteraciones centellográficas (49/56 vs. 37/59; $p=0,002$). Existió asociación significativa entre ITU febril y ecografía patológica ($p=0,02$), pero no con los hallazgos en la CUGM ($p=0,22$) ni con el centellograma renal ($p=0,42$). La ITU recurrente no se asoció con alteraciones en los estudios de imagen (ecografía $p=0,51$, CUGM $p=0,47$ y centellograma $p=0,28$). Tampoco la edad de la primera ITU se asoció con patología significativa (30/78 para < 2 años y 53/162 para los mayores, $p=0,54$).

CONCLUSIÓN

En niños mayores con antecedente de ITU la prevalencia de patología significativa fue del 25,5%. El RVU se asoció con alteraciones centellográficas, pero la ecografía renal no fue útil para predecirlo. La recurrencia de infecciones no se asoció con imágenes alteradas. Tampoco hubo asociación entre la edad de la primera ITU y la presencia de patología significativa.

CARDIOTOXICIDAD POR COCAÍNA EN PEDIATRÍA

Moreyra D.¹; Gonzalez Palumbo S.²; Valetta E.³

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS C G DURAND¹; HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS C. G. DURAND²;

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS C G DURAND³

<dai_morey@hotmail.com>

433

INTRODUCCIÓN

El abuso de sustancias psicoactivas es una problemática creciente en la población pediátrica. No solo se ha observado un aumento del consumo, sino también un descenso de la edad de inicio del mismo. La Cocaína es una de ellas, siendo conocidos sus efectos a nivel cardiovascular, potencialmente letales en la intoxicación aguda.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de intoxicación por cocaína en la edad pediátrica y destacar la importancia de su diagnóstico y terapéutica precoz.

Presentación del caso: Paciente de 13 años con antecedente de abuso de sustancias, ingresa a guardia por politraumatismo ocurrido en contexto de pelea callejera. Se constata en regular estado general, obnubilado, con tendencia al sueño. Se coloca soporte con oxígeno al 100% y se realiza expansión con solución fisiológica. Se solicita screening para tóxicos en orina, siendo positivo para Cocaína y Benzodiazepinas por lo que se administra dosis de Flumazenil y Naloxona con mejoría de su sensorio. Presenta laboratorio completo en el que se destaca: CPK 600 UI/L y CPKMB 8.4 ng/ml (aumentados). En ECG se observa elevación del segmento ST en derivaciones de cara inferior y cara anterior. Por Síndrome Coronario pasa a UTIP para monitoreo cardíaco continuo durante 24 hs. Se realizó seguimiento con enzimas cardíacas, las cuales normalizaron al quinto día de internación, y con ECG donde se observó un descenso progresivo del segmento ST y ecocardiograma con diámetros y fracción de eyección conservada.

CONCLUSIONES

Ante la sospecha de intoxicación por sustancias de abuso, es necesario realizar la búsqueda de metabolitos en orina. Confirmada la presencia de cocaína, solicitar un examen de laboratorio completo que además incluya, pensando en el compromiso cardíaco, CPK, CPKMB y Troponina junto con electrocardiograma. En aquellos pacientes que presenten un síndrome coronario agudo es fundamental el monitoreo cardíaco continuo. La estrategia principal es disminuir el tono simpático con benzodiazepinas, para controlar la hipertensión y la taquicardia.

Los abordajes terapéuticos actuales se basan en estudios realizados en adultos, es necesario contar con guías de manejo de estos pacientes mejor definidas al igual que las indicaciones de tratamiento y seguimiento posterior por las posibles repercusiones cardíacas a futuro, siempre en el contexto de un abordaje interdisciplinario de su consumo problemático de sustancias.



VACUNAS Y EL ROL DEL PEDIATRA COMO PROMOTOR Y DIFUSOR DE INFORMACIÓN

434

María Lucía M.¹; Rodríguez B.²; Mansilla R.³; Hershson F.⁴; Vitale N.⁵

HOSPITAL DURAND^{1,2,3,4,5}

<tati_502004@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El programa de inmunizaciones en el país es una de las estrategias preventivas más beneficiosas en salud pública.

Las vacunas se administran habitualmente en niños sanos, y por ello las garantías de seguridad que se les exigen son máximas. Sin embargo, no están exentas de reacciones adversas.

En la actualidad las enfermedades inmunoprevenibles no son prevalentes, por esta razón muchos padres las desconocen y pueden no percibir las como peligrosas.

OBJETIVOS

Valorar el rol del pediatra como promotor y difusor mediante la identificación de la información sobre beneficios y efectos adversos de las vacunas que dispone la población.

Identificar dificultades para el cumplimiento de la vacunación, considerando las barreras geográficas y oportunidades perdidas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, utilizando una encuesta estructurada aplicada a los padres de los pacientes que realizan su seguimiento en el Servicio de Pediatría del Hospital Durand y Cesac N°15.

RESULTADOS

Se incluyeron 224 pacientes, 6 se negaron a participar y 5 presentaron criterios de exclusión, con un N final de 213.

En el 95% la distancia no fue una limitante para cumplir con la vacunación, sin embargo, del total de los encuestados con acceso a centros de

vacunación, el 22% no pudo ser vacunado por presentar catarro de vía aérea superior o por falta de insumos.

Si bien el 96% afirmó que la vacunación es importante sólo el 32% había recibido información sobre los beneficios de las mismas.

El 81% presentó efectos adversos. De los que fueron informados 61% pudo resolver el evento y el 36% debió concurrir a un centro de salud.

De los que no recibieron información y presentaron algún efecto adverso, el 24% resolvió la situación en su casa y el 68% acudió a una institución.

CONCLUSIÓN

Gran parte de la población encuestada reconoce la importancia de la vacunación aunque menos de la mitad recibe información al respecto. Contar con datos sobre los efectos adversos ante la vacunación por parte de los padres disminuye la demanda de atención hospitalaria cuando éstos se presentan.

Aportar información clara, precisa y mantener la comunicación con un buen vínculo entre los profesionales y las familias, es vital para generar mayor adherencia, integración y equidad.

HIPERTENSION INTRACRANEAL IDIOPÁTICA EN PACIENTE PEDIATRICO A PROPOSITO DE UN CASO

435

Podbersich C.¹; Cejas M.²; Tapia V.³; Bertone A.⁴; Abalone A.⁵; Vilariño J.⁶

HOSPITAL ESCUELA EVA PERON^{1,2,3,4,5,6}

<ceciliapodbersich@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La hipertensión intracraneal idiopática (HII) es una entidad poco frecuente en pediatría. Se caracteriza por signos y síntomas de hipertensión endocraneana, sin focalidad neurológica, con exámenes complementarios normales. Su etiología aún es desconocida. Entre sus complicaciones más graves se encuentra el deterioro permanente de la función visual, lo que obliga al diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

OBJETIVO

Reportar un caso de HII en paciente pediátrico.

CASO CLÍNICO

Varón, 4 años de edad. Previamente sano. Presenta cuadro de cefalea crónica y disminución de la agudeza visual. Al examen oftalmológico se detecta papiledema bilateral. Se solicita RMN de encéfalo, análisis de LCR y laboratorio etiológico completo de resultado normal. Al realizar punción lumbar se obtiene presión de apertura aumentada para la edad. Se inicia medicación acorde con buena evolución clínica y de la función visual.

CONCLUSIÓN

Se destaca la importancia de la sospecha clínica precoz ante un paciente con cefalea crónica y alteración visual.

Se debe instaurar tratamiento efectivo evitando la discapacidad visual del niño.



A PROPÓSITO DE UN CASO: ENCEFALITIS POSTHERPÉTICA

Di Chiara E.¹; Mansilla F.²; Olguín M.³

HOSPITAL H. NOTTI^{1,2,3}

<exedichiara@gmail.com>

436

El Herpes Simple (HSV) es una causa frecuente de encefalitis en pediatría, con alta morbimortalidad. El tratamiento con Aciclovir ha demostrado ser efectivo. La recaída neurológica en las semanas o meses siguientes a una encefalitis herpética ha sido documentada tanto en niños como en adultos, manifestándose como encefalitis por AC Anti NMDA.

Reportamos el caso de una niña de 9 años, sin antecedentes, que ingresa a nuestro Hospital con sospecha de meningoencefalitis. Se obtiene PCR positiva en LCR para HSV, cumpliendo Aciclovir durante 21 días. Permanece con trastorno de conciencia y febril durante 11 días, con posterior mejoría neurológica. Se realiza TAC y RMN de cerebro (hallazgos compatibles con encefalitis de sistema límbico bilateral).

A los 22 días de evolución, comienza con polidipsia y poliuria. Se descarta diabetes insípida con test de privación hídrica. Progresivamente agrega síntomas de afectación del sistema límbico (agresividad, desinhibición con conducta hipersexualizada, insomnio, alteración de la memoria). Se descarta recaída herpética con PCR en LCR para HSV negativa, y por sospecha de Encefalitis Autoinmunitaria se realiza búsqueda de panel de autoanticuerpos en sangre y LCR, resultando positivos los Ac ANTI NMDA y las bandas oligoclonales.

Recibió tratamiento con gammaglobulina 1 gr/Kg, dos ciclos de cinco pulsos de metilprednisolona 30 mg/Kg/día y continuó con meprednisona 1-2 mg/Kg/día. Por escasa respuesta al tratamiento se decide comenzar con ciclofosfamida mensual y seis ciclos de plasmaféresis, con franca mejoría de los síntomas psiquiátricos. Se realizó RMN de cerebro de

control mejorada. Permaneció internada durante 80 días, continuando su seguimiento por Hospital de Día y con ciclofosfamida mensual.

Ante la reaparición de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes cursando un cuadro de encefalitis infecciosa, debe sospecharse el origen autoinmunitario de los mismos. En nuestro caso, considerando el sitio de afectación y la etiología herpética inicial, se sospecha Encefalitis por Ac Anti NMDA, debido a la mayor expresión de receptores NMDA en el sistema límbico. Se reporta en la bibliografía una incidencia en aumento de este tipo de encefalitis, que podría deberse a un mayor índice de sospecha y a mayor disponibilidad de métodos diagnósticos. En la bibliografía consultada se reportan escasos datos sobre el pronóstico y secuelas a largo plazo en niños.

A PROPOSITO DE UN CASO: DERRAME PERICÁRDICO POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Badia T.¹; Sanz M.²

HOSPITAL DURAND^{1,2}

<tomasbadia08@gmail.com>

437

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecto-contagiosa causada por Mycobacterium tuberculosis. Es una patología reemergente, endémica en América Latina como en otras regiones del mundo en vías de desarrollo. La pericarditis tuberculosa es una manifestación de infección extra pulmonar poco común, que constituye entre el 1 al 4% de las infecciones por M. tuberculosis en niños.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de derrame pericárdico por M. tuberculosis, destacando su importancia como diagnóstico diferencial en las afecciones del pericardio, debido a la alta prevalencia de la patología en nuestro medio.

CASO CLÍNICO

Paciente de 15 años de edad, previamente sana, presenta cuadro clínico de dos semanas de evolución caracterizado por disnea, dolor torácico y epigástrico, agregando en los últimos días ortopnea y náuseas. Al examen presenta pulso paradójico. Se realiza: radiografía de tórax frente, donde se observa cardiomegalia, y ecocardiograma, que evidencia derrame pericárdico severo con colapso del ventrículo derecho. Se practica pericardiocentesis con un débito de 300 ml. Resultado de citoquímico del líquido pericárdico: líquido turbio, hemorrágico, leucocitos 5909/mm³, hematíes 6.160.000, proteínas totales 5.24 g/dl, LDH 1129 U/L, glucosa 93

mg/dl y albúmina 2.9g/dl. Cultivo: positivo para Staphylococcus Hominis, virológico y hongos (directo): negativos, y cultivo para TBC: pendiente. Cumplió 6 días de antibióticoterapia con Ceftriaxona y Vancomicina, se realizó interconsulta con Infectología tras rescate de gérmen y se decidió rotar a Cefalotina, cumpliendo 14 días totales.

Continuó seguimiento por Hospital de Día Pediátrico. 36 días después de su internación se recibe resultado de cultivo para TBC en líquido pericárdico: positivo para M. tuberculosis. Se realiza PPD: 5 mm, Radiografía Tórax: sin particularidades. Inicia tratamiento con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol. Catastro familiar: negativo. Actualmente la paciente continúa en tratamiento con buena adherencia a los controles.

CONCLUSIONES

Aunque infrecuente, la pericarditis es una de las formas de presentación de la tuberculosis, incluso en huéspedes inmunocompetentes. Es fundamental a la hora de realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico como la pericardiocentesis considerar tomar muestra para cultivo de bacilos ácido-alcohol resistente, y mantener un adecuado seguimiento del paciente hasta obtener el resultado definitivo del mismo.



ANEMIA COMO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO EN PACIENTES INTERNADOS

Guerra P.¹; Carlino D.²; Christeler M.³; Iriazabal Y.⁴; Pisapia N.⁵

HIGA VICENTE LÓPEZ Y PLANES^{1,2,3,4,5}

<pau.guerra8@gmail.com>

438

INTRODUCCIÓN

La anemia es una de las patologías más frecuentemente diagnosticada en niños. Dada la mínima o nula sintomatología que provoca su diagnóstico muchas veces surge al realizar estudios rutinarios en pacientes ambulatorios o en pacientes internados por otra patología. En nuestro país se estima que 1 de cada 2 niños menores de 2 años sufre de anemia, la mayoría secundaria a déficit nutricionales, lo que lleva a problemas de crecimiento, neurológicos e inmunológicos.

OBJETIVOS

Conocer el impacto de esta patología en la población de pacientes internados por otra patología.

MÉTODO Y ESTUDIO

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo, en el que analizamos las historias de todos los pacientes internados en la sala de pediatría desde 1 de Enero de 2015 a 31 de diciembre de 2015.

RESULTADOS

De 1284 historias clínicas analizadas, el 9.4% de los pacientes presentaban anemia sin diagnóstico previo. De este total, un 33,3% no habían recibido profilaxis ni controles periódicos, el 43,3% de estos contaban con el calendario de vacunación atrasado.

De los pacientes con anemia, el 63.3% presentaba los índices hematimétricos por debajo de los 2DS, lo cual se acompaña con los valores antes expresados de los pacientes que presentaban seguimiento y profilaxis.

CONCLUSION

Creemos necesario remarcar la relevancia e importancia de los controles de salud periódicos y del cumplimiento de la profilaxis para la anemia. Asimismo resaltamos la oportunidad de realizar el diagnóstico en la internación de los pacientes y generar la referencia a los centros de atención ambulatorio para su seguimiento y tratamiento.

A PROPÓSITO DE UN CASO: NIÑO DE 8 AÑOS CON SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON

Falisto M.¹; Mackeprang M.²

HOSPITAL MATERNO INFANTIL ARGENTINA DIEGO^{1,2}

<mariavictoria_fa@hotmail.com>

439

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), es una enfermedad inflamatoria aguda, originada por una hipersensibilidad, que incluye la piel y las membranas mucosas, con potencial evolución a formas graves. Varios factores han sido relacionados como desencadenantes tanto infecciosos como medicamentosos. Se caracteriza por una súbita erupción morfológicamente variable, con estomatitis y oftalmía y afectación de otras mucosas. Los pacientes tienen riesgo de recurrencia en uno de cada cinco casos.

OBJETIVOS

Reforzar el uso adecuado de antibioticoterapia.

Profundizar acerca de una entidad clínica poco frecuente, como lo es el SSJ. Remarcar la importancia de un seguimiento adecuado de los pacientes con SSJ, por el riesgo de recurrencia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 8 años ingresa por Eritema multiforme. Una semana antes había presentado catarro de vías respiratorias y fiebre. Su pediatra medicó empíricamente con amoxicilina. A las 48 hs presenta erupción eritematopapular en palmas y plantas, se suspende antibioticoterapia y consulta a nuestro Servicio decidiéndose su internación. Se constata afebril, con lesiones vesiculosas con base eritematosa a predominio de palmas y plantas, compromiso asociado de mucosa oral y conjuntival, agregando afectación de mucosa genitourinaria. Se solicitan Rx de

tórax, hemograma, hepatograma siendo éstos normales. Dermatología sugiere diagnóstico de Eritema multiforme. Se solicitan serologías para Mycoplasma y Herpes Virus. Se interconsulta con Infectología (a distancia) asumiéndose como Síndrome de Stevens Johnson, y se deriva a centro pediátrico con servicio de Infectología. Allí el paciente permanece internado en UCIP. Se obtiene resultado positivo para Mycoplasma y se realiza tratamiento con macrólidos y aminoglucósidos. Días después, por remisión del cuadro se le otorga el alta. A las 72 hs reingresa a UCIP por presentar compromiso muscular, interpretándose como recurrencia del SSJ.

DISCUSIÓN

A pesar de la presencia de fiebre de varios días, es importante no medicar irracionalmente con antibióticos considerando, entre otros efectos negativos, posibles farmacodermias.

El SSJ es una patología poco frecuente pero debe ser conocida y considerada como un diagnóstico diferencial ante lesiones en piel y mucosas. En este paciente, el correcto seguimiento clínico logró detectar una recurrencia.



DIARREA GRAVE POR ROTAVIRUS EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL A. EURNEKIAN EN EL CUATRIENIO 2012 AL 15

441

Rodriguez Perez A.¹; Sosa L.²; Duperré B.³; Cecchini L.⁴

HOSPITAL EZEIZA^{1 2 3 4}

<docenciaeurnekian@outlook.com>

INTRODUCCIÓN

La diarrea por rotavirus es la causa más frecuente de internaciones por diarrea y sus complicaciones en niños menores de 5 años y representa el 19% del total de diarreas internadas en el hospital Eurnekian. Para evitar las variaciones propias de la estacionalidad y contar con un número significativo de datos epidemiológicos locales, se presentan los resultados del cuatrienio previos al inicio de la vacunación masiva contra rotavirus.

OBJETIVOS

Describir algunas características clínicas, epidemiológicas y complicaciones de los pacientes internados por infección por rotavirus en ese cuatrienio, previo a la incorporación de la vacuna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtuvieron muestras de materia fecal para test de látex para rotavirus adenovirus de los niños internados con diarrea durante los años 2012 a 2015. Se obtuvieron datos de las historia clínicas de los pacientes internados por causa de diarrea por rotavirus o que presentaron diarrea en su evolución. Se elaboró una ficha de recolección de datos que fueron volcados en una planilla Excel diseñada para tal fin. Las muestras de materia fecal se procesaron y analizaron en el laboratorio del hospital con material provisto por el ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires.

RESULTADOS

Los promedios anuales en el cuatrienio son: 1922 internaciones anuales, de los cuales las diarreas representan el 7%, y de estas las infecciones por rotavirus representan el 19%, 35% de los cuales son menores de 6

meses, 32% entre 6 y 12 meses y 24% entre 1 y 2 años de vida. El 90% se internaron en otoño e invierno, el 82.5% consume agua de pozo, tiene pozo ciego el 93% de los pacientes. El promedio de días de estada 5.3 días. El 99% de los pacientes fueron eutróficos. El 82% presentan anemia concomitante. En cuanto a las características clínicas padecen diarrea (103) 100%; acidosis metabólica (56), 54% deshidratación moderada (50) 48%, fiebre (49)47%, vómitos (49)47%, leucocitosis (44)43%, y las complicaciones incluyen hipokalemia (36)35%, hiponatremia (16)15.5%, hipernatremia (5)5%, deshidratación grave (4) 4%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las infecciones por rotavirus son causa más importante de diarreas con criterio de internación en menores de 2 años y tienen alto impacto por la frecuencia y la gravedad de sus complicaciones, como la hipokalemia y acidosis metabólicas severas, siendo causa potencial de infecciones intrahospitalarias. Si bien las infecciones no están relacionadas directamente con las condiciones socio ambientales, las condiciones de vida de nuestros pacientes señalan su vulnerabilidad a las mismas. Contar con epidemiología local nos permitirá en los próximos años evaluar el impacto de la vacunación masiva.

ENCEFALITIS POR BARTONELLA SP. A PROPÓSITO DE UN CASO

442

Borda S.¹; Serrano Redonnet C.²; Bande A.³; Verini A.⁴; Sosa G.⁵; Kadi S.⁶; Abramovich N.⁷

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN^{1 2 3 4 5 6 7}

<sabrina-borda@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Bartonella henselae es el agente causal de la enfermedad por arañazo de gato (EAG). Se transmite por mascotas infectadas con Ctenocephalides felis. La EAG es frecuente y existe una forma típica, linfadenopatía regional subaguda, y formas atípicas con manifestaciones sistémicas (5-15%). La encefalitis aparece 2 a 6 semanas luego de los síntomas clásicos (1-7%). El diagnóstico se realiza mediante pruebas serológicas, PCR o cultivo. Se recomienda tratamiento con Doxiciclina, Eritromicina y Rifampicina.

OBJETIVO

Reportar un caso de encefalitis secundaria a Bartonella spp.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años de edad, sexo femenino, oriunda de Eldorado, Misiones, sin antecedentes patológicos. Refirió contacto con perros y gatos no vacunados, con pulgas y garrapatas. Comenzó en diciembre de 2014 con registros térmicos, cefalea temporo-parietal derecha, crisis de desorientación, alteración de la conducta. Por convulsiones focales y tónico clónico generalizadas se decidió su internación. Se realizó laboratorio, LCR (normal), RMN cerebral (cambios de intensidad de señal en radiaciones ópticas, núcleo putaminal y corteza temporo-parietal derechos) y EEG (focalidad temporal bilateral y actividad desorganizada). Recibió Aciclovir (21 días). Por falta de respuesta se derivó a Hospital de Clínicas. Ingresó con sensorio alternante, clonías, apertura ocular espontánea, ecolalia, hemiparesia izquierda e incontinencia esfinteriana. Se realizaron serologías: VIH, HBV, HCV, HSV I/II, Sarampión, arbovirus,

CMV, EBV, alphavirus-flavivirus, CMV (negativas), IgG HSV I/II y PCR para Bartonella spp (positiva), RMN cerebral y EEG mejorados. En LCR se realizó búsqueda de: parásitos, virus (HSV I/II, CMV, EBV, HHV-6, VZV, Flavivirus, Sarampión, virus JC y Arbovirus): negativos y Bartonella (positivo). Se inició tratamiento con Rifampicina/Doxiciclina. Se otorgó egreso hospitalario con examen neurológico normal.

DISCUSIÓN

El 10% de EAG desarrollan manifestaciones atípicas como: encefalitis, afasia, mielitis transversa, Sme. Guillain-Barre, esclerosis múltiple, meningitis, desórdenes psiquiátricos y neurológicos asociados a bacteriemia por Bartonella ssp. El daño al sistema nervioso podría deberse a toxinas neuronales, lesión celular directa o respuesta autoinmune.

CONCLUSIÓN

La encefalitis por Bartonella debería incluirse dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes con medio epidemiológico que oriente la sospecha.



A PROPOSITO DE UN CASO: IMPACTO DEL ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN SINDROME DE HINMAN

443

Tito J.¹; Geuna J.²; Caminitti A.³

HOSPITAL MASVERNAT¹; HOSPITAL V. J. VILELA^{2,3}

<jnicolas.tito@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Hinman se caracteriza por trastornos psicológicos, infecciones urinarias enuresis y encopresis relacionado con constipación. Presentan ureterohidronefrosis y vejiga de lucha con ausencia de coordinación esfínter-detrusor.

OBJETIVO

Resaltar la importancia del trabajo interdisciplinario en el síndrome de Hinman. Paciente de 13 años, contexto socioeconómico vulnerable, derivada desde centro de salud por desnutrición, hiporexia, enuresis y alteraciones del hábito evacuatorio. Antecedentes de infecciones urinarias. Estudios complementarios demuestran signos de IRC, riñón derecho disminuido, escaras renales bilaterales, sin reflujo, vejiga hiperactiva de baja capacidad funcional y megacolon. Durante la internación se evidencia una adolescente de carácter francamente oprimido por una madre dominante. Se asume como síndrome de Hinman. Fue evaluada y tratada conjuntamente por servicios de urología, nefrología, nutrición, gastroenterología y kinesiología. Inicia tratamiento conservador para IRC y para mejorar tránsito intestinal. Se indica ejercicios de piso pelviano, con buena respuesta. La intervención oportuna de salud mental que acompañó el proceso desde el inicio y el apoyo de trabajo representó el éxito terapéutico y la paciente se encuentra libre de síntomas.

DISCUSIÓN

El síndrome de Hinman se caracteriza por la incapacidad para inhibir contracciones involuntarias del detrusor que lleva a aumento de presión intravesical, dilatación de vía urinaria, infecciones y evolución a enfermedad renal crónica. Nuestra paciente no tiene reflujo vesicoureteral, pero presentaba signos de insuficiencia renal. El componente psicológico es importante porque las dinámicas familiares son el mayor obstáculo para el éxito terapéutico. Los problemas psicosociales y la disfunción vesical se retroalimentan mutuamente. Los síntomas como enuresis y encopresis agravan seriamente la tensión intrafamiliar y esto perpetúa el síntoma. La interrupción de este ciclo es difícil, el objetivo terapéutico sería lograr un reentrenamiento vesical, disminuir las infecciones urinarias y la incontinencia y de este modo ayudar a reducir tensiones familiares. Este caso es un claro ejemplo donde la interdisciplina logró mejoría de la paciente que se encuentra libre de síntomas ya que ningún servicio por sí solo lo hubiera alcanzado.

CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA - A PROPÓSITO DE UN CASO.

444

Moser M.¹; Paula F.²; Smith S.³; Botto H.⁴; Fernie M.⁵

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

<manumoser@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La aspiración de un cuerpo extraño (c.e) es una causa importante y prevenible de morbimortalidad en la infancia; es más frecuente en menores de 2 años, siendo la cuarta causa de mortalidad en niños. La presentación clínica puede simular diferentes enfermedades y retrasar el diagnóstico correcto. La broncoscopia está indicada en todo paciente con sospecha de aspiración, incluso cuando el examen físico y el radiológico no sean concluyentes ya que se reducen los riesgos de mortalidad y complicaciones derivadas de la permanencia del c.e en la vía aérea.

OBJETIVOS

Recalcar la importancia de pensar en esta entidad y buscarlo en el interrogatorio dirigido en pacientes con sintomatología respiratoria persistente y/o inicio súbito.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 1 año y 8 meses, con antecedentes de obstrucción bronquial recurrente, consulta por presentar dificultad respiratoria progresiva de 3 días de evolución. Recibió salbutamol y corticoides. Al examen físico presenta regular estado general, con tiraje sub e intercostal, FC 125, FR 36, Sat 96% A/a, a la auscultación: hipoventilación en hemitorax derecho y sibilancias espiratorias. En la RX tórax: imagen hiperlúcida redondeada en pulmón derecho que desplaza levemente el mediastino. Se decide internación por sospecha de bulla pulmonar. Al interrogatorio dirigido se conoce antecedente de ingestión de maní por lo que se realiza extracción mediante broncoscopia; alojado en bronquio fuente derecho. Se realiza RX de tórax de control con franca mejoría de trama pulmonar, sin consolidaciones. Se otorga egreso hospitalario.

CONCLUSIÓN

La aspiración de un c.e a la vía aérea en pediatría es un accidente frecuente, y prevenible que requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno. Los síntomas pueden simular otras entidades respiratorias. Son más frecuentes de aspiración los niños menores de 2 años y cuando está jugando o comiendo y un 40 % corresponde a alimentos como frutos secos. El diagnóstico resulta dificultoso si el episodio de atragantamiento no fue presenciado por un adulto. El interrogatorio dirigido resulta de importancia, como ocurrió en nuestro caso. Ante un episodio de dificultad respiratoria con disminución localizada del murmullo vesicular y Rx de tórax con hiperinsuflación unilateral, nos obliga a descartar dicha patología. El pronóstico es bueno si la extracción del c.e es precoz y completa.



TRANSMISIÓN VERTICAL DE HIV INTRALACTANCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

445

Retamozo C.¹

HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA¹

<candelaretamozo@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La transmisión vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HVI), es en la población pediátrica, la causa que provoca la mayor cantidad de casos nuevos. La misma puede ocurrir antes del parto, durante éste o después de él. La vía menos común de transmisión vertical en las naciones industrializadas es la lactancia materna, sin embargo, supone hasta el 40% de las infecciones perinatales en los países en vías de desarrollo. El riesgo de transmisión es más alto en las mujeres que contraen la infección por HIV durante la lactancia que en aquellas con infección preexistente. En maternidades Municipales de la Ciudad de Rosario se registraron durante el período desde 1999 a 2010 seis casos probables de transmisión vertical por lactancia materna.

OBJETIVO

Considerar el rol del pediatra en la prevención de la transmisión vertical de HIV durante la lactancia.

CASO CLÍNICO

Paciente de 6 años de edad, recién nacido a término con peso adecuado para la edad gestacional, con antecedentes prenatales de polihidramnios y ectasia renal bilateral, con serologías maternas negativas al momento del parto. A los dos años cursa internación con diagnóstico presuntivo de absceso periamigdalino. Se realizan estudios complementarios que evidencian masa ocupante de espacio retrofaringeo sólida, por lo que se realiza interconsulta con Servicio de Onco-hematología e Infectología descartando proceso linfoproliferativo, asumiéndose como absceso periamigdalino. A los tres años de edad, continuando el paciente con

lactancia materna, se recibe notificación de serología materna positiva para HIV; por lo que se realizan serologías al niño, siendo éstas positivas. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por Servicio de Infectología Hospital Niños Victor J. Vilela.

CONCLUSIÓN

La transmisión de HIV de manera vertical durante el embarazo y parto, se ha reducido globalmente gracias al manejo obstétrico y al tratamiento con antirretrovirales. Sin embargo, se han detectado casos de transmisión durante la lactancia por falta de información y de controles serológicos tanto a la madre como a su pareja; por lo que es de suma importancia que el equipo de salud genere estrategias destinadas a la detección del contagio materno durante la lactancia y la posible transmisión al niño a través de ella. En base a lo planteado se propone solicitar serologías maternas cada 6 meses, especialmente si la lactancia es prolongada.

HOSPITAL DE DÍA POLIVALENTE EN EL HOSPITAL ELIZALDE. DESCRIPCIÓN DE NUESTRO TRABAJO Y CASUÍSTICA EN LOS PRIMEROS 10 AÑOS :

446

Nakab A¹; Piazza C²; D`Errico C³; Zaslavsky V⁴; Gomez Sosa J⁵; Martins L⁶; Lago MF⁷; Gari S⁸; Hamui M⁹

HOSPITAL ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

La implementación de la modalidad de Hospital de Día (HDD) en la estructura clásica institucional, permite reducir los periodos de espera, disminuir costos y mejorar la eficacia del trabajo profesional, beneficiando tanto al paciente y su familia, como al equipo de salud, teniendo en cuenta la atención humanizada, base de este proyecto. En la práctica del sistema de salud hay situaciones que necesitan de la utilización de estrategias clínicas, estudios complementarios y la utilización creativa de esquemas conceptuales del pensamiento médico, para llegar a un diagnóstico correcto, y de esta manera instaurar la terapéutica adecuada. Ante estas situaciones el Hospital de Día brinda un espacio de eficiencia y confort para las personas necesitadas de cuidados médicos.

OBJETIVOS

Describir la casuística del trabajo realizado en HDD en el período desde su creación en 2007 hasta diciembre de 2016, denominando sesiones a cada ingreso en HDD.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión retrospectiva, cuantitativa, descriptiva de pacientes atendidos, que requirieron internación en HDD en el período comprendido entre 01/10/07 y 31/12/16. Se analizaron las historias clínicas de internación. Se utilizó una planilla de recolección de datos, cuyas variables fueron fecha/sexo/procedencia/motivo de internación//diagnóstico egreso/especialidad referente. Procesamiento de datos Microsoft Excel

RESULTADOS

Desde octubre de 2007 a diciembre 2016 se realizaron 17.536 sesiones con la siguiente distribución por año:

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
80	1179	1456	1706	2042	2232	2455	2221	2159	2006

La distribución en porcentaje, según la Especialidad que deriva al paciente:

Reumatología	Inmunología	Endocrinología	Clínica	Imágenes	Hemodinamia	Alergia
27.94	14.7	7.84	7.35	6.86	7.35	6.37
ORL	Dermatología	Nefrología	Gastroenterología	Neumonología	Oftalmología	Odontología
5.39	3.43	2.94	3.43	3.43	1.47	1.47

Distribución por sexo: 50,98% varones. 49,02% mujeres.

Distribución por edad 61,27% de 0 a 10 años. 34,72% de 11 a 19 años

CONCLUSIÓN

Durante 10 años de trabajo, se efectuó la atención de pacientes con patologías en su mayoría crónicas y con terapéuticas complejas que pueden realizar sus estudios y tratamiento en un ambiente de gran hospitalidad y regresando a su hogar, lo que consideramos redundante en beneficio para su salud física, emocional y social.

Fueron beneficiados miles de familias con esta modalidad, permitiendo mejorar la calidad de vida sin necesidad de internaciones innecesarias



447

DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRONICA (EGC): PERSPECTIVA DESDE LA RESOLUCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Lozano A.¹; Marini V.²; Oleastro M.³; Lozano N.⁴; Danielian S.⁵; Sosa Aguirre G.⁶; Alegre G.⁷; Saranz R.⁸

CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA¹; CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA^{2,6,7}

⁸; SERVICIO DE INMUNOLOGÍA, HOSPITAL GARRAHAN, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES³; CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA⁴; SERVICIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR, HOSPITAL GARRAHAN, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES⁵

<alozano.med@ucc.edu.ar>

INTRODUCCIÓN

La EGC es una patología de baja prevalencia incluida en el grupo de los defectos congénitos de los fagocitos. Existen dos formas de transmisión genética: la ligada a X, la más frecuente y grave y autosómica recesiva. Se debe a mutaciones de los genes que codifican para las proteínas que constituyen el complejo NADP oxidasa que induce incapacidad de los fagocitos para realizar el estallido respiratorio. El diagnóstico inicial se fundamenta en el fenotipo clínico y de laboratorio; la prueba de dihidrorodamina (DHR) con estímulo de PMA por citometría de flujo es método diagnóstico de elección. El diagnóstico definitivo es la identificación de la mutación genética por secuenciación del DNA. La terapéutica curativa de esta patología es el trasplante de células madres hematopoyéticas (TCHP).

Informe del caso Niño varón que desde los primeros meses de vida padece abscesos en piel y región perianal recurrentes por estafilococo aureus. Como antecedentes de la enfermedad presenta lesión ganglionar persistente y supurativa en la BCG. La evolución clínica fue tórpida con mala respuesta a la antibioticoterapia. En el laboratorio se demuestran todos los valores normales, excepto la DHR que demuestra alteración en la capacidad oxidativa de los fagocitos, diagnóstico probable de EGC. Se realiza DHR en la madre donde se evidencia la condición de portadora. Se documenta una mutación deletérea p.Trp443X en el exón 11 del gen

CYBB en estado hemicigota en el niño y en estado heterocigata en la madre. El niño, aún con la profilaxis antimicrobiana instalada, persiste con abscesos, desarrolla enfermedad inflamatoria intestinal grave que implicó uso de agente biológico antiTNF (influzimab) y necesidad de tratamiento antimicobacteria para su persistente BCGitis. A la edad de 3 años y 8 meses se realiza un TCHP con donante no emparentado compatible 10/10 para antígenos del CMH tras recibir como preparación Busulfan y Ciclosporina. A los 6 meses del procedimiento presenta un 95% de células obtenidas de sangre de origen del donante. La prueba de DHR evidencia reconstitución de la capacidad oxidativa de los neutrófilos. En la evolución clínica pos-trasplante, el niño superó todas sus infecciones y se comporta como un sujeto inmunocompetente.

CONCLUSIÓN

El niño padeció una enfermedad grave e infrecuente. La prueba de DHR permite el diagnóstico probable de EGC y el estudio genético es confirmatorio. El trasplante de médula ósea alogénico es la opción curativa para esta patología.

DESDE EL ASMA DE DIFÍCIL CONTROL A LA FIBROSIS QUÍSTICA

Ferreira C.¹; Clerici M.²

HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA¹; ESTUDIANTE DE MEDICINA²

<clarisaferreira@yahoo.com>

448

Desde el Asma de Difícil Control a la Fibrosis Quística, a propósito de dos casos

INTRODUCCIÓN

El asma de difícil control es una entidad clínica que incluye casos de mala adherencia al tratamiento, comorbilidades no controladas y también asma severa, sin embargo es necesario descartar otras afecciones que pueden presentarse con sintomatología similar y pronóstico diferente.

OBJETIVOS

Reportar dos casos de adolescentes tratados como asma de difícil control y cuyo diagnóstico final fue Fibrosis Quística.

Caso A: paciente femenino de 10 años, consulta por tos con ejercicio, crisis de asma y rinitis crónica. Antecedentes de papá asmático, buen crecimiento y desarrollo, tratada con inmunoterapia durante cuatro años. Laboratorio solicitado: hemograma con eosinofilia, IGE 466, resto de Inmunoglobulinas normales, radiografía de tórax hiperinsuflado, radiografía de senos paranasales: pansinusitis, espirometría con patrón obstructivo y respuesta positiva a B2.

Se indica corticoides inhalados combinados y montelukast, en el seguimiento prospectivo, hay mejoría sintomática, pero no control total de síntomas, llamó la atención la presencia de estertores crepitantes y de tos crónica húmeda (broncorreica) por lo que se solicitó TACAR tórax que evidencia bronquiectasias bilaterales, se solicitó test del sudor 1° muestra 62,4/113 mg, 2° muestra 61,9/193 mg, esteatocrito normal, esputo negativo diagnóstico Fibrosis quística con suficiencia pancreática, se deriva centro de FQ.

Caso B: paciente masculino 11 años consulta por crisis de asma y rinorrea crónica.

Antecedentes familiares positivos de asma, tratado con inmunoterapia durante tres años.

Exámenes complementarios solicitados: hemograma con eosinofilia, IGE 895, radiografía de tórax hiperinsuflado, radiografía de senos paranasales: pansinusitis, espirometría: patrón obstructivo, con respuesta al B2.

Por la referencia de broncorrea, se solicita, test del sudor 1° muestra 64,3/223mg, 2° muestra 53,9/199 mg, esteatocrito normal, se deriva centro de FQ.

CONCLUSIÓN

La Fibrosis Quística, puede simular cuadros de asma de difícil manejo, siempre se debe pensar en Fibrosis Quística independiente de cuan floridos sea la sintomatología asmática.

El diagnóstico de FQ ha crecido ampliamente en la década pasada a partir del análisis de CFTR y el screening del recién nacido, la heterogeneidad de fenotipos asociados a disfunción de CFTR, nos muestran, el amplio rango de presentación clínica desde las multisistémicas con insuficiencia pancreática a formas paucisintomáticas o monosintomáticas, con suficiencia pancreática.

Palabras claves: asma de difícil control, sinusitis, broncorrea, Fibrosis quística.



FALLA HEPÁTICA FULMINANTE POR CASSIA OXIDENTALIS. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

449

Reynoso Lopez V¹; Calas D.²; Dalla Costa J.³; Lazarte M.⁴; Caglio P.⁵

HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO^{1,2,3}; HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE. J. D. PERON^{4,5}

<patitoreynoso@hotmail.com>

La exposición a sustancias tóxicas es una causa frecuente de procesos patológicos agudos y crónicos. La falla hepática aguda (FHA) de causa tóxica representa 15-20 %. Su diagnóstico y tratamiento constituye un reto en la mayoría de los casos.

En provincias del norte, existe una planta anual, *Cassia Occidentalis*, conocida como Taperybahjú o café del campo, que provoca miopatía, neuropatía y falla hepática.

OBJETIVOS

Describir 3 casos de falla hepática aguda por ingestión de semillas de *C. Occidentalis* y alertar a los profesionales sobre esta presentación.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS:

Caso 1: Paciente de 4 años que presenta 48 hs de vómitos, cefaleas, diarrea, hipertermia y convulsión tónico-clónica. Requiere ARM e inotrópicos. Evolucionó a FHA. Fallece a las 17 hs del ingreso. Cultivos: sangre, orina y LCR negativos.

Caso 2: Hermano del paciente caso 1, 2 años, con 24 hs de vómitos, hipertermia y alteración de la marcha. Laboratorio: Neutropenia, TP39%, RIN 2.04, GOT VN x 27, GPT VN X35, BT 0.6. Serologías virales: negativas. Ac FAN, ASMA, anti LKM negativos. Se indica vitamina K, lactulosa y neomicina. Por falta de respuesta es derivado a Centro Alta complejidad para eventual trasplante hepático. Recibió tratamiento de soporte con buena evolución y alta a los 10 días con ácido ursodesoxicólico.

Caso 3: Paciente de 5 años consulta por dolor abdominal, cefaleas y fiebre. Al ingreso neutropenia severa, plaquetopenia, TP 5%, RIN 18, BT 8,6/BD 7.5, GOT VN x 96, GPT VN x 97. Cultivos y serologías para CMV, EBV, HBC, HAV: negativos. Por deterioro del sensorio recibe tratamiento de sostén en UTI. TAC: pérdida de la diferenciación de sustancia gris y blanca, edema cerebral difuso. Obita a los 5 días.

En todos los casos, los padres refieren ingestión de semillas de *C. Occidentalis* horas previas al inicio de los síntomas.

CONCLUSIÓN

La FHA es una entidad infrecuente, potencialmente grave que puede llevar a la muerte. El origen tóxico por hierbas en niños es raro y requiere un alto índice de sospecha. El interrogatorio dirigido resulta fundamental para tomar una conducta adecuada y temprana.

No existe tratamiento específico para esta hierba, por lo que es importante divulgar y generar conciencia, en la población y los agentes de la salud, sobre su toxicidad en especial en regiones con amplia distribución.

DISPLASIA ÓSEA POLIOSTÓTICA EN PACIENTE SEXO MASCULINO: A PROPÓSITO DE UN CASO

450

Landi Fraguaglia M.¹; Fescina G.²; Viterbo G.³; Fernie M.⁴

HOSPITAL BRITANICO^{1,2,3,4}

<landisofia@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La displasia fibrosa (DF) es una patología benigna rara, generalmente asintomática, que afecta al tejido óseo. Puede involucrar un hueso (monostótica) o varios huesos (poliostótica) y asociarse con alteraciones endócrinas y cutáneas como en el Síndrome de McCune-Albright (SMA). El SMA presenta una incidencia de 1-9/1000000 predominando en el sexo femenino. Se caracteriza por la siguiente tríada: DF poliostótica (DFP), manchas pigmentadas de la piel (café con leche) y pubertad precoz. Pueden agregarse otras endocrinopatías hiperfuncionales (hipertiroidismo, exceso de hormona de crecimiento, síndrome de Cushing y pérdida renal de fósforo). Es el resultado de una mutación somática del gen codificador de la proteína G estimuladora (GNAS1); esta última está involucrada en la transmisión de señales hormonales intracelularmente.

OBJETIVO

Reconocer alteraciones óseas realizando un examen físico exhaustivo y junto a exámenes complementarios plantear diagnósticos diferenciales teniendo en cuenta patologías de baja incidencia.

DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 6 años de edad, previamente sano, evaluado por ambulatorio para solicitud de apto físico. Al examen físico se constata prominencia frontal y asimetría facial, acantosis axilar y cervical y peso y talla +4SDS. Se solicita radiografía (Rx) cráneo informando asimetría ósea de órbita izquierda, TAC de cerebro y órbita evidenciando alteración de la densidad ósea, con patrón dominante en vidrio esmerilado y ensanchado en múltiples huesos del lado izquierdo,

compatible con DFP, y aumento de tamaño de glándula hipófisis de significado inespecífico. Se realiza Rx de huesos largos: normal. Se evalúa junto con endocrinología completándose estudios con laboratorios que evidencian elevación patológica de IGF1, prolactina (PRL) y hormona de crecimiento (GH) y RMN de cerebro que informa DFP de los huesos de la base del cráneo relacionada a macroadenoma hipofisario. Se asume al cuadro clínico como SMA asociado a macroadenoma hipofisario con exceso de GH y PRL.

CONCLUSIÓN

La DF es una entidad poco frecuente, se presenta en las primeras 3 décadas de la vida. La presentación poliostótica se da en ¼ de los pacientes, puede estar acompañada de endocrinopatías como en el SMA. El diagnóstico de SMA es un desafío y debe tenerse en cuenta al constatar DF asociada a endocrinopatías hiperfuncionales y/o manchas café con leche entre otras alteraciones. Es trabajo del pediatra pensar en enfermedades de baja prevalencia al enfrentarse con este tipo de pacientes.



451

PREVALENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD ANTIBIÓTICA DE *SHIGELLA* SPP. EN EL HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE CÓRDOBA.

Sánchez M.¹; García A.²; Baenas R.³; Gonzalez L.⁴

HOSPITAL INFANTIL^{1 2 3 4}

<Lucreciasanchez113@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas constituyen un severo problema de salud, y la shigelosis es una causa importante en los países en desarrollo. *Shigella* spp está formada por cuatro especies: *Shigella dysenteriae*, *Shigella flexneri*, *Shigella boydii* y *Shigella sonnei*.

OBJETIVOS

Determinar la resistencia a antimicrobianos y prevalencia de serotipos de *Shigella* spp. en el Hospital Infantil Municipal de Córdoba (HIM) desde enero de 2014 a diciembre 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se procesaron 1665 muestras de materia fecal las cuales se sembraron en medios de cultivos habituales y fueron identificadas mediante pruebas bioquímicas convencionales. La serotipificación se realizó con antiseros provistos por Servicio Antígenos y Antiseros del Instituto Nacional de producción de Biológicos, ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán". La susceptibilidad a los antimicrobianos se determinó según normas CLSI; y de acuerdo al protocolo de trabajo de la Red WHONET se testearon: ampicilina (AMP), trimetoprima/sulfametoxazol (TMS), ciprofloxacina (CIP), cefalosporinas de tercera generación, y fosfomicina (FOS). Los resultados fueron analizados mediante el programa WHONET 5.6.

RESULTADOS

Los casos de shigelosis en el período estudiado fueron 470. La edad prevalente fue de 1 a 5 años. *Shigella flexneri* fue la especie predominante con 333 casos (71 %), seguida de *Shigella sonnei* con 136 (29%). No se

documentaron aislamientos de las especies restantes. La resistencia de *S. flexneri* fue de 87% a AMP y 23% a TMS, contrario a *S. sonnei*, con resistencias de 59% a AMP y 78% a TMS. No se observó resistencia a cefalosporinas de tercera generación, ciprofloxacina ni fosfomicina.

CONCLUSIONES

En el HIM existe una alta resistencia de *Shigella flexneri* y *Shigella sonnei* a AMP y a TMS. En cuanto a las cefalosporinas de tercera generación y fosfomicina, siguen siendo una excelente opción terapéutica en pediatría. El conocimiento de la susceptibilidad a los antimicrobianos, es importante para poder instaurar un tratamiento empírico adecuado. El incremento en los casos de shigelosis en los últimos constituye un problema de salud pública, para lo cual es necesario poner énfasis en campañas preventivas, estimulando las buenas prácticas de higiene y facilitando la accesibilidad al agua potable.

TUBERCULOSIS PULMONAR Y EXTRAPULMONAR: REPORTE DE UN CASO

Gavagnin M.¹; Greiner L.²; Pascuali P.³

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1 2 3}

<inesgavagnin@hotmail.com>

452

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad de alta incidencia en nuestro medio, presenta un diagnóstico sencillo y un tratamiento eficaz en la mayoría de los casos. En su informe de 2014, la Organización Mundial de la Salud estima que de los nueve millones de casos nuevos de TB en 2013, aproximadamente 550.000 ocurrieron en menores de 15 años. En niños con menos de 5 años de edad la TB avanza rápidamente de la infección latente a la enfermedad, y las manifestaciones graves, como la TB miliar y la meningitis, son más frecuentes.

OBJETIVO

Describir el caso clínico de una paciente de 4 meses de edad con TB miliar e impacto ocular. Destacar la importancia del interrogatorio y la epidemiología para realizar un diagnóstico temprano que posibilite instaurar un tratamiento oportuno para evitar las secuelas y transmisión de la enfermedad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 4 meses, con antecedente de una internación a los 2 meses de vida por IRAB, consulta por síndrome febril de una semana de evolución asociado a tos productiva. En guardia realizan una radiografía de tórax que evidencia condensación retrocardíaca izquierda, hemograma con leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda. Se decide su internación para antibiótico terapia endovenosa. Durante el interrogatorio ampliado la madre refiere antecedente de contacto con caso de TB hace 9 años y que la paciente presenta sintomatología respiratoria de dos meses

de evolución. Se consulta con servicio de fisiología a quienes le impresionan radiografía compatible con TB miliar. Se realiza catastro familiar y se solicita tomografía computada (TC) de tórax. Con TC compatible con patrón miliar y radiografía de tórax materna patológica se sospecha infección por TB y se solicitan estudios complementarios para confirmar diagnóstico y buscar compromiso de otros órganos, presentando reacción en cadena de polimerasa (PCR) positiva para TB en muestra de lavado gástrico y fondo de ojo con corioretinitis.

CONCLUSIÓN

A raíz de esta paciente destacamos la importancia de sospechar TB, realizando un interrogatorio dirigido para no retrasar el diagnóstico e instaurar un tratamiento oportuno para disminuir la transmisión de la enfermedad y evitar las secuelas. Un paciente con TB requiere un abordaje integral y un equipo médico comprometido que supervise su tratamiento e incluya en la terapéutica el catastro familiar y la quimioprofilaxis o tratamiento de los contactos.



454

FACTORES DE RIESGO DE FRACASO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Redondo F.¹; De Martini S.²; Carrera L.³; Falco O.⁴

CENTRO PERINATOLÓGICO DE SANTA FE^{1,2}; AREA PEDIATRÍA, FCM, UNL³; CENTRO PERINATOLÓGICO DE SANTA FE⁴
<drredondo@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los beneficios de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) como alimentación apropiada en los primeros seis meses de vida, han sido bien demostrados, pero a pesar de ello, se observa un descenso de la práctica. Se analizaron factores de riesgo de fracaso de LME (fLME) en la región.

OBJETIVO

Identificar y describir factores de riesgo de fracaso de LME.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional de corte transversal utilizando entrevistas y encuestas a madres de niños asistidos en los CAPS de Santa Fe. Se tomó como evento al fLME y se contrastaron con diferentes factores de riesgo, se obtuvieron los OR con un intervalo de confianza del 95% con Epi Info7.

RESULTADOS

Sobre 503 encuestas: LME: 26,04% (n: 131), se describen en la tabla los factores de mayor asociación con fLME.

Factores de RIESGO	OR (IC 95%)
Edad materna <17 años	6.88 (1.62-10,81)
Cesárea	3.14 (2.11-4.66)
Primigesta	2.5 (1.55-4.01)
Internación Neonatal	2.39 (1.41-4.03)
Otra persona cuidado niño	2.36 (1.62-3.43)
No se prendió primera hora	2.30 (1.61-3.30)
No sobre pecho al nacer	2.19 (1.52-3.15)

Se observaron como factores protectores de LME en el presente estudio: educación materna primaria completa (OR: 0.67, IC: 0.47-0.95) y tener planes sociales (OR: 0.63, IC 0.41-0.98). No se encontraron diferencias significativas en las variables edad materna menor de 19 años, control del embarazo, PN RN < 2500 y/o > 4000 g, escolaridad materna secundaria y universitaria.

CONCLUSIONES

fLME tiene asociación con la edad materna < 17 años, primiparidad y cesárea como vía de nacimiento. Algunas prácticas perinatales influyen notablemente en la adherencia a la LME como la puesta inmediata sobre el pecho y la presión dentro de la primera hora de vida. Los programas de educación de la salud deberían enfocarse a adolescentes en el período preconcepcional y, particularmente, durante los controles del embarazo.

VÓLVULO INTESTINAL POR MALROTACIÓN, HIPERGLUCEMIA COMO MANIFESTACIÓN DE SUFRIMIENTO INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Moser M.¹; Ettlin E.²; Cosentino M.³; Fernie L.⁴

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4}
manumoser@gmail.com

455

INTRODUCCIÓN

La hiperglucemia es un hallazgo significativo de estrés que responde al aumento de hormonas contrarreguladoras activadas por un mecanismo de sufrimiento.

La malrotación intestinal es la rotación y fijación anormal del segmento medio del intestino primitivo. Puede presentarse a cualquier edad y con una gran variedad de síntomas clínicos agudos y crónicos, siendo la oclusión intestinal la más frecuente, el estrés significativo desencadenado por un vólvulo puede presentar hiperglucemia como única manifestación de laboratorio. La resolución quirúrgica del vólvulo se acompaña de la normalización metabólica de la glucemia

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de asociación de vólvulo e hiperglucemia por sufrimiento intestinal, como diagnóstico diferencial de abdomen agudo por cetoacidosis diabética. Reconocer a la hiperglucemia como marcador temprano de gravedad en la urgencia.

CASO CLINICO

Paciente de 13 años, previamente sano, consulta por dolor abdominal cólico de 12 hs de evolución asociado a episodios de vómitos de contenido gástrico. Se realiza radiografía de abdomen que evidencia regular distribución de aire, con abundante materia fecal y niveles hidroaéreos. Ecografía abdominal: A nivel de fosa iliaca derecha e hipogastrio asas intestinales de paredes engrosadas con abundante contenido endoluminal, asociado a estructuras ganglionares fuera del rango adenomegalico de aspecto inflamatorio inespecífico.

Presenta un hemoglucotest con 188 mg/dl e hiperglucemia en laboratorio (133 mg/dl) sin acidosis metabólica con glucosuria, con cuerpos cetónicos, por lo que se sospecha debut diabético. Por persistencia del dolor se realiza interconsulta con cirugía infantil; se realiza laparotomía exploradora, donde se observa volvulación por malrotación intestinal. Se interpreta la glucosuria e hiperglucemia por sufrimiento intestinal, secundario a volvulación. Luego de la cirugía normaliza glucemias y no repite glucosurias.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal asociado a hiperglucemia nos lleva al diagnóstico diferencial de debut diabético versus alteraciones metabólicas asociadas a alteraciones mecánicas intestinales.

La hiperglucemia por estrés está asociada a la gravedad del cuadro, incrementa su morbimortalidad y por lo tanto es un marcador temprano de gravedad en la urgencia. Es necesario un correcto interrogatorio y exámenes complementarios adecuados para arribar al diagnóstico correcto e instaurar un tratamiento eficaz en tiempo oportuno.



456

SUH ATÍPICO POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Moser M¹; Graziani MP²; Morell MG³; Cosentino M⁴; Bonardo V⁵; Fernie ML⁶

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6}

manumoser@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Urémico Hemolítico atípico (SUH d-) se caracteriza por la tríada de anemia hemolítica microangiopática, lesión renal y plaquetopenia que no se debe al efecto de la toxina shiga. Una forma poco frecuente del SUHd- se asocia a infecciones invasivas causadas por *Streptococcus pneumoniae*.

OBJETIVOS

Presentar un caso de enfermedad neumocócica invasiva, con impacto respiratorio, neurológico y renal. Revisar el abordaje del SUHd- por dicho germen y su pronóstico. Plantear la emergencia de nuevos serotipos luego de la incorporación de la vacuna antineumocócica conjugada 13-valente. DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 10 meses, previamente sano, con esquema de vacunación completo para la edad, incluyendo 2 dosis de Prevenar 13. Ingresó por CVAS, fiebre y mala actitud alimentaria de 48 hs de evolución. Se constata irritabilidad, fontanela tensa y rigidez de nuca. Se realiza laboratorio con leucocitosis a predominio neutrofilico y PCR aumentada. TAC normal. LCR: glóbulos blancos 7200/ml a predominio neutrofilico e hiperproteinorraquia. Hemocultivos positivos para cocos en cadena.

Inicia tratamiento con ceftriaxona y vancomicina. Evoluciona en 24 hs con empeoramiento clínico y analítico con plaquetopenia, anemia y leucopenia por lo que ingresa a UTIP. Se aísla *S. pneumoniae* serotipo 12F sensible a penicilina en hemocultivos y cultivo de LCR. Durante su internación presentó deterioro de la función renal con anuria, asociado a anemia, plaquetopenia y esquistocitos en FSP, arribándose al diagnóstico

de SUHd- con requerimiento de diálisis peritoneal por 13 días. Presentó crisis hipertónica generalizada que precisó sedación e ingreso a ARM por 12 días. En la RMN cerebral se evidenciaron colecciones subdurales fronto-parietales bilaterales y dilatación ventricular, con posterior drenaje quirúrgico.

Egresó a los 51 días con mejoría clínica y analítica, continuando en seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIÓN

La enfermedad neumocócica invasiva genera gran morbilidad en los niños. El SUHd- es una de sus complicaciones, aunque poco frecuente. La introducción de la vacuna 13-valente modificó la prevalencia de los serotipos que la causan y disminuyó la carga de formas invasivas en menores de 1 año.

EL DESAFÍO DE APRENDER A LEER: DE LAS NEUROCIENCIAS A LA PSICOPEDAGOGÍA

Giuppone A.¹; Quiñones C.²; Pérez C.³; Tizado F.⁴

CATE PSI CENTRO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA E INTEGRACIÓN ESCOLAR^{1,2,3}; DISFAM CÓRDOBA⁴

<cggiuppone@gmail.com>

457

Entre los 5 y los 7 años de edad aprendemos a leer, acostumbrados a este hecho tendemos a naturalizarlo pero, ¿qué es leer y cómo hacemos para lograrlo? En este sentido las neurociencias hacen un aporte invaluable a la educación.

La lectura es una actividad artificial y difícil. "Aprender a leer consiste en reciclar una porción de la corteza para que una parte de las neuronas allí presentes reorienta sus preferencias hacia las formas de las letras y de sus combinaciones..." (Dehaene, S.2010). Es así que el aprendizaje del código escrito requiere de una enseñanza explícita, sistemática y graduada para el que niño pueda reconocer los elementos que conforman el lenguaje hablado. Sin embargo el proceso normal de adquisición de la lectura está condicionado por una multiplicidad de factores que lo facilitarán u obstaculizarán.

Con el objetivo de establecer principios básicos para la enseñanza de la lecto-escritura a partir del aporte de las neurociencias y de la experiencia clínica psicopedagógica, se diseñaron planes de intervención individualizados, a partir de una evaluación diagnóstica inicial con instrumentos específicos, destinados a la recuperación lectora de niños con diagnóstico de dislexia y síntomas compatibles.

Hasta la fecha, se observa una gradual toma de conciencia de las dificultades en el proceso de lectura y puesta en práctica de estrategias de monitoreo y autocorrección. Estos aprendizajes están siendo transferidos al contexto escolar evidenciándose en los logros académicos y en la disminución de la ansiedad ante las tareas de lectura.

A partir de la experiencia clínica en el tratamiento psicopedagógico nos es posible comenzar a establecer principios básicos que orientan el desarrollo de prácticas educativas saludables y permiten la detección temprana, el diagnóstico diferenciado y preciso y el diseño de intervenciones terapéuticas sistemáticas de las dificultades en la adquisición de la lectura.



EDAD PREVALENTE DE FARINGITIS POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES* EN EL HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE CÓRDOBA.

458

García A.¹; Sanchez M.²; Baenas R.³; González L.⁴

HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL^{1,2,3,4}

<anitapaugarcia@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La faringitis aguda es una de las enfermedades más comunes en niños en edad escolar. Son principalmente de etiología viral, entre las causas bacterianas *Streptococcus pyogenes* (*Estreptococo β-hemolítico del Grupo A*) es el agente más frecuente. El hombre es el único huésped conocido, la transmisión es por secreciones respiratorias o por saliva, y requiere de un contacto estrecho. El tratamiento está dirigido a evitar las posibles complicaciones supurativas y no supurativas, por lo cual es necesario el diagnóstico microbiológico.

OBJETIVO

Establecer la edad prevalente de niños con faringitis causada por *S. pyogenes* (SPY) en el Hospital Infantil Municipal (HIM) de Córdoba entre enero de 2012 a diciembre de 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo-retrospectivo de aislamientos de SPY en muestras de exudado faríngeo de pacientes pediátricos (1-15 años) mediante el análisis de datos aportados por el software de gestión de Microbiología EPICENTER.

La identificación bacteriana se realizó mediante la sensibilidad a Bacitracina 0.04 U (BRITANIA[®]) y la determinación de la enzima Pirrolidonil Arilamidasa (PYR-A-Enterococos, BRITANIA[®]) de *Estreptococos β-hemolíticos*.

RESULTADOS

Entre los años 2012-2016 se registraron en el HIM de Córdoba 588 aislamientos, que correspondieron a un 55.3 % a pacientes masculinos y 44.7% a femeninos. La edad prevalente fue de 4 a 11 años, con el máximo número de casos a los 6. No se documentó ningún episodio en niños menores de 2 años.

CONCLUSIÓN

El período escolar de los niños coincide, según los datos reportados, con el rango etario donde se encontraron con mayor frecuencia infecciones por dicho microorganismo, por ende en este grupo debería estar enfocada la sospecha diagnóstica para asegurar la prescripción oportuna de antibióticos. Antes de los 2 años no se registraron casos.

No se observaron diferencias según el sexo.

MENINGITIS POR *SERRATIA MARCESCENS*, A PROPÓSITO DE UN CASO.

459

Palmai M.¹; Lamberti F.²; Manini P.³; Pensa P.⁴; Raitano P.⁵; Tuccillo P.⁶

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO^{1,2,3,4,5,6}

<mechi.palmai@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La *Serratia marcescens* es un bacilo gram negativo oportunista, anaerobio facultativo, patógeno raro en infecciones del SNC (menos del 10%), más aún en pacientes previamente sanos.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de meningitis por *Serratia marcescens* en paciente previamente sano.

CASO: Paciente masculino de 10 años de edad, con vacunas completas y sin antecedentes relevantes, que consultó por registros febriles persistentes con vómitos incoercibles, petequias generalizadas y leucopenia, por lo que se decidió su internación en sala de Pediatría del HNPM.

Durante su internación, se realizó Hemograma. Glóbulos blancos: 3490/mm³ (67/22), plaquetas: 160.000/mm³, GOT 883/mm³, GPT 420/mm³. Se realizó punción lumbar de LCR. Citoquímico: 10 células/mm³ (95%PMN). Cultivo LCR: + *Serratia*. HMC 1/2 + *Serratia*. Se interpretó el cuadro como meningitis con bacteriemia por *Serratia marcescens* y se medicó con ceftriaxona 100 mg/kg/día (11 días). Se realizaron HMCx2 de control, con resultado negativo.

CONCLUSIÓN

Serratia marcescens (SM) es un bacilo gram negativo oportunista, con gran capacidad para desarrollarse en condiciones extremas. Los pacientes suelen ser adultos, mayoría varones, con inmunodeficiencias y patologías neuroquirúrgicas, donde los bacilos gram negativos toman relevancia en la etiología.

En pediatría suele presentarse como brotes de infección intrahospitalario, principalmente en neonatos y lactantes prematuros, con alto índice de mortalidad. La gran mayoría de las infecciones por SM son de origen nosocomial a través de fómites y personal hospitalario. Asociado también al uso indiscriminado de antibióticos de amplio espectro que modifican rápidamente la flora endógena del paciente.

Considerando los factores de riesgo para la infección meníngea por SM y los antecedentes del paciente, el mismo debe ser estudiado en búsqueda de una posible inmunodeficiencia primaria y/o secundaria.



HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Pabon N.¹; Valentini L.²; Gonzalez B.³; Maiolo L.⁴; Noriega G.⁵; Davenport C.⁶; Raiden S.⁷; Urtasun M.⁸

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<noeliasoledadpabon@gmail.com>

460

INTRODUCCIÓN

La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad poco frecuente caracterizada por la acumulación y proliferación de histiocitos, eosinófilos y células de Langerhans, afectando órganos y sistemas de forma aislada o múltiple. Pueden afectar a adultos y niños de cualquier edad. La presentación clínica es variable, presentándose en su mayoría con afectación dermatológica u ósea. El diagnóstico se basa en criterios histológicos. De la severidad del cuadro depende el tipo de tratamiento a instaurar.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de una enfermedad poco frecuente

CASO CLÍNICO

Paciente de 10 meses de edad consulta por presentar tumoración en hemicara derecha de 2 meses de evolución y otorrea. Como antecedentes personales de relevancia refiere, un mes previo a la consulta, supuración del oído derecho por el que recibió tratamiento antibiótico. TEC por caída desde 50 cm de altura 1 mes previo a la consulta. Al examen físico presenta leve asimetría facial casi imperceptible. Se realiza TC de macizo facial evidenciándose a nivel de la región temporal derecha masa de densidad de partes blandas lobulada, de límites poco definida, comprometiendo plano óseo y ocupación del oído medio. Se realiza biopsia de lesión, siendo la anatomía patológica compatible con histiocitosis de células de Langerhans. Se realiza ecografía abdominal y radiografías de huesos largos descartándose otros compromisos evidenciables por dichos métodos así como evaluación dermatológica

descartándose dicha afectación, sin embargo, por presentar elevación de gamma glutamil transpeptidasa, se considera afectación de órgano de riesgo (posibilidad de desarrollar colangitis esclerosante) por lo que se inicia tratamiento con vinblastina-prednisona.

CONCLUSIÓN

La histiocitosis se considera una enfermedad poco frecuente que permanece aún sin etiología definida. Siendo la afectación dermatológica y ósea su manera de presentación más frecuente, el pediatra debe tener un alto índice de sospecha ante lesiones que presenta evolución atípica y son rebeldes a tratamiento. La biopsia es el Gold estándar, con la necesidad de marcadores histológicos. Su tratamiento dependerá de la afectación de órganos, pudiendo ser tratada con indometacina o corticoides locales en afectación unifocal o de bajo riesgo y requiriendo un tratamiento más agresivo con vinblastina-prednisona en afectación multisistémica o sospecha de afectación de órgano de riesgo.

COLITIS ULCEROSA EN PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Feroce P.¹; Barrere Quiroga M.²; Cosentino M.³; Fernie M.⁴

HOSPITAL BRITANICO^{1,2,3,4}

<paulaferoce@gmail.com>

461

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa (CU) es una inflamación crónica del colon, con extensión continua desde el recto proximal con variable afectación. La incidencia en pediatría no se conoce con exactitud. El 33% son <20 años, y sólo 4% <5 años donde predomina la CU. La clínica varía desde diarrea sanguinolenta, tenesmo, dolor abdominal a pérdida de peso, fatiga y vómitos, o solo anemia crónica con o sin manifestaciones extraintestinales. Los trastornos del espectro autista (TEA) se asocian con frecuencia a alteraciones gastrointestinales de magnitud variable.

OBJETIVO

Presentar un caso de enfermedad inflamatoria intestinal en paciente con TEA y subrayar la importancia de CU como diagnóstico diferencial. Descripción del caso: Paciente de 7 años con TEA, concurre a guardia por cuadro de gastroenteritis (GE) y deshidratación moderada. En la anamnesis refiere diarrea crónica de 4 años de evolución, con episodios de disentería reiterados y moco en materia fecal. Percentil (P) 25 de peso, P75 de talla y P10 de IMC. Se realiza sostén clínico de la GE y laboratorio que evidencia anemia de trastornos crónicos. Es evaluado por gastroenterología, se descarta celiaquía, enfermedad tiroidea, con perfil reumatológico normal, sangre oculta en materia fecal positiva, ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Se realiza videoendoscopia digestiva alta y baja; se envía muestra para anatomía patológica, confirmando CU de moderada intensidad. Inicia tratamiento farmacológico y a los 10 días se otorga egreso. Luego de 7 días concurre por episodios convulsivos, se realiza tomografía cerebral, electroencefalograma, resonancia magnética

con protocolo para epilepsia, y es evaluado por neurología que indica tratamiento con levetiracetam y asume el cuadro como comorbilidad de TEA.

DISCUSIÓN

Los pacientes con TEA presentan con frecuencia trastornos gastrointestinales, siendo de difícil abordaje clínico debido al déficit de lenguaje que estos niños presentan y las alteraciones del comportamiento. Es importante pensar CU como diagnóstico diferencial en niños con disentería, retraso de crecimiento, o anemia crónica. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, mejoran el pronóstico y la calidad de vida.



EVOLUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA

465

Almada D.¹; Peisino M.²; Gauna D.³; Utz L.⁴; Farías M.⁵; Acevedo G.⁶
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS^{1,2,3,4,5,6}

<diegoalmadab@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La mortalidad infantil (MI) es considerada como uno de los principales indicadores de las condiciones socio-sanitarias de una población. Conocer las principales causas de defunciones entre los niños de 0 a 1 año es relevante en términos de identificar las condiciones que contribuyen en mayor medida en la carga de mortalidad y por ello el monitoreo de dichas causas es una de las herramientas más útiles para el reconocimiento de los problemas de salud de una población y la orientación de los programas y sus acciones. Si bien la (MI) muestra un descenso sostenido en los últimos años, aquellas de causas reducibles en las que gravitan la inequidad y los determinantes sociales, constituyen el principal desafío sanitario.

OBJETIVO

Establecer la evolución de los 5 primeros grupos de causas de MI en la ciudad de Córdoba durante el período 2011- 2016.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo sobre las 5 primeras causas de MI en la ciudad de Córdoba según grupo de causas basados en criterios de reducibilidad (según última clasificación de Taller de Expertos, año 2011), durante el periodo 2011-2016. Se aplicaron estadísticas descriptivas sobre datos de fuentes secundarias correspondientes a publicaciones de la Sala de Situación de Salud de la Dirección de Epidemiología de la Municipalidad de Córdoba.

RESULTADOS

Las primeras 5 causas de MI fueron en 2011 las malformaciones congénitas 27%; dificultad respiratoria del recién nacido 32%; trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer 7,22%; sepsis bacteriana del recién nacido 6,49% y asfixia del nacimiento 3,97%; en tanto que en 2016 fueron: las malformaciones congénitas 30%, los trastornos relacionados con duración corta de la gestación y el bajo peso al nacer 12,13%, dificultad respiratoria del recién nacido 11,56%, hemorragia pulmonar 4,04% y enterocolitis necrotizante 3,46%. Las 3 primeras causas, con distinto peso relativo se mantienen a lo largo del período. El grupo de causas reducibles en 2011 representaban el 67,7% del total de causas, descendiendo al 48,6% en el año 2016.

CONCLUSIONES

La principal causa de MI en la ciudad de Córdoba son las malformaciones congénitas (no reducibles) a diferencia del promedio nacional que tiene como primera causa la corta duración del embarazo o bajo peso al nacer (reducible). En el periodo analizado se observa un importante descenso (-55%) de las causas de muertes reducibles.

TRANSFERENCIA DE ESTRATEGIAS MOLECULARES PARA EL DIAGNÓSTICO DE CHAGAS CONGÉNITO AL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO NACIONAL: ENSAYO DE IMPLEMENTACIÓN

466

Lopez Albizu M.¹; Cura C.²; Ramirez J.³; Scollo K.⁴; Ruiz A.⁵; Sergio S.⁶

INSTITUTO NACIONAL DE PARASITOLOGÍA DR. MARIO FATALA CHABEN¹; INSTITUTO NACIONAL DE PARASITOLOGÍA DR. MARIO FATAA CHABEN, ANLIS DR. CARLOS G. MALBRAN^{2,4,5,6}; LABORATORIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS, INGEBI-CONICET³

<constanzalopezalbizu@gmail.com>

La incidencia anual de Chagas congénito en Argentina es de 1000-1300 casos, con una población en riesgo de 28000 niños. Con la metodología de diagnóstico actual (método parasitológico antes de los 10 meses y serología a partir de esta edad) 50-70% de los casos pierden la oportunidad de ser diagnosticados y tratados de forma temprana. Las estrategias de PCR son sensibles, específicas y han demostrado un rol predictivo en el diagnóstico de la infección congénita. El Instituto Nacional de Parasitología ha iniciado en 2014 el proceso de transferencia e implementación de un algoritmo de técnicas de PCR en Tiempo Real (qPCR) para el diagnóstico de Chagas congénito al sistema sanitario nacional.

El algoritmo propuestofue realizado en paralelo a la metodología estándar, incluye dos rondas de análisis (primera ronda y confirmación), y emplea dos técnicas de qPCR, una dirigida a la secuencia satélite (SatDNA) y otra al ADN de kinetoplasto (kDNA) de T.cruzi. De los 583 niños hijos de madres infectadas estudiados en el período Julio 2014-Enero 2017, 320 completaron el seguimiento por los métodos de referencia, confirmándose la infección en 17 de ellos (5,31%). Ambos métodos de qPCR tuvieron una sensibilidad del 100% en ambas rondas, mientras que la especificidad para kDNA y SatDNA fue de 95% y 99% (IC: 95%) en la primera ronda, y de 98% y 100% en la ronda confirmatoria,

respectivamente. En todos los casos el nuevo algoritmo detectó los casos positivos en la primer toma de muestra (15/17 a la edad de 2,3±1,2 meses (m), 2/17(9,33±0,2 m), adelantándose al micrométodo (MM)(14/17 con MM positivo: 7/14 en la primer toma de muestra a los 3,0 ± 1,2 meses y 7/14 en la 2a-4a muestra seriada tomada a los 5,8 ± 3,8 meses), y a los métodos serológicos (3/17 a los 11,0 ± 1,2 meses).

Los resultados preliminares del ensayo de implementación permiten considerar un nuevo algoritmo de qPCR para el diagnóstico precoz del recién nacido en los tres primeros meses de vida y respaldan su transferencia al sistema sanitario público nacional.



467

ANOMALÍAS CONGÉNITAS. ESTUDIO ESTADÍSTICO RETROSPECTIVO SEGÚN DATOS DEL RENAC-AR EN H.Z.G.A DR. RICARDO GUTIÉRREZ DE LA CIUDAD DE LA PLATA

Santillán G.¹; Bibiloni P.²; Hourcade A.³; Ligó R.⁴; Muñoz V.⁵; Selmi F.⁶; Silva S.⁷

HOSPITAL GUTIERREZ LA PLATA^{1 2 3 4 5 6 7}

<santillangas@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Análisis estadístico hospitalario retrospectivo sobre anomalías congénitas.

OBJETIVO GENERAL

Registrar casos de anomalías congénitas (AC) detectados en el área materno-infantil del H.Z.G.A. Dr. Ricardo Gutiérrez de La Plata de baja complejidad en el período de los años 2015 y 2016, y realizar un análisis estadístico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Generar conocimientos epidemiológicos específicos sobre AC y contribuir al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en los recién nacidos afectados, y el seguimiento en el consultorio de Alto/Bajo riesgo del área pediátrica según la patología en cuestión.

MATERIALES-MÉTODOS

Registro estadístico hospitalario del área materno-infantil y del RENAC-AR.

PARTO DOMICILIARIO. ENFOQUE ESTADÍSTICO ANUAL EN EL ÁREA MATERNO-INFANTIL DE UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD.

Santillán G.¹; Arturi A.²; Matamoros R.³; Ringuelet L.⁴; Selmi F.⁵; Vinuesa M.⁶; Wysocki E.⁷

HOSPITAL GUTIERREZ LA PLATA^{1 2 3 4 5 6 7}

<santillangas@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Estudio estadístico hospitalario retrospectivo sobre partos domiciliarios/extrahospitalarios.

OBJETIVO GENERAL

Realizar mediante la recopilación de historias clínicas, un enfoque estadístico del número de neonatos que ingresan al área materno-infantil producto de partos domiciliarios o en áreas extrahospitalarias en un período de tiempo establecido (año 2016).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estudiar comparativamente el número de partos realizados en el ámbito hospitalario con los extrahospitalarios /domiciliarios, las admisiones a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en un Hospital de baja complejidad y la evolución de los pacientes que cumplen los requisitos establecidos en el período postneonatal temprano.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estadísticas hospitalarias del H.Z.G.A. Dr. Ricardo Gutiérrez de La Plata (nacimientos, admisión hospitalaria y consultas ambulatorias).

468



INFECCIONES POR STAFILOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES: EVOLUCIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS ENTRE OCTUBRE DE 2012 Y ABRIL DE 2017

470

De Carli D.¹; Mirra D.²; Galiñanes S.³; Fernández F.⁴; Trerótola O.⁵; De Carli M.⁶; Checcacci E.⁷; Nunell A.⁸

CLÍNICA DEL NIÑO QUILMES¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

<norbertodecarli@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones por S. aureus han sido descriptas en los últimos años como emergentes y con elevada resistencia a B-lactámicos (meticilino resistencia) y buena sensibilidad a Clindamicina y TMS (SAMRC). Estudios anteriores en nuestros niños internados, nos mostraron una resistencia a Clindamicina superior a la descripta en otros centros y una excelente sensibilidad a TMS.

OBJETIVO

Evaluar las características de las infecciones por S. aureus, en los internados en nuestra Clínica entre octubre de 2012 y abril de 2017.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron todos los pacientes internados entre 0 y 15 años en que se rescató S. aureus en algún cultivo de líquido estéril entre octubre de 2012 y marzo de 2013 (con uso libre de Clindamicina) y entre abril de 2013 y marzo de 2017 (con restricción de la misma).

RESULTADOS

En el total del período se rescató S.aureus en 291 pacientes: el 72.8% (212) fueron SAMR y predominaron en varones (60%).

Los SAMR fueron rescatados en primer lugar en la Punción de Lesiones de Piel y Partes Blandas (PPB) (67.2%), seguidos por Hemocultivos (16.4%) y Lesiones Osteoarticulares (8.2%). Los SAMS también en primer lugar, en PPB (43%), en segundo lugar en Hemocultivos, pero con una incidencia mayor (28%) y en tercer lugar Lesiones Osteoarticulares (8.6%).

La resistencia a la Clindamicina de los SAMR, fue durante todo el período del 12.2%.: del 17.6% en 2013, descendió al 10.8% en el 2014, después de la restricción de su uso y ascendió al 14.5% en 2015 y al 15.7% en 2016. El TMS ha tenido 0% de resistencia durante todo el período y la Rifampicina 1.4%. Los SAMS tienen actualmente 0% de resistencia a TMS y Rifampicina y 18% a Clindamicina.

CONCLUSIONES

Las infecciones por S.aureus son muy frecuentes en pacientes de la comunidad, predominando el SAMR. El primer sitio de aislamiento son las lesiones de PPB por lo que deben ser efectuadas siempre. Llama la atención los pocos aislamientos en Punciones Pleurales: probablemente se deba a que se efectuaron en pacientes ya medicados con antibióticos. El hallazgo entre nuestros pacientes de elevada resistencia a la Clindamicina, nos ha llevado desde abril de 2013 a utilizar TMS como tratamiento empírico inicial de las infecciones por SAMR sin cuadro séptico, con excelentes resultados y sin efectos colaterales importantes. En colecciones abscedadas profundas y en osteomielitis, solemos asociarla a Rifampicina y reservamos la Vancomicina para pacientes sépticos e infecciones endovasculares.

LOS NIÑOS CON PROCTOCOLITIS ALÉRGICA PRESENTAN ÍNDICES DE CRECIMIENTO MENORES QUE LOS NIÑOS SANOS

471

Landi Fraguglia M.¹; Fortes P.²; Graziani M.³; Feroce P.⁴; Bozzola C.⁵

HOSPITAL BRITANICO¹²³⁴⁵

<landisofia@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La alergia alimentaria por leche de vaca (APLV) es la más frecuente en lactantes. La proctocolitis alérgica (PCA) es una de las alergias más prevalentes en los primeros meses de vida. De presentación variable con aumento del número de deposiciones, cólicos, deposiciones explosivas o con moco, sangre o hematoquezia. La dieta es el tratamiento en la que se elimina la ingesta del alimento ofensor por el paciente y la madre si amamanta. No se sabe si la PCA influye en el crecimiento.

OBJETIVO

Comparar una población con PCA con otra sana para determinar si los parámetros de crecimiento son diferentes entre estas poblaciones.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio de casos controles. Se evaluaron 71 casos con PCA y se los comparó con 71 niños sanos de iguales edades a los casos. Se recopilaron datos de edad, sexo, talla y peso. Se calculó el Z score para talla y peso, relación peso/talla e IMC. Se aplicó t de student para estudio de variables paramétricas y chi2 para no paramétricas. Se tomaron como valores significativos p<0,05.

RESULTADOS

Ambas poblaciones fueron similares en edad (Promedio/Mediana; Casos/Controles: 9,65/9,48 - 8/7m) y sexo. Sin diferencias en valores absolutos de peso y talla. Se obtuvieron datos significativos para: relación peso/talla p<0.05 (promedio: casos/controles: 11.755/12.326); IMC p<0,05 (promedio: casos/controles: 16,46/17,04); Z-score para talla p<0,001 (promedio: casos/controles: -0.204/0.559) y Z score para peso p<0.001 (promedio: casos/controles: -0.249/0,484).

DISCUSIÓN

La PCA por APLV es una consulta habitual en consultorios y guardias. La dieta es útil para diagnóstico y tratamiento. Los parámetros de peso y talla medidos por z-score homogeniza los valores según sexo y edad y permite comparar los resultados. Se demuestra una diferencia significativa para z-score de peso y talla, aunque los niños con PCA no se encuentren en riesgo nutricional absoluto (z-score <2) y para IMC. No conocemos cómo esta diferencia puede afectar en el largo plazo el crecimiento. Las posibles causas pueden ser la enfermedad en sí misma, la dieta terapéutica, ciertas conductas parentales temerosas hacia nuevos alimentos o se trate de una conjunción de elementos. Nuevos estudios se deben realizar para encontrar causas que permitan eliminar potenciales riesgos nutricionales.



A PROPÓSITO DE UN CASO: MICROABSESOS ESPÉNICOS EN PEDIATRÍA

473

Viva L.¹; Ojeda G.²; Proietti L.³; Mugnioco L.⁴; Barragan V.⁵; Ferrucci G.⁶

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE^{1,2,3,4,5,6}

<laura.viva@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La presentación de microabsesos esplénicos múltiples en la población pediátrica es infrecuente. Su etiología suele ser secundaria a infección bacteriana directa o por diseminación hematogena en pacientes inmunocomprometidos. El diagnóstico se realiza a través de estudios de imágenes como la ecografía, resonancia y biopsia esplénica.

OBJETIVOS

Descripción de un caso clínico de interés por su baja incidencia. Descripción del caso: Paciente masculino de 12 meses de vida, es traído a la guardia por un familiar por fiebre. Al examen físico se encuentra en regular estado general, desnutrido crónico, febril, con catarro de vía aérea superior, sin adenopatías ni visceromegalias palpables. Antecedentes: prematuridad, hijo de madre HIV positivo sin tratamiento ni control durante el embarazo, vacunas incompletas. Laboratorio inicial informa leucocitosis, PCR positiva, transaminasas elevadas. Se interna por sospecha de inmunocompromiso, para estudio, tratamiento y recuperación nutricional. Se toman cultivos: HMCx2, Urocultivo, Coprocultivo, Coproparasitológico negativos, Aspirado secreciones nasofaríngeas con rescate de Influenza A. Radiografía de tórax sin signos de consolidación. Ecografía abdominal con múltiples imágenes redondeadas hipoeoicas parenquimatosas esplénicas. Se realiza Tomografía de tórax y abdomen, Ecocardiograma y Fondo de ojo descartando compromiso en focos profundos. Serologías virales y bacterianas negativas. PPD negativa. Se descarta inmunocompromiso por HIV: test rápido y ELISA negativos, CD4 normal; perfil de inmunoglobulinas y proteinograma normal. Cumple

tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 100 mg/kg/día, Clindamicina 30 mg/kg/día por 10 días y Oseltamivir 3mg/kg/ día por 5 días. Permanece internado 19 días con mejoramiento de la curva febril al séptimo día, normalización de los parámetros de laboratorio y resolución de microabsesos por evidencia ecográfica. Se desestima la toma de biopsia esplénica dada la respuesta favorable al tratamiento empírico.

CONCLUSIÓN

El hallazgo ecográfico de las lesiones esplénicas de antigüedad desconocida, en el contexto clínico del paciente, motivó en nuestro caso el estudio completo infectológico e inmunológico. La respuesta favorable al tratamiento antibiótico permitiría asumir la causa bacteriana de los microabsesos, aunque no puede descartarse la infección viral asociada como justificante de la fiebre.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD EN INTERNACIÓN PEDIÁTRICA.

474

Joaquín A.¹; Falk J.²; Rozenblum H.³; Aguirre P.⁴; Orellano L.⁵

CLÍNICA SANTA ISABEL^{1,2,3,4,5}

<agustina_joaq@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Durante la internación se presentan, tanto en los pacientes como en sus familias, distintos temores, fantasías y ansiedades. El abordaje de estas problemáticas debe realizarse desde el Modelo de Sujeto Biopsicosocial. Este enfoque permitirá la creación de un espacio de diálogo y reflexión sobre el padecer del paciente con el objetivo de humanizar la clínica en general.

OBJETIVO

Transmitir la experiencia de la interconsulta médico-psicológica y las estrategias de intervención en pacientes y sus familias en la internación pediátrica por patología aguda, describiendo los efectos producidos.

MATERIAL Y MÉTODO

De los 803 pacientes ingresados en el período en estudio, se realizaron 309 (38.35%) pedidos de interconsulta.

La Lic. en psicología realizó entrevistas a las familias y pacientes, junto al registro de sus juegos y pruebas gráficas durante el período de internación. Se realiza un diagnóstico de situación desde el que se crean intervenciones con el niño y la familia, junto al pediatra.

RESULTADOS

En el primer semestre se hicieron 122 pedidos. La cifra aumentó a 187 en el segundo semestre. Este aumento del 53% en la demanda del equipo entre el primer y el segundo semestre reflejaría una aceptación e integración por parte del equipo a la intervención psicológica.

• La distribución de las interconsultas según grupo etario fue de:

- 1mes – 2 años: 87 pac (28 %)
- 2 años - 6 años: 87 pac (28 %)
- 6 años - 12 años: 101 pac (33 %)
- 12 años - 15 años: 34 pac (11%)

• La distribución de las interconsultas según diagnóstico de ingreso fue de:

- Patología respiratoria 96 pac (31%)
- Patología quirúrgica de urgencia 59 pac (19%)
- Patología infectocontagiosa 49 pac (16%)
- Patología gastrointestinal 34 pac (11%)
- Patología traumatológica 19 pac (06 %)
- Patología neurológica 12 pac (04%)
- Otros 40 pac (13%).

CONCLUSIONES

Asumiendo la concepción de salud de forma integral, y posicionándose frente al ejercicio de la Pediatría desde el modelo "biopsicosocial", pudimos observar múltiples alteraciones en el desarrollo emocional y sus posibles repercusiones en la edad adulta. Consideramos que la intervención interdisciplinaria durante la internación deberían ser objetivos prioritarios en la infancia.



ABEJORROS : EXPOSICION GRAVE CON MULTIPLES PICADURAS

Costa K.¹; Cabrerizo S.²; Arcidiácono G.³; Crapanzano G.⁴

HOSPITAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO¹; HOSPITAL NACIONAL PROF. DR A POSADAS^{2,3,4}

<karicosta2003@yahoo.com.ar>

476

INTRODUCCIÓN

Existen varias especies de himenópteros de importancia médica, las abejas y los abejorros son responsables con mayor frecuencia de picaduras en el hombre. Por lo general, si las picaduras son únicas o escasas originan reacciones inflamatorias locales que evolucionan favorablemente. En cambio, si las picaduras son múltiples pueden aparecer manifestaciones sistémicas y comprometer la vida del paciente.

OBJETIVOS

Presentamos dos casos de picaduras múltiples por abejorros con síntomas graves y evolución favorable.

Caso clínico 1: Paciente de 3 años, que presenta luego de múltiples picaduras de abejorro, vómitos y deterioro del sensorio. Por franco deterioro neurológico, se le realiza tomografía cerebral. Recibe flumazenil con escasa respuesta, evoluciona favorablemente y se otorga egreso hospitalario luego de 20 horas de observación clínica. La determinación de Inmunoglobulina E específica para el veneno fue de Clase 0.

Caso clínico 2: Paciente de 1 año 5 meses de edad, previamente sana derivada de otro hospital para el servicio de UCIP, por múltiples picaduras de abejorros ocurrido por un accidente en el hogar. Presenta lesiones cutáneas en gran cantidad, pápulas con eritema generalizado, edema facial y posteriormente compromiso respiratorio. Dado el cuadro clínico se decide intubación endotraqueal con requerimientos por 24 hs. En cuanto al laboratorio presentó leucocitosis, alteración del coagulograma, movilización de enzimas hepáticas y rhabdomiólisis con aumento de CPK. Recibió como medicación corticoides y difenhidramina, tanto en

forma endovenosa como oral. Se realizó interconsulta con psicología por stress postraumático y con Alergia para seguimiento ambulatorio, con determinación de Inmunoglobulina E específica para el veneno, siendo de Clase 0.

CONCLUSIONES

El veneno de los abejorros posee similitud con el veneno de abejas, pero al ser éstos de mayor tamaño, se asocian a mayor gravedad. Los casos presentados demuestran la gravedad del envenenamiento y que pueden manifestarse síntomas de toxicidad sistémica con pocas manifestaciones alérgicas. Debemos conocer estas manifestaciones para poder proveer el tratamiento oportuno.

PACIENTE CON MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPATICA EN PEDIATRIA

Diaz F.¹; Rossiter J.²; Dalmaso D.³; Bickham D.⁴; Dalzotto A.⁵

HOSPITAL OÑATIVIA^{1,2,3,4,5}

<fedes_diaz@hotmail.com>

477

INTRODUCCION

La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad inflamatoria benigna, infrecuente, de etiología desconocida, aunque se presume de origen autoinmune, asociándose a otras patologías de esta índole. Se presenta en mujeres entre los 17 y 42 años de edad. Puede simular carcinoma mamario, siendo su diagnóstico por histopatología y de exclusión. Habitualmente es unilateral y se manifiesta por una o más masas inflamatorias ubicadas por fuera de la areola mamaria, dolorosas, de consistencia firme, ocasionalmente con compromiso cutáneo que pueden evolucionar hacia la abscesación, fistulización y/o supuraciones crónicas. No existe consenso respecto a su tratamiento.

OBJETIVO

Presentar un caso de mastitis granulomatosa idiopática en paciente pediátrico

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 14 años consulta por presentar en mama derecha hora 5-6 lesión eritematosa, ulcerada y en mama izquierda hora 6-7 lesión periareolar con secreción sanguinolenta con retracción de ambos pezones de 7 meses de evolución. Presenta además edema y lesiones purpúricas en calcetín en ambos miembros inferiores.

Se solicita hemograma, el cual no presenta alteraciones, PCR 20 mg/l y ESD 65 mm. Se toma muestra para hemocultivo x 2, cultivo de lesión y se medica con clindamicina. Se descarta tuberculosis, HIV, sífilis y hongos. La ecografía mamaria evidencia imágenes hipoeoicas ahusadas, de límites definidos, de aspecto líquido, de 17x3x6 mm.

Es evaluada por servicio de ginecología realizándose toilette quirúrgica y oncología quienes toman muestra para anatomía patológica.

Tras interconsulta con reumatología infantil se solicita perfil reumatológico, obteniéndose valores de C3 14.2 mg/dl, factor reumatoideo 7,12 U/l y Anti-ENA RO +. La biopsia de mama izquierda informa MGI lobulillar con infiltración crónica granulomatosa no necrotizante, por lo que inicia tratamiento con meprednisona. Se desestima cuadro infeccioso con cultivos negativos.

La niña continuó seguimiento con servicio de reumatología, con resolución parcial de las lesiones.

CONCLUSION

La MGI es una patología de evolución crónica infrecuente en pediatría, cuya similitud con carcinoma mamario y asociación con patologías autoinmunes debe impulsar la sospecha clínica. Su infrecuencia y confirmación por exclusión, obligan a un adecuado orden a la hora de plantear diagnósticos diferenciales a fin de descartarlos de manera sistemática arribando al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.



478

MALTRATO INFANTIL ¿PODRÍAMOS HABER HECHO ALGO ANTES?

Carlino D.¹; Gonzalez C.²; Ricagorria C.³; Toque Silva G.⁴; Pisapia N.⁵

HIGA VICENTE LOPEZ Y PLANES^{1,2,3,4,5}

<danielacarlino@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o pueden causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

OBJETIVO

Analizar el número de internaciones por maltrato en nuestra comunidad evaluando oportunidades perdidas de diagnóstico en internaciones previas de estos pacientes durante un año Junio 2015- Mayo2016 inclusive.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, con revisión de historias clínicas de los pacientes internados en sala pediátrica del HIGA Vicente López y Planes de Gral. Rodríguez durante un año (junio 2015-mayo2016).

RESULTADOS

Se internaron durante el periodo mencionado 36 pacientes por maltrato de un total de 1467 internaciones. El 52% correspondió a varones. La mediana de edad al ingreso fue de 5 años (rango: 1 mes a 14 años). Del total de pacientes internados 21 estaban escolarizados (58,3%), 32 pacientes (88,8%) tenían el calendario de vacunación completo. En todos los casos el agresor era conviviente (100%). Del total 16 casos sufrieron maltrato por el padre (44,4%), 2 pacientes por la madre (5,5%) y 18 pacientes por otro familiar (50%).

Del total de internados 17 pacientes (47,2%) habían sido internados previamente en el servicio. De estos, 15 internaciones fueron por otra causa (no maltrato). Dos pacientes habían sido internados previamente por maltrato. Cuatro pacientes tenían hermanos internados previamente por maltrato.

Todas las internaciones fueron intervenidas por servicio social.

CONCLUSIÓN

A partir de los datos obtenidos se desprende que casi la mitad de los pacientes ingresados por maltrato fueron internados previamente en nuestra sala por otras causas. En dichas oportunidades, no existía maltrato o no pudimos advertirlo.

Es necesario reforzar la pesquisa a fin de identificar factores de riesgo y no perder la oportunidad de diagnosticarlo.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE UN SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO CON DIAGNOSTICO FINAL DE ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO.

Fernandez F.¹; Nunnell A.²; De Carli D.³; Mirra D.⁴; De Carli E.⁵; Agnello D.⁶; Checuzzi E.⁷

CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1,2,3,4,5,6,7}

<facundopediatria@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La fiebre es una de las consultas más frecuentes de consulta pediátrica. Dentro del síndrome febril prolongado, las causas infecciosas son las principales. Lo que es infrecuente es la enfermedad por arañazo de gato con esta presentación, pero siempre se debe pensar y sobre todo si se sospecha en la anamnesis o algún signo clínico que lo hiciera sospechar.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años de edad que consultó a la guardia externa de la Institución por presentar fiebre de ocho días de evolución, entre 38 y 39º, aproximadamente tres registros diarios sin otros síntomas asociados, por lo que se decide internar.

Al ingreso hemograma de bajo riesgo, con serologías para HIV, VDRL, mono test y HBSAg negativos. A las 48 hs se registró una elevación de los glóbulos blancos (14.270) con predominio neutrofilico, siendo los hemocultivos de ingreso negativos al igual que el cultivo de orina.

Se realiza ecografía abdominal, donde se constatan imágenes redondas, hipoeoicas de bordes definidos de 5 y 6 mm respectivamente, apreciándose también adenopatías en rango no adenomegalico de ecoestructura conservada en fosa iliaca derecha. Dado estos hallazgos se decidió realizar TAC de abdomen y pelvis con y sin contraste, donde se confirma discreta ascitis y leve hepatoesplenomegalia homogénea.

Se realizó ecocardiograma y fondo de ojo en búsqueda de focos profundos, con resultados negativos.

Al cuarto día de internación el paciente permanecía persistentemente febril. Tomando como dato positivo el hallazgo ecográfico abdominal, y surgiendo del reinterrogatorio familiar que tenían gatos como mascotas, se decide solicitar serología para Bartonella Henselae y medicar con claritromicina.

Al 8vo día de internación, llevando 4 días de tratamiento con claritromicina el paciente ceso con los picos febriles y se recibe resultado de serología para Bartonella H siendo este positivo 1:80.

El paciente se externa luego de doce días cumpliendo tratamiento con claritromicina vía oral.

CONCLUSIÓN

La enfermedad por arañazo de gato es usualmente benigna y auto limitada, siendo una de las patologías que mayormente genera inflamación ganglionar crónica.

Es importante realizar un correcto y minucioso interrogatorio para pesquisar la posibilidad de exposición a animales que generen este tipo de patología que concomitantemente puede generar un síndrome febril prolongado tal cual lo sucedido con el paciente descrito.

479



SÍNTOMAS ATÍPICOS EN EL DEBUT DE UNA ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA EN LA INFANCIA.

Valentini L.¹; Urtasun M.²; Maiolo L.³; Bárbara G.⁴; Barrego A.⁵; Davenport C.⁶; Raiden S.⁷

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7}

<lucilvalen@hotmail.com>

480

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumatológicas son entidades infrecuentes en pediatría con pronóstico desfavorable en comparación a los adultos. La enteritis y la disautonomía vesical no están descritas como signosintomatología típica planteando un desafío a la hora del diagnóstico etiológico y tratamiento de estos síntomas que impactan negativamente en la calidad de vida.

OBJETIVO

Presentación de un caso de enfermedad del tejido conectivo con enteritis y disautonomía vesical como manifestaciones iniciales.

CASO CLÍNICO

Niña de 10 años consulta por fiebre, astenia, anorexia, alopecia y artralgias de 2 meses de evolución. Agrega disnea en reposo y episodio de acrocianosis por lo que se interna para diagnóstico y tratamiento. Se presenta crónicamente enferma en regular estado general, con impotencia funcional secundaria a mialgias generalizadas, disnea con hipoventilación bibasal, enanema, rash facial a predominio malar, dolor abdominal inespecífico, y globo vesical. Se realiza laboratorio compatible con enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC). Se solicita ecografía abdominal que evidencia líquido libre, asas dilatadas y peristaltismo aumentado. Orina completa en 24 horas con proteinuria significativa, microalbuminuria y hematuria. Durante la internación la niña evoluciona con clínica y ecografías compatibles con enteritis y retención urinaria aguda. Es valorada interdisciplinariamente sin signos de neuropatía que justifique dicha clínica. Se inicia tratamiento con corticoides sistémicos presentando evolución favorable con desaparición de sintomatología abdominal y vesical.

CONCLUSIÓN

Las enfermedades reumatológicas constituyen un desafío a la hora del diagnóstico para el médico pediatra y más aún ante la presencia de síntomas infrecuentes. La exclusión de otros diagnósticos y la buena respuesta al tratamiento de la enfermedad de base indica que la enteritis y la disautonomía vesical podrían formar parte del amplio espectro de manifestaciones clínicas que se presentan en la EMTC por lo que el esfuerzo debe estar dirigido al inicio precoz de la corticoterapia así como a la adherencia del paciente y su familia al mismo.

HEMOSTASIA EVOLUTIVA: LA IMPORTANCIA DE ESTABLECER VALORES DE REFERENCIA ACTUALIZADOS Y LOCALES DE PARÁMETROS DE HEMOSTASIA EN RECIEN NACIDOS SANOS

Molina MA¹; Ahumada L²; Ortega MM³; Ferreyra M⁴; Ortega L⁵; Saravesi S⁶; Moyano MC⁷; Ligorria S⁸

HOSPITAL MISERICORDIA NUEVO SIGLO^{1 2 3 4 5 6 7 8}

481

INTRODUCCION

Los mecanismos comprendidos en el sistema hemostático son procesos dinámicos que comienzan en el periodo fetal y evolucionan gradualmente a una estructura definitiva en el adulto. Existen importantes diferencias cuantitativas y cualitativas en las distintas etapas evolutivas. Conocer cómo son estos cambios permite una adecuada interpretación de los resultados de las pruebas de coagulación y su aplicación en el manejo de recién nacidos (RN) con trastornos hemostáticos. Para esto, es necesario contar con valores de referencia adecuados para cada etapa y para el tipo de analizador/reactivo que se utilice.

OBJETIVO

Establecer valores de referencia (VR) de distintas pruebas de Hemostasia para neonatos sanos nacidos en el Hospital Misericordia de la ciudad de Córdoba.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron 419 RN a término (mayores a 36 semanas de gestación) saludables; con un tiempo de vida comprendido entre las 36 hrs hasta 72 hrs de nacidos. La extracción de la muestra se realizó por venopunción. Se determinaron pruebas globales de coagulación, Tiempo de Protrombina (TP), APP%, Tiempo de tromboplastina parcial activado (APTT), Fibrinógeno (FG), Factores de la coagulación (II, V, VII, VIII, IX, X, XI), recuento de plaquetas (RP) y Dímero D (DD) por método de ELISA modificado (ELFA, VIDAS DEX2, Biomerieux).

RESULTADOS

Los valores encontrados en la población analizada, se muestran en la tabla I. Las determinaciones marcadas con * mostraron diferencias, en sus valores

de tendencia central y rangos de normalidad, con respecto a los trabajos publicados hasta el momento.

TABLA I: Valores de Referencia de Parámetros de Coagulación Analizados

Parámetros	N	Mediana	Percentilo 2,5 th	Percentilo 97,5 th
*TP (seg)	419	15,7	13,0	20,4
*APP (%)	419	69	47	96
*KPTT (seg)	419	41	32	59
FG (mg%)	274	283	189	422
*FII (%)	368	50	32	82
FV (%)	368	93	61	132
*FVII (%)	383	71	39	114
*FX (%)	386	45	30	68
*FVIII (%)	366	100	51	175
*FIX (%)	351	61	30	117
*FXI (%)	369	50	36	105
Recuento de plaquetas (103/uL)	337	254	153	357
Dímero D (ug/ml)	96	820	351	3000

CONCLUSION:

- La hemostasia en el RN es un proceso evolutivo, por lo tanto existen diferencias respecto a otras etapas de la vida.
- Los resultados de estudios de coagulación en RN requiere una interpretación correcta y basada en valores de referencia actualizados y acordes al sistema Reactivo/Instrumento utilizado.
- Nuestro estudio realizado con un tamaño muestral importante encontró diferencias en algunos parámetros establecidos previamente y puede servir de referencia para otras instituciones neonatales que trabajen con metodología similares.



POLISEROSITIS, MIOCARDITIS, Y COMPROMISO NERVIOSO POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*. A PROPOSITO DE UN CASO.

482

Pecora A.¹; Fernandez S.²; Romero T.³; Paolillo A.⁴; Pisano M.⁵

CLÍNICA CIUDAD DE LA VIDA^{1,2,3,4,5}

<ariadnapecora@yahoo.com.ar>

Paciente de 6 años, obeso, con antecedentes de broncoespasmo recurrentes que ingresa por síndrome sincopal y vómitos, como datos positivos se observan al ingreso palidez cutánea mucosa y faringitis. A las 24 hs de internación presenta episodio convulsivo con descompensación hemodinámica. Luego del mismo permanece taquicárdico en forma permanente, somnoliento, con hipoventilación en ambas bases pulmonares, ruidos cardíacos hipofonéticos y hepatomegalia.

Con compromiso sistémico se realizan los siguientes estudios complementarios: TAC de cerebro: normal, ecografía abdominal donde se constata líquido intersticial, eco pleural con derrame pleural bilateral, ecocardiograma: derrame pericárdico moderado, Rx de tórax: aumento del diámetro cardioraxico y velamiento de ambos senos costofrenicos, punción lumbar con líquido citoquímico normal y cultivo negativo. Se realiza avenamiento pleural y pericardiocentesis con citoquímico compatible con transudado y cultivo negativo. Presenta hemocultivo negativos.

Con diagnóstico de poliserositis a descartar etiología se medica empíricamente con Ceftriaxona, Vancomicina y Claritromicina.

Por presentar serología positiva Ig M e IgG para Mycoplasma se realiza seguimiento con serologías pareadas constatándose seroconversión para Mycoplasma, por lo que cumplimentó 14 días de tratamiento antibiótico con Claritromicina con evolución clínica favorable.

EXPERIENCIA DE UN EQUIPO MÉDICO FRENTE A LA COMUNICACIÓN A UN ADOLESCENTE DE UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

483

Valentini L.¹; Urtasun M.²; Maiolo L.³; Stranges S.⁴; Noriega G.⁵; Davenport C.⁶; Blanco J.⁷; Raiden S.⁸

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<lucilvalen@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La comunicación del diagnóstico de ETS resulta un tema difícil de abordar para el equipo de salud, más aún cuando el protagonista es un adolescente. Nuestra experiencia nos ha llevado a realizar una revisión del tema, basándonos en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (CCC), Ley 26994.

OBJETIVO

Describir la experiencia de un equipo médico frente a la comunicación de una ETS a un adolescente.

Desarrollo de la experiencia: Se trató de un adolescente varón de 15 años de edad que ingresa al hospital con diagnóstico de síndrome febril prolongado para estudio y tratamiento. Se reciben exámenes de laboratorio que muestran VDRL reactiva y ELISA para Virus de Inmunodeficiencia Humana positivo. Se plantea entre los médicos tratantes la forma más correcta de comunicar esta noticia. Surgen varios interrogantes: ¿Se informa primero al adolescente? ¿Primero a su madre? ¿Puede el adolescente decidir quién conocerá su diagnóstico y quién lo acompañará en su enfermedad?

DISCUSIÓN

Nuestro paciente, según el nuevo CCC, estaría en situación de poder decidir sobre determinados actos médicos. Se presume que el adolescente entre 13 y 16 años es apto para decidir por sí mismo respecto de aquellos tratamientos que no resulten invasivos ni comprometan su estado de salud o provoquen un riesgo grave para su

vida o su integridad física. Si se tratara de tratamientos invasivos que comprometieran su estado de salud o pusieran en riesgo su integridad o su vida misma, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de los progenitores. Dado que en nuestro paciente, según el principio de autonomía progresiva, está consolidando de manera gradual su capacidad de discernimiento, es decir, su habilidad para comprender información, aplicarla a una situación, para poder definir alternativas de actuación y finalmente tomar decisiones, una posibilidad sería brindarle toda la información relacionada con su salud, respetando sus derechos, tales como la confidencialidad, privacidad y atención prioritaria de su salud con o sin acompañamiento de personas adultas. Sin embargo, dado que se trata de una enfermedad crónica que requiere de una buena adherencia al tratamiento es recomendable conformar una red de confianza del paciente, no necesariamente sus progenitores, para que lo acompañen en su enfermedad. De esta manera, respetando el derecho del adolescente a decidir sobre el cuidado de su propio cuerpo y su salud, se intentará asegurar la mejor atención del adolescente frente a una enfermedad potencialmente grave.



SINDROME UREMICO HEMOLITICO CON DISFUNCION MULTIORGANICA

484

Fernandez S.¹

CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA¹

<fernandezsofia8@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome urémico hemolítico (SUH) se caracteriza por enterocolitis hemorrágica, anemia hemolítica, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda, sin embargo su evolución puede ser rápida y conducir a disfunción multiorgánica (DMO), aumentando la mortalidad(1). Reportes de casos sugieren resultados favorables con diálisis peritoneal y plasmaféresis temprana en los casos graves de SUH típico que se presentan complicados con DMO.

OBJETIVO

Describir DMO como complicación de SUH

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 2 años, con diarrea no disintérica, de 3 días de evolución, febril y en mal estado general.

Ingresa en shock hipovolémico refractario a fluidos, con mala perfusión periférica, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) e insuficiencia renal aguda (IRA). En laboratorio se objetiva anemia y plaquetopenia.

Presento episodio de taquicardia ventricular sin pulso, que requiere reanimación cardiopulmonar. Recupera ritmo sinusal a los 3 minutos.

Se inicia diálisis peritoneal por IRA. Presentó lesiones isquémicas en extremidades y hemorragia digestiva baja con transfusiones de glóbulos rojos, plasma fresco y plaquetas.

Detección de Antígenos virales Rotavirus en materia fecal y Toxina Shiga (Stx2c) por PCR.

Diagnóstico: SUH con verotoxina +, con comportamiento clínico de DMO.

DISCUSIÓN

En el 90% de los casos el SHU típico se asocia a diarrea producida por E. Coli O157:H7 productor de la toxina de Shiga. Esta potente toxina, se uniría al receptor Gb3 de las células del epitelio, intestinal y tubular renal, endotelio glomerular, monocitos y plaquetas provocando, directamente o a través de la activación de mecanismos inflamatorios y procoagulantes, daño oxidativo, trombosis microvascular y destrucción de las mismas. No hay duda que las técnicas de depuración renal pueden ser útiles en pacientes con fallo renal secundario a SUH (2). En coincidencia con los reportes de casos encontrados en la bibliografía se ha visto que las técnicas extracorpóreas: plasmaféresis y diálisis serían complementarias en el tratamiento de la DMO secundaria a SUH.

A PROPÓSITO DE DOS CASOS: UNA ETIOLOGÍA A SOSPECHAR

485

Guerrero M.¹; Petricca J.²; Falaschi A.³

HOSPITAL HUMBERTO NOTTI^{1,2,3}

<mariacelesteguerrero@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Se define fiebre de origen desconocido a la temperatura mayor de 38,3°C, en varias ocasiones, de más de 21 días, de causa indeterminada luego de 7 días de investigación en el hospital. Otra establece la medición de una temperatura de 38,1°C medida una vez por día, al menos 14 días consecutivos.

OBJETIVO

Describir etiología infecciosa poco frecuente de Síndrome febril prolongado. Descripción de casos:

Caso n1: Mujer, 12 años, ingresa en octubre 2016 por fiebre de 48 horas, diagnóstico de Neumonía. Durante internación febril 7 días, planteándose Síndrome febril prolongado; solicitando hemocultivos, urocultivo, serología viral y parasitaria: negativos; ecografía abdominal: bazo e hígado con múltiples imágenes redondeadas. Por imágenes compatibles y antecedente epidemiológico se sospecha Enfermedad por arañazo de gato iniciándose Ciprofloxacina y Rifampicina, solicitando serología para Bartonella. Se recibe resultado IFI IgM>1/20 IgG>1/520, posteriormente se otorga alta hospitalaria. Seguimiento por consultorio de infectología cumpliendo 21 días de tratamiento.

Caso n2: Varón, 9 años, antecedente de internación 2 meses previos por síndrome febril prolongado con serología positiva para Mycoplasma. Ingresa en febrero del corriente año por fiebre de 15 días de evolución.

Se solicita hemocultivos, urocultivo, fondo de ojo, ecocardiograma: sin alteraciones. Radiografía de tórax: normal. Serologías virales y parasitarias: negativas. Ecografía abdominal: hepatomegalia leve, bazo con múltiples imágenes nodulares. Durante internación persiste febril, se solicita PET que informa hepatomegalia moderada, bazo con áreas focales hipermetabólicas y conglomerado adenopático retroperitoneal, realizándose punción de médula ósea y biopsia de ganglio retroperitoneal: normales. Por imágenes compatibles y antecedente epidemiológico positivos se solicita serología para Bartonella e inicia tratamiento con Azitromicina. Se recibe resultado de serología positiva, indicándose alta hospitalaria y continuar tratamiento con Azitromicina, siendo citado a control. El paciente persiste febril post alta, Rotándose a Ciprofloxacina y Rifampicina completando 21 días. Continúa en seguimiento, ha permanecido afebril durante 25 días.

RESULTADOS

Se debería considerar como etiología infecciosa de Síndrome Febril prolongado entidades con un bajo índice de sospecha como las presentadas.



ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

486

Souto S.¹; Lagger J.²; Hernandez R.³; Limardo P.⁴; Beaudoin M.⁵; Vacarezza S.⁶; Sosa R.⁷

HOSPITAL PEDRO ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7}

<sm_souto@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más común en la infancia y causa de discapacidad a corto y largo plazo. Se presenta entre el año y los 3 años de vida, siendo infrecuente su inicio antes de los 6 meses de edad. La AIJ sistémica presenta compromiso articular, mínimo o incluso ausente, en los primeros períodos del inicio sistémico. La fiebre, presente en 75 % de los niños, el rash y las lesiones oculares son las manifestaciones más características. La fiebre suele ser persistente con amplias variaciones, pudiendo anteceder en semanas o meses al comienzo de las manifestaciones articulares.

OBJETIVO

Describir el debut de la Artritis Idiopática Juvenil

Caso clínico: Niña de 4 años, comienza un mes previo a la consulta con 3 registros febriles diarios. Consultó en reiteradas oportunidades donde realizan hemograma (hemoglobina de 8 gr/dl ERS: 90 mm³ PCR: 57,8 g/dl), radiografía de tórax normal y orina completa (patológica), medicándose con Cefalexina. Por persistir febril el 15° día consulta en Infectología donde completan estudios de primera línea para síndrome febril prolongado con interconsulta a Hematología, que informa hemoglobina de 6,8 gr/dl y ERS 75 mm³. Se solicitan serologías y se indica transfusión de glóbulos rojos. Evaluada luego de 48 horas, séptica, recibe expansión a 20 ml/kg/ dosis, se toman hemocultivos por dos, se indica ceftriaxona 80 mg/kg/día y se decide su internación. El 3° día de internación presenta exantema en tronco, con progresión a miembros; no asociado a fármacos con resolución espontánea. Con fuerte sospecha de patología reumatológica es valorada por dicho servicio

quienes constatan edema y dolor articular; carpos, tarsos, rodilla izquierda y algunos metacarpianos, sin posibilidad de presión palmar. Se interpreta diagnóstico de AIJ. Se solicitan radiografías y ecografías de las articulaciones afectadas, sin lesión ósea evidente y se completa colagenograma. Ante el descenso de las tres líneas celulares en el hemograma, se solicita valoración de Hematología con punción aspiración de medula ósea a fin de descartar Síndrome de activación Macrofágica, fenómeno asociado a AIJ, que se informa sin atipia celular. Se completan estudios diagnósticos con dosaje de ferritina, fibrinógeno, triglicéridos, que se encuentra dentro de los parámetros normales. Luego recibe pulso de metilprednisolona 30mg/kg, continuando con metilprednisolona 1,5 mg/kg/día, presentando mejoría de su curva febril. Finalmente con la introducción de indometacina se evidencia buena evolución del edema y dolor de grandes y pequeñas articulaciones, lográndose el egreso hospitalario.

CONCLUSIONES

Jerarquizar a las enfermedades de origen reumatológico como etiología del síndrome febril prolongado. Advertir los fenómenos asociados que potencialmente amenazan la vida, como es el Síndrome de Activación Macrofágica. Por último, enfatizar el examen físico minucioso como pilar diagnóstico en estas entidades de presentación solapada e insidiosa, a fin de indicar tratamiento oportuno y evitar de esta manera las complicaciones a corto y largo plazo de la enfermedad.

A PROPÓSITO DE UN CASO: PSEUDO OBSTRUCCIÓN INTestinal CRÓNICA POR DISPLASIA NEURONAL.

488

Limardo P.¹; Ibarra M.²; Schenone N.³; Cairolì H.⁴; Gambarruta F.⁵; Checcacci E.⁶

HOSPITAL PEDRO ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6}

<paulalimardo@gmail.com>

La pseudoobstrucción intestinal crónica comprende trastornos caracterizados por signo-sintomatología recidivante de íleo obstructivo en ausencia de lesión anatómica. Es consecuencia de una alteración de la motilidad intestinal debido a la afectación de su componente muscular, nervioso o ambos.

La displasia neuronal intestinal es una neuropatía primaria poco frecuente que la causa. Suele ser subdiagnosticada y determina una alta morbimortalidad. La dificultad para el diagnóstico, que puede demorarse años, hace que los pacientes sean considerados como psiquiátricos o funcionales. En ocasiones se les realiza cirugías innecesarias. El tratamiento se dirige a mejorar la sintomatología y mantener el estado nutricional.

OBJETIVO

Describir un caso de displasia neuronal intestinal, su diagnóstico y tratamiento en una adolescente en sala de internación.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años desnutrida que consulta por vómitos biliosos, dolor con distensión abdominal de 10 días de evolución. Refiere como antecedente constipación crónica, niega antecedentes familiares. Se constatan los siguientes datos biométricos: Peso: 29.800 kg (Pc<3) Talla: 149 cm (Pc 25) Adecuación P/T: 69%. Al examen físico se encuentra en regular estado general con signos de deshidratación severa. Abdomen distendido blando depresible doloroso RHA negativos, ampolla rectal ocupada. Se realiza placa de abdomen con niveles hidroaéreos sin aire distal y ecografía abdominal: distensión gaseosa intestinal con fecaloma

y globo vesical de 2 L. Se indica ayuno, enemas y catárticos con buena respuesta. Se interconsulta con cirugía que solicita colon por enema con resultado compatible con enfermedad de Hirschsprung. Se realiza laparotomía con toma de biopsia y se constata megacolon y megavejiga. Se recibe el resultado que informa células ganglionares presentes en los plexos, se solicita revisión y marcación inmunohistoquímica que demuestra células ganglionares inmaduras; resultado compatible con displasia neuronal intestinal. Se dan pautas alimentarias y se otorga egreso hospitalario indicando seguimiento con gastroenterología, urología, nutrición y cirugía.

CONCLUSIÓN

Dada la dificultad para el diagnóstico y la morbimortalidad que acarrea esta patología con importante impacto nutricional es relevante tenerla presente frente al paciente con íleo obstructivo.



A PROPÓSITO DE DOS CASOS: EFICACIA DEL USO LOCAL DE BLEOMICINA COMO ESCLEROSANTE EN EL TRATAMIENTO DE LINFANGIOMAS ABDOMINALES

489

Marino A.¹; Bocanera J.²; Tomasino F.³; Villalba S.⁴; Kinen M.⁵; Chazarreta Cifre M.⁶; Escalante R.⁷; Escalante M.⁸; Hamui E.⁹; Luna M.¹⁰; Piatti F.¹¹; Machado P.¹²; Romero G.¹³; Canto C.¹⁴

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14}

<antom_3393@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El linfangioma quístico es una patología tumoral benigna poco frecuente, consecuencia de alteración congénita durante el desarrollo de los vasos linfáticos. Es más común en niños de sexo masculino, habitualmente en zonas de cabeza y cuello; la ubicación intraabdominal es menos frecuente, y los retroperitoneales representan menos de un 1% de los abdominales. La presentación clínica es variable, pudiendo ser sólo un hallazgo a la palpación, de una masa asintomática, ó presentarse como un abdomen agudo.

OBJETIVOS

- Dar a conocer un caso de linfangioma abdominal con énfasis en el estudio imagenológico
- Describir el tratamiento esclerosante como opción terapéutica de los linfangiomas abdominales en niños

CASOS CLÍNICOS

CASO 1 Paciente de 4 años, eutrófico, correctamente inmunizado, cuadro de 36 horas de evolución caracterizado por abdomen agudo y vómitos biliosos. Al ingreso, tumoración en hemiabdomen inferior, elástica, móvil, dolorosa, 10x10 cm de diámetro; sin defensa, ruidos hidroaéreos negativos. Ecografía abdominal (Formación quística redondeada de paredes delgadas pelviabdominal -10 x 6 cm-, finos ecos internos); TAC Abdomen-Pelvis con contraste (voluminosa formación quística, bilobulada en uno de sus polos, homogénea, líquida, sin refuerzo postcontraste EV, desplaza asas delgadas hacia periferia, provoca efecto de masa.); Marcadores Tumorales (LDH: 1138/ alfa feto < 1.3 / CEA < 0.5). Por sospecha de Linfangioma abdominal, se realizó punción con drenaje de la masa; cultivo (negativo): citofisicoquímico (rosado-lechoso, 2200 elementos

(5/90)/Glucosa 134/Proteínas 3.5/Albumina 0.3/LDH 352/Triglicéridos 1669); e inyección de Bleomicina en dos oportunidades. Se realiza control tomográfico evidenciándose resolución de dicha patología.

CASO 2 Paciente de 5 años, eutrófico, correctamente inmunizado, con antecedente de Síndrome de Gorham Stout, acude a control de su patología de base. Al ingreso se evidencia abdomen globuloso, distendido, blando, depresible, indoloro a la palpación, ruidos hidroaéreos aumentados. TAC abdomen-pelvis con contraste (En mesenterio abundante contenido líquido, polilobulado, multitabicado, septos múltiples, regulares y finos, sin refuerzo). Se realiza tratamiento esclerosante bajo TAC del Linfangioma abdominal, con inyección de Bleomicina en dos oportunidades, evidenciándose en control tomográfico inmediato disminución de las lesiones de hemiabdomen inferior, interpretándose la persistencia de las superiores secundarias a tabicación de la masa (pendiente esclerosis).

CONCLUSIÓN

Los linfangiomas abdominales son una patología muy infrecuente, de predominio en población infantil. Según su presentación clínica se determina el manejo que se realizará, sin embargo, siempre requiere de una buena evaluación con estudios por imágenes (ultrasonido y tomografía computada). La terapia esclerosante, a pesar del riesgo de recidiva, en el caso de los pacientes descriptos ha sido efectiva. Por esto creemos que resulta una opción terapéutica prometedora a fin de evitar someter a los niños con esta patología a una intervención quirúrgica como primera línea de tratamiento.

A PROPÓSITO DE DOS CASOS: SECUENCIA DE VACTERL

490

Marino A.¹; Bocanera J.²; Tomasino F.³; Villalba S.⁴; Escalante R.⁵; Kinen L.⁶; Escalante P.⁷; Hamui E.⁸; Luna M.⁹; Piatti F.¹⁰; Romero G.¹¹; Machado P.¹²; Boffelli A.¹³; Meini I.¹⁴; Simonin S.¹⁵; Vago L.¹⁶

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16}

<antom_3393@hotmail.com>

La asociación VACTERL es un trastorno complejo de malformaciones congénitas con 3-7 anomalías primarias que implica vértebras, ano, corazón, tráquea, esófago, riñones y extremidades (del inglés limbs); en ocasiones presenta hidrocefalia, acrónimo a VACTERL-H. La existencia de una anomalía en cada una de las tres regiones anatómicas participantes (extremidades, tórax y pelvis, parte inferior del abdomen) permite su definición y diagnóstico. Su frecuencia se estima en menos de 1.6:10000. Se cree que es resultado de una influencia teratogénica entre la 4° y 8° semana de gestación, cuando se desarrolla la cloaca.

OBJETIVOS

- Dar a conocer dos casos clínicos de una patología poco frecuente como lo es la Asociación de VACTERL
- Describir las comorbilidades de la asociación de VACTERL y sus implicancias clínicas, a fin de brindar a estos niños una mejor calidad de vida y reducir la elevada mortalidad

CASO 1

Paciente de RNPT/BPEG, con diagnóstico neonatal de Ano imperforado con fístula rectovestibular y atresia de esófago. Durante cirugía de colostomía, la niña presenta dificultad respiratoria severa, Rx tórax con colapso pulmonar derecho total; TAC de tórax, ausencia de bronquio fuente derecho, colapso del pulmón derecho; Esofagograma, conexión del tercio medio del esófago al árbol bronquial derecho, fístula en su margen anterior derecho (bronquio-esofágico). Rinofibrobroncoscopia, fístula cerrada con afinamiento de la tráquea distal. Al mes de vida se realiza neumonectomía derecha, con recuperación favorable. Se realiza Ecocardiograma, DAP sin repercusión hemodinámica, FOP con shunt I/D,

VCS desemboca en seno coronario, venas pulmonares en AI, HTP severa, arco aórtico izquierdo, función conservada, dextroposición. Se diagnostica Asociación de VACTER, se solicita cariotipo (no pudo realizarse). Luego de numerosas complicaciones, la paciente fallece.

CASO 2

Paciente RNT/PAEG vigorosa, con diagnóstico de ano imperforado con fístula rectovestibular y agenesia renal derecha. Se realiza colostomía. Genetista solicita Rx de columna, hemivértebra en 5ta dorsal; Ecocardiograma y ecografía transfontanelar, normales. Por sospecha de Asociación de VATER solicita Cariotipo (pendiente). Fue evaluada interdisciplinariamente ampliándose estudios y tratamientos. CUMS, RVU izquierdo Grado V, se realiza Vesicostomía. RMI craneo, asimetría ventricular a predominio izquierdo sin hidrocefalia, y de columna total agenesia de vertebras sacras, fibrolipoma del filum, Sme de regresión caudal. Se encuentra en internación domiciliaria con buena evolución.

CONCLUSIÓN

La Asociación VACTERL es una entidad poco prevalente en la población general, pero conlleva alta mortalidad. Por esto es prioritario sensibilizar a los médicos en la importancia del conocimiento de esta patología cuyo diagnóstico podría realizarse prenatalmente, con ecografía a partir de la semana 18 de gestación, y así garantizar la corrección oportuna de malformaciones que podrían ocasionar incompatibilidad con la vida, siendo la mortalidad de esta asociación cercana al 50-85% de los niños en el primer año de vida.



A PROPÓSITO DE UN CASO: DIAGNÓSTICO DE COARTACIÓN AORTA EN UN LACTANTE DE 2 MESES

491

Marino A.¹; Bocanera J.²; Tomasino F.³; Villalba S.⁴; Jove A.⁵; Kinen L.⁶; Hamui E.⁷; Luna M.⁸; Escalante P.⁹; Piatti F.¹⁰; Romero G.¹¹; Machado P.¹²; Meini I.¹³; Simonin S.¹⁴; Boffelli A.¹⁵

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15}
<antom_3393@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La coartación de aorta representa un 8% de todos los defectos cardíacos congénitos, siendo más común en hombres que en mujeres. Es una estenosis localizada de la luz aórtica, provoca hipertensión de los miembros superiores, hipertrofia ventricular izquierda e hipoperfusión de los órganos abdominales y los miembros inferiores. Tanto el cuadro clínico como la fisiopatología pueden ser muy diferentes según la edad de presentación y la gravedad de la obstrucción, con síntomas muy variables (cefalea, dolor torácico, extremidades frías, cansancio y claudicación de miembros inferiores, insuficiencia cardíaca y shock fulminante). Puede aparecer en forma aislada o asociada con otras anomalías congénitas.

OBJETIVOS

- Describir un caso clínico de paciente con diagnóstico de coartación de aorta a los 2 meses de vida
- Destacar la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno como determinantes del pronóstico de la enfermedad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 2 meses, eutrófico, bien inmunizado, antecedente de polidactilia corregida. Ingresó por dificultad respiratoria severa, taquicárdico, taquipneico, rales subcrepitantes finos aislados, tiraje subcostal y supraesternal, moderadamente enfermo, soplo sistólico 2/6. Laboratorio normal, Rx Tórax con cardiomegalia y redistribución de flujo; Ecocardiograma, coartación de aorta severa, comunicación interauricular ostium secundum, válvula aórtica bicúspide normofuncionante, hipertensión pulmonar severa. Cardioresonancia, coartación de aorta posterosubclavia izquierda de tipo

suboclusivo con un diámetro mínimo de dos milímetros, arco aórtico transversal de tipo hipoplásico, válvula aórtica bivalva, dilatación del tronco de la arteria pulmonar y de sus respectivas ramas, Comunicación interauricular tipo Ostium secundum. Se realiza corrección de coartación de Aorta (anatomosis termino-terminal), cierre de CIA. A las semanas por desmejoría clínica, se realiza Angio-tomografía, se evidencia adyacente al borde antero lateral izquierdo del cayado aórtico una imagen sacular que se contrata en fase arterial. Se asume como recoartación aórtica con pseudoaneurisma, por lo que se realiza nueva cirugía de cierre de cabos aórticos pre y post aneurismáticos, cierre de DAP y parche aórtico, con buena evolución clínica hasta el momento. Además servicio de genética solicita cariotipo (normal) y ADN MLPA 22 Q11.2 (pendiente)

CONCLUSIÓN

La coartación de aorta se presenta con un espectro amplio de síntomas que varía sensiblemente según la edad del paciente, la gravedad de la obstrucción y la presencia de patología asociada. En niños asintomáticos el registro de presiones arteriales por encima de los percentiles correspondientes obliga al estudio exhaustivo. Una correcta anamnesis, así como un detallado examen físico que incluya la toma de presiones arteriales en todos los miembros con técnica y manguitos adecuados, pueden ser extremadamente orientadores a su diagnóstico, para así realizar tratamiento oportuno. El diagnóstico de coartación de aorta obliga a tomar una conducta para su resolución, siendo la reparación quirúrgica con anastomosis termino-terminal ampliada es el tratamiento adecuado para niños pequeños.

DE ICTERICIA A FIBROSIS QUÍSTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

492

Marino A.¹; Bocanera J.²; Tomasino F.³; Villalba S.⁴; Kinen L.⁵; Luna M.⁶; Escalante P.⁷; Hamui E.⁸; Piatti F.⁹; Romero G.¹⁰; Machado P.¹¹; Meini I.¹²; Boffelli A.¹³; Simonin S.¹⁴

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14}
<antom_3393@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Fibrosis Quística (FQ) es una enfermedad genética de herencia autosómica recesiva, afecta preferentemente a la población de origen caucásico. Se caracteriza por disfunción de las glándulas de secreción exocrina que lleva a infección broncopulmonar crónica, insuficiencia pancreática y otras complicaciones multisistémicas (cirrosis macronodular, diabetes y osteopenia). El defecto fundamental es la función reducida o ausente de una proteína reguladora de la conductancia transmembrana, el "regulador transmembrana de la fibrosis quística", codificado en el brazo largo del cromosoma 7. Si bien el desarrollo de colestasis neonatal por fibrosis quística es infrecuente (solo 2% de los casos de FQ) es importante conocer las distintas formas de presentación de esta enfermedad desde las etapas iniciales de la vida teniendo en cuenta que cuanto más tardío es el diagnóstico, más se posterga la iniciación del tratamiento apropiado, que se asocia a un incremento en la morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS

- Describir forma de presentación poco frecuente de fibrosis quística en un paciente de 3 meses de vida
- Conocer la fibrosis quística como patología, con todas sus variantes de presentación, para tener un alto índice de sospecha de la misma, arribar a su diagnóstico precozmente y tratamiento oportuno.

CASO CLÍNICO

Paciente de 3 meses, falla de medro, mal inmunizado, con antecedente de ictericia neonatal isogrupo isofactor, que resolvió a la semana de vida. Screening neonatal normal. Comienza al mes de vida con ictericia

generalizada, heces hipocólicas y hepatoesplenomegalia. Laboratorio: hiperbilirrubinemia (predominio directo), Amilasemia normal, TP 90%, leve hipoalbuminemia, Alfa 1 globulina normal, ligera hipoGammaGlobulinemia, perfil tiroideo normal, serologías virales negativas. Cultivos, negativos. Ecografía abdominal normal. Servicio de Hepatología realiza colangiografía intraoperatoria, vía biliar extrahepática normal, intrahepática con dilatación fusiforme de vía biliar derecha. Realizan colecistectomía con toma de muestras para biopsia hepática, Infiltrado inflamatorio mixto, sin fibrosis con proliferación ductal. Colangio-resonancia: hígado con hipertrofia de lóbulo izquierdo y atrofia de lóbulo derecho con hipoperfusión, colecistectomía, calibre disminuido de vena porta derecha y nueva biopsia hepática que informa importante colestasis, trombos biliares, ductopenia, células gigantes, se concluye resultado inespecífico pero compatible con fibrosis quística. Alfa 1 antitripsina, Elastasa en materia fecal y quimotripsina, normales; Van de Kamer, abundante grasa y jabones; Test del Sudor: 1º dudoso en 55mmol/Lt, 2º positivo 81mmol/Lt y 3º Positivo 79mmol/Lt.

CONCLUSIÓN

La Fibrosis quística es una patología importante y frecuente, que se manifiesta principal, pero no exclusivamente, antes de la edad escolar. Es elemental conocer las distintas formas de presentación de Fibrosis Quística en este grupo etario, tener un alto índice de sospecha para así poder realizar un diagnóstico precoz y ofrecer la posibilidad de aplicar un tratamiento oportuno disminuyendo así la morbilidad y mortalidad del niño.



A PROPÓSITO DE UN CASO DE MIELITIS LONGITUDINAL

Marino A.¹; Bocanera J.²; Tomasino F.³; Villalba S.⁴; Manin Gavilondo A.⁵; Hamui E.⁶; Luna M.⁷; Escalante M.⁸; Piatti F.⁹; Machado P.¹⁰; Romero G.¹¹; Simonin S.¹²; Meini I.¹³; Boffelli A.¹⁴; Kinen M.¹⁵

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15}

<antom_3393@hotmail.com>

493

INTRODUCCIÓN

La Mielitis longitudinal es un trastorno agudo inflamatorio de la médula espinal que se caracteriza por la aparición en forma aguda o subaguda de signos y síntomas de disfunción medular (fiebre, dolor cervical o dorsolumbar seguido de paraplejía flácida, nivel sensitivo y compromiso esfinteriano). En la actualidad, se la relaciona principalmente con la neuromielitis óptica (NMO) y su espectro (NMOSD). Sin embargo, existen múltiples diagnósticos diferenciales a tener en cuenta: enfermedades inflamatorias autoinmunes no NMO (encefalomielitis diseminada aguda, esclerosis múltiple), enfermedades autoinmunes sistémicas (lupus eritematoso sistémico [LES], síndrome de Sjögren, sarcoidosis), infecciosas, paraneoplásicas (CRMP-5), neoplásicas (astrocitoma, ependimoma, metástasis intramedulares), metabólicas (déficits de vitamina B12 o cobre), vasculares (infarto o fístulas durales), entre otras. La RMI con Gadolinio es el método diagnóstico de elección, demostrando engrosamiento segmentario por edema que afecta segmentos medulares con señales hiperintensas en secuencias T2 y Flair, que refuerzan con Gadolinio, e hipointensa en T1.

OBJETIVOS

- Presentar un caso de una entidad poco frecuente como la Mielitis Longitudinal
- Conocer los métodos diagnósticos, diagnósticos diferenciales y tratamientos oportunos de este trastorno a fin de disminuir la morbimortalidad del mismo

CASO CLÍNICO

Paciente de 4 años, eutrófica, bien inmunizada, cuadro de 6 días de evolución de fiebre, hemiparesia de miembro superior derecho, parálisis facial con

desviación de la comisura labial homolateral, rigidez cervical, disminución de la fuerza en miembros superiores, reflejos osteotendinosos negativos, marcha inestable. Punción lumbar, LCR normal; TAC de cráneo, normal. Serología para Borrelia Burgdorferi, negativa. RMI de encéfalo y médula con Gadolinio, hiperintensidad en T2 y flair en el piso del cuarto ventrículo sobre el dorso de la protuberancia, con extensa lesión de médula cervico- dorsal con características de mielitis. Potenciales evocados visuales, bilateralmente alterados. Anticuerpo anti-acuaporina 4, negativo. Se asume como mielitis transversa, inicia pulsos de corticoides presentando mejoría clínica.

CONCLUSIÓN

La mielitis transversa longitudinal extensa denota la presencia de inflamación de la médula espinal abarcando 3 o más cuerpos vertebrales. La etiología más común es la NMO, enfermedad desmielinizante autoinmune en la cual se desarrollan auto-anticuerpos contra los canales de agua en los astrocitos del sistema nervioso central llamados acuaporina 4. Es esencial mantener un alto índice de sospecha de las diferentes etiologías posibles y su gravedad, principalmente tumorales, vasculares, idiopáticas y por LES, que pueden representar un subconjunto crítico con distinta terapéutica y pronóstico. De igual manera, ante la sospecha de la misma en niño con síntomas de disfunción motora y sensitiva, de presentación hiperaguda, se justifica el tratamiento con corticoides a altas dosis para poder lograr la pronta remisión de los síntomas con la menor cantidad de secuelas posibles.

TUMOR INFLAMATORIO DE POTT, REPORTE DE CASO

Ruiz P.¹; Gimenez C.²; Fischer S.³

CLÍNICA SAN LUCAS^{1,2,3}

<pauvruiz@hotmail.com>

495

INTRODUCCION

El tumor inflamatorio de Pott si bien resulta una patología infrecuente en nuestra era, presenta ciertos aspectos a tener en cuenta en la actualidad. Destacamos que el diagnóstico y tratamiento precoz, basado en la terapéutica antibiótica prolongada, evita procedimientos invasivos con mayor morbimortalidad.

OBJETIVO

Comunicar un caso de tumor inflamatorio de Pott, como complicación infrecuente de un cuadro de sinusitis, en un paciente que no encuadra dentro del grupo etario para dichas patologías.

PACIENTE Y METODOS

Paciente de 3 años de edad, sexo masculino, sin antecedentes patológicos de relevancia. Se presenta con síndrome febril de 7 días de evolución, asociado a edema y eritema bpalpebral. Por sospecha de celulitis orbitaria se inició tratamiento antibiótico con Ceftriaxona y Clindamicina, en lugar de origen. Se deriva a nuestra institución para completar estudios y tratamiento.

Al ingreso se constata tumoración frontal, que fue aumentando de tamaño, blanda, fluctuante, sin signos inflamatorios. Examen neurológico y oftalmológico sin alteraciones. Laboratorio inicial objetivó leucocitosis con neutrofilia y aumento de reactantes de fase aguda. La ecografía de partes blandas informó colección anecoica con compromiso del tejido celular subcutáneo, por lo que se procedió con drenaje quirúrgico de la lesión con obtención de líquido marrón oscuro y espeso.

Se realiza RNM de cerebro que informó imagen hipodensa extraaxial, adyacente a lóbulo frontal derecho de 36 x 6 mm, con pared definida que realza con contraste, compatible con absceso epidural. Además se informan imágenes compatibles con pansinusitis aguda. Dichos hallazgos son patognomónicos de la entidad conocida como tumor inflamatorio de Pott. Cumple tratamiento antibiótico endovenoso durante 4 semanas con Ceftriaxona y Ornidazol, con RNM de control, que objetiva regresión de la lesión en un 80%. Sin requerir intervención neuroquirúrgica, se otorga egreso institucional, con control de RNM a las 4 semanas.

CONCLUSION

El diagnóstico temprano junto con la instauración precoz de antibioticoterapia, son pilares fundamentales para evitar secuelas neurológicas a largo plazo. Se debe remarcar, que el caso presentado, en relación a otras publicaciones, se trata de un paciente que no encuadra dentro del grupo etario debido a la falta en la neumatización de los senos frontales; y además, no requirió de intervenciones invasivas (neuroquirúrgicas).



496

PEUDOTUMOR CEREBRAL EN PACIENTE CON ANEMIA SEVERA

Ruiz P.¹; Cedola A.²; Drozdowski C.³

CLÍNICA SAN LUCAS^{1,2,3}

<pauuvruiz@hotmail.com>

INTRODUCCION

La anemia ferropénica es una patología muy frecuente. Las complicaciones que pueden derivar de dicho cuadro son múltiples. El pseudotumor cerebral, aunque infrecuente, es un diagnóstico a tener en cuenta, ya que inicialmente, los síntomas, pueden solaparse con el cuadro de anemia.

OBJETIVO

Comunicar un caso de pseudotumor cerebral, como complicación de anemia ferropénica.

PACIENTE Y METODOS

Paciente de sexo femenino, de 14 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia. Por antecedentes de mareos, astenia y cefalea occipital con anemia severa, se recibe en nuestra institución para evaluación por Servicio de Hematología. A su ingreso se constata palidez generalizada mucocutánea, manchas hipocrómicas en cara y cuello, sin signos de sangrados activos. Como antecedente de enfermedad actual relata cambios en hábitos dietarios (dieta vegana) y menstruaciones irregulares, que en ocasiones eran abundantes.

Se objetiva en laboratorio inicial, anemia ferropénica severa, y se inicia tratamiento con hierro endovenoso. No presentó sangre oculta en materia fecal ni anticuerpos para celiaquía, los estudios de coagulación se encontraban sin alteraciones. La evaluación gastroenterológica mediante video endoscopia digestiva alta (VEDA), con toma de biopsia, que informó ulcera gástrica.

Durante internación, la paciente persiste con episodios de cefalea

moderada, a pesar de mejoría en parámetros de laboratorio, asociado a vómitos y diplopía intermitente. Ante dicho cuadro es evaluada por oftalmología que informa, en fondo de ojo, signos compatibles con edema de papila bilateral. La resonancia nuclear magnética de cerebro (RNM) confirma dichos hallazgos y descarta la presencia de masa cerebral. Con diagnóstico de hipertensión endocraneana idiopática, que se asume secundaria a anemia ferropénica, se realiza punción lumbar con medición de presión de apertura de LCR, valor hallado 32 cm H₂O, con presión de cierre 25 cm H₂O. Con mejoría de sintomatología y parámetros de laboratorio, se otorga egreso institucional con Sulfato ferroso y Acetazolamida.

CONCLUSION

El pseudotumor cerebral como complicación de un cuadro de anemia ferropénica, es infrecuente. Es importante tenerlo en cuenta, ante la persistencia de la sintomatología con la que ingresa el paciente. Sumado a esto, realizar una neuroimagen en forma precoz, para descartar masas cerebrales, que justifiquen ambos diagnósticos.

497

A PROPÓSITO DE UN CASO, POLIARTRITIS EN LA ADOLESCENCIA

Marino A.¹; Bocanera J.²; Tomasino F.³; Villalba S.⁴; Sacnu M.⁵; Ortíz G.⁶; Luna M.⁷; Hamui E.⁸; Escalante P.⁹; Piatí F.¹⁰; Romero G.¹¹; Machado P.¹²; Boffelli A.¹³; Simonin S.¹⁴; Meini I.¹⁵; Kinen M.¹⁶

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16}

<antom_3393@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La patología inflamatoria articular puede suponer el inicio de cualquier enfermedad inflamatoria oligo o poliarticular. El aumento de su frecuencia en la población pediátrica, obliga a mostrar un interés en aumento por el aparato locomotor debido al incremento de afecciones relacionadas. El diagnóstico diferencial debe establecerse considerando inicialmente: grupo etario afectado, antecedentes personales y familiares, hábito sexual, articulaciones afectadas, manifestaciones extraarticulares, presencia de síntomas sistémicos, e historia de infección previa, entre otros.

OBJETIVOS

- Demostrar la importancia de la anamnesis como disparador de orientación diagnóstica en patologías inflamatorias articulares
- Considerar la importancia del correcto abordaje, y precoz tratamiento, lo cual supone una rápida mejoría clínica y de la calidad de vida.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años, eutrófica, bien inmunizada, con antecedente familiar de enfermedades del colágeno, ingresa a sala por cuadro de 4 días de evolución de dolor articular. En manos y rodillas, signos de flogosis e impotencia funcional con dolor a la movilización activa y pasiva. Elevación de reactantes de fase aguda. Perfil reumatológico: C3, C4, Látex AR, Anti DNA, Anti La, Anti Ro, Anti Smith, RNP, Anti CCP, negativos. Serologías VHB, VHC, VEB, CMV, Parvovirus B19, VIH y ASLO negativos. Leve hipoalbuminemia. Radiografías de tórax, muñecas, y rodillas normales. Ecografía de manos: Sinovitis grado III en carpos, grado II en articulaciones interfalángicas proximales, y rodilla derecha, con leve derrame subcuadrípital. Ecografía abdominal, hepatomegalia leve.

Cultivos negativos. Inicia tratamiento corticoideo, sin respuesta clínica. Se reinterroga a la niña recabando dato de inicio de relaciones sexuales. Se realiza especuloscopia, con toma de muestra de exudado vaginal positiva a Garderella vaginalis y PCR endocervical positivo a Gonococco, Mycoplasma Hominis y Chlamydia Trachomatis. Artrocentesis: Exudado, PCR y cultivo + Gonococo. Realiza tratamiento con Ceftriaxona, evolucionando favorablemente.

CONCLUSIÓN

Las artritis reactivas posvenéreas deben considerarse en el diagnóstico diferencial de toda oligoartritis seronegativa en adolescentes. La infección genital puede ser subclínica, si bien el 80% de los pacientes con artritis gonocócica tienen cultivo positivo de muestra de mucosas (uretra, recto, faringe, endocérvix), mismo porcentaje suele no presentar síntomas locales manifiestos, y ocasionalmente el adolescente oculta el antecedente sexual. Se asocia comúnmente a hemocultivos negativos y cultivos de líquido sinovial positivos, que permite aislar el microorganismo, aportando el diagnóstico definitivo e información de la antibioterapia correcta, favoreciendo así, la pronta mejoría de los síntomas tras su implementación. Además de su consideración como diagnóstico diferencial de manifestaciones clínicas articulares, es de destacar la importancia de considerar el antecedente, y posterior búsqueda y tratamiento de los contactos sexuales.



A PROPÓSITO DE UN CASO: DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE CON SÍNDROME DE BECKWITH WIEDEMANN

498

Marino A.¹; Bocanera J.²; Tomasino F.³; Villalba S.⁴; Zirone S.⁵; Kinen M.⁶; Hamui E.⁷; Luna M.⁸; Escalante M.⁹; Piatti F.¹⁰; Romero G.¹¹; Machado P.¹²; Boffelli A.¹³; Simonin S.¹⁴; Meini I.¹⁵

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15}

<antom_3393@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Beckwith-Wiedemann es una enfermedad de origen congénito (alteraciones genéticas complejas), multisistémico, consistente en hipoglucemia, hipercrecimiento, macroglosia, peso elevado al nacer, defectos de la pared abdominal y visceromegalias, con predisposición al desarrollo tumoral aumentado respecto a la normalidad en un 7%. Es el síndrome pediátrico que más comúnmente implica hipercrecimiento. El diagnóstico se fundamenta en criterios clínicos y de laboratorio.

OBJETIVOS

- Describir un caso de Sme Beckwith Wiedemann con diagnóstico neonatal
- Describir la importancia de un diagnóstico temprano para poder realizar un seguimiento de manera adecuada
- Conocimiento de la patología para tratar de manera oportuna las distintas complicaciones que se puedan presentar.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 5 meses, correctamente inmunizada, RNT/PAEG vigorosa, con mal control metabólico caracterizado por episodios de hipoglucemias. Madre primigesta sin antecedentes de jerarquía familiar. Niña eutrófica, impresiona hemihipertrofia derecha leve, presenta macroglosia que no impide su correcta alimentación. Abdomen globuloso, blando depresible, leve hepatoesplenomegalia, hernia umbilical reductible e incoercible. Se llega así a diagnóstico neonatal de Síndrome de Beckwith Wiedemann. Como parte de estudio de su patología, se realiza TAC de abdomen, nódulo sólido en glándula suprarrenal derecha, y dosaje de catecolaminas, normal.

Servicio de oncohematología asume cuadro como nefroblastoma bilateral, e indica iniciar protocolo quimioterápico, el cual se realiza durante por 1 año. Luego de finalizado el mismo se lleva a cabo RMI de abdomen con contraste de control en la cual se informa, persistencia de las lesiones, quiste de 7 mm en el tercio medio del riñón derecho; se realiza biopsia de dicha lesión en la cual se informa tejido renal de histomorfología general preservada, no se observa lesión neoplasia en toma examinada. Continúa en seguimiento interdisciplinario.

CONCLUSIÓN

El Síndrome de Beckwith-Wiedemann puede presentarse aproximadamente en 1 de cada 13 700 nacimientos. Presenta una baja incidencia que puede estar sesgada por la falta de diagnóstico en casos de menor expresividad clínica. Es una enfermedad que precisa de seguimiento cercano por su alta predisposición a tumores y el desarrollo de hipoglucemia, es por esto que creemos la importancia de poder conocer y sospechar esta patología, para realizar el correcto tratamiento de manera oportuna tanto al momento diagnóstico como en sus posibles complicaciones y mejorar de esta manera la calidad de vida del niño, además de poder brindar al grupo familiar el correcto asesoramiento genético.

A PROPÓSITO DE UN CASO: MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA, EL ROL DEL PEDIATRA

499

Marino A.¹; Bocanera J.²; Tomasino F.³; Villalba S.⁴; Kinen M.⁵; Canto C.⁶; Escalante P.⁷; Hamui E.⁸; Luna M.⁹; Piatti F.¹⁰; Romero G.¹¹; Machado P.¹²; Boffelli A.¹³; Meini I.¹⁴; Simonin S.¹⁵; Vila F.¹⁶

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16}

<antom_3393@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La malformación adenomatoídea quística pulmonar es una extraña anomalía congénita que frecuentemente se detecta durante la infancia. La presentación tardía es poco frecuente y más comúnmente se detecta como un hallazgo radiológico en adultos. El diagnóstico de esta patología es importante, principalmente por el riesgo de infecciones recurrentes y transformación neoplásica. Representa el 25-35% del total de las malformaciones pulmonares. La incidencia es de 1/25.000- 1/30.000 recién nacidos vivos; el 80% es unilateral.

OBJETIVOS

- Describir una de las formas más frecuentes de presentación de malformación adenomatoídea quística pulmonar en la edad pediátrica, a fin de generar un alto índice de sospecha y diagnóstico y tratamientos oportunos
- Demostrar la importancia de realizar diagnóstico prenatal mediante ecografía

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 17 meses, eutrófico, bien inmunizado. Consulta por fiebre, tos y dificultad respiratoria de 4 días de evolución. Presenta como antecedente: ecografía prenatal (22.5 semanas) múltiples formaciones anecoicas compatibles con quistes pulmonares en hemitorax derecho; nueve internaciones por Neumonías. Se realiza Tomografía de Tórax: imagen compatible con Secuestro Pulmonar Abscedado, y punción aspirativa con toma de muestra de material purulento para cultivo (negativo). Completó tratamiento antibiótico endovenoso. A los 19 meses de vida se realiza cirugía correctora con resección de lóbulo inferior de pulmón derecho, con toma de biopsia que informó MAQ tipo II. Continua en seguimiento interdisciplinario con franca mejoría de la sintomatología respiratoria y los cuadros infecciosos.

CONCLUSIÓN

La MAQ es una anomalía congénita rara, que habitualmente se manifiesta en el período perinatal como distress respiratorio. Sin embargo, esta malformación puede ser detectada con menor frecuencia en la infancia, adolescencia y adultez, asociada a infecciones pulmonares recurrentes por lo que debe tenerse índice de sospecha, siendo de importancia el reconocimiento de las características imaginológicas de esta lesión, que permite hacer un diagnóstico preciso y óptimo manejo. Con el desarrollo de la ecografía prenatal como procedimiento de screening de rutina, la MAQCP puede ser diagnosticada intraútero, lo que resulta beneficioso, ya que permite antenatalmente, juzgar sus consecuencias y mejorar la actitud obstétrica, y postnatalmente un tratamiento precoz e individualizado.



500

A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUROBLASTOMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA, EL ROL DEL PEDIATRA

Marino A.¹; Bocanera J.²; Tomasino F.³; Villalba S.⁴; Zirone S.⁵; Escalante R.⁶; Chazarreta Cifre M.⁷; Kinen M.⁸; Escalante M.⁹; Hamui E.¹⁰; Luna M.¹¹; Machado P.¹²; Piatti F.¹³; Romero G.¹⁴; Boffelli A.¹⁵; Simonin S.¹⁶; Meini L.¹⁷

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17}

<antom_3393@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El neuroblastoma es un tumor sólido frecuente en pediatría, originado en las células de la cresta neural del sistema nervioso periférico simpático, pudiendo presentarse en cualquier localización desde el cuello hasta el abdomen, con mayor frecuencia en glándula suprarrenal y tórax. El conocimiento de esta patología y sus diversas formas de presentación, permite su sospecha y diagnóstico temprano en la consulta pediátrica.

OBJETIVOS

- Describir una forma de presentación atípica del Neuroblastoma en la edad pediátrica
- Demostrar la importancia de un examen clínico completo y paraclínico adecuado en la consulta pediátrica inicial

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 11 meses, eutrófica, correctamente inmunizada ingresa a sala de internación por cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por impotencia funcional de miembro inferior derecho, asumida por Servicio de Traumatología como Osteomielitis Aguda en tratamiento antibiótico endovenoso. Es derivada para estudio por constatar masa abdominal. Al ingreso a nuestro servicio, paciente pálida, adenopatías generalizadas; cráneo asimétrico, masa occipital derecha duro-pétreo de 5 cm de diámetro; Masa en hipocondrio derecho, lisa, dura-pétreo, inmóvil, 9 cm de diámetro; Impotencia funcional en miembro inferior derecho, con aumento de diámetro a nivel del muslo. TAC Cabeza, cuello, tórax, abdomen y pelvis (en cráneo dos imágenes sólidas, parietooccipital -51x31 mm- y temporal -10x13 mm- derechas, extraaxiales, hiperdensas, con calcificaciones; Ocupación de celdas mastoideas derechas,

adenopatías laterocervicales y en ambos triángulos posteriores; Imágenes micronodulares bibasales, subpreurales; proceso expansivo, sólidos, heterogéneo con áreas hipodensas necróticas y calcificaciones distróficas, encapsulado, en adrenal derecha, 81x70x90 mm; conglomerado ganglionar mesentérico y retroperitoneal; Imagen lítica del tercio diafisario distal femoral, 17x9 mm y acetabular homolateral de 8 mm). Estudios complementarios (Serologías negativas, LDH 1922, Catecolaminas normales; Hormonas tiroideas normales). Biopsia (Neuroblastoma, poco diferenciado, pobre en estroma, sectores de aspecto neuroendócrino medular; amplificación del Gen N-Myc negativa). Realiza protocolo quimioterápico según Children's Oncology Group para Neuroblastoma E4 de Riesgo Intermedio. PET de control favorable (área metabólicamente activa en glándula suprarrenal derecha, SUV 4). Se realiza resección de neuroblastoma y suprarrenalectomía, sin complicaciones (pendiente informe de anatomía patológica)

CONCLUSIÓN

Aproximadamente el 70% de los neuroblastomas afectan a la cavidad abdominal, por lo que la mayoría de los pacientes se presentan con síntomas relacionados con el efecto masa o con síndrome general, pero existen formas atípicas de presentación. Es por esto que planteamos la importancia de empoderar el examen integral del niño en la consulta pediátrica, a fin de evitar los sesgos generados por los distintos fraccionamientos del paciente, considerando esto definitivo para lograr un diagnóstico de certeza y poder ofrecer las opciones terapéuticas oportunas.

A PROPÓSITO DE UN CASO: MENINGITIS TUBERCULOSA

Marino A.¹; Bocanera J.²; Tomasino F.³; Villalba S.⁴; Ocampo R.⁵; Flynn L.⁶; Hamui E.⁷; Kinen M.⁸; Luna M.⁹; Escalante P.¹⁰; Escalante R.¹¹; Chazarreta Cifre M.¹²; Piatti F.¹³; Romero G.¹⁴; Machado P.¹⁵

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15}

<antom_3393@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

En 2006 se estimaron en 9,2 millones los nuevos casos de tuberculosis (TBC) en el mundo con un incremento de su incidencia de 0,4% por año. La meningitis tuberculosa representa el 1% anual de todos los casos de TBC y su mortalidad es elevada.

Considerada la forma más letal de TBC, en la práctica su diagnóstico se establece por una suma de elementos clínicos y de laboratorio que la mayoría de veces son inespecíficos y los cultivos.

OBJETIVOS

- Describir un caso de meningitis tuberculosa en paciente pediátrico
- Destacar la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno como determinantes del pronóstico de la enfermedad
- Conocer para sospechar y tratar las posibles complicaciones de la Meningitis Tuberculosa

CASO CLÍNICO

Paciente de 4 años, consulta por cuadro de más de 2 semanas de evolución caracterizado por fiebre y vómitos alimenticios. Al examen afebril; hipotenso, bradicárdico; sensorio deprimido con respuesta a estímulos dolorosos, rigidez cervicodorsolumbar, signo de Kerning y Babinsky bilateral positivo. Laboratorio (Leucocitosis); Radiografía de Torax (normal); TAC cráneo y tórax con contraste (Sistema ventricular amplio con áreas de refuerzo meníngeo-difuso micro nodular. Cisternas basales amplias; En tórax, área de consolidación segmentaria anterior para el lóbulo superior izquierdo, con calcificaciones groseras hiliares y mediastinales -estructuras ganglionares calcificadas-). Punción lumbar: (Citofisicoquímico: 120 elementos (10/90) /

Glucorraquia 24 (62) / Proteínorraquia 0.66), cultivo para BAAR (positivo). PCR tuberculosis (negativa). PPD negativa. Se inicia tratamiento tuberculostático con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol y Meprednisona. El paciente evoluciona desfavorablemente, con desmejoría del cuadro neurológico. Electroencefalograma (hipovoltado generalizado con ondas lentas difusas). RMI de Cráneo con contraste (cavidades ventriculares marcadamente aumentadas de tamaño, tercer ventrículo globuloso y cuarto ventrículo amplio. Compromiso de las envolturas meníngeas de aspecto nodulillar en topografía de cisternas silvianas biltareal). Por sospecha de hipertensión endocraneana se realizan punciones lumbares evacuatorias, con evolución favorable. Persiste marcha atáxica.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de MTBC sigue siendo difícil y se debe dar importancia primordial a las manifestaciones clínicas y características del LCR. La decisión del inicio del tratamiento debe privilegiar conductas activas cuando existe una sospecha fundada de este diagnóstico, así no contemos con todos los elementos necesarios para realizar un diagnóstico de certeza. Al momento de tratar debemos seleccionar la mejor opción con fármacos de buena penetración en SNC, apoyándonos siempre con corticosteroides inicialmente, elaborando un esquema con cuatro fármacos al menos, intensificado y prolongado. Si el objetivo es la completa recuperación del paciente, además lo debemos vigilar cercanamente con controles clínicos y de LCR seriados, estando atentos a la probabilidad de cepas resistentes y las toxicidades que pueden generar los fármacos antituberculosos.

501



ESCORBUTO INFANTIL. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Sancho Cano JA¹; Macchi P²

TANDIL/GARRAHAN¹; HOSPITAL DEBILILLO BLANCO VILLEGAS²

sanchocanojulietta@gmail.com

502

INTRODUCCIÓN

Dentro de las enfermedades carenciales el escorbuto es considerado actualmente de aparición esporádica. Comunicamos un caso de escorbuto donde las manifestaciones clínicas y el interrogatorio dirigido constituyeron la llave para el diagnóstico de esta entidad.

DESCRIPCIÓN

Se trata de un paciente de 11 años con diagnóstico de encefalopatía secundaria a meningitis bacteriana. Comienza 1 mes antes de la consulta con impotencia funcional de miembros inferiores e irritabilidad al que agrega purpura palpable en miembros inferiores y superiores, y sangrado gingival.

Examen físico: purpura palpable en extremidades, mal estado bucodental y llanto intenso a la movilización. Se realiza laboratorio que no arroja datos significativos y se programa estudio por imágenes. Pensando en déficit vitamínico se realiza interrogatorio dirigido a los padres, quienes afirman que nunca consumió cítricos porque es "alérgico" desde niño. Se solicita dosaje de ácido ascórbico: indetectable. Inicia tratamiento con VIT C revirtiendo los síntomas a las pocas semanas de inicio.

DISCUSIÓN

El ácido ascórbico es una vitamina hidrosoluble, poco resistente al calor (cocción) y enlatado, que interviene en el metabolismo celular y en la síntesis de sustancia fundamental del tejido conectivo. La formación inadecuada de colágeno determina una alteración en la fortaleza de los vasos sanguíneos con la consecuente aparición de fenómenos hemorrágicos. Las principales fuentes de vitamina C son frutos agrios (naranja, limón, etc.) y verduras.

La leche de vaca tiene cantidad escasa de vitamina C que por cocción y dilución se tornan irrelevantes desde el punto de vista nutricional. El aporte de vitamina C es fundamental para los primates superiores dado que estos carecen de la enzima necesaria para convertir el gluconato en ascorbato. Los requisitos diarios de vitamina C están cubiertos con un aporte de 50 mg/día de dicha vitamina, aumentando a unos 100 mg/día en la embarazada y a unos 150 mg/día durante el amamantamiento.

CONCLUSIÓN

Aunque raro en los niños el escorbuto es un padecimiento que aún se puede encontrar en ellos, especialmente en niños desnutridos. Se requiere del conocimiento previo, la experiencia y pensar en él, para reconocerlo, evitar exámenes innecesarios e iniciar el tratamiento oportunamente ya que se trata de una entidad potencialmente fatal, pero fácil de curar.

SINDROME ALLAGILE: PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Calafatello N.¹; Giunchetti F.²; Mazzeo A.³; Perelló P.⁴; Pastura I.⁵; Tantera S.⁶; Tursarkisian Misisian R.⁷

HOSPITAL ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7}

<noe.calafatello@gmail.com>

503

INTRODUCCIÓN

Síndrome de Allagile es una enfermedad multisistémica, autosómica dominante, ocasionada por defectos en la vía de señalización de receptor Notch. La frecuencia es 1/30.000. La mayoría de los casos (97%) es ocasionada por haploinfluencia del gen JAGGED1 sobre el brazo corto cromosoma 20 debido a mutaciones o deleciones del locus. En más de la mitad se trata de mutaciones de novo y < 1% es causada por mutaciones en genes NOTCH2, que se asocia a malformaciones renales. Las principales manifestaciones clínicas son: colestasis crónica, enfermedad cardíaca congénita, embriotoxón posterior en el examen ocular, fenotipo facial característico, vértebras en alas de mariposa.

OBJETIVO

Describir un paciente con signos y síntomas compatibles con Síndrome Allagile.

Caso clínico: Paciente de 4 meses inicia con ictericia de 2 semanas de evolución por lo que consulta en centro de salud de acción comunitaria donde deciden derivación a hospital de alta complejidad para diagnóstico y tratamiento. Al examen físico presenta ictericia de piel y mucosas, facies peculiares, soplo sistólico 3/6 y hepatomegalia. Antecedentes personales, NPT (34 semanas) / BPEG (1.560 Kg) Cesárea por RCIU y oligoamnios, internación en neonatología (26 días) con diagnóstico de hiperbilirrubinemia (luminoterapia 3 días) y para recuperación nutricional. Ecocardiograma: FOP con estenosis de ramas pulmonares. Antecedentes familiares: primo-paterno

con diagnóstico de Síndrome Allagile. Durante la internación, se realizan laboratorios que informan parámetros de colestasis hepática con coagulograma normal. Serologías virales, negativas. Ecografía abdominal informa hepatomegalia, vía biliar intrahepática no dilatada. Riñones con aumento de ecogenicidad. Se evalúa por oftalmología quien diagnostica embriotoxón bilateral por lámpara de hendidura. Por presentar sospecha de diagnóstico de Síndrome de Allagile se realiza interconsulta con genética quienes solicitan ampliar estudios con búsqueda de malformaciones asociadas a dicho síndrome. Se realiza ecodoppler de vasos del cuello sin particularidades. Rx tóracoabdominal: vértebras en alas de mariposa. Solicitan cariotipo en búsqueda cromosoma 20 P12 y seguimiento por consultorio.

CONCLUSIÓN

Es importante sospechar Síndrome de Allagile ante paciente con signos y síntomas de colestasis y facie peculiar para ampliar estudios complementarios. No hay predictores de evolución del compromiso hepático. Algunos pacientes pueden requerir trasplante hepático.



VÓMITOS REITERADOS COMO DEBUT DE LINFOMA DE BURKITT. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Silvestrini M.¹; Barrere Quiroga M.²; Ditaranto A.³; Vidal J.⁴; Fernie M.⁵

CAPITAL FEDERAL¹; HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES^{2,3,4,5}

<mflorenciasilvestrini@gmail.com>

505

INTRODUCCIÓN

El linfoma de Burkitt es una variedad del linfoma no Hodgkin, que se caracteriza por un crecimiento rápido y de alta malignidad. Representa la tercer neoplasia de la infancia. Se presenta con más frecuencia en varones, en las edades de 5 a 10 años. El Burkitt puede ser endémico (África Ecuatorial y Nueva Guinea) o esporádico. Las manifestaciones clínicas son muy diversas y depende de la localización del mismo y su sintomatología puede ser escasa. La quimioterapia constituye actualmente el tratamiento de elección.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de patología infrecuente con clínica habitual de consulta por guardia.

Descripción del caso: Paciente de 4 años de edad, sin antecedentes patológicos, consulta por vómitos y epigastria. La mamá refiere que el niño presenta desde hace 40 días vómitos aislados relacionados con las comidas, sin pérdida de peso asociada. Se constata niño en buen estado general, clínicamente estable, hemodinámicamente compensado, afebril, abdomen blando depresible levemente doloroso con masa palpable a nivel esplénico, se realiza radiografía de abdomen que evidencia imagen radiopaca en hemiabdomen superior izquierdo, ecografía abdominal que informa en epigastrio formación sólida heterogénea con áreas líquidas y calcificaciones con flujo Doppler en su interior. Hígado con imágenes hipoeoicas nodulares. En el laboratorio presentó LDH moderadamente aumentada. Se interconsulta con oncología infantil y hematología, se realiza tomografía de abdomen y resonancia magnética que informa

estómago de paredes engrosadas de manera difusa con disminución de la luz, adenopatías retroperitoneales, hígado con imágenes focales hipodensas, esplenomegalia. Sin diagnóstico certero se decide realizar videoendoscopia digestiva alta donde se observa paredes del estómago engrosadas, con disminución de la luz, bordes fenestrados. Se envía muestra a anatomía patológica: Linfoma de Burkitt. Se realiza aspirado de médula ósea que informó celularidad conservada. Actualmente cumpliendo tratamiento según esquema GATLA.

CONCLUSIÓN

La recurrencia de un síntoma banal, frecuente motivo de consulta, debe ser una alarma para descartar enfermedades graves. Los linfomas son una entidad poco frecuente pero por su rápido crecimiento significan una amenaza a la vida.

ANÁLISIS SITUACIONAL DE PATOLOGÍAS DEL TRACTO DIGESTIVO EN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE HOSPITAL ZONAL DE BAJA COMPLEJIDAD

Selmi F.¹; Andrade P.²; Arturi A.³; Cañizares S.⁴; Muñoz A.⁵; Muñoz V.⁶; Santillan G.⁷; Silva S.⁸

HOSPITAL ZONAL RICARDO GUTIERREZ, LA PLATA, BS AS^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<florenciaselmi@hotmail.com>

506

INTRODUCCIÓN

La patología intestinal en el recién nacido no es un hallazgo infrecuente. Los cuadros obstructivos de la vía digestiva, completos o parciales, originan la mayoría de las urgencias quirúrgicas neonatales. En la últimas décadas, el manejo de los recién nacidos con patologías quirúrgicas ha mejorado debido a los avances importantes en el diagnóstico prenatal, las imágenes, la terapia intensiva neonatal, y la cirugía mínimamente invasiva. Asimismo, continúa siendo un gran desafío para los profesionales realizar un diagnóstico acertado, entre tantos diagnósticos diferenciales posibles.

OBJETIVO GENERAL

Descripción de una serie de casos de patología abdominal neonatal, y su prevalencia en un Hospital de baja complejidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Es primordial establecer la importancia y el reconocimiento de los diversos signos y síntomas relacionados con etiología digestiva, los días de vida en que se llevan a cabo los mismos, siempre teniendo en cuenta los antecedentes perinatales y factores de riesgo para cada uno de ellos. Debemos priorizar los datos positivos para generar un diagnóstico certero, que nos permita establecer la gravedad de la patología, para brindarle al paciente un tratamiento adecuado y oportuno, y en el caso de ser necesaria la derivación a centro de mayor complejidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis de historias clínicas a lo largo de un año de pacientes internados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), y que presentaron signo-sintomatología de patología gastrointestinal durante su estadía hospitalaria.



HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO PRESENTACIÓN DE ARTERITIS DE TAKAYASU

Ettlin E.¹; Barrere Quiroga M.²; Cervetto V.³; Fernie L.⁴

HOSPITAL BRITANICO^{1,2,3,4}

<eugenia.ettlin@gmail.com>

507

INTRODUCCIÓN

La arteritis de Takayasu (ATK) es una vasculitis infrecuente en pediatría; se asocia con una morbimortalidad importante. Presenta evolución subaguda, con síntomas sistémicos variables, lo cual puede implicar una demora en el diagnóstico. La bibliografía estima un promedio de 19 meses. Implicando un reto para el pediatra el diagnóstico oportuno con el fin de instaurar un tratamiento eficaz.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de hipertensión arterial como primer motivo de consulta de la ATK, con el objetivo de resaltar la importancia de pensar en vasculitis como diagnóstico etiológico diferencial.

CASO CLINICO

Paciente de 13 años de edad consulta en guardia por cefalea intensa, vómitos y dolor abdominal. Presenta TA 180/100 mmHg. Ingres a UTIP para monitoreo y tratamiento de HTA. Sin mejoría se realizan estudios complementarios que evidencian estenosis de ambas arterias renales con compromiso de la función renal, hipertrofia de ventrículo izquierdo, estrechamiento arteriolar bilateral en fondo de ojo y aneurismas cerebrales. En la angiografía presenta compromiso de arteria cerebral anterior izquierda, y ambas carótidas. Se observa proteinuria con cilindros hialinos en la orina, sin reactantes de fase aguda en sangre. Interpretándose inicialmente como displasia fibromuscular se colocan stents en arterias renales y se realiza

tratamiento endovascular de aneurisma cerebral. Continúa con antihipertensivos VO y seguimiento ambulatorio. Presenta mejoría transitoria de parámetros cardiovasculares y resuelve compromiso renal. Al año siguiente evoluciona con mal manejo de TA pese a la intervención vascular y el tratamiento médico instaurado, se realiza nueva imagen, presentando progresión de imágenes preexistentes, y nuevas estenosis, observándose en angiografía hiperplasia de la mioíntimal. Luego de evaluación multidisciplinaria unificando criterios clínicos e imagenológicos, llegando al diagnóstico de enfermedad de Takayasu e inicia tratamiento con pulsos de metilprednisona e infliximab.

DISCUSION

La demora diagnóstica de 15 meses en nuestro caso reportado, se produce por el importante compromiso renovascular. Se resalta la importancia de plantear diagnósticos diferenciales de vasculitis en la infancia en pacientes con hipertensión arterial. Debido a su heterogeneidad de presentaciones es necesario tener un alto índice de pesquisa para disminuir las comorbilidades asociadas al diagnóstico tardío.

SINDROME DE SHOCK TOXICO POR STREPTOCOCCUS PYOGENES. A PROPOSITO DE UN CASO

Pérez Gómez M.¹; Hernandez R.²; Limardo P.³; Beaudoin M.⁴; Gonzalez F.⁵; Morales I.⁶; Vacarezza S.⁷; Sosa R.⁸

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<pg.mariapaula@gmail.com>

508

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de shock tóxico (SST) es una enfermedad febril aguda multisistémica vinculada a infecciones invasivas por Staphylococcus Aureus y Streptococcus pyogenes. Requiere de alta sospecha para su diagnóstico precoz pudiendo manifestar desde síntomas leves a severos con alta morbi-mortalidad, requiriendo tratamiento rápido y adecuado.

OBJETIVO

Describir un caso clínico sobre este síndrome cuya sospecha fue fundamental para un tratamiento efectivo.

Caso clínico: Niña de 5 años previamente sana consulta por fiebre de 8 días de evolución a lo que agrega 48 horas previas a la consulta dolor e impotencia funcional en miembro inferior izquierdo. Consultó en múltiples oportunidades en las que sólo indicaron antitérmicos. En esta última consulta se detecta tumefacción dolorosa y eritema en tobillo izquierdo, por lo que se solicitan hemograma, hemocultivos por dos, ecografía de partes blandas, radiografía de miembros inferiores y es evaluada por Traumatología quienes descartan compromiso óseo o articular. Se decide su internación para tratamiento con Clindamicina cubriendo celulitis. Evoluciona febril con hemocultivos 1 de 2 positivo para Streptococcus Pyogenes por lo que se agrega al tratamiento Ceftriaxona por bacteriemia. Progresa febril con regular estado general, taquicárdica con soplo sistólico 4/6, taquipneica con regular mecánica ventilatoria. Se realiza expansión con SF a 20 ml/kg dosis, se aporta oxígeno por máscara con reservorio, se agrega Vancomicina al tratamiento y se inicia

pasaje de Gammaglobulina 1 g/kg dosis durante dos días consecutivos. La paciente responde favorablemente a esta medicación, presentando registros febriles aislados, que motiva la solicitud de nuevas ecografías donde se evidencia derrame articular y colección plantar izquierda, con punción posterior de dichas lesiones. Conforme a la evolución favorable de la paciente, afebril, con bipedestación y deambulación conservada con bota Walker, sin presencia de focos profundos, se decide su externación continuando antibióticoterapia en forma ambulatoria.

CONCLUSIÓN

El SST es una enfermedad cuya frecuencia ha aumentado en el último tiempo. Es fundamental no olvidar este diagnóstico diferencial para su detección precoz y tratamiento oportuno y adecuado a fin de disminuir las consecuencias graves que puede desencadenar.



PLAQUETOPENIA COMO FACTOR DE MAL PRONÓSTICO EN EL PACIENTE INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

509

Navarro R.¹; Balboa R.²; González Pannia P.³; Nocita M.⁴; Penazzi M.⁵

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE^{1,2,3,4,5}

<rocio.m.navarro@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La trombocitopenia, definida como un recuento de plaquetas inferior a 150.000/mm³, es considerada en las Unidades de Cuidados Intensivos un signo hematológico que juega un rol importante en el pronóstico de los pacientes críticos.

La prevalencia de plaquetopenia varía entre 25 y 60%, en función de la población de estudio, el momento y la frecuencia de la vigilancia de las plaquetas y la patología de base.

La trombocitopenia estaría asociada con la disminución de la sobrevida en el paciente crítico ya que esta reflejaría, asociada a otras manifestaciones clínicas o de laboratorio, el desarrollo de un nuevo desorden (como por ejemplo sepsis, CID) o la progresión de un cuadro ya establecido. Su importancia radica en que sería un marcador rápido y sencillo de evaluar para valorar el pronóstico y el riesgo de mortalidad de los pacientes durante la evolución del proceso séptico.

OBJETIVOS

Evaluar la presencia de plaquetopenia como predictor de shock séptico y relacionar la presencia de plaquetopenia con el pronóstico en el paciente internado en una unidad de cuidados intensivos pediátrica (UTIP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, de corte transversal. Se incluyeron pacientes entre 1 mes a 18 años de vida, que permanecieron internados por lo menos 24 hs. o más en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del HGNPE, entre Febrero y Noviembre del año 2016.

Se excluyeron pacientes con cualquier patología que pueda causar por sí misma plaquetopenia (Ej. enfermedades oncológicas, hematológicas, politraumatismo, síndrome urémico-hemolítico, dengue).

DISCUSIÓN

De las variables analizadas, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el desarrollo de shock séptico ($p=0,000059$, OR = 8,24), óbito ($p=0,026$, OR= 8,33), cantidad de días de internación en UTI ($p=0,003$) y valor del score PIM 2 ($p=0,007$).

Cuando se relacionó plaquetopenia con las variables de días de ARM, sexo y edad, no se encontraron diferencias entre los grupos que la presentaron y los que no.

CONCLUSIÓN

Según el presente estudio la plaquetopenia es un factor predictor para el desarrollo de shock séptico y, al igual que el score PIM2, se asocia con mayor probabilidad de mortalidad. También se relaciona con más días de internación.

Consideramos que la plaquetopenia podría ser un marcador sencillo, útil y de bajo costo para detectar mala evolución en el paciente pediátrico internado en una unidad de cuidados críticos.

PTI COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INICIAL DE COLITIS ULCEROSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

510

Graziani M.¹; Moser M.²; Cosentino M.³; Rojo G.⁴; Ditaranto A.⁵; Vidal J.⁶; Formisano S.⁷; Fernie M.⁸

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<mpaula.graziani@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica idiopática cuya incidencia en la población pediátrica es de 1-4/100000. A diferencia de las formas adultas, las pediátricas son extensivas en el 60-80% de los casos y suelen presentarse de manera más agresiva. Puede asociarse a manifestaciones extraintestinales, entre ellas a la PTI en un 0,1-0,48%. El diagnóstico es clínico e histológico. Se cuenta con varios escalones terapéuticos para el control sintomático.

OBJETIVOS

Tener presente esta asociación para valorar las diferentes opciones terapéuticas, particularmente en los casos refractarios, y su posible vínculo con H pylori.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 12 años con antecedente de PTI refractaria estudiado con PAMO normal, que ingresa a nuestro servicio por diarrea sanguinolenta y pérdida de peso de 1 mes de evolución. Presenta perfil celíaco y colagenograma normales, anemia y plaquetopenia severa, con alto requerimiento transfusional. VEDA y VCC: CU y gastritis crónica con H pylori positivo. Recibe azatioprina, mesalazina y meprednisona. Al mes se repite VCC sin cambios, continuando con similar clínica, por lo que se interpreta como CU corticorresistente. Se decide continuar con infliximab como siguiente escalón terapéutico. Evoluciona con mejoría de los síntomas gastrointestinales, eutrófico, actualmente en fase de mantenimiento, persistiendo con manifestaciones de PTI.

CONCLUSIÓN

La CU asociada a PTI representa un desafío terapéutico. Existen escasos reportes de dicha asociación. Una hipótesis etiológica sugiere la aparición de anticuerpos cruzados contra antígenos plaquetarios al translocarse microorganismos durante la fase subclínica de la CU. El tratamiento de la CU (en este caso con anti-TNF) es clave en el manejo de estos pacientes y la gammablobulina sigue siendo una opción efectiva en los casos de PTI severa. Algunos trabajos demuestran resolución de la PTI con colectomía y otros no; no pudiendo concluir acerca de la eficacia de dicha intervención y sugiriendo un curso probablemente independiente al de la CU. Asimismo, existen casos asociados a H pylori en los que, a pesar de la remisión de la CU, la PTI solo mejoró luego del tratamiento erradicador del germen.



PARAPRESIA AGUDA NO TRAUMÁTICA

Astengo M.¹; Vaccarello M.²; Rivero L.³; Fantucci J.⁴; Astengo M.⁵; Rodrigo H.⁶; Touron A.⁷

SANATORIO DE LA TRINIDAD^{1,2,3,4,5,6,7}

<belenastengo@hotmail.com>

511

INTRODUCCIÓN

La paraparesia aguda no traumática es infrecuente en pediatría, pero reviste especial importancia por las secuelas graves, a causa de la compresión medular, que podrían presentarse sin un diagnóstico y tratamiento precoz. Dentro de las causas no traumáticas de paresia y paraparesia medular se encuentran malformaciones congénitas, patología infecciosa, tumores endomedulares y enfermedades metabólicas. Las malformaciones arteriovenosas espinales, raras en niños, son un grupo heterogéneo de lesiones que pueden deteriorar la función de la médula espinal, manifestándose con un déficit neurológico agudo o subagudo que se presenta en forma de paraparesia asociada a trastornos sensoriales. Los cavernomas, hamartomas vasculares benignos, representan el 8 al 15% de las malformaciones vasculares del SNC, pueden presentarse como lesiones únicas o múltiples y de manera esporádica o familiar. La localización intracraneal es más frecuente que la raquímedular. Mayor frecuencia en mujeres y adolescentes, a nivel medular la ubicación cervical y torácica son las más frecuentes.

Presentación clínica: lentamente progresivo, compresión medular y/o radicular de diversa gravedad, O comienzo agudo (11%) secundario a incremento brusco del volumen de la lesión por hemorragia o trombosis.

Diagnóstico: RMN

Tratamiento de elección resección quirúrgica para los sintomáticos. Pronóstico bueno aunque depende del compromiso neurológico previo al acto quirúrgico.

OBJETIVO

Presentar un caso no muy frecuente de paraparesia aguda no traumática. Desarrollo: Paciente femenina, de 6 años, que ingresa con imposibilidad de la marcha de 48 hs de evolución. Comienza con dolor en hemiabdomen y región lumbar izquierda seguida de imposibilidad de la marcha. Ingresa vigil, lúcida, afebril, sin signos meníngeos, disminución de la fuerza muscular leve de MID y significativa de MII, ROT positivos, sensibilidad táctil superficial alterada, ataxia estática y dinámica, no logrando mantener sedestacion ni bipedestacion. RMN de cerebro normal.

RMN de médula: a nivel D8 y D9 imagen hipointensa realza con contraste, hiperintensidad medular extensa en T2 y dilatación del conducto del epéndimo.

Inicia tratamiento con Dexametasona.

Angioresonancia cerebral y medular normal.

Laboratorio, evaluación oftalmológica, cardiológica, eco cardiograma y ecografía abdominal normales. PPD negativa.

LCR normal, cultivos negativos, negativo para células atípicas

Tratamiento: exéresis completa de tumoración violácea sangrante.

Anatomía patológica: hallazgos compatibles con Cavernoma.

Excelente evolución con rehabilitación, logra la paciente recuperar fuerza muscular y marcha normal.

CONCLUSIÓN

El caso resulta de valiosa importancia debido a las secuelas graves que puede presentar sin un diagnóstico y tratamiento precoz.

UN DIAGNÓSTICO POCO PENSADO: NEFRONOPTIS INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Graziani M.¹; Tornatore M.²; Galvez H.³; Fernie M.⁴

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4}

<mpaula.graziani@gmail.com>

512

INTRODUCCIÓN

El término Nefronoptis comprende un conjunto de patologías de herencia autosómica recesiva que lleva a una insuficiencia renal progresiva (IRC). Representa la causa genética más frecuente de enfermedad renal terminal en niños y adolescentes. Su distribución por sexo no presenta diferencias; se asocia a consanguinidad. Existen diferentes formas clínicas, según la edad de presentación de IRC: infantil, juvenil y adolescente. Se manifiesta con poliuria, polidipsia, anemia y retraso del crecimiento. Presenta múltiples quistes de localización cortico-medular y lleva a una pérdida progresiva de la función renal en las primeras dos décadas de vida. Del 15-20% presentan síntomas extra-renales.

OBJETIVOS

Ante un paciente con compromiso sistémico con mala evolución en el contexto de patología frecuente, es necesario contemplar la posibilidad de la coexistencia de un cuadro subyacente, no diagnosticado, como agravante. Recordar la utilidad de una autopsia como herramienta para diagnóstico y consejo genético.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 18 meses, con antecedentes de broncoespasmo de manejo ambulatorio, ingresa por cuadro de dificultad respiratoria aguda. Presenta el mismo día empeoramiento del cuadro respiratorio requiriendo pase a Unidad de Terapia Intensiva. En las primeras 24hs presenta caída brusca del ritmo diurético. Se realiza laboratorio

constatando acidosis metabólica, hiperkalemia, anemia y falla renal. Se plantean como diagnósticos diferenciales: Síndrome Urémico Hemolítico, nefropatía descompensada o falla sistémica secundaria a sepsis. Requiere diálisis peritoneal por 72hs.

Evoluciona de forma desfavorable, con cuadro de sepsis severa por el cual a las 96hs del ingreso fallece por descompensación hemodinámica. Se solicita autopsia, por falta de diagnóstico claro. El informe de anatomía patológica muestra el diagnóstico de nefronoptis. También se evidencia compromiso de hígado, pulmón, cerebro y cerebelo.

CONCLUSIONES

No se trata de una patología frecuente, pero el diagnóstico oportuno puede anticipar el tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Así mismo, se puede realizar consejo genético a los familiares por tratarse de una patología con herencia autosómica recesiva. Al momento no hay tratamiento efectivo con drogas, se realiza terapia de reemplazo renal, y transplante.



513

INFECCIÓN INVASIVA POR EGB EN LACTANTES

Graziani MP¹; Tornatore MB²; Barrionuevo T³; Bonardo MV⁴; Fernie ML⁵

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

mpaula.graziani@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El estreptococo b-hemolítico del grupo B (EGB) es uno de los gérmenes que producen con mayor frecuencia infección bacteriana perinatal. La transmisión puede darse durante el embarazo, en el parto o por contacto directo con personas colonizadas en el período perinatalógico. La incidencia de infección neonatal por dicho germen en nuestro país es de 0,6 a 1 por cada 1000 recién nacidos vivos. Los factores de riesgo descriptos son: colonización materna, prematuridad, peso al nacer menor a 2000 g, corioamnionitis materna y rotura de membranas de más de 18 hs. Cuando existe colonización materna, si no se efectúa ninguna medida de prevención, el 50-70% de los neonatos se colonizan durante el parto pero solo 1-2% de ellos se enferma. Se describen 3 formas clínicas: precoz, tardía y tardía-tardía, presentándose como sepsis precoz en el 75% de los casos. La tasa de mortalidad por dicha infección es del 5-20% en las formas tempranas y del 2-6% en las tardías.

OBJETIVOS

Recordar la importancia del diagnóstico precoz y las formas clínicas de infección por EGB. Discutir la importancia del tamizaje materno. Reconocer los factores de riesgo para la infección en el neonato.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de pacientes de 1 a 3 meses con infección invasiva por EGB en nuestro centro entre 2009 y 2016. Se realizó análisis de datos cualitativos referentes a factores de riesgo, forma de presentación y aislamiento del microorganismo.

RESULTADOS

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5
Datos al nacimiento	RNT PAEG Parto vaginal	RNT PAEG Parto vaginal	RNPT (27) PAEG Cesárea	RNT PAEG Parto vaginal	RNT PAEG Cesárea
Hisopado	Desconocido	Negativo	No realizado	Positivo	Positivo
Inicio de síntomas	Nacimiento	4 ddv	45 ddv	45 ddv	60 ddv
Forma de presentación	Distress respiratorio	Fiebre sin foco	Enteritis necrotizante	Sospecha de Artritis séptica de cadera	Fiebre sin foco
Laboratorio	Sospecha de sepsis GB10200 (68/20)	GB 21000 (58/18)	GB 7800 (69/25)	GB12800 (42/47)	GB 26900 (59/32)
Cultivos	LCR normal HMC 1/2	LCR y HMC 1/2	LCR patológico HMC 2/2	HMC 2/2 Cultivo de artrocentesis negativo	HMC 1/2 LCRnormal
Tratamiento antibiótico	Ampicilina (10) Gentamicina (7)	Ampicilina-Gentamicina (14)	Ampicilina-Gentamicina (14)	Ampicilina (5) Amoxicilina (23)	Ampicilina (10) Cefotaxime (3) Gentamicina (3)

CONCLUSIÓN

El EGB es agente de infección invasiva en los primeros 3 meses de vida. Las manifestaciones clínicas dependen del momento de presentación. En nuestra serie de casos, el 20% se manifestó como sepsis temprana y el 80% como tardía. La infección invasiva por SA se puede prevenir con el tamizaje materno, pero no descarta totalmente el riesgo para el recién nacido. Es importante el diagnóstico y tratamiento precoz para evitar complicaciones futuras y disminuir la morbimortalidad.

CEFALEAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO E INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES 2005-2016

Graziani M.¹; Hyland M.²; Markov D.³; Ettlin E.⁴; Muro V.⁵; Fernie M.⁶

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6}

<mpaula.graziani@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría. La prevalencia de la misma oscila entre 3-8% en niños de entre 3 y 8 años y entre 57-82% entre los 8 y los 15 años. Si bien se relaciona frecuentemente con procesos banales, en ocasiones puede estar vinculada con cuadros graves. La falta de un algoritmo que unifique criterios obliga al médico tratante a realizar una anamnesis y examen físico exhaustivos, requiriendo en ocasiones recurrir a exámenes complementarios.

OBJETIVOS

Presentar una serie de casos de pacientes internados por cefalea, analizando diferencias en cuanto a edad, sexo, características del dolor, formas primarias y secundarias y grupos de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo sobre una base de datos de recolección sistemática de pacientes internados entre Enero de 2005 y Diciembre de 2016 en el Hospital Británico de Buenos Aires, cuyo principal motivo de consulta fue cefalea. Se caracteriza la población y su internación, signo-sintomatología asociada, estudios realizados, diagnósticos finales y grupos de riesgo (utilizando como criterio la necesidad de intervención inmediata de acuerdo al diagnóstico final).

RESULTADOS

Se encontraron y analizaron 87 historias clínicas. El 63 % fueron varones y el 36 % mujeres, con edad promedio de 105,5 meses ±4,95. La media de días de internación fue de 5,17 ±0,48. La localización fue en el 41% frontal y

en el 36% holocranena. El 2% presentó aura. El 18% generó interrupciones del sueño y el 21% presentó mejoría con AINES. El 16% fueron cefaleas primarias y el 84% secundarias. En estas últimas se observó un aumento significativo en los días de internación y mayor asociación a otros síntomas y signos. Por otro lado, en el grupo de alto riesgo se observó una diferencia estadísticamente significativa en los días de internación, en la asociación a otros signos y síntomas y en los resultados patológicos de los exámenes complementarios.

CONCLUSIÓN

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto de la edad, presencia de fiebre, ausencia de signos acompañantes y el hallazgo de signos meníngeos entre los grupos estudiados. Si bien estos hallazgos no son patognomónicos de un grupo etiológico o de riesgo, consideramos que permiten orientar al médico tratante en los pasos diagnósticos que debe seguir. Se requiere de más estudios en nuestra población para confeccionar un algoritmo estandarizado de manejo de esta patología.

514



VÓMITOS INCOERCIBLES POR SÍNDROME DE WILKIE

Urquiza M.¹; Mendez Sa G.²; Zalazar J.³; Pedicino H.⁴

HOSPITAL ITALIANO DE CORDOBA^{1,2,3,4}

<urquizuines@gmail.com>

515

INTRODUCCION

El síndrome de Wilkie o síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) es una causa inusual de oclusión intestinal alta, se caracteriza por la compresión extrínseca de cara anterior de la tercera porción del duodeno, es secundaria a un estrechamiento del espacio entre la arteria mesentérica superior, la aorta y la columna vertebral posteriormente. Fue descrito por primera vez por Von Rokitsansky en 1842 y posteriormente definido en 1921 por Wilkie ya que este autor lo caracterizó reportando una serie de casos. Presenta una incidencia del 0,0013-0,3%, más frecuente en adultos jóvenes, especialmente mujeres (2:1), típicamente en personas de constitución delgada. El cuadro clínico suele estar caracterizado por síntomas de oclusión intestinal alta, crónicos e intermitentes, y en la mayoría de los casos suelen ser leves a moderados, progresivos e inespecíficos. La exploración física y los hallazgos de laboratorio suelen ser poco específicos. Diversos estudios de imagen son útiles para el diagnóstico. El diagnóstico es de exclusión, en pacientes con clínica compatible y hallazgos radiológicos característicos, se han establecido algunos criterios clínicos y radiológicos siendo los más relevantes la distancia entre la AMS y la aorta < 1 cm y un ángulo aorto-mesentérico < 25°. El tratamiento debería empezar con manejo conservador, hasta la cirugía, que depende de cada caso.

OBJETIVO

- Alertar a nuestros colegas sobre las características y manifestaciones clínicas en niños.
- Evaluar la necesidad de pruebas invasivas adecuadas como medios de diagnóstico.
- Proponer algoritmo para su diagnóstico y tratamiento.

DESCRIPCION DEL CASO: Paciente de 6 años de edad derivada de Carlos Paz por vómitos incoercibles de 48 hs de evolución asociado a dolor abdominal. Antecedentes personales internada previamente por similar cuadro a los 4 años y 1 mes previo a la consulta. Al examen físico signos de deshidratación leve sin otro hallazgo importante.

CONCLUSION

El síndrome de Wilkie implica un reto diagnóstico, de gran importancia en el diagnóstico diferencial y se deben tener en cuenta tanto los factores predisponentes como las características del cuadro clínico, ya que son inespecíficas, lo cual hace que el apoyo imagenológico sea de gran importancia. Su tratamiento debe estar encaminado inicialmente a las correcciones de la causa desencadenante, con un apoyo nutricional adecuado, medidas terapéuticas (posicionales – posición ventrolateral izq. Para facilitar el vaciamiento gástrico) y cuando esto falla debe recurrirse a manejo quirúrgico.

ENFERMEDAD CELIACA. UNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE MULTISTEMICA. REPORTE DE UN CASO.

Orlandi M.¹; Brogiolo M.²; Amadi M.³; Perez F.⁴; Goldaracena P.⁵; Epifani F.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS SUPERIORA SOR MARIA LUDOVICA LA PLATA^{1,2,3,4,5,6}

<marinorlandi@hotmail.com>

518

RESUMEN

La enfermedad celíaca es una enfermedad autoinmune multisistémica que afecta principalmente al intestino delgado en su primera porción. Generalmente se presenta con diarrea, mal absorción y pérdida de peso. A menudo se asocia con trastornos endocrinos autoinmunes tales como: enfermedad de tiroides (tiroiditis de Hashimoto) y diabetes mellitus insulino dependiente (tipo 1), enfermedad de Addison autoinmune (insuficiencia suprarrenal) e insuficiencia ovárica. Dicha asociación estaría determinada genéticamente debido a la detección común del antígeno linfocítico humano.

Caso clínico: Paciente de 4 años de vida, de sexo femenino, por diarrea crónica, de 3 meses de evolución. Deposiciones esteatorreicas, asociada a edema de miembros inferiores. Se solicitan estudios de laboratorio: anticuerpos para enfermedad celíaca: IgG Antigliadina deaminada, IgA Antitransglutaminasa tisular y IgA Antiendomiso positivo, TSH: 82,5 uU/ml (VN 0.34-5.60); T4 LIBRE: 0,43ng/dl (VN 0,58 – 1,24), Anticuerpos antitiroideos: AC anti-TPO 235.5 UI/ml (VN < a 9) Ac anti-TG 177.7 UI/ml (vn < a 4). Anatomía patológica: enteropatía grado IV.

DIAGNOSTICOS

Enfermedad celíaca e hipotiroidismo secundario a tiroiditis autoinmune



519

A PROPÓSITO DE UN CASO: SECUNDARISMO SIFILÍTICO EN PACIENTE DE DOS AÑOS CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

Tovar M.¹; Vallejos S.²; Mendez Vega L.³; Oxilia F.⁴; Hurtado R.⁵; Ortiz A.⁶; Chile M.⁷

HOSPITAL VELEZ SANSFIELD^{1,2,3,4,5,6,7}

<marianatovar14@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Sífilis es una infección multisistémica provocada por la bacteria *Treponema pallidum*.

En pediatría solo un tercio de los casos pertenece a la forma adquirida y en su mayoría son resultado de abusos sexual, pudiendo sin embargo adquirirse por contacto directo con tejidos infectados.

OBJETIVOS

Incorporar diagnósticos diferenciales de índole infecto-contagiosos poco frecuentes en pediatría y correlacionarlo con sus posibles vías de contagio. Valorar la importancia del trabajo multidisciplinario y su repercusión en la evolución del paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 2 años de edad que permaneció internado en el hospital de agudos por presentar condiloma plano en región perianal y chancro en pene compatible con secundarismo sifilítico con sospecha de abuso sexual. Luego de darse a la fuga de dicho nosocomio consulta en otro hospital para retirar vía periférica, donde se decide su internación.

Antecedentes personales:

RNT, PAEG, serologías del embarazo negativas.

Antecedentes familiares:

Madre adolescente, cursando segundo embarazo sin control, sífilis positiva, antecedente de lesión ulcerosa en pezón, comisura labial y área genital. Pareja actual sífilis positiva, antecedente de lesión verrugosa en pene 7 meses atrás.

Métodos auxiliares del paciente:

VDRL ingreso: 512 dils, alta: 128 dils.

FTABs ingreso: 10240, alta: positivo.

HIV, HBV, HCV, CHAGAS: negativos.

HMCX2: negativos.

Evolución:

Se solicita VDRL, FTABs al paciente y a su madre, por ser positivas se asume el cuadro como sífilis secundaria, indicándose 3 dosis de penicilina intramuscular. Cumplió tratamiento antibiótico por cursar sobreinfección de condiloma plano. Presentó franca mejoría de la lesión con los tratamientos instaurados.

Por sospecha de abuso sexual infantil no pudiéndose determinar el modo de la adquisición de la enfermedad, se da intervención junto a servicio social y salud mental a organismos de los derechos del niño. Se resuelve medida de abrigo, otorgando la responsabilidad del cuidado del niño al bisabuelo materno.

CONCLUSIÓN

La sífilis secundaria es una patología poco frecuente en pediatría, determinar la vía de contagio suele ser dificultoso, ya que se debe descartar el abuso sexual, para ello resulta imprescindible el trabajo multidisciplinario y un seguimiento adecuado de todo el grupo familiar por el equipo de salud.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO. DESAFÍOS EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO.

García C.¹; Malla F.²; Zarate W.³

COMODORO RIVADAVIA^{1,2,3}

<garcia-catalina@hotmail.com>

520

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad por Arañazo de Gato (EAG) es una enfermedad infecciosa causada por *Bartonella Henselae*, que afecta mayormente a niños. Los gatos especialmente los cachorros son el principal reservorio, y se transmite por arañazo o mordedura y con menor frecuencia a través de picaduras de pulgas.

Más del 80% de las veces se presenta como una adenopatía regional (dependiendo del sitio de inoculación) que se resuelve en forma espontánea en pocos meses. Cuando la presentación clínica incluye signos sistémicos, como nuestro paciente, nos enfrentamos con múltiples desafíos que van desde el correcto diagnóstico, al adecuado manejo sintomático y antibiótico. Dada la escasa evidencia que tienen las recomendaciones vigentes, nuestro objetivo es compartir nuestro caso y analizar la evolución de los reactantes de fase aguda como predictores de limitación de la enfermedad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años, masculino, previamente sano, oriundo de la Cdad. de C. Rivadavia; consulta por guardia por fiebre de 72 h de evolución, asociado a decaimiento general, vómitos y diarrea, y una induración subinguinal derecha de consistencia duroelástica de 2 cm de diámetro, sin signos de flogosis que se interpreta como probable adenitis supurada e inicia tratamiento antibiotico con Ceftriaxona mas clindamicina. A la semana del tratamiento antibiótico persiste febril y se comienza a estudiar para descartar otros diagnosticos. En la TAC y en la RNM de abdomen aparecen imágenes múltiples hipodensas compatibles con

EAG. Se reinterroga al paciente y confirma contacto con gato cachorro, 2 meses previos al comienzo de los síntomas.

Como dato positivo del laboratorio presentaba PCR de 150 mg/L y VSG 70 mm, se rota antibióticos a claritromicina/rifampicina. Se confirma la EAG con IgM POSITIVA e IgG 1/80 (VN 1/64) para *B. Henselae*. Biopsia de ganglio reacción granulomatosa necrotizante y tinción Wartin Starry negativa (de descarta enfermedad linfoproliferativa), cumpliendo los criterios diagnósticos de Margileth.

El paciente evoluciona persistentemente febril (dia 29), se decide rotar nuevamente antibiótico a Ceftriaxona mas clindamicina, por 5 días más completando 1 mes de tratamiento. Con reactantes de fase aguda en descenso (PCR 100 mg/L y VSG de 32 mm) y buen estado general, se otorga el alta institucional con seguimiento ambulatorio. Continúo febril 3 días más (38 días totales), coincidente con la desaparición de la fiebre bajó la PCR a 7 mg/L casi a valores normales.

COMENTARIOS

A pesar de que nuestro paciente tenía diagnóstico de EAG, la persistencia de la fiebre nos hizo descartar otras comorbilidades (enf. linfoproliferativa, enfermedades reumáticas, sobreinfecciones bacterianas, etc). El marcador del laboratorio que más nos ayudo en definir el alta fue el descenso de los reactantes de fase aguda.



VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA EN PEDIATRÍA. DESDE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS A SU DOMICILIO. 15 AÑOS DE EXPERIENCIA

521

Pasquali M.¹; Badalotti M.²; Gili M.³; Genraro M.⁴; Martín L.⁵; Seifi C.⁶; Boetsch S.⁷; Espin N.⁸; Tello N.⁹; Gloreux O.¹⁰; Ruffer A.¹¹; Herrero Salto E.¹²; Bie P.¹³; Campagnuolo E.¹⁴; Castro J.¹⁵; Nappi L.¹⁶; Tapia G.¹⁷

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD DE CORDOBA¹;
HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD DE CORDOBA^{2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17}

<marianapa@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han desarrollado sistemas de apoyo ventilatorio domiciliario (VMD), que han logrado manejar los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica en sus casas, permitiendo que vuelvan a su medio familiar en forma más precoz. La ventilación mecánica domiciliar viene demostrando su utilidad desde los años cincuenta en distintos países, como una opción terapéutica para un grupo de pacientes seleccionados, en los que aún persisten algunas patologías, como la EPOC, enfermedades neuromusculares etc. que mantienen una insuficiencia respiratoria crónica, en los que se ha demostrado su utilidad y la cual ha sido cuestionada por algunos autores.

OBJETIVOS

Describir nuestra experiencia en la aplicación de la VNI en una Unidad de Cuidados Intermedios (UCI).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo observacional prospectivo de los pacientes dados de alta desde la Unidad de Cuidados Intermedios con VMD, desde el 1 de agosto de 2000 hasta el 31 de julio de 2015.

RESULTADOS

Se estudiaron 112 pacientes, la edad media de inicio a la VMD 4,4 años (rango 1mes-16.5 años). Sexo mujeres 52%. Un 43% recibieron ventilación

no invasiva. Los pacientes con ventilación no invasiva tenían más edad, mayor edad de inicio de la VMD, y uso durante el sueño. La causa más frecuente que motivo el uso de la VMD eran los pacientes con patología neurológica crónica 68%, patología de la vía aérea 43.8% y enfermedad muscular 26.8%. El 54.5% de los niños se alimentaban a través de una gastrostomía. El 46.4% de los pacientes se controlaban en su domicilio. Únicamente un 3.6% tienen asistencia sanitaria externa como ayuda a la familia. Un 46.4% es controlado en su domicilio. Un 77% de los pacientes no se encuentra escolarizado. El 45.5% continua con VMD. 41.1% de los niños fallecieron, 30.4% en su domicilio y como consecuencia de enfermedad de base 38.4%, la edad media de uso de VMD fue de 2.7 años.

CONCLUSIONES

La ventilación domiciliar es un método seguro y necesario para los niños con insuficiencia respiratoria crónica de carácter grave. Esto ha beneficiado la evolución favorable de este niño, que a pesar de su insuficiencia respiratoria crónica, se mantiene alerta y participativo en su seno familiar, siendo importante considerar esta alternativa de tratamiento para los niños que sufren de insuficiencia respiratoria crónica por diferentes causas, disminuyendo los períodos de hospitalización, los riesgos de infección y el costo del tratamiento.

VENTILACION NO INVASIVA EN PEDIATRIA: 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

522

Pasquali M.¹; Badalotti M.²; Gili M.³; Genaro M.⁴; Martín L.⁵; Seifi C.⁶; Boetsch S.⁷; Espin N.⁸; Tello N.⁹; Gloreux O.¹⁰; Ruffer A.¹¹; Herrero Salto E.¹²; Bie P.¹³; Campagnuolo E.¹⁴; Castro J.¹⁵; Nappi L.¹⁶; Tapia G.¹⁷

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD DE CORDOBA¹;
HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD DE CORDOBA^{2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17}

<marianapa@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La ventilación no invasiva (VNI) ha cobrado gran importancia en pediatría en los últimos años. La principal ventaja es evitar la intubación orotraqueal y sus posibles complicaciones.

OBJETIVOS

Describir nuestra experiencia en la aplicación de la VNI en una Unidad de Cuidados Intermedios (UCI).

PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio es descriptivo, observacional y retrospectivo, a través de la revisión de historias clínicas de todos los pacientes que han utilizado VNI, independientemente de su motivo de ingreso, desde el 01 de agosto de 2000 hasta el 31 de julio de 2015, en la UCI.

RESULTADOS

Durante este período se ingresaron 1944 pacientes. Fue exitosa en 1268 pacientes. Ingresaron 1090 varones (55,1%). Edad media 28 meses (DS + 46 meses) rango 20 días-21 años. En 34 niños se uso la VNI como paliativos, representaron el 1,7 %, el motivo fue ptes en fase terminal, neurológicos, oncológicos y fibrosis quística entre otras causa.

CONCLUSIONES

Hasta la fecha se han publicado pocos trabajos con gran volumen de ptes pediátricos en un solo centro hospitalario. Nuestro trabajo presenta algunas dificultades por ser un trabajo retrospectivo, muy heterogéneo en cuanto al tipo de pacientes incluidos, de un amplio rango etario. Su éxito no solo depende de la adecuada elección del paciente, sino también con la disponibilidad del material adecuado y la experiencia personal. La VNI resultó ser segura y con una muy baja morbilidad y nula mortalidad. Al ser aplicada en una UCI, donde el costo de día cama es de 3800 pesos comparado con el día de UTI de 5000 pesos. Teniendo en cuenta esto en 15 años, el gasto fue 58.166.758 pesos, comparando si los pacientes se hubieran internados en la UTI el costo hubiera sido de 76.535.000 pesos, el ahorro que generó nuestra unidad de cuidados intermedios fue de 18.368.242.



GASTROENTEROPATIA PERDEDORA DE PROTEÍNAS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Tantera S.¹; Mazzeo A.²; Gambarruta F.³; Giunchetti F.⁴; Calafatello N.⁵; Perello P.⁶; Pastura I.⁷

ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7}

<soledad.tantera@gmail.com>

523

INTRODUCCIÓN

La gastroenteropatía perdedora de proteínas (GEPP) se produce por enfermedades que tienen en común una excesiva pérdida de proteínas por el tubo digestivo provocando un estado de hipoproteinemia.

OBJETIVO

Presentar un paciente con diagnóstico de gastroenteropatía perdedora de proteínas secundaria a Giardiasis.

CASO CLÍNICO

Paciente de 1 año y 10 meses, previamente sano, que consulta por diarrea y vómitos de una semana de evolución. Posteriormente agrega edema en miembros inferiores, bupalpebral bilateral, y oligoanuria. Al examen físico se encuentra palido, eucardico, eupneico, normotenso, con edema de miembros inferiores y bupalpebral. Se solicita laboratorio que evidencia proteínas totales 2,7 albumina 1,44, anemia hipocromica normocitica. Orina normal. Se realiza RxTx con un ICT 0,34 y ecografía abdominal que evidencia escaso liquido libre. Luego de descartarse otras causas de síndrome ascítico edematoso, se evalúa el diagnóstico de enteropatía perdedora de proteínas. Se realizan anticuerpos antitransglutaminasa (negativos), y dosaje de $\alpha 1$ antitripsina en heces positivo. Parasitológico de materia fecal: Giardia. Se inició tratamiento con Metronidazol. Luego de finalizado el mismo, mejora clínicamente con recuperación del valor de proteínas (4,4) y albumina (2,2). Se asume el cuadro como síndrome ascítico edematoso, secundario a enteropatía perdedora de proteínas causado por parasitosis.

DISCUSIÓN

La gastroenteropatía perdedora de proteínas (GEPP) se produce por un grupo de enfermedades que tienen en común una excesiva pérdida de proteínas por el tubo digestivo. Pueden existir tres situaciones: obstrucción del drenaje linfático; inflamación de la mucosa con ulceración de la misma o inflamación de la mucosa sin ulceración. Alguna de las enfermedades causantes de GEPP son: Enf de Menetrier, Enf de Crohn, Colitis ulcerosa, Enf celiaca, Enf Whipple, gastritis eosinofila, parasitosis, amiloidosis, entre otras. Clínicamente los pacientes se manifiestan con diarrea, vómitos, dolor abdominal, edemas, ascitis, derrame pleural y pericárdico. Pueden presentar esteatorrea, hipogamaglobulinemia y linfopenia con las subsiguientes infecciones. Para arribar a su diagnóstico se deben descartar otras causas de hipoproteinemia (malnutrición proteica, síndrome nefrótico y enfermedad hepática). El diagnóstico de GEPP se realiza mediante el dosaje de $\alpha 1$ antitripsina en materia fecal. Una vez establecido el diagnóstico, es necesario investigar la enfermedad causante, realizando estudios complementarios orientados a la clínica del paciente. Con respecto al tratamiento, el mismo es de sostén, logrando mejoría de la hipoproteinemia y del edema; y de existir, se realiza tratamiento de su etiología.

PRIMERA EXPERIENCIA DE TERAPIA DE ALTO FLUJO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Pasquali M.¹; Badalotti M.²; Gili M.³; Genaro M.⁴; Martin L.⁵; Seifi C.⁶; Boetsch S.⁷; Espin N.⁸; Tello N.⁹; Gloreux O.¹⁰;

Ruffer A.¹¹; Herrero Salto E.¹²; Salvo J.¹³; Posada S.¹⁴; Cobos A.¹⁵; Campagnuolo E.¹⁶; Castro J.¹⁷; Nappi L.¹⁸

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD DE CORDOBA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18}

<marianapa@gmail.com>

524

INTRODUCCIÓN

La terapia de alto flujo(OAF) es un sistema abierto de entrega de una mezcla de aire y oxígeno calentado y humidificado, a través de una cánula nasal, que cubre las demandas de flujo inspiratorio del paciente, con la entrega de una FIO2 conocida y constante.

OBJETIVOS

Describir nuestra primera experiencia en la aplicación de OAF en una UCI.

PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio es descriptivo, observacional y retrospectivo, a través de la revisión de historias clínicas de todos los pacientes que han utilizado OAF, independientemente de su motivo de ingreso, desde el 01 de mayo al 30 de agosto de 2017, en la UCI. Criterios de ingreso: Pacientes con Síndrome bronquiolar obstructivo con Fracaso de Medidas convencionales más uno de los siguientes criterios: Puntaje > 8 y/o Saturación O2 < 90% (con máscara con reservorio) y/o Apnea. Criterio de exclusión: Acidosis Respiratoria: pH < 7,25 pCO2 > 60 mmHg. Neumonía.

RESULTADOS

Se ingresaron 17 pacientes. El motivo de ingreso más frecuente fue bronquiolititis, en un paciente se uso en el destete de la ventilación no invasiva. Edad: 9,5 meses (DS+ 9,4 meses) 1-36 meses. Sexo: femenino 71%. Lugar de ingreso: SIP 53%, Emergencia 41%, UTI 6%. Horas: 42 hs (DS + 24) 1-72 hs. Fracaso 35,3%. Fracaso vs lugar de ingreso: Emergencia 58%.

CONCLUSIONES

Los beneficios relacionadas con el alto flujo rompen con el círculo: hipoxemia-taquipnea-disnea.

Permite tratar pacientes con hipoxemia que no corrigen con masacras de oxígeno convencionales.

Se plantea así como un escalón previo a la VNI en estos pacientes....

Son necesarios más estudios de la investigación que evalúen los beneficios de esta terapéutica en diferentes poblaciones de pacientes y los escenarios clínicos.



TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Menendez L.¹; Satostegui M.²; Vergara M.³
HOSPITAL MUNICIPAL PROF. DR. B. HOUSSAY^{1,2,3}
<leandro.menendez@hotmail.com>

525

INTRODUCCIÓN

La Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (THH) o Enfermedad de Rendu-Osler-Weber, es una patología autosómica dominante, con una incidencia de 2/100.000, y se caracteriza por la presencia de múltiples telangiectasias en piel y mucosas asociadas a malformaciones arteriovenosas en distintos órganos. Se presenta más frecuentemente como epistaxis recurrente y espontánea, pudiendo presentar también hemorragia digestiva, pulmonar e intracraneal.

OBJETIVOS

Presentar el caso de un paciente varón de 12 años que presenta episodios respiratorios a repetición, decidiendo ampliar el estudio de su patología en base a múltiples diagnósticos diferenciales, y arribando al diagnóstico de una enfermedad poco frecuente con riesgo de complicaciones severas. Presentación del caso: Paciente sexo masculino, 12 años de edad, consulta por dificultad respiratoria con hipoxemia más acrocianosis distal de una semana de evolución. Presenta como antecedente de relevancia múltiples internaciones previas por crisis asmática con hipoxemia sin adherencia al seguimiento ambulatorio e historia de epistaxis reiteradas y espontáneas. Ingresa eupneico, eucárdico, con SatO₂ AA fluctuante, marcada acrocianosis distal y telangiectasias en cara. Se realiza laboratorio: Hto 55%, Hb 17,4 g/dl, GB 6600/mm³, Plaquetas 280.000/mm³, EAB(a): pH 7,42/pCO₂ 36mmHg/pO₂ 67mmHg/HCO₃ 23 mmol/l/EB -0.8 mmol/l/Sat O₂ 95% AA. Se descarta patología cardiológica y hematológica asociada, y se realiza interconsulta con servicio de Neumonología infantil (Htal. Cetrángolo) para estudio de poliglobulia y sospecha de hipoxemia crónica. Se realiza TAC de tórax con contraste en la que se evidencia imagen compatible con MAV en base pulmonar

derecha. Por antecedentes, examen físico y exámenes complementarios se reasume diagnóstico como THH, se realiza PAN-AngioRMN para búsqueda de MAVs asociadas y se programa derivación a centro de mayor complejidad para evaluación y tratamiento.

DISCUSIÓN

La importancia del diagnóstico oportuno, sea por criterios clínicos de Curaçao o por estudio genético (mutaciones en genes asociados al receptor del TGF- β), radica en el riesgo elevado de hemorragias que presenta esta patología, pudiendo encontrarse agravado por el tipo de MAV asociadas. El tratamiento deberá ser evaluado en cada caso particular en base a la magnitud de las alteraciones y el compromiso general del paciente.

SINDROME DE IMERSLUND GRASBECK : PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

Tantera S.¹; Casanovas A.²; Veber E.³; Elena G.⁴
ELIZALDE^{1,2,3,4}
<soledad.tantera@gmail.com>

526

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Imerslund Grasbeck (SIG) es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva caracterizada por malabsorción de vitamina B12 (B12), cursa con anemia megaloblastica (AM) y proteinuria con función renal normal.

CASOS CLÍNICOS

Paciente 1: Niño de 19 meses sin antecedentes. Se interna con hematocrito (Hto) 9%, hemoglobina (Hb) 3,1gr/dl, plaquetas (pq) 73000/mm³ y glóbulos blancos (GB) 5400/mm³. VCM 112 ft, reticulocitos 3% y LDH 7400. Recibe transfusión de glóbulos rojos.

Serologías virales y anticuerpos para celiaquía negativos y perfil tiroideo normal. Punción aspiración de médula ósea (PAMO): cambios megaloblasticos. Hemograma de ambos padres normales. Por sospecha de déficit de B12 comienza tratamiento con cobalamina IM y ácido fólico, observándose mejoría clínica a las 72 horas.

A los 4 años presenta Hto 17%, Hb 5,9gr/dl, pq 103000/mm³ y GB 6500/mm³ con presencia de neutrófilos hipersegmentado, requiriendo nueva transfusión. En orina de 24 hs, se evidencia proteinuria en rango no nefrótico con función renal normal. Dosaje de B12 <83 ng/dl.

Paciente 2: Niño de 11 meses derivado por mala actitud alimentaria y pancitopenia. Desde los 3 meses presenta pérdida de pautas madurativas. Hemograma: Hto 15%, Hb 5,2gr/dl, pq 122000/mm³ y GB 6700/mm³, reticulocitos 2%. Coombs directa negativa. LDH 2488.

Serologías virales negativas, perfil tiroideo normal y anticuerpos para celiaquía negativos. PAMO: cambios megaloblasticos. Dosaje de B12 <83

ng/dl y orina que evidencia proteinuria en rango no nefrótico con función renal normal. Hemograma de ambos padres normales.

Comienza tratamiento con cobalamina IM y ácido fólico, mejorando clínicamente a los 4 días del inicio. A 6 meses del diagnóstico presenta valores de hemograma y dosaje de B12 normales.

DISCUSIÓN

El SIG se caracteriza por malabsorción selectiva de B12 por una mutación en el gen Cubilina (CUBN) o en el gen Amnionless (AMN), que codifican para el receptor ileal de B12, implicados en la reabsorción tubular de proteínas. El diagnóstico de certeza se realiza mediante la identificación de la mutación de alguno de éstos genes.

Inicia entre el año y los 5 años, su tratamiento implica la administración de B12 intramuscular (1mg/día) durante 10 días y posteriormente de forma mensual de por vida.

CONCLUSIONES

Ante un paciente con AM, investigar la presencia de proteinuria aislada, ya que el pronóstico de esta patología es excelente si se administra vitamina B12



GLOMERULONEFRITIS COMO MANIFESTACIÓN PARANEoplÁSICA DE RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR DE PISO PÉLVICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

527

Cordido I.¹; Bellomo J.²; Blanco L.³; Pena F.⁴; Acerenza M.⁵; Canda P.⁶
SANATORIO SAGRADO CORAZON^{1 2 3 4 5 6}

<ivana.cordido@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El rabdomiosarcoma (RMS) es el sarcoma de tejidos blandos más común de la infancia; representa aproximadamente el 50% de este grupo de neoplasias y del 5% de todas las neoplasias en pediatría. Los sitios más frecuentes en su localización son cabeza y cuello, vía urogenital, tronco y extremidades. La localización genitourinaria es la segunda en frecuencia. La presentación clínica es muy variable siendo infrecuente la glomerulonefritis como manifestación inicial.

OBJETIVO

Descripción de un caso de glomerulonefritis paraneoplásica como manifestación poco frecuente de rabdomiosarcoma pélvico.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 13 años de edad, previamente sano, que se interna por insuficiencia renal aguda (IRA). Había consultado de forma ambulatoria por fiebre y dolor lumbar y recibido antibiótico empírico con sospecha de ITU. Por continuar con sintomatología se decide su internación.

A su ingreso se constata regular estado general, hipertensión arterial, dolor abdominal y oliguria.

Se solicita laboratorio: urea 105 mg/dl, creatinina 6.2 mg/dl, hemocultivos y urocultivo negativos.

Por IRA con hipovolemia comienza tratamiento con diuréticos endovenosos sin respuesta por lo que realiza hemodiálisis durante 12 días.

Se realiza biopsia renal que diagnostica glomerulonefritis proliferativa endocapilar y mesangial con proliferación full house. Se realiza TAC de abdomen y pelvis que evidencia imagen lobulada isodensa ubicada en la topografía de la próstata (100 x 72 mm) con uronefrosis bilateral asociada. Se realiza biopsia por congelación la cual evidencia rabdomiosarcoma alveolar de piso pélvico. Con dicho hallazgo se interpretó IRA secundaria a glomerulonefritis paraneoplásica.

Comenzó tratamiento quimioterápico con mejoría de la función renal y normalización de la diuresis.

CONCLUSIÓN

El RMS es el sarcoma de tejidos blandos más común de la infancia. Las manifestaciones clínicas son diversas debido a la variedad de sitios en los cuales puede localizarse. La glomerulonefritis como manifestación inicial es poco frecuente. Una alta sospecha clínica junto a un diagnóstico precoz y la terapéutica adecuada ayudan a mejorar el pronóstico y disminuir complicaciones.

LINFADENITIS AGUDA NECROTIZANTE

528

Cordido I.¹; Bellomo J.²; Blanco L.³; Netri G.⁴; Acerenza M.⁵; Acerenza V.⁶; Canda P.⁷
SANATORIO SAGRADO CORAZON^{1 2 3 4 5 6 7}

<ivana.cordido@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de la Enfermedad de Kikuchi Fujimoto (EKF) o Linfadenitis Necrotizante histiocitaria es una entidad poco frecuente, benigna y autolimitada. Afecta con mayor frecuencia a mujeres jóvenes asiáticas y se caracteriza por presentar fiebre y adenopatías regionales o generalizadas. La EKF puede constituir una enfermedad primaria, a veces precedida de fiebre y compromiso general, o bien acompañar a otras enfermedades como el LES o a la enfermedad de Still.

Sus manifestaciones clínicas son polimorfas, lo que plantea problemas de diagnóstico diferencial con procesos infecciosos, autoinmunes y/o neoplásicos. La evolución suele ser benigna. Una de sus formas de presentación es como Síndrome Febril Prolongado (SFP).

El diagnóstico se basa en hallazgos anatomopatológicos característicos: adenopatías con áreas parcelares o confluentes de necrosis, ausencia de infiltrado polimorfonuclear y presencia de una mezcla celular de linfocitos T e histiocitos.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente previamente sano de sexo masculino de 8 años de edad que se interna por síndrome febril prolongado. Presenta cuadro de fiebre de 10 días de evolución, sin otros síntomas acompañantes, interpretándose cuadro de origen viral, por lo que recibió tratamiento sintomático.

Por persistencia del cuadro clínico, se decide su internación.

Se solicitó laboratorio en el que se evidenciaba leucopenia, hemocultivos x 2 (Negativos), Serologías HIV, Chagas, Toxoplasmosis, VDRL, CMV, EVB negativas, marcadores reumatológicos negativos, Rx de Torax y

ecocardiogramas normales, ecografía abdominal hepatoesplenomegalia. Evoluciona durante la internación con persistencia febril, agregando al examen físico adenopatías pequeñas, dolorosas a nivel cervical, supraclavicular y submandibular.

Se realiza PAMO con toma de biopsia (normal), Citometría de flujo (normal). Además se realiza TC de abdomen y pelvis que evidencia múltiples adenopatías en rango adenomegálico a nivel cervical y mediastinales. Se realiza biopsia de ganglio cervical cuya AP informa linfadenitis aguda necrotizante y cultivos germen comunes, micobacterias y hongos negativos.

El paciente evoluciona clínicamente estable, con mejoría de la curva febril. Dado que dicha enfermedad tiene un curso benigno y autolimitado, se decide otorgar egreso sanatorial para manejo de forma ambulatoria multidisciplinario con Servicio de Infectología y Clínica Pediátrica.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Kikuchi Fujimoto, es poco frecuente en la edad pediátrica. En referencia a nuestro caso es importante sospecharla dentro de los diagnósticos diferenciales, ante un paciente que presenta SFP y en quien no se encuentra una causa aparente. Se caracteriza por linfadenopatías a predominio cervical y fiebre prolongada. La biopsia es imprescindible para el diagnóstico definitivo, por las características histopatológicas casi únicas (cariorexis, necrosis paracortical, intensa actividad fagocitaria, ausencia de neutrófilos y células plasmáticas).

La evolución de la enfermedad suele ser benigna y autolimitada.



ATROFIA MUSCULAR ESPINAL Y DISTRES RESPIRATORIO (SMARD1): REPORTE DE UN CASO

529

Montes C.¹; Badalotti M.²; Herrera L.³; Faustinelli V.⁴; Lopez M.⁵; Baud V.⁶; Pasquali M.⁷

DIVISION GENETICA MEDICA HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA¹; UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CORDOBA^{2,3,5,7}; DIVISION NEUROLOGÍA HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA⁴; SALA DE INTERNACION PEDIATRICA 600 HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA⁶ <ceciliamontes69@hotmail.com>

Hay una diversidad etiológica diagnóstica para un recién nacido que presenta artrogriposis e insuficiencia respiratoria (IR) que debe ser sospechada para una rápida evaluación y un apropiado consejo genético.

La atrofia muscular espinal con distres respiratorio por compromiso diafragmático (SMARD1), es una causa rara de IR precoz y muerte. Se diagnostica en lactantes con clínica de atrofia muscular espinal, artrogriposis, IR debido a compromiso diafragmático, disfunción autonómica y estudio molecular para el gen SMN negativo. Reconoce un patrón de herencia autosómico recesivo y es causado por mutaciones bialélicas en el gen IGHMBP2.

OBJETIVO

Reportar un caso de SMARD1.

Caso: niña de 10 meses de edad, que ingresa por dificultad IR grave por insuficiencia diafragmática, hipotonía severa. Fenotipo: vigilia de buena calidad, hirsutismo generalizado, microcefalia, aplanamiento bitemporal, retrognatia, boca pequeña, fisura palatina submucosa, fasciculaciones linguales, artrogriposis distal, debilidad muscular distal. Permaneciendo desde el nacimiento con soporte ventilatorio.

Antecedentes perinatólogicos, embarazo controlado, cesárea por presentación podálica, cordón umbilical corto, Apgar 1-4-7, se intuba en el momento del nacimiento, fallo en la extubación producido por parálisis diafragmática por lo que se realiza traqueostomía, luego gastrostomía y plicatura diafragmática.

Genealogía, es la primera y única hija de una pareja no consanguínea, ambos padres jóvenes y sanos, no se destacan otros antecedentes de importancia. Estudios complementarios: ecocardiograma, ecografía abdominal, tomografía axial computada de cerebro, resonancia magnética nuclear de columna cervical, dorsal y lumbar, todos, dentro de parámetros normales. Radioscopia: parálisis diafragmática. RX de tórax: tórax campaniforme. Citogenética: 46,XX. Estudio molecular para SMN: negativo. Biopsia muscular: musculo estriado con cambios que corresponden a atrofia neurogénica de tipo central. Diagnóstico: SMARD1, se propone secuencia del gen IGHMBP2.

DISCUSIÓN

Las causas de artrogriposis con debilidad muscular y dificultad respiratoria, son variadas y deben considerarse las miopatías congénitas, los síndromes miasténiformes, la distrofia miotónica congénita, y la atrofia muscular espinal asociada a mutaciones en SMN1, y la Atrofia muscular espinal y distres respiratorio (SMARD1)

Sin soporte ventilatorio el curso es fatal.

Los hallazgos clínicos son los elementos más importantes para el diagnóstico de SMARD1 y debe realizarse para su confirmación diagnóstica la secuencia del gen IGHMBP2.

El asesoramiento genético es de vital importancia.

SAUD BUCAL EN LA CONSULTA PEDIATRICA

530

Guzzo M.¹; Fernández A.²; Parra J.³; Garcia M.⁴

HOSPITAL JOSE N LENCINAS^{1,3,4}; HOSPITAL DORALIZA SAEZ NEUQUÉN² <florchigu@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible de etiología multifactorial, con una alta prevalencia. Según la OMS el 60-90% de los escolares en todo el mundo tienen caries, siendo una de las enfermedades más prevalentes, con alto costo en salud, que podría reducirse aumentando las medidas preventivas.

OBJETIVOS

- Estimar la prevalencia de caries en los pacientes atendidos en la consulta pediátrica en el Hospital J.N. Lencinas en junio de 2017.
- Evaluar la presencia de factores de riesgo cariogénicos.
- Identificar a los pacientes que asisten a control odontológico
- Promover la salud bucal en la consulta pediátrica

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio analítico observacional de corte transversal desarrollado en el Hospital Lencinas de Mendoza, durante junio de 2017. Se incluyeron niños de ambos sexos, entre 1 a 12 años que asistían a control de salud. Se realizó examen bucodental a través de la inspección visual del estado bucal con una fuente luminica. Mediante una encuesta a padres y niños se analizaron los siguientes factores de riesgo: +de 4 momentos dulces por día, consumo de bebidas azucaradas, uso nocturno de biberones, higiene dental deficiente, controles odontológicos escasos.

RESULTADOS

Se valoraron 40 pacientes de 1 a 12 años, 20 pacientes masculinos y 20 pacientes femeninos. Se detectó caries en 21 niños, resultando una

prevalencia de 52,5%. La edad promedio de presentación fue de 5 años. Los factores de riesgo asociados a caries se hallaron en valores superiores al 95%. El 47,5% de los pacientes incluidos en el estudio no habían asistido nunca al odontólogo (n=19). El 30% de los pacientes asistió por caries. (n=12). Solo el 22,5% de los pacientes con boca sana habían asistido al control odontológico. (n=9)

CONCLUSIÓN

la prevalencia de caries en el estudio fue de 52,5%, destacando que pueden no haberse detectado caries insipientes y que en Mendoza la cantidad de fluor en el agua es óptima (factor protector). Los factores de riesgo asociados a caries se encontraban presentes en la mayoría de los niños. Los padres subestimaban la enfermedad de caries, o desconocían los factores que las producen, y la importancia de la consulta precoz al odontopediatra. Se recomienda la primer consulta odontológica a los 6 meses de edad, luego cada 6 meses para pacientes sanos, y cada 4 meses en pacientes con riesgo y actividad de caries. Es necesario fomentar acciones de promoción de salud bucal para disminuir esta enfermedad, con el desarrollo de un sistema estomatognático saludable y funcional. Se deben elaborar estrategias con el niño y su familia desde la prevención de esta patología, a través de la educación a cerca de la importancia de la higiene bucal desde el inicio de la dentición, reducción de carbohidratos y bebidas azucaradas, evitar biberones nocturnos, y la contaminación de utensilios del bebe con saliva de los adultos. Es de gran responsabilidad de los médicos pediatras que tenemos el primer contacto con los niños y su familia, brindar educación e impartir medidas preventivas y realizar una derivación temprana con el odontopediatra.



ENSAYO VIRTUAL PARA EVALUAR LA EFICACIA DE LA IDEA-PROYECTO: PHI PESQUISA DE HIPERCOLESTEROLEMIA INFANTOJUVENIL EN LA OFICINA DE FARMACIA, CON POSTERIOR INTERVENCIÓN

531

Robledo J.¹; Real J.²; Gimenez-kairuz A.³; Vargas A.⁴

PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD (PIPES) COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE CORDOBA¹; UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA - FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS^{2,3}; PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD (PIPES)⁴

<pipes.jovita@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El fuerte valor predictivo de la hipercolesterolemia (HC) en padres sobre la de sus hijos, más la periódica concurrencia a la farmacia de los pacientes diagnosticados con HC, para proveerse de sus drogas para disminuir el colesterol, hacen de la farmacia y el farmacéutico, el conjunto adecuado para implantar un servicio de pesquisa de HC en niños y adultos consanguíneos partiendo del paciente diagnosticado.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de la propuesta diseñada para pesquisar hipercolesterolemia en descendientes de pacientes diagnosticados con este factor de riesgo.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se colectaron, en cuatro farmacias, durante dos meses, los datos personales de los pacientes que concurren a obtener sus medicamentos para disminuir el colesterol. Se utilizaron bases de datos del laboratorio bioquímico del autor con registros comprendidos entre 1997 y 2015 para obtener los datos de los adultos. Los datos de los niños se obtuvieron de los cuatro screenings universales realizados en 1997, 2003, 2009 y 2015. Se buscaron los valores de colesterolemia en las historias clínicas de los hijos y/o nietos y/o bisnietos. Se clasificó el valor de la colesterolemia en base a los valores de los consensos internacionales para adultos (ATP III) y pacientes pediátricos (SAP y APP).

RESULTADOS

Fueron evaluados 145 pacientes, 226 descendientes adultos y 292 pediátricos. Se halló colesterolemia elevada en 30% de los adultos y en 27% de los niños, y colesterolemia ligeramente elevada en 33% de los adultos y en 31% de los niños. Cuando se subdivide a los niños según los niveles de colesterol de los padres, se observa que el riesgo de tener colesterol elevado en los niños de padres con colesterol elevado o ligeramente elevado es de un 30%, siendo dicho riesgo de tan solo un 14.5% en los niños que tienen padres con niveles normales de colesterol. En otras palabras el Riesgo Relativo de niños con padres con colesterol elevado es 2.06 [IC 95% 0.85, 4.96] respecto de aquellos que tienen padres con niveles normales.

CONCLUSIÓN

La búsqueda e identificación de HC en pacientes, adultos o pediátricos, a partir de la HC de sus ascendientes parece ser un procedimiento muy eficaz para diagnosticar precozmente, intervenir clínicamente y prevenir el desarrollo de HC y complicaciones cardiovasculares, con las previsibles ganancias en salud y calidad de vida para los pacientes y ahorros económicos y de eficiencia para el sistema sanitario, que habría que cuantificar en estudios posteriores. Este estudio aporta evidencias que apoyan el desarrollo del servicio profesional farmacéutico propuesto.

HIPERCOLESTEROLEMIA EN PADRES COMO PREDICTOR DE HIPERCOLESTEROLEMIA EN HIJOS

532

Robledo J.¹; Siccardi L.²; Colombero J.³; Giorgi D.⁴; Gallindo L.⁵

PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD (PIPES) COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE CORDOBA¹; PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD (PIPES)^{2,3,4}; UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN⁵

<pipes.jovita@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La hipercolesterolemia es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Puede estar presente desde la niñez y su prevalencia es muy elevada. Las bases genéticas de la hipercolesterolemia están muy definidas y a ello se suman las características socioculturales tales como los hábitos alimenticios y de actividad física que suelen ser comunes en el seno de una familia.

OBJETIVOS

Determinar la fuerza de asociación de la hipercolesterolemia entre padres e hijos, a los efectos de evaluar su potencial como elemento de pesquisa de hipercolesterolemia pediátrica.

METODOLOGÍA

Es un estudio de tipo observacional, analítico, de corte transversal. Se dosó colesterolemia total a niños de Jovita con edad ≥ 6 y $<$ de 12 años y sus respectivos padres biológicos.

Se evaluó la asociación mediante cálculo de Odds Ratio ($p < 0,05$). Se efectuaron pruebas diagnósticas sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos positivos y negativos (VPP y VPN), y razones de verosimilitud (RVP y RVN) y análisis de Regresión Multinivel sobre la hipercolesterolemia en padres para hipercolesterolemia en hijos. Se aprobó por comité de ética y firmó consentimiento.

RESULTADOS

De un universo de 444 estudiantes se evaluaron 342 niños, 309 madres y 207 padres. El análisis entre uno o ambos progenitores con valores de colesterolemia ≥ 240 mg/dl y niños con valor ≥ 200 mg/dl mostró un OR:6.40, IC95%:2.85-14.48 y $p > 0.0001$. S:69%, E:74%, VPP:34% y VPN:93%, RVP:2.69 y RVN:0.42. El mismo análisis para uno o ambos progenitores con valores ≥ 200 y niño ≥ 170 dio un OR:4.02, IC95%:1.93-8.38 y $p = 0.0002$. S:90%, E:32%, VPP:48% y VPN:81%, RVP:1.31 y RVN:0.33. La Regresión Multinivel indicó que la relación en el aumento de valores promedio de colesterolemia es de 10.0/2.9 puntos para Madres/hijos y de 10.0/2.5 para padres/hijos.

DISCUSIÓN

Los criterios actuales de tamizaje sugeridos por las asociaciones pediátricas arrojan una gran cantidad de resultados falsos positivos. La necesidad de contar con un método efectivo es una demanda de orden mundial en el equipo de salud. Todos los indicadores estadísticos aquí hallados indican que hay una marcada asociación entre la hipercolesterolemia de los padres con las de sus hijos biológicos.

CONCLUSIÓN

La asociación de la hipercolesterolemia padres-hijo es significativa. La hipercolesterolemia en padres tiene un fuerte valor de predicción para la hipercolesterolemia en hijos.



ADENOMEGALIAS: DIAGNÓSTICOS PREVALENTES Y DIFERENCIAS ENTRE BENIGNAS Y MALIGNAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 564 CONSULTAS AMBULATORIAS EN EL HTAL GARRAHAN, AÑO 2015.

533

Teyssandier M.¹; Torregiani V.²; Pildain M.³; Tropeano Y.⁴; Saul F.⁵
GARRAHAN^{1,2,3,4,5}

<angieteyssandier995@hotmail.com>

Las consultas por adenopatías son frecuentes en pediatría. Si bien la mayoría son secundarias a procesos benignos, es importante identificar aquellos casos de mayor gravedad y brindar los tratamientos oportunos.

OBJETIVOS

Describir los diagnósticos prevalentes de adenomegalias, signos, síntomas y hallazgos de estudios complementarios asociados con malignidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes de 0 a 16 años que consultaron por adenopatías a los servicios ambulatorios del Htal Garrahan durante el 2015. Se consideraron solo ganglios en rango adenomegálico. Se identificaron tres grupos: etiología benigna, maligna y otros diagnósticos. Las principales variables analizadas fueron: signos y síntomas asociados con malignidad e indicación de biopsia ganglionar. Se analizaron las variables categóricas como proporciones. Se utilizaron los programas SPSS y EPI info para analizar los resultados. Se consideró significativo el valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

De un total de 564 consultas, 487 (86%) fueron patologías benignas, 13 (2,3%) malignas y 64 (11%) otros diagnósticos. Las etiologías benignas prevalentes fueron: adenopatías inespecíficas (67%), arañazo de gato (9%) e infección por VEB (5%). Los diagnósticos prevalentes en las restantes categorías fueron: linfomas (76% de las malignas) y BCGitis (84% de otros diagnósticos).

En cuanto a malignidad se establecieron diferencias significativas para: astenia, palidez, pérdida de peso del 5%, esplenomegalia, adhesión a planos profundos, conglomerado ganglionar, consistencia pétreo, evolución crónica, localización supraclavicular y radiografía de tórax patológica.

Ningún paciente con enfermedad maligna presentó CVAS, puerta de entrada vinculada con patología infecciosa y consistencia ganglionar fluctuante.

Se realizaron 20 biopsias, cuyo rendimiento terapéutico fue del 65%.

CONCLUSIONES

El tiempo de evolución, la clínica y las características locales son datos útiles a la hora de tomar una conducta, y permiten inferir que pacientes requieren una intervención precoz. El diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia ganglionar, que se debe solicitar ante la sospecha de enfermedad maligna progresiva o la falta de diagnóstico.

PURPURA TROMBOCITOPENICA INMUNE: ANALISIS DE SU TRATAMIENTO EN UN PERIODO DE 4 AÑOS

534

Fernandez Gago G.¹; Carbonari M.²; Malvasso R.³; Rizzo M.⁴; Sasetta M.⁵

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4,5}

<guadafg@hotmail.com>

INTRODUCCION

La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) se caracteriza por una disminución aislada de la cifra de plaquetas por debajo de 100000/ul, causada por la destrucción de las mismas por autoanticuerpos. El diagnóstico es de exclusión, ya que no hay ningún parámetro clínico ni analítico que permita establecerlo con certeza. El objetivo del tratamiento es prevenir las hemorragias con relevancia clínica.

OBJETIVO

Analizar el tratamiento administrado a los pacientes con diagnóstico de PTI.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, que surge del análisis de 16 historias clínicas de pacientes ingresados a Sala 16 del HIAEP Sor María Ludovica con diagnóstico de PTI, durante los años 2012 a 2016. Se evaluaron: edad, procedencia, antecedentes, realización de punción aspiración de médula ósea (PAMO) y tratamiento instaurado, poniendo especial hincapié en este último punto.

RESULTADOS

La edad promedio fue 3,25 meses. Solo 1 paciente perteneció al partido de La Plata, siendo el resto derivados de otras localidades. El 81,25% de los pacientes refería un catarro de vía aérea superior una a dos semanas previas. La elección del tratamiento inicial fue variable. En el 31,25 % (5 pacientes) se realizó PAMO para el diagnóstico. En el porcentaje restante no se realizó, eligiendo Inmunoglobulina intravenosa (IGIV) como tratamiento inicial, excepto en tres casos en los que se trató directamente con meprednisona (MEP)

5mg/k/d. De estos últimos, uno de los niños presentó mala respuesta inicial por lo que se indicó una dosis de IGIV. Y dos de estos pacientes, que fueron medicados inicialmente con IGIV, se reinternaron por lo que se realizó PAMO, confirmando el diagnóstico y luego se indicó MEP. Ambos pacientes fueron positivos para Citomegalovirus, por lo que se inició tratamiento etiológico. El promedio de los días de internación fue de 4,06 días. Ninguno de los pacientes cursó con sangrado en sistema nervioso central y solo uno de ellos presentó una hemorragia digestiva, requiriendo IGIV ante dicho episodio. El 100% se presentó con sangrado en piel de diferente magnitud.

CONCLUSIONES

Elegir la observación de los pacientes que presentan PTI aguda radica en que la mayoría de los niños afectados tienen un riesgo bajo de sangrado importante, no habiendo estudios prospectivos que indiquen una disminución en la incidencia con el tratamiento. La terapéutica de los niños con PTI aguda debe ser decidida en base a los síntomas clínicos. Con el uso de altas dosis de MEP (4–5 mg/k/día) la mayoría de los niños aumentan significativamente el número de plaquetas en forma rápida. La IGIV si bien es efectiva en dosis de 0,8–1 g/k, tiene efectos adversos y es de alto costo.



535

APENDICITIS DEL MUÑÓN. REPORTE DE UN CASO.

Sancho Cano J.¹; Cabana M.²; Calvo M.³; Garcia Collar L.⁴

TANDIL/GARRAHAN¹; SANATORIO TANDIL. CLINICA MODELO²; SANATORIO TANDIL³; SANATORIO TANDIL. HOSPITAL RAMON SANTAMARINA⁴

<sanhocanojulieta@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La apendicitis del muñón es un proceso inflamatorio-infeccioso del tejido apendicular residual, luego de una apendicectomía. Se trata de una complicación sumamente rara, sobre todo en edad pediátrica.

OBJETIVO

Presentamos un caso, con el objetivo de alertar sobre la existencia de esta entidad y estimular la sospecha clínica teniendo en cuenta esta posibilidad en el diagnóstico diferencial ante un cuadro abdominal agudo en un paciente ya apendicectomizado.

Descripción del caso:

Paciente de 5 años previamente sana con antecedentes de apendicectomía laparoscópica 2 meses antes a la consulta.

Inicia cuadro febril al que asocia dolor abdominal. Al examen físico se constata dolor a la palpación abdominal y defensa en fosa iliaca derecha, se decide realizar ecografía abdominal que corrobora la sospecha clínica de apendicitis del muñón.

Se realiza intervención quirúrgica con resección del muñón apendicular confirmando el diagnóstico por anatomía patológica.

DISCUSIÓN

La apendicitis del muñón se trata de una enfermedad rara, frecuentemente insospechada, que puede ocurrir meses o años después de una apendicectomía por vía laparoscópica o cirugía abierta. Es una patología subestimada en la literatura y su incidencia real es incierta, con una incidencia reportada de 1 en 50000 casos. Debe incluirse entre los

diagnósticos diferenciales de todo dolor en FID. Un alto índice de sospecha, así como el uso de los métodos complementarios (US y TC), permiten llegar a un diagnóstico precoz y realizar el tratamiento oportuno. De este modo, se limitan las complicaciones y la alta tasa de morbi-mortalidad asociada, en su mayoría relacionadas con el diagnóstico tardío. Si bien muchos autores sugieren que la incidencia ha aumentado con el uso de técnicas laparoscópicas, la literatura describe que el 66% de los casos documentados fueron por cirugía abierta. Utilizando cualquiera de estas técnicas, el riesgo de esta patología se reduce significativamente si el muñón remanente es menor a 3mm.

PRESENTACION DE UNA ENFERMEDAD REUMATOLOGICA QUE SIMULO UNA ENFERMEDAD DE KAWASAKI

De Carli M.¹; Xalambri A.²; Pringe A.³; Nunell A.⁴; Checacci E.⁵; De Carli N.⁶

CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1,2,3,4,5,6}

<esteladecarli@yahoo.com.ar>

OBJETIVO

Presentar un caso de lupus, que simulo en un principio un Sme de Kawasaki
Caso clínico: paciente de 9 años de edad, sin antecedentes previos, que consultó en la guardia externa por fiebre de 4 días de evolución, exantema y edemas en manos y pies; se solicitó su internación en sala de pediatra para estudio y tratamiento. Al examen físico hemodinamicamente compensado, febril, exantema morbiliforme, no pruriginoso, en tronco, dorso y abdomen, ictericia conjuntival, artralgia de pequeñas articulaciones, edema de manos, pies y adenopatías cervicales bilaterales, axilares e inguinales. Se realizó laboratorio GB 5.400 (63/32/3), PLAQ 206.000, HTO 30, ERS 28, BT 3.63, BD 2.28, TGP 445, TGO 545, FAL 255, PROT totales 9.3, PCR 1.55, monotest negativo, sedimento urinario y radiografía de tórax normal y serologías virales negativas. En su 1° día de internación continuó febril, con rash generalizado e inyección conjuntival bilateral por lo que se interpretó el cuadro como enfermedad de Kawasaki y se administró gammaglobulina 1 g/kg por 2 días y ASS, permaneciendo afebril 48 hs con ecocardiograma normal. Al 4° día de internación reaparece la fiebre, rash macular a predominio malar y abdomen distendido. Se realizó Ecografía pleural y abdominal: consolidación hemitórax derecho y derrame 8.8 mm en seno costofrénico posterior izquierdo, escaso liquido en cavidad parietocolico derecho, y laboratorio de control con alteración del coagulograma, descenso HTO 26% y leve mejoría de transaminasas. Fue evaluado por Infectología, dermatología, quien realizo biopsia y Hepatología, quienes solicitaron C3

y C4 descendidos, Anti RO, Anti LA y Anti SCL 70 negativos, FAN positivo, e interconsulta con Reumatología quien indico gammaglobulina 2 g/kg y suspender ASS, permaneciendo estable y afebril por 72 hs. Durante su internación presento fiebre intermitente, se amplió estudio solicitando ANCA positivos, FR, SM y RNP negativos, Coombs directa negativa e inicio Indometacina por inicio de enfermedad reumatológica. Con resultado de Anti musculo liso y FAN positivo, indicó Solumedrol 30 mg/kg días alternos y por mejoría clínica se indicó egreso sanatorial con alta sospecha de Lupus, con Meprednisona, y seguimiento por consultorios externos Reumatología.

CONCLUSIÓN

Es importante en todo paciente con sospecha de Kawasaki sin respuesta a la gammaglobulina tener en cuenta otros diagnósticos como las enfermedades reumatológicas.

536



ANÁLISIS DE PREDICTORES EN ORINA PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN URINARIA EN INTERNACION PEDIÁTRICA

537

Dacquila MBR¹; Ledesma LJ²; Medina Aldana YM³; Somma S⁴

SANATORIO ITOIZ^{1 2 3 4}

mariabelen_data@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La infección urinaria (ITU) es una de las patologías más frecuentes en pediatría, más del 10% de los niños, tendrán ITU sintomática antes de los 7 años. Es la causa principal de fiebre sin foco entre 1-36 meses y de morbi-mortalidad bacteriana. Este trabajo está dirigido a demostrar la importancia de indicadores de ITU en orina con el fin de realizar un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

POBLACIÓN

Se incluyeron todos los paciente ingresados en 34 meses, entre 1 a 36 meses de edad, de ambos sexos con los diagnósticos de ingreso: Síndrome febril sin foco (Sd. febril sin foco), vómitos, gastroenterocolitis (GEC), convulsión febril sin foco aparente y dolor abdominal (DA) con sospecha de ITU.

MÉTODOS

Estudio epidemiológico observacional, de corte transversal en nuestro Servicio entre enero 2014 a septiembre 2016. Se tomó como base de datos 98 historias clínicas electrónicas, analizando datos filiatorios, fecha, edad, sexo, registros de orina completa y urocultivo. (Tablas Excel-Programa SPSS para Windows). Tomamos en cuenta, la frecuencia (porcentaje) de las variables, entre estas: (nitritos (N), estearasa leucocitaria (EL), leucocitos por microscopia óptica (L), combinación de las mismas (N+ EL) (N+ L) y cultivo en orina. Excluimos pacientes con tratamiento antibiótico previo, con diagnósticos en quienes no se sospechó ITU, pacientes con re-infección urinaria ó patologías quirúrgicas o renales previas.

RESULTADOS

Durante el periodo citado (34 meses) sobre un n: 98, 24 pacientes (24.5%) tuvieron diagnóstico final de ITU. Se asistieron 52 pacientes masculinos (53%) y 46 pacientes femeninas (47%). Los pacientes incluidos entre 3 y 36 meses tenían una media de 13 meses (IC 11-15) SD: 10.27. Se constataron con diagnóstico de ingreso de Sd. febril sin foco 38 pacientes (38.7%), 4 pacientes con mal progreso ponderal (4%), 28 pacientes con vómitos (28.5 %), 15 pacientes con convulsión febril sin foco aparente (15.3%), 5 pacientes con DA (5.5%), 8 pacientes con GEC (8%).

De nuestra población obtuvimos las siguientes frecuencias según variables estudiadas:

Grupo etario	N	M	F	Nitritos Postivo	Estearasa Leucocit >10/cpo	ITU	S	E.	S.	E.	S.	E.	L.	L.	L.	L.	L.	L.
1a3	36	36.7	21	40.4	15	32.6	3	43	17	63	17	63	17	71	11	94	76	79
76	79																	
4a12	22	22.5	11	21.1	11	24	2	25	3	11	5	18.5	3	12	50	95	66	
13a14	29	29.6	14	27	15	32.6	2	25	5	18.5	5	18.5	4	16	25	97	75	
94	99	94																
25a36	11	11.2	6	11.5	5	10.8	0	2	0	0								
Total	98	100	52	53	46	47	7	20.427	27.5	27.275	24	24						

S: Sensibilidad E: Especificidad N: Nitritos EL: Estearasa Leucocitaria L: Leucocitos F:Femenino

M: Masculino

CONCLUSIÓN

Los parámetros evaluados, son herramientas que permite determinar con mayor seguridad la toma de decisiones diagnósticas y de tratamiento ante la sospecha de ITU. Nuestro trabajo coincide con la literatura, la eficacia aumenta con la edad del paciente, siendo de muy baja sensibilidad en los menores de 3 meses con respecto a los nitritos, aunque de alta especificidad en todos los predictores evaluados.

MICOSIS PROFUNDAS EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

538

Goyeneche M.¹; Girini M.²; Otegui Banno C.³; Lascano N.⁴; Shaieb A.⁵

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1 2 3 4 5}

<bel.goyeneche@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las infecciones fúngicas invasivas (IFI) representan una importante causa de morbi-mortalidad en los pacientes oncohematológicos causando del 5 al 10 % del total de las infecciones. Cerca del 20% de los pacientes oncohematológicos desarrollarán una IFI, siendo el 80-90% de los casos causada por Cándida o Aspergillus, y el 10% restante, por hongos emergentes, como Fusarium. Resulta indispensable detectar los pacientes con mayor riesgo de desarrollar IFI para lograr el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

Entre los factores de riesgo para desarrollar una IFI se encuentran la quimioterapia de inducción de LMA, recaída de leucemia, TCPH en su primer periodo, internaciones prolongadas, estadía previa en UTI, portación de CVC.

Las características clínicas de estos pacientes son neutropenias profundas (menos de 100 neutrófilos) y prolongadas (más de 10 días), recaída de la fiebre durante el tratamiento de una neutropenia febril, mucositis severas y tratamientos prolongados con ATB de amplio espectro.

OBJETIVOS

Describir factores de riesgo y características clínicas de pacientes oncohematológicos que desarrollaron IFI.

Descripción del caso: Se presentan 3 casos de pacientes con neoplasias hematológicas que desarrollaron IFI

- Niña de 13 años, con Leucemia tipo Burkitt con antecedente cercano de neutropenia febril tratada con ATB de amplio espectro que ingresa por fiebre sin neutropenia. Por persistencia de la fiebre se realizan imágenes, siendo compatibles con IFI. Cultivo de fauces: Candida Albicans. Diagnóstico: infección posible por Candida (hepato-esplénica).
- Varón de 14 años, con diagnóstico de LLA-B de Alto Riesgo, portador de un CVC implantable, cursando neutropenia profunda febril. Por recaída de la fiebre y nódulos dolorosos en miembros inferiores se inician antifúngicos empíricos. Biopsia de nódulos: hongo filamentosos (Fusarium spp). Diagnóstico: fusariosis probada.
- Niño de 12 años con diagnóstico de LLA T en día 33 de inducción y 8 de internación y antibioticoterapia de amplio espectro por celulitis abscedada en hueso poplíteo. Cultivo del absceso: Aspergillus spp. Se interpreta como Aspergilosis probada.

CONCLUSIÓN

Se destaca la importancia de considerar la IFI en pacientes oncohematológicos con factores de riesgo y características clínicas compatibles.



539

INFECCIÓN POR ROTAVIRUS EN NIÑOS INTERNADOS

Maqueda J.¹; Cimmino N.²; Anselmo C.³; Moschen A.⁴; Rubens I.⁵

HOSPITAL DURAND^{1,2,3,4,5}

<jesicamaqueda30@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El rotavirus es la causa más frecuente de diarrea grave en menores de 5 años. En Argentina es responsable del 40% de las internaciones por Gastroenteritis Aguda (GEA) en este grupo etario. La incorporación de la vacuna contra el Rotavirus al Calendario de Vacunación Nacional es importante para prevenir la enfermedad, reducir la morbi-mortalidad y disminuir las tasas de hospitalización.

OBJETIVOS:

- 1) Determinar la prevalencia y la incidencia acumulada de infección por Rotavirus en pacientes internados en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Agudos Carlos G. Durand.
- 2) Analizar el impacto de la inclusión de la vacuna en el Calendario Nacional en la incidencia anual de hospitalización por Rotavirus en dicho servicio.
- 3) Documentar manifestaciones extraintestinales de la infección por Rotavirus y comparar características clínicas de los grupos con GEA con y sin rescate de Rotavirus.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo a partir de revisión de Historias Clínicas. La muestra incluyó niños de 1 mes a 5 años internados en la Sala de Pediatría del Hospital C.G. Durand entre el 01/01/2013 y 31/12/2016, con diagnóstico de GEA y aquellos con Rotavirus positivo en materia fecal, más allá de la causa que motivó su internación. Se recolectaron datos del medio socioeconómico, vacunación y características de la internación.

RESULTADOS

La tasa anual de internación por GEA en menores de 5 años fue de 4,5% en 2013, 7% en 2014, 9% en 2015 y 5% en 2016. Respecto a la infección por Rotavirus su prevalencia fue de 2% en 2013, 2,4% en 2014, 2% en 2016 y 5,1% en 2015. El 21,8 % de las infecciones por Rotavirus fueron intrahospitalarias. Por edad y Calendario Nacional de Vacunación le correspondía vacuna para Rotavirus al 21%, de éstos el 52,7% tenía esquema completo, 11,1% una dosis y el 36,1% ninguna dosis. De los vacunados de forma completa en el 39% se obtuvo Rotavirus positivo, en el 48% Rotavirus negativo, en el resto no se realizó el estudio.

CONCLUSIÓN

Se observa una alta prevalencia de infección por Rotavirus en pacientes internados con diagnóstico de GEA, presentando mayor circulación entre los meses de otoño e invierno. En la mayor parte de los casos de GEA intrahospitalarias se aisló Rotavirus como agente causal, lo que deriva directamente en el desafío de mejorar las medidas de higiene para evitar el contagio de pacientes en el ámbito hospitalario. Si bien la cobertura de la vacuna aún es baja, se evidencia impacto positivo de la misma. Es fundamental para la prevención de la enfermedad y el rol del pediatra central para garantizar su aplicación de forma oportuna.

IMT504 INHIBE LA INFLAMACION ALERGICA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS EN RATONES INFANTES.

Elias F.¹; Li Caussi M.²; Stella I.³; Figueroa J.⁴

FUNDACION PABLO CASSARA, ICyT MILSTEIN ARGENTINA¹; LABORATORIO PABLO CASSARA²;

CENTRO CEBBAD UNIVERSIDAD MAIMONIDES, ARGENTINA³; FUNDACION PABLO CASSARA, ICyT MILSTEIN ARGENTINA⁴

<felias@qb.fcen.uba.ar>

541

INTRODUCCIÓN

El estudio en modelos experimentales constituye una herramienta fundamental para el desarrollo de nuevos fármacos. Los oligonucleótidos (ODN) son secuencias que se encuentran en ADN o ARN de bacterias y virus que son reconocidos por el sistema inmune y modulan su actividad. Diferentes ODN han sido sintetizados y estudiados, observándose tanto actividad inmunoestimulante como antiinflamatoria. Los ODN son considerados drogas con potencial terapéutico para enfermedades relacionadas con el sistema inmune (cáncer, alergia, y enfermedades infecciosas). En nuestro laboratorio, hemos descrito el oligonucleótido (ODN) IMT 504 (prototipo de la serie PyNTTTTGT), este ODN se ha mostrado como un potente adyuvante de diferentes vacunas (Hepatitis B, Influenza, Rabia) y también tiene actividad inmunosupresora en modelos de diabetes autoinmune y de sepsis en roedores. En función de estos resultados nos propusimos evaluar la actividad del IMT 504 en un modelo murino de asma en el que ya hemos descrito el efecto terapéutico del tratamiento con corticoides sistémicos e inhalados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se generó alergia bronquial a la ovoalbúmina (OVA) en ratones Balb/c infantiles. Para ello se les inculó OVA por vía intraperitoneal (0, 7 y 14), recibiendo 1 dosis diaria de ova 1 % intranasal (i.n.) por 4 días. Una vez generada la alergia bronquial los animales fueron divididos en 2 grupos: a) tratado con el IMT504 subcutáneo por 15 días; y b) placebo (Solución

Fisiológica s.c.). Luego de este tiempo los animales fueron desafiados con una dosis de ova i.n y al día siguiente fueron sacrificados. Se obtuvieron muestras de sangre para determinar el perfil de la respuesta T (Th1/Th2), IgG e IgE. Se cuantificó TGF- β e interleuquinas en el lavado broncoalveolar de los animales. Se extrajeron los pulmones, que fueron teñidos con Hematoxilina-Eosina (HE), PAS, y Tricrómico de Masson y analizados bajo microscopio óptico. Las muestras se clasificaron con un score semicuantitativo de 0 (no daño) a 3 (daño severo) por un observador ciego al diseño de los grupos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los niveles de IgE específica e IgG1 estuvieron aumentados, confirmando el establecimiento de la alergia a la OVA. En los animales tratados con el IMT504 se observó menor infiltrado inflamatorio linfocitario, menor hiperplasia de las células de Goblet, y menor engrosamiento del conectivo. Los niveles de TGF- β se encontraron significativamente disminuidos en los animales tratados. En este estudio piloto observamos que 15 (quince) días de tratamiento con el ODN-IMT 504 mejoran el daño histopatológico en nuestro modelo murino de asma infantil.



SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO (SFP): A PROPÓSITO DE UN CASO

542

Mazzeo A.¹; Gabarruta F.²

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1,2}

<anabella.mazzeo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El SFP se define como episodio febril de al menos 7-10 días en el cual a pesar del estudio inicial, incluidos anamnesis, examen físico completo y exámenes de laboratorio, no se ha llegado a un diagnóstico definitivo. La causa más frecuente suele ser la infecciosa, en segundo lugar las neoplásicas, seguida de patologías reumato-inmunológicas.

El plan de estudios se divide en etapas:

1º HMG, VSG, PCR, Orina Completa, HMC, Urocultivo, Cultivo LCR, Serologías virales, Radiografía de tórax.

2º Ecocardiograma, Ecografía abdominal, ecografía cerebral, Fondo de Ojo, Centellograma Óseo, TAC de Tórax y abdomen, PAMO, perfil reumatológico, Biopsia.

OBJETIVO

Describir un caso de paciente con SFP.

Caso clínico: Paciente de 4 meses, previamente sano, hijo de madre hiv +, con tratamiento adecuado, que 20 días atrás, posterior a la colocación de vacunas de 4 meses y BCG comienza con tumoración en sitio de colocación y fiebre por lo que comienza tratamiento con TMS por 10 días. Por persistir febril consulta, se hace diagnóstico de OMA izquierda y se medica con amoxicilina. Luego de 24hs concurre por GEA y se decide su internación para recibir tratamiento ATB endovenoso, que es suspendido por ORL.

Por persistencia de fiebre se inician estudios por SFP.

Ex físico normal, levemente taquipneico. HMG (leucocitosis predominio de neutrófilos), HMC X2 negativos, búsqueda de focos profundos normales.

En las Rx Tórax frente y perfil se evidencia mediastino ensanchado, se solicita ecografía mediastínica: imágenes intratímicas, masa en mediastino anterior y otra masa en mediastino posterior. Por lo que se sospecha origen infeccioso vs patología tumoral. Se inicia tratamiento con ceftriaxona y clindamicina.

Se solicitan lavados gástricos, y catálogos de ambos padres normales. PAMO normal, marcadores tumorales negativos.

Se realiza TAC tórax donde se evidencia masa en mediastino anterior y medio que comprime vía aérea de densidad ganglionar.

Se realiza toma de biopsia por toracoscopia obteniéndose material caseoso del cual arroja resultado positivas para mycobacterium tuberculosis.

CONCLUSIÓN

El trabajo interdisciplinario, el interrogatorio exhaustivo y la persistente sospecha de patologías frecuentes de nuestro medio, deben ser la base para orientar los correctos exámenes complementarios y así arribar al diagnóstico definitivo ante la sospecha de un SFP.

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DEL DÉFICIT DE VITAMINA B12 EN PEDIATRÍA

543

Racioppi F.¹; Villamayor G.²; Serrano N.³

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3}

<fernandracioppi@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El déficit de vitamina B12 genera un proceso de desmielinización neuronal, manifestándose con anormalidades cerebrales y degeneración del cordón espinal. En pediatría, las manifestaciones neurológicas son una de las formas de presentación. Usualmente, se observa en niños alimentados con lactancia materna exclusiva cuyas madres tienen escaso consumo de alimentos de origen animal.

OBJETIVO

Describir las manifestaciones neurológicas del déficit vitamínico e identificar factores de riesgo alimenticio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de serie de casos de 6 pacientes internados en el Hospital Garrahan con deficiencia de vitamina B12 en el periodo comprendido entre Julio de 1996 y Diciembre de 2013 cuyo diagnóstico se realizó mediante determinación sérica de vitamina B12.

RESULTADOS

La edad media de presentación de los síntomas fue de 3.6 meses. El 83.3% de los pacientes presentaron convulsiones, 60% las manifestaron de forma exclusiva y en el 40% se asociaron a hipotonía y pérdida de pautas madurativas. Un 16.7% presentó hipotonía más pérdida de pautas sin presentar convulsiones.

Respecto de la alimentación del paciente, la totalidad recibía lactancia materna. El 83.3% de forma exclusiva, el 16.7% asociada a leche maternizada. En cuanto a la dieta de las madres de pacientes alimentados con pecho materno exclusivo, el 40% realizaba dieta vegetariana estricta, en otro 40% no se hallaron datos relacionados con su alimentación, pero se diagnosticó déficit de vitamina B12 por dosaje sérico, y el 20% restante refería recibir dieta general.

CONCLUSIÓN

Ante el aumento de la incidencia de la población vegetariana/vegana, se debería considerar la deficiencia de vitamina B12 ante pacientes con manifestaciones neurológicas de etiología desconocida, dado que es una enfermedad con un tratamiento inocuo y efectivo, y se evidencia mejoría clínica, y de los parámetros de laboratorio en todos los casos.



544

INTEGRACIÓN DOCENCIA SERVICIO EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL CAMPO CLÍNICO MEDIANTE LA SIMULACIÓN PARA COMPARTIR SABERES ENTRE EGRESADOS-TRABAJADORES, ESTUDIANTES Y DOCENTES DE ENFERMERÍA

Paz M.¹; Dominguez A.²; Valdez M.³

CENTRO PROVINCIAL DE SALUD INFANTIL EVA PERON^{1,3}; CARRERA LIC. EN ENFERMERÍA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SANTIAGO DEL ESTERO (UNSE)²
<mirta_paz@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

Los campos de práctica desde un modelo de integración docencia servicio son fundamentales en la formación de profesionales de enfermería, contar con campos clínicos pertinentes es una exigencia para el desarrollo de un proyecto educativo de calidad. La simulación facilita el aprovechamiento de conocimientos y capacidades de enfermeras/os (egresados/as trabajadores) y de docentes en las experiencias clínicas: donde se integra teoría y práctica; se adquieren destrezas; se observan roles; se visualiza el trabajo en equipo, se cuidan familias y comunidades, aumentando la seguridad de los usuarios.

OBJETIVO

Integrar un espacio de discusión y propuestas de pautas normativas sobre la enseñanza, aplicando la simulación en cuidados específicos de Enfermería, mediante la socialización de saberes entre Universidad y Servicios hospitalarios.

MATERIAL Y METODOS

Es una investigación acción participativa; se acordó con los egresados trabajar a partir de lo protocolizado en el servicio pediátrico, buscar evidencia científica, corregir y enriquecer a los mismos, presentarlo a los estudiantes y personal hospitalario como discutiendo en ciclos de planeación, acción, observación y reflexión.

RESULTADOS

Se logró sistematizar los escenarios de simulación y la escritura de doce protocolos consensuados para el laboratorio de Enfermería de la Carrera y para el departamento de docencia del Servicio.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

Los componentes involucrados en los escenarios de práctica son múltiples y complejos. Destacamos: las competencias que desarrolla el estudiante, la evaluación que planifica el docente y la retroalimentación que implica el aporte de los egresados. En relación a la validación de la metodología utilizada se consideró como criterio la resolución del problema planteado; el aporte al servicio y el proceso en términos de reflexión y consenso de múltiples perspectivas desde los docentes, egresados, estudiantes y personal jerárquico (triangulación de perspectivas). El conocimiento producido permitió una integración docencia-servicio para la discusión y propuestas de normativas en la enseñanza de prácticas de cuidados de Enfermería. El desarrollo de un pensamiento crítico para afrontar situaciones de cuidado, fue constatado mediante testimonios narrativos de estudiantes y la producción de protocolos para la enseñanza entre ambas instituciones.

A PROPÓSITO DE UN CASO: VASCULITIS CON ANTICUERPOS ANCA ANTI PR3 POSITIVA DE MANIFESTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA

Zubigaray M.¹; Hortas M.²; Quiroga O.³; Tomas M.⁴

HOSPITAL INTERZONAL AGUDOS ESPECIALIZADO PEDIATRICO SOR MARIA LUDOVICA DE LA PLATA^{1,2,3,4}
<mercedeszubigaray@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La vasculitis es un proceso clínico patológico caracterizado por inflamación de los vasos sanguíneos, su patogenia suele ser idiopática. Se clasifican según el tamaño del vaso comprometido: gran, mediano o pequeño calibre. Dentro de las vasculitis de vasos de pequeño calibre se encuentran aquellas que se caracterizan por la presencia de anticuerpos contra el citoplasma de neutrófilos (ANCA).

OBJETIVO

Reportar un paciente con vasculitis asociada ANCA con PR3 positivo de manifestación clínica atípica.

Caso clínico: Paciente masculino de 15 años que debuta con diarrea sanguinolenta, hematemesis y fiebre de 3 días de evolución. Se asocia púrpura en miembros superiores, inferiores y tronco. La biopsia de piel informa Purpura Leucocitoclastica. Inicia tratamiento con corticoides en pulsos.

En la evolución agrega hematuria macroscópica, hematoquezia, distensión abdominal y artralgia en muñeca derecha.

Gastroenterología realiza biopsia intestinal evidenciando Gastritis aguda con marcada actividad y rectitis crónica activa. inicia tratamiento con Infliximab, con franca mejoría. Se realiza examen oftalmológico (Fondo de ojo, biomicroscopia y agudeza visual), Ecocardiograma, Radiografía de torax y Tomografía computarizada de torax con resultados dentro de parámetros normales.

Por la presencia de hematuria se realiza clearance de creatinina alterado (26.3 ml/min/1.73 m²). La biopsia renal muestra glomerulonefritis pauciimmune asociada a ANCA con semilunas.

Se solicitan Serologías y anticuerpos FAN, anti DNA, FR, ANCA PR3, obteniendo los siguientes resultados: Ac IgM VCA EBV grayzone, Ac Ig G VCA Y EBNA EBV REACTIVO y PR3 sistémico reactivo.

Se reinterpreta al paciente como Vasculitis asociada ANCA-C con PR3 sistémico en contexto de una infección aguda por virus de Epstein Barr. Se inicia inducción con Ciclofosfamida y corticoides por seis meses con buena respuesta clínica, sin recaídas y manteniendo valores de función renal dentro de la normalidad. Actualmente en mantenimiento con azatioprima y corticoides.

CONCLUSIÓN

Las vasculitis asociadas ANCA son vasculitis poco frecuentes en edad pediátrica. En el paciente reportado el diagnóstico de vasculitis asociada ANCA con PR3 positivo, pudo ser logrado por la alta sospecha a pesar de la presentación clínica atípica, permitiendo adecuar el tratamiento.

545



A PROPÓSITO DE UN CASO: ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA (EGC)

547

Irigoin Gonzalez J.¹; Devia D.²; ávila S.³; Cédola M.⁴; Drozdowski M.⁵

CLÍNICA SAN LUCAS^{1,2,4,5}; HOSPITAL CASTRO RENDÓN³

<joririgoin@hotmail.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La EGC es una inmunodeficiencia primaria de baja frecuencia debida a un déficit en el complejo nicotinamida adenina dinucleótida fosfato oxidasa en los fagocitos que altera su capacidad microbicida, bactericida y funguicida. Se manifiesta con infecciones recurrentes o severas y diversos procesos inflamatorios. Se presenta entre los 2-3 años de vida en formas ligadas al sexo y más tarde en autosómicas recesivas. Las primeras tienen peor pronóstico con una mortalidad anual del 2 al 5%. La principal causa de muerte es la infección aspergilar. Para el diagnóstico se realizan estudios que valoran la actividad del complejo enzimático (en especial la prueba de oxidación de la dihidrorodamina 123(DRH)) y análisis mutacional con secuenciación de ADN (confirmatorio). El tratamiento se basa en optimizar hábitos de higiene y dieta, profilaxis antimicrobiana, tratamiento energético y precoz de todo proceso infeccioso o inflamatorio y de forma experimental la reconstitución inmune.

OBJETIVO

Presentación de un caso de EGC y revisión del tema.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 18 meses, RNT/PAEG, con retraso madurativo, desnutrición severa y anemia crónica, con antecedente de internaciones por cuadros infecciosos respiratorios y gastrointestinales. Presentó TN aumentada en la ecografía neonatal. En primer internación en neonatología se constata facies peculiar con orientación mongoloide de las hendiduras palpebrales, nariz fina con narinas antevertidas, filtrum largo, labios finos, orejas de implantación baja, criptorquidia e hipotonía por lo cual se sospecha síndrome

genético; el cariotipo no muestra anomalías por lo que se solicita estudio de arrayCGH. Presentó además adenopatías supuradas acompañadas de fiebre sin respuesta al tratamiento antibiótico, abscesos hepáticos y tumor miofibroblástico. Se realiza biopsia ganglionar que informa presencia de granulomas no caseificantes. Ante la sospecha de EGC se realiza test DRH que es patológico en dos oportunidades. Se realiza además diagnóstico de aspergilosis pulmonar. Inicia tratamiento con tuberculostáticos (por haber recibido vacuna BCG), antifúngicos, antibióticos e interferón gamma con respuesta favorable.

El microarray muestra una delección de 860kb de extensión en 16q24.3. La delección de esta región ha sido descrita por sí misma con fenotipo característico que es coincidente con el que presenta nuestro paciente. Incluye, entre otros, a los genes PIEZO1, FAM38A, CDH15, ANKRD11, CYBA, CDT1, APRT, GALNS, SPG7, ZNF778. ANKRD11 se asocia con el síndrome KGB y CIBA con enfermedad granulomatosa crónica autosómica recesiva. Se ha solicitado la secuenciación del gen CIBA para detectar la presencia de mutación puntual en el alelo homólogo que pudiera justificar el fenotipo de EGC y que permita completar el asesoramiento genético familiar.

CONCLUSIÓN

Si bien esta enfermedad tiene una alta morbilidad y mortalidad, con un diagnóstico y tratamiento oportuno y seguimiento multidisciplinario se puede mejorar sustancialmente la calidad de vida de estos pacientes. En el caso que describimos se suma la complejidad de un síndrome de microdelección que agrega mayor compromiso al cuadro clínico.

MALFORMACIÓN ADENOMATOIDE QUÍSTICA PULMONAR VS. QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

548

Jerez N.¹; Hernandez R.²; Limardo P.³; Beaudoin M.⁴; Gonzalez M.⁵; Sosa R.⁶; Morales I.⁷; Vacarezza M.⁸

HOSPITAL ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<jerez_iep@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Malformación Adenomatosa Quística Pulmonar (MAQP) es una anomalía de la vía aérea poco frecuente debida a una alteración en el desarrollo alveolar, siendo el quiste simple multiloculado la más frecuente. El diagnóstico suele realizarse en el período prenatal mediante ecografía con una sensibilidad y una especificidad cercanas al 100%; la resolución espontánea es excepcional. Sus manifestaciones clínicas son muy variables, desde casos asintomáticos hasta neumonías recurrentes o neumotórax en la infancia.

OBJETIVOS

Describir un caso de MAQP que a presentación clínica e imágenes simulaban un quiste hidatídico.

Caso Clínico: Paciente de 12 años presenta episodio febril, tos hemoptoica y dolor torácico. Se realiza radiografía de tórax y ante epidemiología positiva para hidatidosis se decide internación para estudio y tratamiento. La radiografía evidencia condensación en base y campo medio pulmonar izquierdo con nivel hidroaéreo e imagen radioopaca paracardíaca izquierda. La ecografía pleuropulmonar informa imagen quística de paredes gruesas de 4 mm, con vascularización con el doppler color, burbujas aéreas en su interior, finos ecos internos móviles y extensa membrana móvil, compatible con despegamiento de la pared asociado a calcificaciones. Los hallazgos son compatibles con quiste hidatídico. Se solicita TAC de tórax: masa quística de contenido heterogéneo con nivel hidroaéreo y calcificaciones, que desplaza parénquima pulmonar adyacente. Se descarta tuberculosis

mediante PPD y esputo seriado. Se interpreta como quiste hidatídico sobreinfectado, cumpliendo tratamiento con albendazol, amoxicilina y trimetoprima-sulfametoxazol. Resuelve hemoptisis, se otorga egreso hospitalario cumpliendo en forma ambulatoria el tratamiento médico. Se reciben serologías para hidatidosis negativas. Recurre la hemoptisis por lo se interna para exéresis del quiste y biopsia. La misma informa Malformación adenomatosa quística tipo 1, efectuándose luego lobectomía inferior izquierda.

CONCLUSIÓN

Cabe destacar la importancia del diagnóstico diferencial con otras malformaciones y patologías infecciosas que se presentan con cuadros clínicos semejantes, como en el caso presentado. Tener presente esta entidad ya que el riesgo de infección y malignización complican su manejo. Por último valorar la utilización de técnicas de imagen que orienten la realización de técnicas invasivas a fin de resolver definitivamente esta entidad.



Por un niño sano en un mundo mejor

A PROPÓSITO DE UN CASO: OSTEOMIELITIS AGUDA DEL METATARSO POR *KINGELLA KINGAE*

Bernardez M.¹; García Coppola M.²; Cecilia P.³

HOSPITAL DE PEDIATRÍA SAMIC PROF DR JUAN P GARRAHAN^{1,2,3}

<lorenabernardez@gmail.com>

549

INTRODUCCIÓN

Las infecciones óseas son frecuentes en la infancia. El 25% de los casos se producen en menores de 2 años. La *Kingella Kingae* (KK) es el segundo agente etiológico en orden de frecuencia en niños de 3 meses a 5 años en publicaciones de Estados Unidos y España.

OBJETIVO

Actualizar con un caso clínico la importancia de la KK en producción de infecciones óseas en niños menores de 5 años.

Caso clínico: Paciente varón, 18 meses de edad, consulta por dolor e impotencia funcional de pie izquierdo de 13 días de evolución, afebril. Al examen físico se constata edema en dorso de pie, sin rubor ni calor. La radiografía de pie muestra despegamiento subperióstico en tercer metatarsiano. Ecografía: absceso subperióstico, osteomielitis (OM). Laboratorio: leucocitosis a predominio linfocitario, proteína c reactiva (PCR) negativa. Hemocultivos negativos. Se realiza drenaje quirúrgico obteniéndose en el cultivo para gérmenes comunes aislamiento de KK. Recibe tratamiento con ceftriaxona por tres días, con buena evolución clínica y laboratorios mejorados, se rota a amoxicilina, cumpliendo 5 semanas totales.

DISCUSIÓN

La KK es un coco-bacilo gram negativo. Coloniza la vía aérea superior en niños que asisten a guarderías, se asocia a infecciones de la vía aérea superior y estomatitis. La disrupción de la barrera mucosa facilita la invasión y diseminación hematológica. Tiene predilección

por huesos pequeños. Presenta síntomas insidiosos. A menor edad, menor repercusión clínica y de marcadores inflamatorios. Es una bacteria de difícil crecimiento en cultivo, la utilización de frascos de cultivos como BactAlert aumenta la rentabilidad del aislamiento. La técnica en reacción en cadena de la polimerasa permite identificar esta bacteria. La aparición de KK como causa de OM no se debe a un cambio epidemiológico, sino se relaciona con la utilización de técnicas diagnósticas más sensibles. El tratamiento se realiza de manera endovenosa con betalactámicos. La KK es resistente a clindamicina y trimetropima. Para el paso a antibioticoterapia oral se debe objetivar un descenso del nivel de PCR de al menos 30%, desaparición de la fiebre 48hs y mejoría clínica local. La duración es de 3 a 6 semanas totales.

CONCLUSIÓN

Se debería pensar en KK como agente etiológico de OM en pacientes menores de 5 años, con poca repercusión clínica y parámetros de laboratorio no muy elevados. El tratamiento empírico inicial de OM en estos pacientes debe incluir un antibiótico betalactámico.

ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE EN ESTUDIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Lagger J.¹; Hernández R.²; Limardo P.³; González F.⁴; Sosa R.⁵; Beaudoin L.⁶

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6}

<jnlagger@gmail.com>

550

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades desmielinizantes son entidades causadas por disregulación del sistema inmunitario provocando una respuesta anómala contra la vaina de mielina, destruyéndola. La incidencia de estas patologías es baja de 0,9/100.000 al año aproximadamente. En pediatría se describen tres entidades: encefalitis diseminada aguda, con curso normalmente agudo y monofásico, esclerosis múltiple, crónica y evolutiva, y neuromielitis óptica, de curso monofásico o recurrente, habitualmente con discapacidad residual.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de una enfermedad desmielinizante, su orientación diagnóstica y la importancia en el seguimiento a fin de arribar al diagnóstico etiológico.

Caso clínico: Niño de 2 años y 7 meses que debuta con paraparesia aguda de miembros inferiores y nistagmus, que cede con un curso de 5 días de Metilprednisolona 30 mg/kg/día, con recuperación clínica ad integrum. Se llevan a cabo estudios diagnósticos: punción lumbar con rescate de bandas oligoclonales en LCR y neuroimágenes que orientan hacia enfermedad desmielinizante aguda, continuando tratamiento corticoideo al alta. Presenta 4 meses después hemiparesia braquiocrural derecha. Se realiza nueva punción lumbar (citoquímico normal, bandas oligoclonales positivas y anticuerpos antiacuporinas negativos). En TAC se evidencian nuevas lesiones hipodensas subcorticales y en ganglios de la base, con mayor resolución en RMN con contraste del neuroeje. Se agregan potenciales evocados visuales (PEV) alterados. Recibe nuevo pulso con corticoides sin mejoría clínica. Se

interconsulta con neuróloga especialista en enfermedades desmielinizantes asumiendo como diagnóstico presuntivo neuromielitis óptica tipo anti MOG (anticuerpos antimielina y glicoproteína del oligodendrocito) en base a lesiones próximas al quiasma óptico, junto a PEV patológicos, afectación de tres segmentos consecutivos de la médula espinal y anticuerpos anti acuporinas 4 negativos. Se decide iniciar con medicación de segunda línea, por lo que se indica Rituximab. Con la nueva terapéutica el paciente presenta franca mejoría clínica, recuperando la marcha con ligera inestabilidad y la movilidad del hemicuerpo derecho.

CONCLUSIONES

A pesar de no contar con el diagnóstico de certeza en nuestro paciente, el dosaje de anticuerpos anti MOG no se realiza en nuestro país, por lo que la muestra fue derivada al exterior, es importante destacar el valor de los hallazgos en el LCR y en la RMN, y reconocer a esta última, como herramienta fundamental para el seguimiento de esta entidad. Por último, jerarquizar el manejo interdisciplinario de estas patologías, a fin de promover la mejor calidad de vida para los pacientes.



ADENITIS TUBERCULOSA Y LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

551

Juffe J.¹; Laurino E.²; Tittarelli M.³; De Lillo L.⁴; Gonzalez N.⁵; Mazzeo C.⁶; Romero C.⁷

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7}

<johi.juffe@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El escrofuloderma, forma más habitual de tuberculosis extrapulmonar, es consecuencia de la formación de un absceso frío, más a menudo en las cadenas ganglionares cervicales y supraclaviculares que se extiende en la piel suprayacente desde el foco de infección tuberculosa subyacente. Las adenomegalias son de consistencia duro elástica indoloras, tienden a reblandecerse y fistulizan dejando la clásica cicatriz en forma de estrella

OBJETIVO

Destacar la importancia de un correcto interrogatorio para lograr un pronto y adecuado diagnóstico.

Caso clínico: Paciente de 8 meses, sin antecedentes de importancia, comienza con tumoración latero cervical derecha y un registro febril. Al tercer día de evolución consulta a la guardia de nuestro hospital, se realiza ecografía donde se observa colección heterogénea de límites no precisos de 20 x 13 mm con proyección a planos profundos a 29 mm. Se decide internación con diagnóstico presuntivo de adenitis abscedada y se inicia tratamiento endovenoso con clindamicina.

Durante la evolución la lesión se vuelve flogótica y a los 11 días comienza a drenar en forma espontánea contenido blanquecino y serohemático. Presenta durante la internación aislados registros febriles. Por mala evolución de la lesión, sin respuesta al tratamiento antibiótico, se sospecha origen tbc y se reinterroga en forma dirigida. Surge la existencia de un conviviente sintomático respiratorio. Solicitamos

radiografía de tórax a la niña que presenta imagen de condensación en campo pulmonar derecho y múltiples infiltrados. La placa de tórax de los padres fue normal y la del tío conviviente muy patológica. Realizamos biopsia ganglionar, se envía muestra para anatomía patológica, gérmenes comunes, micobacterias y PCR para micobacteria. Los lavados gástricos fueron negativos.

Se recibe resultado de PCR para micobacteria positivo, sin resistencia a rifampicina.

Con diagnóstico final de TBC ganglionar, comienza con tratamiento adecuado con cuatro drogas.

CONCLUSIÓN

Es importante realizar un detallado y correcto interrogatorio, para poder realizar un adecuado diagnóstico diferencial a partir de un motivo de consulta frecuente en la edad pediátrica como lo son las adenopatías. Siempre tener presente a la TBC, enfermedad endémica en nuestro país, sobre todo cuando la evolución no es la esperada.

TALLER DE CRIANZA

552

Bellomo M.¹; Biedma M.²; Peroni M.³; Catsicaris C.⁴; Mulli V.⁵; Usandivaras I.⁶

HOSPITAL ITALIANO^{1,2,3,4,5,6}

maria.bellomo@hiba.org.ar

INTRODUCCIÓN

La experiencia de una crianza positiva en la infancia es fundamental para el desarrollo físico, psíquico y emocional de las personas. Como pediatras y como profesionales de la salud mental sabemos de la complejidad y las dificultades que las familias atraviesan en la vida cotidiana con los niños. Observamos cómo esta experiencia se va transformando con la cultura, la tecnología y la velocidad de los cambios que se dan en los tiempos modernos. El modelo tradicional de familia se ha ido modificando y transformando en nuevos patrones. Las exigencias sociales y laborales son mayores y, muchas veces los papás o mamás se encuentran muy solos y desorientados en la crianza de los niños.

Experiencia:

En el Hospital Italiano de Buenos Aires funciona un Equipo Interdisciplinario de Prevención que depende del Departamento de Pediatría y desde hace más de 10 años trabaja realizando talleres dentro y fuera del ámbito hospitalario. Estos talleres son vivenciales, los asistentes participan activamente construyendo en conjunto con el equipo profesional un saber abierto y accediendo así a conocimientos acerca de la crianza, de manera cooperativa y grupal. En marzo de 2016 comenzamos a realizar talleres de crianza para padres abiertos a la comunidad. Son talleres que realizamos en forma mensual, de duración de dos horas, coordinados por una pediatra y una psicóloga donde los padres y/o cuidadores de niños traen las situaciones de la crianza que les preocupan y luego del intercambio entre pares y con

los profesionales, se construyen de manera conjunta guías de herramientas efectivas para resolución de conflictos.

Realizamos tres tipos de talleres dividiendo a los padres por grupos etarios de sus hijos, hay talleres para padres de niños pequeños (de cero a 5 años), talleres para padres de niños de la escuela primaria y para padres de adolescentes.

RESULTADOS

Luego de haber realizado los talleres observamos que los papás valoran mucho tener un espacio de intercambio genuino donde pueden sentirse validados y animarse a compartir con otros pares dificultades y recursos en la crianza de sus hijos. Los temas que se abordan principalmente son en la primera infancia los límites, el rol del adulto, premios y castigos, los berrinches, refuerzo positivo. En niños escolares el acompañamiento con las tareas, el uso de la tecnología, el juego y tiempo libre. En los adolescentes se abordan temáticas tales como la autonomía, la sexualidad, la experimentación, el consumo de sustancias y las transgresiones de las reglas familiares.



EXAMEN CLÍNICO ESTRUCTURADO Y OBJETIVO EN LA RESIDENCIA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN: RELATO DE EXPERIENCIA

553

Chhab V.¹; Fidalgo Alvite R.²; Schoo C.³; Bossi L.⁴; Curto D.⁵; Rodríguez G.⁶; Abadie Y.⁷; Zubieta A.⁸; Williams R.⁹; Bravo N.¹⁰; Vassallo J.¹¹; Santos S.¹²; Rowensztein H.¹³

HOSPITAL GARRAHAN^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13}

<valechhab@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El examen clínico estructurado y objetivo (ECEO) es una estrategia de evaluación de competencias con amplia aceptación, que permite evaluar el desempeño de los profesionales en formación y mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje en su conjunto, identificando oportunidades de mejora mediante estaciones que simulan situaciones de la práctica clínica. Su implementación plantea un desafío cuando se desea evaluar un alto número de residentes.

OBJETIVOS

Presentar la implementación del ECEO en un programa de formación con elevado número de residentes.

POBLACIÓN: Residentes de pediatría de 1º a 4º año del Hospital J. P. Garrahan (HPG).

INTERVENCIÓN: La residencia de pediatría del HPG ha ido aumentando su cupo de ingreso en los últimos años, hasta llegar a 60 residentes de pediatría, más 10 de residencias articuladas en la actualidad. El número de residentes dentro del programa en la actualidad es de 252. Hasta la actualidad se realizaron 11 ECEOs donde participaron en promedio 46 residentes en cada uno (rango 34 a 60). Cada ECEO consta de 9 estaciones duplicadas de 7 minutos de duración cada una, las cuales se desarrollan a partir de una tabla de especificaciones común a toda la residencia de pediatría, con ponderación específica según el año de residencia. Las categorías de las estaciones incluidas son: pictoriales (ECG, audiometría, diagnóstico por

imágenes, videos), de habilidades técnicas (RCP, antropometría, búsqueda bibliográfica), resolución de casos por medio de pacientes simulados (alimentación, vacunas, medio interno), comunicación (casos en cámara Gesell, consulta telefónica). Cada estación se evaluó mediante una lista de cotejo ponderada y se establecieron puntos de corte de aprobación para cada una de ellas y para el ECEO en su conjunto. Al finalizar se realizó una devolución formativa del desempeño global y se administró una encuesta de opinión sobre la estrategia. Según la misma, entre el 80 y el 94% de los residentes opinaron que la organización, el tiempo asignado, el realismo y contenidos eran adecuados. Un 89% considero que le permitió identificar puntos débiles y un 48% que el observador era un factor perturbador durante la evaluación. A partir de los resultados obtenidos se implementaron estrategias específicas para reforzar la formación de cada área evaluada (talleres de comunicación, de hidratación, de búsqueda bibliográfica, cursos PALS, guía para evaluación del desarrollo).

CONCLUSIÓN

El ECEO es viable en programas de formación con elevado número de profesionales. Además es aceptado como una estrategia valiosa de evaluación diagnóstica y formativa desde la perspectiva de los residentes. Permite identificar oportunidades de mejora y proveer un feedback formativo, orientado a mejorar la práctica clínica.

CORRELACION DEL DIAGNOSTICO CLINICO, QUIRURGICO Y ANATOMOPATOLOGICO DE APENDICITIS

555

Tapia M.¹; Lehner Rosales M.²; Monesterolo A.³

CLÍNICA SAN JORGE DE USHUAIA^{1 2}; LALCEC USHUAIA³

<manu_ft@hotmail.com>

La apendicectomía es la intervención quirúrgica que con más frecuencia se presenta en las emergencias pediátricas. La clínica es fundamental en el diagnóstico de apendicitis aguda. Los métodos complementarios (laboratorio e imágenes) no han logrado superarla en cuanto a rendimiento, por lo que sólo cumplen un rol de ayuda en casos específicos.

El objetivo del trabajo fue analizar los casos de pacientes apendicectomizados con diagnóstico clínico, prequirúrgico, de apendicitis aguda y correlacionar éste con el hallazgo intraquirúrgico y anatomopatológico. De esta forma analizar también si hubo casos que fueron intervenidos quirúrgicamente y que hayan sido apendicectomizados en blanco.

Se analizaron 28 apendicectomías que fueron intervenidas por sospecha de apendicitis aguda, en un periodo de 18 meses en una clínica privada. Se solicitó informe histopatológico del total de las piezas operatorias de los pacientes intervenidos y el diagnóstico intraoperatorio constatado en la foja quirúrgica. Se tomaron otras variables como edad, sexo y estudios complementarios solicitados. De las 28 apendicectomías, 21 fueron masculinos (75%) y 7 femeninos (25%), respecto a la edad no hubieron menores de 5 años. Al estudiar las piezas operatorias se pesquisararon un total de 28 informes positivos para apendicitis, pero no coincidiendo en todas éstas la clasificación histopatológica con la intraquirúrgica. De 18 informes quirúrgicos catalogados como apendicitis flegmonosa, 4 no tuvieron el mismo diagnóstico histopatológico, de 7 informes quirúrgicos de apendicitis gangrenosas 6 no coincidieron con el histopatológico y en las 3 restantes coincidieron tanto quirúrgico

como histopatológico. Respecto a la clínica, el total de los pacientes habían consultado por dolor abdominal, de éstos un 57,1% asociado a defensa abdominal, 50% vómitos, 21,4% fiebre, 21,4% diarrea. Con respecto a estudios complementarios (laboratorio y ecografía) un solo caso presentó laboratorio dentro de parámetros normales y el resto tuvo leucocitosis con neutrofilia. En cuanto a las ecografías tanto 34,4% no logró visualizar el apéndice y 65,6% se fueron compatible con apendicitis.

Con éste análisis concluimos que, a través de la clínica, una buena anamnesis y examen físico, apoyado con laboratorio se puede llegar al diagnóstico de Apendicitis Aguda coincidente con diagnóstico posquirúrgico y en nuestro caso el ultrasonido subestimó o no ayudó al mismo. Por lo tanto, en el estado actual de la ciencia la clínica es soberana.



EXPERIENCIA EN EL USO DE UNA APLICACIÓN PARA TELÉFONOS MÓVILES CON FINES EDUCATIVOS EN UNA RESIDENCIA DE PEDIATRÍA

556

Schoo M.¹; Curto D.²; Chhab V.³; Fidalgo R.⁴; Abadie Y.⁵; Zubieta A.⁶; Vassallo J.⁷; Rowensztein H.⁸

HOSPITAL GARRAHAN^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<mcschoo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El uso de la tecnología de la información y comunicación en salud (TICS) ofrece una oportunidad para ampliar las herramientas disponibles, las cuales son en general atractivas y de uso habitual para los jóvenes profesionales. En programas de formación con alto número de residentes, la comunicación transversal que permita el intercambio de información bidireccional en forma efectiva y dinámica es un verdadero desafío. Con este objetivo, en la residencia de pediatría del Hospital de Pediatría Garrahan (HPG) hemos implementado la utilización de una aplicación de celular (App).

OBJETIVO

Presentar la implementación de una aplicación de celular (App) para el intercambio de información y comunicación en una residencia de pediatría. Intervención: durante el año 2015 se desarrolló la App, que consta de los siguientes herramientas: repositorio de documentos (guías de práctica clínica, guías para lectura crítica de artículos científicos, algoritmos para RCP, etc.), agenda de actividades educativas (clases, cursos, ateneos), sistema para reporte de procedimientos realizados por los residentes (incluye tipo, supervisión y resultado), encuestas de satisfacción al final de cada rotación, exámenes, link al vademécum del HPG online, link de acceso directo al aula de la residencia en el Campus Virtual del HPG y un sistema de mensajería global e individual. Cada residente recibe a su ingreso el código QR que permite descargar en sus celulares la aplicación.

RESULTADOS

Se presentan los resultados del uso de la App por residentes de pediatría correspondiente al ciclo 01/06/2016 a 31/05/2017. Se registraron 839 usuarios (227 residentes); las actividades más usadas fueron 8940 clicks al vademécum del hospital, 1820 al aula virtual de la residencia, 190 reportes de procedimientos, 396 reportes de encuestas de fin de rotación y 413 descargas de archivos.

CONCLUSIÓN

La App tuvo para este primer ciclo un alto número de usuarios que incluyó a los residentes y docentes del programa, pero que también se extendió a rotantes, médicos de planta y personal de salud de otros programas de formación. Mediante este tipo de tecnologías disponibles en forma universal y de fácil uso se ha facilitado el intercambio de información desde y hacia los residentes de pediatría, lo cual complementa en forma ágil los canales de comunicación habituales.

SÍNDROME DE LEOPARD. LA HIPOACUSIA COMO OPORTUNIDAD DIAGNOSTICA DE SÍNDROMES GENÉTICOS COMPLEJOS. A PROPOSITO DE UN CASO

557

Eguizabal L.¹; Contreras J.²; Sapag J.³; Caballero F.⁴; Romero Orellano F.⁵

SERVICIO DE ORL. HOSPITAL DE NIÑOS SANTISIMA TRINIDAD^{1 2 3 4 5}

<letieguizabal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de LEOPARD (SL) se caracteriza por lentiginosis, anomalías electrocardiográficas, hipertelorismo ocular, estenosis pulmonar, anomalías genitales, retraso del crecimiento y sordera neurosensorial. Representa una forma sindrómica de la hipoacusia que ocurre alrededor del 30% de los casos hereditarios. Sin embargo, muchos pacientes con hipoacusia son estudiados sin considerar posibles asociaciones sindrómicas.

OBJETIVO

Reportar un caso de hipoacusia sindrómica diagnosticado a los 5 años de edad a partir de trastornos del lenguaje.

Caso clínico: Paciente femenina que es traída a la consulta por primera vez a los 2 años por trastornos en el desarrollo del lenguaje. Se solicitan pruebas auditivas objetivas y subjetivas las cuales objetivaron hipoacusia neurosensorial profunda bilateral (otoemisiones acústicas, potenciales evocados auditivos y audiometría tonal). No presentaba antecedentes prenatales ni perinatales, tampoco internaciones durante la lactancia, ni otitis. Vuelve a consulta dos años más tarde; la niña solo emitía algunas pocas palabras. Se inician trámites de solicitud de implante coclear. Examen físico: crecimiento y desarrollo físico en límites inferiores de normalidad, retardo en el desarrollo cognitivo-emocional. Presentaba múltiples lesiones maculares color café en todo el cuerpo, cabello frágil y escaso, diastemas dentarios, no hipertelorismo ocular, genitales sin alteraciones externas, examen ecocardiográfico normal, resto sin

particularidades. Se realiza diagnóstico presuntivo de SL. Se realizan interconsultas correspondientes. Se diagnostica SL por presentar criterios: "lentiginosis múltiple", "hipoacusia neurosensorial" y "hemibloqueo anterior izquierdo en el ECG". Se realiza implante coclear en oído izquierdo con evolución favorable y continua en seguimiento multidisciplinario por su patología de base.

CONCLUSIONES

El SL es uno de los trastornos hereditarios que subyacen a la pérdida auditiva sindrómica. Se destaca la importancia de la evaluación integral del paciente, entendiendo que la hipoacusia puede ser parte probable de un complejo sindrómico que requiera la participación de otras especialidades para arribar a un diagnóstico correcto.

Palabras clave: Síndrome LEOPARD, Pérdida Auditiva, Lentigo, Desarrollo del Lenguaje.



559

A PROPÓSITO DE UN CASO HIDATIDOSIS EN NIÑOS

Dominguez M.¹; Rodriguez T.²; Pons M.³; Porta A.⁴

HOSPITAL NUEVO RIO CUARTO^{1,2,3,4}

<maycro_16@live.com>

INTRODUCCION

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria, producida por el estado larvario del céstode *Echinococcus granulosus*. El parásito requiere de diferentes hospedadores para completar el ciclo de vida. El hombre adquiere la infección a través de la ingestión de agua o de alimentos contaminados con los huevos del parásito, o por el contacto estrecho y descuidado con perros parasitados. La enfermedad clínica aparece cuando el quiste adquiere un tamaño significativo y los síntomas van a depender del órgano afectado. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de Hidatidosis Pulmonar.

Poder identificarla como un diagnóstico diferencial y realizar la intervención oportuna.

Prevenir la transmisión de la patología

MATERIAL Y METODO

Presentación de un caso clínico de Hidatidosis pulmonar en un paciente inmuno-competente. Estudio descriptivo, retrospectivo, mediante la revisión de los datos de la historia clínica pediátrica de un paciente egresado del Nuevo Hospital San Antonio de Padua, Rio Cuarto, en el año 2017.

CASO CLINICO

Paciente de 6 años, que concurre a la guardia, por presentar fiebre de 40°C, de reciente comienzo, acompañado de tos catarral.

Internación previa hacía una semana durante 3 días con diagnóstico de neumonía derecha tratado con Penicilina EV 3 días y al alta institucional penicilina VO, suspendido por su madre a las 48 hs.

Ingresó a sala común, se medicó con Ceftriaxona y Clindamicina pensando en un neumonía complicada. Durante la internación se solicitó ecografía y TAC de tórax. Se interpreto como Quiste Bronco génico. Niño evoluciono favorablemente, previo alta se pide laboratorio control que informó una EOSINOFILIA del 26%.

Se replanteó el diagnostico, sugiriendo Hidatidosis, se tomó muestra para confirmar diagnóstico. Se recibió informe: ELISA positivo *Echinococcus Granulosus*. Llegado al diagnóstico se realizó tratamiento con antiparasitarios, cirugía correspondiente y control posteriores.

CONCLUSION

Se concluyó que si bien se trata de una patología poco frecuente se debe tener en cuenta a la hora de realizar diagnóstico precoz para un tratamiento oportuno. Es importante la prevención siendo esta la mejor forma de evitar la enfermedad, basándose en medidas higiénico dietéticas, vacunación del ganado y vacunación canina.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE VASCULITIS PRIMARIA DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PEDIATRÍA.

Hasbani V.¹; Cilimba M.²; Chiaramonte S.³; Conrado Llapur J.⁴; Galindo S.⁵

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS, TUCUMAN^{1,2,3,4,5}

<valeria_hasbani@hotmail.com>

Las vasculitis de Sistema Nervioso Central son trastornos poco frecuentes, cuya incidencia real se desconoce. Constituyen enfermedades cerebrales inflamatorias mediadas por mecanismos autoinmunitarios, responsables de síntomas neurológicos y neuropsiquiátricos cuyas manifestaciones clínicas muestran un amplio rango de síntomas. Presentamos un caso clínico de vasculitis primaria del SNC, tratándose de una niña de 6 años de edad, que consulta por aparición brusca de disartria y hemiparesia facio-braquio-crural derecha. Ocho horas posteriores al episodio se evidencia lesión característica de ACV isquémico. Durante su internación se llevaron a cabo multiples métodos complementarios para determinar la probable etiología, descartándose patología infecciosa, hematológica, cardiovascular y reumatológica sistémica. La angioresonancia cerebral evidenció zonas de estrecheces y dilataciones aneurismáticas alternantes en el trayecto de la arteria cerebral media a la altura del nacimiento de las arterias lenticulares y disminución de la vascularización del hemisferio cerebral izquierdo. Tomando en cuenta los criterios dagnósticos más recientes para dicha patología, la angioresonancia ha cobrado gran importancia asumiendo las dificultades que implica llevar a cabo el "método de oro" que es la biopsia de SNC.

Por lo que, en este caso, descartadas las principales causas de ACV isquémico, la angioresonancia nos permitio asumir el diagnostico como Vasculitis Primaria de SNC. De manera inmediata se inició tratamiento con corticoide y azatioprina recuperando progresivamente las funciones motoras afectadas en semanas, con ulterior externación, seguimiento y tratamiento ambulatorio.

560



PESQUISA SOBRE ESTADO DE VACUNACIÓN Y OPORTUNIDADES DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA. UN ANÁLISIS DE PREVALENCIA EN BASE A LA HERRAMIENTA MINI-CEX.

561

Guiñazú G.¹; Fortini Cabarcos N.²; Mammi L.³; Robledo C.⁴; Fernández Achával M.⁵; Pascual C.⁶; Elías Costa C.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ^{1 2 3 4 5 6 7}

<gonzalgermang@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las oportunidades perdidas de vacunación y la falta de pesquisa del pediatra constituyen una de las principales causas de baja cobertura de vacunación en niños. El Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) es una herramienta formativa de evaluación validada en nuestro medio. Dentro sus ítems evalúa si el médico averigua el estado de vacunación y aprovecha oportunidades de prevención.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de pesquisa del estado de vacunación y de oportunidades de prevención y educación para la salud en controles programados y en atención de demanda espontánea efectuados por residentes de pediatría.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo en base a las planillas del Mini-CEX de residentes de un hospital pediátrico. Se determinó la prevalencia de los ítems "averigua el estado de vacunación" y "jerarquiza y aprovecha oportunidades de prevención y educación para la salud" en controles de salud y demandas espontáneas. Se incluyeron 4 cohortes de residentes evaluados mediante el método Mini-CEX entre 2013 y 2016. Se excluyeron aquellos que no completaron dos instancias de evaluación durante el primer año de residencia.

RESULTADOS

Se evaluaron 157 residentes durante el primer año de residencia, de los cuales 119 cumplieron los criterios de inclusión. La prevalencia de pesquisa del estado de vacunación en controles programados de salud fue 94.9% (IC: 91.09-98.91); en demanda espontánea fue 73.1% (IC: 65.2-81), diferencia estadísticamente significativa (p 0.00004). La prevalencia de aprovechamiento de oportunidades de prevención y educación para la salud en controles programados fue 69.8% (IC: 61.6-78) y en la demanda espontánea descendió a 62.2% (IC: 53.5-70.9), sin diferencia significativa (p 0.21).

CONCLUSIONES

Las actividades de promoción de la salud y prevención primaria constituyen uno de los ejes principales de la consulta pediátrica. En la población analizada se detectó una alta prevalencia de pesquisa en controles programados, sin embargo, detectamos una disminución de la misma en las consultas de demanda espontánea. Consideramos relevante continuar generando estrategias para disminuir las oportunidades perdidas en salud.

SINDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A VIRUS DE EPSTEIN BARR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

562

Serralunga M.¹; Bove P.²; Badra X.³; Neme M.⁴; Farro M.⁵; Medici P.⁶; Do Santo S.⁷; Uriarte I.⁸

HPC MAR DEL PLATA^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<ceciliaserralunga@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome hemofagocítico es un conjunto de signos y síntomas secundarios a un desorden de la regulación inmune y de liberación descontrolada de citoquinas, con citopenia, hepatitis y coagulopatía. Puede ser familiar o secundario a infecciones, enfermedades reumatológicas, neoplasias e inmunodeficiencias. Su incidencia mundial es desconocida; no existe una edad de mayor prevalencia y se ha observado más frecuentemente en sexo masculino.

El VEB es la causa infecciosa que prevalece e implica mayor riesgo de mortalidad. Suele presentarse como sepsis o shock séptico y es importante reconocer esta patología para un precoz tratamiento debido a la severidad de la evolución y su alto índice de mortalidad. Existen criterios clínicos y de laboratorio para su diagnóstico.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de paciente con Síndrome hemofagocítico. Recalcar la importancia de pensarlo para pronto inicio de tratamiento.

CASO CLÍNICO

Paciente de 3 años de edad, comienza con fiebre de 5 días, edema bpalpebral, mialgias en miembros inferiores, hepatoesplenomegalia y melena por lo que se decide su internación para estudios, constatando en el laboratorio leucopenia y trombocitopenia con función renal normal. Por agregar hemoptisis ingresa a UTIP, recibe transfusión con hemoderivados y se realiza VEDA (informe normal) y nasofibrolaringoscopia donde se visualiza sangrado activo a nivel de cavum. Se constata KPTT prolongado,

fibrinógeno disminuido, hipertransaminasemia, ferritina elevada. Se realiza PAMO: no elementos ajenos, eventos hemofagocíticos. Se solicita evaluación por inmunología. Se asume el cuadro como Síndrome Hemofagocítico; se solicitan serologías y anticuerpos para descartar causas reumatológicas. Se recibe carga viral de VEB+. Se inicia tratamiento según normas HLH 2004.

El paciente evoluciona en mal estado general, sin respuesta al tratamiento. Presenta neutropenia febril con foco pulmonar, mala mecánica ventilatoria y depresión del sensorio, requiriendo ARM. Evoluciona a falla multiorgánica que conduce al óbito.

CONCLUSIÓN

El síndrome hemofagocítico debe sospecharse en un paciente séptico con mala evolución, para iniciar el tratamiento adecuado y precoz con el fin de disminuir la morbimortalidad. En nuestro caso clínico a pesar del inicio inmediato del tratamiento, presentó mala evolución, siendo el VEB el agente causal, coincidiendo con la literatura consultada.



Por un niño sano en un mundo mejor

LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTE CON ABSCESO RETROFARÍNGEO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

563

Bove P.¹; Serralunga M.²; Neme M.³; Badra X.⁴; Medici P.⁵; Farro M.⁶; Gonorazky S.⁷; Navarro G.⁸

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<pedro.bove@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La leucoencefalopatía posterior reversible (PRES), es un síndrome clínico-radio-lógico, poco frecuente, que se presenta con cefaleas, vómitos, alteración de la conciencia, trastornos visuales y convulsiones. Se produce como consecuencia de edema de sustancia blanca. Aparece en contexto de insuficiencia renal aguda, terapias inmunosupresoras, enfermedades autoinmunes, hipertensión arterial (HTA) y en forma idiopática. La confirmación diagnóstica se realiza por resonancia magnética nuclear (RMN).

OBJETIVOS:

- Presenta un caso clínico de PRES asociado a síndrome nefrítico secundario a su cuadro infeccioso
- Pensar esta entidad clínica infrecuente, como diagnóstico diferencial ante la presencia de HTA y signos/sintomatología neurológica.
- Destacar la importancia del uso de métodos imagenológicos complementarios para arribar al diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 3 años de edad que consulta por cefalea holocraneana de 48hs de evolución, con dificultad para conciliar el sueño y mala respuesta a AINES. El cuadro curso con fiebre intermitente, fotofobia y signos meníngeos. Ante la sospecha de síndrome meníngeo se decide internación.

Se realiza TC de cráneo que informa imagen en espacio retrofaríngeo derecho por lo que se realiza RMN de cerebro y cuello (con contraste endovenoso), que informa lesión compatible con absceso retrofaríngeo acompañado de flemón y subluxación atlanto-axoidea (Síndrome de Grisel). Punción Lumbal

normal. Se coloca collar cervical y antibióticos EV. A las 48hs del ingreso, el paciente presenta anasarca, registros de HTA y hematuria microscópica; se interpreta el cuadro como glomerulonefritis postinfecciosa. Agrega alteraciones visuales y episodio compatible con convulsión hipertónica. Ingresa a UCIP. Se repite RMN que informa áreas hiperintensas en secuencias FLAIR y T2, de afectación cortical y subcortical, en ambos lóbulos parieto-occipitales y hemisferios cerebelosos bilaterales compatible con PRES. Se realizó tratamiento con diuréticos, anticonvulsivantes y restricción hídrica con mejoría clínica y de imágenes. Cumpliendo 16 días de internación con recuperación completa se otorga egreso.

CONCLUSIÓN

EL PRES es un síndrome poco frecuente que se asocia a HTA secundaria, en nuestro caso, a síndrome nefrítico por glomerulonefritis postestreptococcica. Es importante tenerlo en cuenta ante un paciente con HTA y alteración del sensorio porque su diagnóstico precoz, por clínica e imágenes, modifica el pronóstico y tratamiento.

ASOCIACIÓN ASMA Y RINITIS: EFECTO DEL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES INHALADOS POR PIEZA BUCAL

564

Figueroa J.¹; Kruger A.²; Andrada G.³; Primrose D.⁴; Vocos M.⁵; Donth Leger G.⁶; Oliva C.⁷; Roque M.⁸

HOSPITAL DE CLÍNICAS^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<neumopedhclin@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Más del 80 % de los asmáticos padecen rinitis alérgica. Se ha demostrado que la provocación nasal con alérgenos en pacientes con rinitis y asma incrementa la hiperreactividad bronquial, y que el tratamiento de la rinitis con corticoides tópicos nasales mejora la función pulmonar y el control del asma. En la práctica esto da lugar a que muchos pacientes reciban altas dosis de corticoide tópico (nasal + bronquial) con aumento del potencial de efectos adversos. Un estudio publicado mostró que colocando alérgenos en la luz bronquial mediante un fibroscopio se produce inflamación nasal refleja, evidenciando una bidireccionalidad en la relación entre inflamación nasal y bronquial. No hay estudios sobre el impacto del tratamiento (tto) bronquial en la rinitis.

OBJETIVO

Evaluar si la disminución de la inflamación bronquial se refleja en la disminución de la inflamación nasal en pacientes con asma y rinitis. Hipótesis: el tto del asma con Corticoides Inhalados Bronquiales (CIB) administrado por pieza bucal mejoraría el control de la rinitis.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de niños con asma bronquial y rinitis alérgica de 6 a 18 años, seguidos en nuestro servicio. Se incluyeron niños con ambas patologías vírgenes de tratamiento y controles sanos. Se excluyeron otras enfermedades crónicas, SAOS, uso de CTC y antibióticos en el mes previo. La evaluación clínica se realizó con: Score de rinitis y asma Carat

Kids; Asma Control Test ACT; cuestionario de síntomas de SAOS Chervin, y Espirometría (EFR). En los niños asmáticos se inició tratamiento con Budesonide 400 mcgr/d aerosol MDI inhalado mediante espaciador por pieza bucal y se repitieron los controles a los 30 y 90 días.

RESULTADOS

Se evaluaron 8 pacientes con asma + rinitis y 7 controles sanos. Mediana de edad 11 años. Conclusión: el inicio del tto con CBI por pieza bucal se asoció con mejoría significativa en todos los puntajes de los 3 cuestionarios, mostrando adecuado control del asma y la rinitis. Aún siendo un número reducido de pacientes, se evidencia mejoría significativa de los síntomas nasales con el inicio del tratamiento bronquial. La confirmación de estos resultados en una población más extendida induciría a iniciar tratamiento solo bronquial aún en aquellos asmáticos que presentan síntomas de rinitis, disminuyendo la dosis total de corticoides.

Test de mediana	V1 día 0	V3 día 90	Entre V1 y V2
ACT >12	20	25.5	p=0.08
ACT < 12	17	24.5	p=0.01
Carat Kids	8.5	2.5	p=0.005
Chervin	26	5.5	p=0.006
Chervin diurno	6	3	p=0.01



DIFICULTAD DIAGNOSTICA EN TUBERCULOSIS A PROPOSITO DE CUATRO CASOS

Costa G.¹; Gallego M.²; Chang N.³; Escribano L.⁴; Ribot C.⁵; Kingston C.⁶

HOSPITAL CLAUDIO ZIN^{1,2,3,4,5,6}

<giselecosta39@gmail.com>

565

INTRODUCCION

La Tuberculosis (TBC), enfermedad producida por Mycobacterium tuberculosis (MB) registra en la Argentina tasas variables de enfermedad, siendo las más afectadas CABA y Pcia. de Bs. As. Los niños y adolescentes tienen mayor riesgo de manifestar la enfermedad, siendo la localización más frecuente la pulmonar.

OBJETIVO

Describir 4 casos de TBC, en adolescentes de una misma escuela, cuyo diagnóstico se basó en una fuerte sospecha, destacando la importancia de la epidemiología y las dificultades diagnósticas encontradas. A todos se les solicitó PPD, Rx de tórax, baciloscopia directa, cultivo y PCR para MB. CASO 1: Paciente de 15 años, con tos, dolor en puntada de costado de 2 semanas de evolución, antecedente contacto con TBC, ingresa por neumonía derecha con derrame pleural moderado, se medica con ceftriaxona, se solicitan estudios complementarios para TBC donde resulta positiva la Baciloscopia. Cultivo y PCR negativo.

CASO 2: Paciente de 14 años, diagnóstico de neumonía basal derecha de 2 semanas de evolución, tratado con antibióticos con desmejoría clínica. Antecedente de contacto con TBC, PPD de 9mm una semana previa a la internación. Baciloscopia negativa. PCR y Cultivo negativo. Se lo trata para TBC por antecedente epidemiológico y clínica, evolución favorable. Caso 3: Paciente de 15 años, consulta por 3 semanas de tos, sudoración nocturna y dolor en puntada de costado, antecedente de contacto

con TBC, con diagnóstico de neumonía, se medica con ceftriaxona y se realizan pruebas complementarias para TBC, con baciloscopia positiva, cultivo y PCR negativos

Caso 4: Paciente de 13 años, con 72hs de evolución de tos, puntada de costado. Antecedente de contacto escolar con TBC. Diagnóstico de neumonía izquierda y derrame pleural, se medica con ceftriaxona y se realiza pruebas complementarias para TBC, (baciloscopia, cultivo y PCR) las cuales resultaron negativas. Se medica para TBC por antecedentes epidemiológicos, con evolución favorable.

CONCLUSIÓN

Nuestro país reporta una tasa de TBC de 21,3/100.000 habitantes en 2013. Si bien la confirmación diagnóstica requiere aislamiento del bacilo de Koch en secreciones o tejidos, esto es infrecuente en el paciente pediátrico. El antecedente epidemiológico y la clínica deben llevar al pediatra a pensar en TBC e intentar confirmar el diagnóstico con los métodos disponibles.

CUANTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD FISICA EN NIÑOS ASMÁTICOS ARGENTINOS CON Y SIN BRONCOESPASMO INDUCIDO POR EL EJERCICIO

Figueroa J.¹; Kruger A.²; Roque M.³; Vocos M.⁴; Donth Leger G.⁵; Oliva C.⁶; Andrada G.⁷; Primrose D.⁸

HOSPITAL DE CLÍNICAS^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<neumopedhclin@gmail.com>

566

INTRODUCCIÓN

Algunos niños asmáticos pueden presentar broncoespasmo inducido por el ejercicio (BEIE) a pesar de un adecuado tratamiento. La actividad física es fundamental para un desarrollo saludable; se desconoce el impacto del BEIE en la actividad física diaria de los niños asmáticos. Los podómetros (cuentapasos) son herramientas que permiten grabar y cuantificar la actividad física (AF) realizada para su posterior análisis.

OBJETIVOS

Cuantificar la AF realizada por un grupo de niños asmáticos tratados con corticoides inhalados y evaluar si existen diferencias en la cantidad de AF semanal entre aquellos que presentan BEIE y los que presentan respuesta negativa (test de Broncoprovocación (TB) por carrera libre según norma ATS).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron niños asmáticos (diagnóstico por sintomatología + examen funcional respiratorio con respuesta broncodilatadora) de 6 a 18 años tratados con corticoides inhalados. Se excluyeron niños obesos, con SAOS, o con otras patologías crónicas asociadas. Se les entregó un podómetro (cuenta pasos con memoria y programa de análisis computarizado) para usarlo durante una semana en forma continua (registro de pasos totales, pasos aeróbicos y minutos de tiempo aeróbico). Al finalizar la semana completaron un registro de AF (en minutos semanales, con un cuestionario validado) y un cuestionario sobre estado de control del asma (ACT) y realizaron un Test de Broncoprovocación por carrera libre (espirometría basal, luego 6 min. de carrera libre a máxima intensidad, seguido de espirometrías seriadas durante 20 minutos).

RESULTADOS

Se evaluaron 36 pacientes (edad media 11 años). Se obtuvo el registro completo de pasos en 34 pacientes y se realizó TB en 33. La mediana de AF declarada en el cuestionario fue de 301min (rango de 1 hs a 14.5 hs); esta cantidad de AF no correlacionó con la registrada objetivamente en el podómetro. (R 2 =0.03). El ACT reveló asma no controlada en 2 pacientes y asma controlada en los otros 34. Diez niños presentaron TB positivo. No se encontró correlación entre la cantidad de pasos totales y el ACT (R 2 =0.01).

	Promedio pasos diarios	Promedio pasos aeróbicos diarios	Promedio tiempo aeróbico (en días aeróbicos)
TB negativo	9062	1549	28.7
TB positivo	7642	1195	26

Test de la mediana no significativo en los tres ítems

CONCLUSIONES

En nuestra población de niños asmáticos bien controlados por el tratamiento la actividad física referida en los cuestionarios no guardó relación con la objetivada. Todos nuestros pacientes realizaron poca actividad física (en relación a las recomendaciones internacionales que sugieren entre trece y quince mil pasos diarios como cantidad saludable en pediatría). Observamos una tendencia a menor actividad en el grupo con TB + pero esto no alcanzó significación estadística.



Por un niño sano en un mundo mejor

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA TIPO 1. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Juffe J.¹; Laurino E.²; Tittarelli M.³; De Lillo L.⁴; Gonzalez N.⁵; Mazzeo C.⁶; Romero C.⁷

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7}

<johi.juffe@gmail.com>

567

INTRODUCCIÓN

La malformación adenomatoidea quística (MAQ) congénita, consiste en la existencia de múltiples quistes pulmonares mezclado con tejido pulmonar normal, generalmente limitado a un lóbulo. Se produce en aproximadamente 1-4 de 100.000 partos. Se puede realizar diagnóstico prenatal a partir de la semana 21 de gestación. Existen 5 patrones histológicos, siendo el tipo 1 el más frecuente. Clínicamente se presenta con dificultad respiratoria, infecciones respiratorias a repetición o neumotórax. El tratamiento es quirúrgico.

OBJETIVO

Presentar un paciente con una MAQ con diagnóstico y tratamiento tardíos. Caso clínico: paciente de 12 años, con sospecha diagnóstica de MAQ tipo 1 desde el año 2014 con inadecuado seguimiento. Comienza 72 hs. previas a la consulta con registros febriles y vómitos asociados a tos productiva. En la guardia de nuestro hospital se realiza radiografía de tórax y ecografía, donde se constata una gran imagen quística con nivel hidroaéreo. Se decide internar para tratamiento ev., sin requerimientos de oxígeno suplementario y presentando fiebre hasta el cuarto día de internación. Los hemocultivos y baciloscopías fueron negativos. Por la regular evolución clínica y radiológica se decide completar 21 días de tratamiento antibiótico ev. Llamaba la atención la presencia de un intenso soplo eyectivo en foco aórtico. El examen cardiovascular, el electrocardiograma y ecocardiograma fueron normales. Se completan

estudios previo a la cirugía con la realización de ecodoppler y angiotomografía de vasos del cuello y torácica, descartando patología de origen vascular. En consecuencia, se decide programar cirugía para lobectomía. Durante el dificultoso postquirúrgico se reciben cultivos de esputo 2 de 3 positivos para micobacterium avium, por lo que comienza tratamiento con amikacina, claritromicina, etambutol y rifampicina. La anatomía patológica informa MAQ tipo 1 con neumonía intersticial descamativa con áreas de colapso secundario a enfermedad de base.

CONCLUSIÓN

Se trata de una entidad infrecuente fuera del período perinatal, siendo importante sospecharla en niños con sintomatología respiratoria e imágenes radiológicas que puedan sugerirla. La radiografía sugiere el diagnóstico, el cual se confirma mediante TAC o RMN. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección, tanto en pacientes sintomáticos como en los que no, debido al riesgo de transformación maligna, infecciones a repetición y crecimiento de las zonas quísticas.

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Juffe J.¹; Laurino E.²; Tittarelli M.³; De Lillo L.⁴; Mazzeo C.⁵; Saenz C.⁶

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6}

<johi.juffe@gmail.com>

568

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una entidad infecciosa, bacteriana, producida por Bartonella Henselae (BH). Es una de las zoonosis más frecuentes en Argentina durante la edad pediátrica, con una prevalencia del 13,3%. El reservorio natural son los gatos cachorros, encontrándose que entre el 87 al 99% de los casos tuvo contacto con ellos, mientras que el 50% refiere haber sufrido un arañazo o mordedura. Clínicamente tiene una presentación típica con linfadenopatía regional y fiebre, pudiendo ser atípica (10% de los casos) con un amplio abanico de manifestaciones como síndrome febril prolongado, microabscesos hepatoesplénicos, endocarditis, encefalopatía, afecciones musculoesqueléticas y oculares. El diagnóstico se realiza mediante serología y el tratamiento antibiótico va a depender de la clínica.

OBJETIVO

Presentar un paciente con una forma atípica de enfermedad por arañazo de gato, siendo de sumo interés por su baja frecuencia y dificultad diagnóstica.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 17 años, previamente sano, que comienza siete días antes con registros febriles no constatados, astenia y adelgazamiento. Consulta en centros periféricos donde indican pautas de alarma. Por mala evolución, concurre a guardia de nuestro Hospital, donde se constata mal estado general, fiebre de 40°C e hipotenso. Se interpreta el cuadro como sepsis, se expande con solución fisiológica, se cultiva y medica

con Ceftriaxona y Vancomicina. Continúa con registros febriles hasta el sexto día de internación.

Entre los estudios realizados se destaca una PCR de 180 y la ecografía abdominal que muestra adenopatías en hilio hepático y una imagen hipoeoica en bazo. Se completa con TAC de abdomen y pelvis con doble contraste que evidencia microabsceso esplénico.

Finalmente recibimos serología para Bartonella positiva. Se reinterpreta al cuadro como absceso esplénico por Bartonelosis y se indica Trimetroprima-Sulfametoxazol como antibioticoterapia. Por buena evolución clínica se otorga egreso hospitalario a cumplir tratamiento antibiótico y seguimiento por consultorio.

CONCLUSIÓN

La existencia de un 10 a un 15% de formas atípicas de la EAG supone una dificultad diagnóstica y es primordial la sospecha clínica. La afección hepatoesplénica varía entre un 5 a un 25% y los estudios de imágenes permiten su detección, siendo la serología -anticuerpos IgG e IgM- frente a BH quien permite la confirmación diagnóstica.



SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA COMO DEBÚT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO.

572

Tornatore M.¹; Fortes P.²; Rojo G.³; Cervetto V.⁴; Fernie L.⁵

HOSPITAL BRITÁNICO^{1,2,3,4,5}

<belentornatore@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Activación Macrofágica (SAM) es una complicación poco frecuente, potencialmente mortal (20-40%) en pacientes con enfermedades reumatológicas o autoinmunes. En esta se produce activación de histiocitos con hemofagocitosis en médula ósea y otros sistemas linfoides, generando una respuesta inflamatoria descontrolada. Se presenta principalmente en pacientes con patologías reumatológicas: Artritis Idiopática Juvenil, Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Kawasaki. El gatillo puede estar representado por infecciones virales, enfermedades del tejido conectivo (debut, reagudizaciones, cambios de tratamiento) o drogas.

OBJETIVOS

Incorporar en el razonamiento clínico la posibilidad de SAM - asociado a patologías autoinmune.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente femenina de 11 años, sin antecedentes patológicos de relevancia, derivada a nuestra institución por cuadro de fiebre de una semana de evolución, artralgias con impotencia funcional y prurito de 3 semanas de evolución, asociado a astenia marcada y pérdida de peso. Al examen físico se evidencia palidez, leve eritema malar, gingivorragia y lesiones por rascado. Presenta polo de bazo palpable, hepatomegalia leve, adenopatías laterocervicales y poliartrosis. En el laboratorio pancitopenia y frotis de sangre periférica sin blastos. Se asume con neutropenia febril inicialmente, se realizan cultivos, se indican antibióticos y se amplían estudios diagnósticos. Se evidencia

caída abrupta de los reactantes de fase aguda: eritrosedimentación y proteína C reactiva (en relación a estudios previos) y LDH aumentada. El perfil reumatológico muestra: DNAdc + 1/320 y ANA + 1/640 patrón homogéneo. Ante la sospecha de SAM en el debut de LES se solicita: triglicéridos, ferritina, fibrinógeno y enzimas hepáticas confirmando así el diagnóstico. Se inician pulsos de metilprednisolona por 3 días y gammaglobulina. Continuando luego con dosis altas de meprednisona. Luego del tratamiento inicial se constata franca mejoría clínica y de laboratorio.

CONCLUSIONES

El SAM presenta una rápida evolución, la clave del tratamiento es el reconocimiento temprano de esta entidad. El mismo puede ser dificultoso por la similitud con cuadros de sepsis o reagudizaciones de la enfermedad reumatológica de base, si se conoce con anterioridad. En nuestro caso, donde el diagnóstico fue simultáneo, las manifestaciones clínicas de ambas entidades se solapan por lo que es fundamental el estado de alerta.

A PROPÓSITO DE UN CASO: PSEUDOTUMOR CEREBRI (PTC) COMO COMPLICACIÓN DE LA OBESIDAD

573

Salerno M.¹; Castro A.²; Velez J.³; Girini M.⁴

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4}

<marielasalerno@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial de graves consecuencias médicas, psicológicas y psicosociales. En mayores de 5 años se define sobrepeso en puntaje Z de índice de masa corporal (IMC) entre + 1 y 2, obesidad Z \geq 2 y obesidad grave Z \geq 3.

Según datos de 2010 de la Base de Datos Global sobre Crecimiento Infantil y Malnutrición de la OMS, Argentina presenta el mayor porcentaje de obesidad infantil en niños y niñas menores de cinco años, con una prevalencia global del 5,9%.

Dentro de las complicaciones que presenta se encuentra el PTC y el síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS).

El PTC es un síndrome infrecuente en la edad pediátrica, que afecta en igual medida niñas y niños, en los cuales se identifica una causa en más del 50%, sin haber una fuerte asociación con la obesidad, a diferencia de lo que sucede en la edad adulta. Se presenta con cefaleas, pérdida aguda de la visión y ocasionalmente con atrofia del nervio óptico.

OBJETIVO

Describir un caso de una complicación grave e infrecuente de la obesidad en niños (PTC), que genera secuelas invalidantes sin tratamiento oportuno.

Descripción del caso:

Varón de 12 años de edad, con antecedentes de SAOS leve y migrañas, que consulta por dorsalgia, posteriormente se le agrega parestesias en miembro superior izquierdo, cefalea, vómitos, visión borrosa y diplopía.

Al examen físico se destaca obesidad (z score de IMC: 3,43).

Se realizó fondo de ojo encontrando edema de papila bilateral con afectación macular. La TAC y el estudio del LCR no mostraron alteraciones. Se constata presión intracraneana mediante punción lumbar con presión de apertura mayor a 82cmH₂O y posterior mejoría de los síntomas. Se realiza evaluación endocrinológica, metabólica y nutricional. Se realizó tratamiento con acetazolamida (1g/día). Al 10 día de tratamiento el paciente presentó mejoría de los síntomas y fue dado de alta para seguimiento por neurología y oftalmología.

CONCLUSIÓN

La obesidad infantil actualmente es una epidemia en aumento que produce complicaciones tanto a largo como a corto plazo, no debiendo subestimar dicha patología como causante directa del PTC u otras enfermedades.



DISPLASIA BRONCOPULMONAR. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Kowalczuk S.¹; Cipollone J.²; Di Paolo S.³; Faguaga G.⁴; Gimelli A.⁵; Kresic S.⁶; Kowalczuk S.⁷
SECRETARIA DE SALUD PUBLICA ROSARIO^{1,2,3,4,5,6,7}

<silviakow@hotmail.com>

574

INTRODUCCIÓN

Es la enfermedad crónica más frecuente del lactante. Presenta factores de riesgo probados. Principales complicaciones: infecciones agudas respiratorias bajas; retardo de crecimiento. Mortalidad 30-40% el primer año secundario a infecciones respiratorias; pocos son oxígeno dependientes a los 2 años.

OBJETIVOS

Caracterizar pacientes con DBP en seguimiento por IDP entre enero del 2005 a diciembre del 2016 DISEÑO. Estudio retrospectivo descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de historias clínicas y ficha de recolección de datos.

RESULTADOS

Se registraron 424 ingresos al servicio, de los cuales 33 pacientes (7,8%) presentaron DBP. De ellos, 14 (42%) presentaron hipertensión pulmonar moderada a su ingreso. -Edad materna: 17 a 41 años, 10 (30%) adolescentes -EG: 25 a 34 semanas, promedio 29,2 -Peso: 650 a 3530gr., promedio 1322,5 grs. -Sexo: masculino 20 (61 %); femenino 13 (39%) -ARM: 1 a 90 días, promedio 34,9 -Cardiopatías asociadas: 16 (48%) de ellos 9 (29.7%) eran DAP -Oxigenoterapia domiciliaria: 27 a 960 días, promedio 308 -Alimentación: 8 (26.4%) vía oral y 25 (73,6%) por SNG -Re internaciones: 20 pacientes (66,6%) - Mortalidad: 4 pacientes (8,3%).

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos están en concordancia con la bibliografía excepto en cuanto a la intercurencia respiratoria y mortalidad. La DBP sigue siendo prevalente en nuestro medio, siendo la IDP una estrategia terapéutica que permite el abordaje interdisciplinario y la externación hospitalaria precoz.

A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE DRESS POR CARBAMAZEPINA

Pozo F.¹; Rolando F.²; Colangelo N.³; Rossiter M.⁴; Andrés A.⁵

HZGA DR ARTURO OÑATIVIA^{1,2,3,4,5}

<faviopozo@outlook.com.ar>

575

INTRODUCCIÓN

El síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una farmacodermia grave de tipo idiosincrásico que se caracteriza por fiebre, exantema, eosinofilia, alteraciones hematológicas y compromiso de órganos internos.

Los fármacos que con mayor frecuencia pueden ocasionar este síndrome son los anticonvulsivantes aromáticos (fenobarbital, carbamazepina, fenitoína) y algunos antibióticos (sulfonamidas, β-lactámicos) entre otros. Los pacientes pediátricos tienen mayor riesgo de desarrollar el síndrome debido a la mayor incidencia de convulsiones en la primera década de la vida.

La suspensión de la droga responsable y la administración de corticosteroides sistémicos constituyen el tratamiento de elección para la mayoría de los casos.

OBJETIVO

Presentar una afección poco frecuente en pediatría para facilitar la sospecha diagnóstica y el rápido reconocimiento de esta patología.

CASO CLÍNICO

Niña de 2 años 5 meses con cuadro de 4 días de evolución con fiebre y exantema cefalocaudal. Consulta por guardia tras permanecer persistentemente febril las últimas 24 hrs, con exacerbación de las lesiones y presentar convulsión febril tónico-clónica generalizada. A su ingreso se encuentra posictal, reactiva, en suficiencia cardiorrespiratoria, febril, con petequias y lesiones purpúricas diseminadas en rostro, tronco, periné y

extremidades. Se indica expansión con solución fisiológica por hipotensión arterial. Ante impresión diagnóstica de sepsis por meningococo, se realiza laboratorio y hemocultivos x2. Se difiere punción lumbar por lesiones purpúricas en zona de punción y se medica empíricamente con Ceftriaxona a 100 mg/kg/día. Laboratorio: Leucocitos 9.160/mm³, neutrófilos 54% y eosinofilia leve 13%; Plaquetas 120.000/mm³; TP 50%, KPTT 25"; TGO 128 U/L, resto de laboratorio normal.

Se confirma tratamiento con Carbamazepina desde hace 2 meses, por lo que se sospecha de Síndrome de DRESS. Se interconsulta con Neurología infantil quien indica suspender tratamiento con Carbamazepina, cambiar anticonvulsivante a Clobazam junto a tratamiento antihistamínico y corticoterapia. Se realiza derivación a centro de mayor complejidad.

Evolución clínica: Presento resolución de la fiebre y mejoría de las lesiones purpúricas. Se descartó meningococcemia con hemocultivos negativos, confirmándose diagnóstico de Síndrome de DRESS. Es dada de alta a las 72 horas con seguimiento ambulatorio por la especialidad.

CONCLUSIONES

Es importante tener presente la posibilidad del síndrome de síndrome de DRESS ante un paciente con tratamiento anticonvulsivo que presente fiebre, lesiones de piel o adenopatías, ya que con la suspensión temprana del medicamento se evita la progresión del cuadro.



ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS ANTI NMDAR+: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Robledo C.¹; Mascardi N.²; Dartiguelongue J.³; Ganopolsky N.⁴; Ruíz Guñazú F.⁵; Del Pino M.⁶; Grichener J.⁷
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1 2 3 4 5 6 7}

<cecirobledo@hotmail.com>

576

INTRODUCCIÓN

La encefalitis por anticuerpos anti-receptor de glutamato (tipo NMDA) es la primera causa de encefalitis inmunomediada. El diagnóstico se fundamenta en la sospecha clínica y epidemiológica. La confirmación se realiza por el hallazgo específico de anticuerpos anti NMDA en plasma y LCR.

OBJETIVOS

Presentar dos pacientes de 9 y 10 años con diagnóstico de encefalitis autoinmune por anticuerpos anti NMDA. CASOS CLÍNICOS: 1-Paciente de 9 años sin antecedentes, pérdida de pautas madurativas de 1 mes de evolución, debilidad de miembros inferiores, debilidad en manos y disartria. En Htal. Zonal presentó 2 convulsiones tónico clónicas y alucinaciones visuales. TAC y EEG DLN. Alta con aripiprazol, levomepromazina, sertralina y ácido valproico. Evolución desfavorable con pérdida del habla y del control de esfínteres, alteración en la deglución y del ciclo sueño-vigilia. Al mes se interna en el HNRG, EEG: actividad theta dominante temporo-occipital, en ocasiones deltha brush. RMN de cerebro, Ecografía abdominal y TAC de tórax DLN. LCR: normal. Recibió 3 pulsos de metilprednisolona, gammaglobulina por 5 días, 7 ciclos de plasmaferesis y 2 pasajes de Ciclofosfamida, micofenolato y meprednisona. Los anticuerpos NMDA en suero y LCR fueron positivos. 2- Paciente de 10 años, alteración en la marcha y paresia de miembro inferior izquierdo 3 meses previos, agrega paresia de miembro superior izquierdo y hemicara ipsilateral con episodios de desconexión, alucinaciones visuales y trastornos del habla. TAC SNC normal. Se deriva a HNRG con conexión parcial, somnoliento, movimientos

coreo-distónicos en miembro superior izquierdo, miembros inferiores y cara, dificultad en la marcha, disartria y disautonomía. PL: (PA: 15 cm de H2O); Líquido turbio, 41 leucocitos (65%MN), glucorraquia 69 mg%, proteínas 25 mg%. Anticuerpos anti NMDA: positivo en suero y LCR. Bandas oligoclonales en LCR patrón tipo 2 (oligoclonalidad). EEG: patrón desorganizado con lentificación temporo-occipital izquierda, sin focos. RMN de cerebro, Rx de tórax y ecografía abdomino-genital DLN. Se indicó tratamiento específico para encefalitis por anticuerpos anti NMDA: Gammaglobulina 4 días, metilprednisolona 5 días, plasmaferesis semanal 10 sesiones, Ciclofosfamida semanal 5 dosis, luego Rituximab semanal. Ambos pacientes tuvieron una clara mejoría de conexión, no repitieron convulsiones, recuperaron ritmo sueño-vigilia y continúan en tratamiento multidisciplinario para su rehabilitación.

DISCUSIÓN

La encefalitis Anti-NMDA es una causa importante de encefalitis que suele ser subdiagnosticada. Frente a un niño con un cuadro de encefalopatía aguda en el que se han descartado causas infecciosas, tóxicas o metabólicas y que presenta características clínicas compatibles, se sugiere tomar muestras de plasma y LCR para buscar los autoanticuerpos y bandas oligoclonales e iniciar tratamiento inmunomodulador precozmente.

APLICACIÓN DE INSULINA, INTERVENCIÓN EDUCATIVA INDIVIDUALIZADA A LO LARGO DE UN AÑO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DM1

Peredo M.¹; Anton K.²; Santucci M.³; Kabakian M.⁴
HOSPITAL CHURRUCA^{1 2 3 4}

<msoledad.peredo@gmail.com>

577

INTRODUCCIÓN

La Educación Diabetológica (ED) es el tratamiento de la Diabetes (Joslin). Se muestra la experiencia en niños y adolescente con DM1, finalizada la intervención educativa para desarrollo de autonomía. Objetivo: Evaluar habilidades y destrezas en la auto aplicación de insulina (AA) y la rotación durante 1 año.

MATERIAL Y MÉTODOS

Trabajo descriptivo, prospectivo y longitudinal realizado en el Servicio de Diabetes y Nutrición Infanto-Juvenil, Hospital Churrucá, Argentina. Se incluyeron niños de 9-18 años (n58) con DM1 (más de 1 año de diagnóstico) que asistieron a más del 80% de los talleres de ED, entre 01/02/2015 y 01/02/2016. Se agruparon según edad en mayores (n38) y menores de 13 años (n20). El seguimiento fue a través de: 1-Juego de secuencia de técnica de aplicación de insulina 2-Registro de las zonas de aplicación del día previo y anamnesis sobre la sistemática de rotación, 3-Observación en tiempo real de la AA.

RESULTADOS

1-Al finalizar la intervención la totalidad de los niños realizaron en forma correcta la técnica de aplicación de insulina (TAI), mientras al inicio lo hacían el 50% de menores de 12(me12a) y solo 18% de los mayores de 13(ma13a). 2- N°Zona de aplicación: El 100% de los niños al finalizar la intervención lograron aplicarse en más de tres zonas o rotar sistemáticamente en una. Al inicio solo 50% de los me12a rotaba y

elegía correctamente, el resto utilizaba 1 sola zona o no rotaba, eligiendo como sitio único: abdomen 40%, brazo 30, glúteo 20 y muslo 10%. Al inicio de los ma13a, sólo el 18,4% utilizaba más de tres zonas o rotaba sistemáticamente en una, mientras 81,6% no lo hacía, prefiriendo como sitio único: brazo 32,2%, muslo 25%, abdomen 22,6% y glúteo 19,3%. 3-Auto aplicación: Al inicio de la intervención la mitad de los niños de ambos grupos realizaban todas las AA de insulina, mientras al finalizar la intervención el 100% de los ma13a y el 70% de los me12 lograron realizar todas las AA, refiriendo que ese 30 % de aplicación por parte del familiar era debido al dolor provocado por análogo lento.

CONCLUSIÓN

Esta intervención educativa individualizada mensual de niños y adolescentes con DM1 que cumplieron el 80% de los estímulos, muestra como a través de la misma se incrementaron: La autonomía y auto gestión en la elección de sitios de aplicación, zonas de rotación y la auto aplicación con la técnica correcta.



TRAYECTORIA DE PACIENTES CON MUCOPOLISACARIDOSIS, DEL SÍNTOMA AL DIAGNÓSTICO.

578

Jimena D.¹; Pereyra M.²; Guercio A.³; Ray G.⁴; Gatica C.⁵

HOSPITAL PEDIATRICO H J NOTTI^{1,2,3,5}; HOSPITAL PEDIATRICO ALEXANDER FLEMING⁴

<jimedri@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las mucopolisacaridos (MPS) son un grupo de enfermedades de baja prevalencia caracterizadas por el déficit de enzimas que participan en la degradación de glicosaminoglicanos (GAGS) con la acumulación lisosomal progresiva de estas macromoléculas llevando a la disfunción multiorgánica. La herencia es autosómica recesiva en su mayoría. Su diagnóstico es clínico, radiológico y bioquímico.

OBJETIVO

Describir la trayectoria que realizan los pacientes con Mucopolisacaridos hasta llegar al diagnóstico de su enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de registros escritos de pacientes con diagnóstico de MPS en el período enero 1999 - abril 2017. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de MPS por dosaje enzimático en leucocitos. Se describieron edad de diagnóstico, características clínicas, consanguinidad y trayectoria diagnóstica.

RESULTADOS

(N= 11) 5 pacientes MPS I, 4 pacientes MPS VI, 1 paciente MPS IV-A y 1 paciente MPS III-A. Edad al momento del diagnóstico: MPS I entre 11 y 17 meses, MPS VI entre 19 meses y 10 años, MPS IV: 8 años y MPS III: 4 años. Antecedente de consanguinidad en 3 pacientes con MPS VI. Cada uno de los pacientes era el único afectado en la familia. De los pacientes nacidos antes del 2014 (6/11) el diagnóstico se realizó antes

de los 17 meses de vida en un solo paciente; en los pacientes nacidos después del 2014 (5/11), todos fueron diagnosticados antes de esa edad. Signos/síntomas más frecuentes: afectación ósea y facies tosca. Múltiples consultas por especialistas previo al diagnóstico en 9/11 pacientes. 6/11 pacientes fueron derivados por Traumatología y Ortopedia.

CONCLUSIONES

Su identificación diagnóstica es fundamental para la estrategia y oportunidad del tratamiento. La menor edad al diagnóstico en la última década se debe a la disponibilidad/accesibilidad a exámenes complementarios específicos en la institución, el índice de sospecha más temprano y los avances terapéuticos (terapias de reemplazo enzimático, trasplante de médula ósea).

TUBERCULOSIS MILIAR EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

579

Ara M.¹; Ciammaichella M.²; Sogga Alfano M.³; Raimondi A.⁴

HOSPITAL MUNICIPAL PROF. DR. B. HOUSSAY^{1,2,3,4}

<micaelaara@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de tuberculosis (TBC) puede ser sugestivo, pero la única manera de confirmar el diagnóstico es el hallazgo del bacilo tuberculoso en secreciones o tejidos.

La TBC miliar puede presentar diseminación hematogena al sistema nervioso central hasta en el 70% de los casos, En caso de sospecha diagnóstica se indica la realización de TC de cráneo para descartar la presencia de hidrocefalia, engrosamiento leptomeníngeo y aracnoiditis.

OBJETIVO

Presentar un caso de TBC miliar en paciente inmunocompetente.

Caso clínico: Niña de 4 meses, derivada de Neumonología para estudio y tratamiento por múltiples antecedentes respiratorios (4 internaciones previas). Al ingreso paciente adelgazada, afebril. Saturando 97% ambiente. Abundantes rales y subcrepitanes a la auscultación. Sin adenomegalias palpables. Sin cicatriz de BCG. Llanto de tipo neurológico, inclusión de pulgares. Rx TORAX: neumonía bifocal con patrón intersticial. Laboratorio: Leucocitosis con desviación a la izquierda. PCR 73. HMCx2:NEG. UC:FPM c/Sedimento urinario normal. ASNF: NEG.

PL: Hipoglucorraquia, Proteinorraquia 48mg%. Cultivo gérmenes comunes: negativo. Cultivo TBC: pendiente. PCR TBC: negativo.

Inicia tratamiento empírico con Cefepime y Claritromicina cubriendo foco respiratorio. Se toman lavados gástricos por alta sospecha de TBC. A las 48 hs se realiza pantac:

CEREBRAL: Imágenes redondeadas, hiperdensas que refuerzan con contraste con edema perilesional en región troncal, cerebelosa izquierda y en hemisferios cerebrales.

TORAX: Imágenes ganglionares agrupadas en rango adenomegálico axilares bilaterales. Mediastino centrado con múltiples adenomegalias. Ventana pulmonar: múltiples imágenes de infiltrado micronodular difusas con consolidación en lóbulo medio derecho.

ABDOMINAL: Múltiples adenomegalias a nivel retroperitoneal y mesentérico.

Inicia tratamiento con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Ethambutol. Cursando 10° día de drogas antituberculosas y 11° de Cefepime, se constata empeoramiento del estado general, rechazo alimentario y vómitos. Fontanela bombeé y rigidez de nuca, con aumento de 0,5 cm del perímetro cefálico. Se deriva a centro de mayor complejidad, quienes mantuvieron tratamiento conservador no quirúrgico.

CONCLUSIÓN

Los tuberculomas cerebrales son manifestaciones extrapulmonares de la TBC, que pueden estar ausentes en cerca de un 50% de los enfermos que la padecen. El tratamiento debe ser médico y la intervención quirúrgica debe reservarse solo para aquellos casos en los que hay un franco deterioro neurológico.



EXPERIENCIA DE LA RED NACIONAL DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS (RENAC) PARA FORTALECER LA DETECCIÓN DE RECIÉN NACIDOS/AS CON MICROCEFALIA Y OTRAS ANOMALÍAS CEREBRALES EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA POR INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA

580

Tellechea A.¹; Bidondo M.²; Garcia De Rosa L.³; Oliveri J.⁴; Liascovich R.⁵; Groisman B.⁶; Barbero P.⁷

RED NACIONAL DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS (RENAC), CENTRO NACIONAL DE GENÉTICA MÉDICA, ANLIS, MINISTERIO DE SALUD^{1,2,3,4,5,6,7}

<analaura.tellechea@gmail.com>

La Red Nacional de Anomalías Congénitas (RENAC) es el sistema de vigilancia de anomalías congénitas (AC) de la Argentina creado en 2009 y dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. Está integrada por una coordinación central y 180 maternidades de las 24 jurisdicciones del país. Sus objetivos principales son generar y difundir información epidemiológica sobre AC; contribuir a la atención de los niños afectados; y capacitar a los profesionales de la salud.

A finales del 2014 comenzó un brote del virus Zika (ZIKV) en el nordeste brasilero, relacionado meses después con un aumento significativo de la prevalencia de microcefalia y otras anomalías cerebrales en recién nacidos. El 1 de febrero de 2016, la Organización Mundial de la Salud declaró una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional y recomendó intensificar las actividades de vigilancia e investigación. En Argentina, en febrero del 2016 se identificó un brote de ZIKV en Tucumán y en 2017 se registraron brotes en Formosa, Salta y Chaco.

La RENAC realizó durante el año 2016 actividades para fortalecer la detección de recién nacidos/as con microcefalia y otras anomalías cerebrales. a) Capacitación de neonatólogos de la red a través de dos talleres presenciales -con 80 y 200 participantes respectivamente- y de clases on line que fueron vistas por 273 profesionales. Se proveyó a las maternidades de instructivos e insumos para fortalecer la vigilancia, tras lo cual se notificaron 104 recién nacidos sospechosos y se detectaron 4 casos de infección congénita por ZIKV (2 autóctonos) en un periodo de

12 meses. b) Elaboración del material de apoyo "Pautas de detección y seguimiento de niños y niñas nacidos con microcefalia y/o anomalías cerebrales, en el contexto de la emergencia por el virus Zika", destinado a todo el personal de salud que tiene contacto con recién nacidos y niños, para promover la detección, notificación y atención de los recién nacidos con microcefalia y/u otras malformaciones cerebrales. Fue desarrollado con el apoyo de UNICEF Argentina y de la Sociedad Argentina de Pediatría y contó con la lectura crítica de especialistas de neurología e infectología infantil y de bioquímicos virólogos. c) La tercera actividad fue un relevamiento de especialistas en neurología, oftalmología, otorrinolaringología y estimulación temprana del país para constituir una red de atención de los afectados detectados por el sistema de vigilancia.

La RENAC continuará en 2017 las actividades de vigilancia, investigación, capacitación y atención, con apoyo del Ministerio de Salud, UNICEF y la Sociedad Argentina de Pediatría.

COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE DERIVACION VENTRICULOPERITONEAL (DVP). PSEUDOQUISTE ABDOMINAL.

581

De Carli J.¹; Nunell A.²; Bocanera C.³; Contrera H.⁴; De Carli D.⁵; De Carli M.⁶; Checcacci E.⁷

CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1,2,3,4,5,6,7}

<javierdecarli@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La DPV es el método más usado y efectivo para el tratamiento de la hidrocefalia. A pesar de los múltiples beneficios obtenidos mediante esta técnica, no está exenta de complicaciones, como ser: infección u obstrucción del extremo distal, perforación intestinal o vesical, íleo, vólvulo, ascitis, hidrocele, atrapamiento escrotal y pseudoquiste (PQ) abdominal. El PQ de LCR intraperitoneal es considerado como una de las complicaciones abdominales menos frecuentes, teniendo una tasa de entre el 1 al 4.5%.

OBJETIVO

Informar sobre un caso clínico que se presentó en nuestro servicio, sobre una patología abdominal que se manifiesta como complicación de DVP, resaltando el rol de las imágenes en el diagnóstico.

CASO CLINICO: Niño de 8 años de edad, secuelar neurológico con colocación de VDVP desde el primer año de vida sin complicaciones previas. Consulta por irritabilidad, distensión abdominal y dolor a la palpación en hipogastrio de 12 hs de evolución. Refiere además constipación crónica. A su ingreso se realizan laboratorios cuyos resultados fueron normales y radiografía abdominal donde se visualiza distensión de asas con importante contenido de materia fecal. En la ecografía de ingreso se informa importante meteorismo intestinal. A las 48 hs presenta mala evolución con: fiebre, cambios del sensorio y mayor dolor abdominal. Los laboratorios de control presentaban

leucocitosis con reactantes de fase aguda aumentados. Se realiza una nueva ecografía abdominal observándose en cabo distal de VDVP imagen compleja, ovoide, de paredes gruesas ecogénicas y con finos tabiques y ecos móviles en su interior, que mide 3 cm. Sugestiva de pseudoquiste o colección organizada. Se decide realizar punción valvular cuyo líquido informa 35 elementos/mm³, interpretándose el cuadro como infeccioso con compromiso del sistema valvular por lo que se decide realizar cirugía con recambio de válvula. El paciente cumplió tratamiento antibiótico (EV) durante 21 días presentando evolución favorable.

CONCLUSIONES

Esta entidad debe ser sospechada ante todo paciente con antecedentes de hidrocefalia y presencia de VDVP. Los síntomas de disfunción valvular asociados a los hallazgos imagenológicos hacen un diagnóstico de la entidad. La ecografía es un método efectivo permitiendo la visualización de los quistes en el cabo distal. La identificación del mismo permitirá una resolución quirúrgica inmediata y en caso de presentar infección es necesaria la recolocación del sistema de derivación.



COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE: OPORTUNIDADES DE APRENDIZAJE DURANTE LA RESIDENCIA DE PEDIATRÍA

582

Curto DA¹; Williams R²; Chhab V³; Fidalgo Alvite R⁴; Schoo C⁵; Zubieta A⁶; Abadie Y⁷; Rodríguez G⁸; Rowensztein H⁹; Santos S¹⁰; Vassallo JC¹¹; Rodríguez SP¹²

HOSPITAL J.P. GARRAHAN^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12}

INTRODUCCIÓN

La comunicación efectiva con los pacientes y sus familias es una competencia profesional que puede y debe ser parte de la formación como pediatras. Las habilidades en comunicación se adquieren a través de diferentes estrategias que combinan experiencia y reflexión.

OBJETIVOS

Describir y analizar desde la perspectiva de los residentes, aspectos relacionados con la comunicación y su aprendizaje, en el marco de la implementación de un programa de entrenamiento en comunicación (PEC). Intervención: Desde el año 2016 se agregaron a las modalidades convencionales de enseñanza, una serie de actividades específicas que formaron parte del PEC: talleres interactivos con videos elaborados ad hoc sobre escenarios comunicacionales integrados a las rotaciones, observación sistemática del desempeño en esta competencia mediante Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) y estaciones de Exámenes Clínicos Estructurados y Objetivos (ECEO) con pacientes simulados mediante actores.

MÉTODO

Se distribuyeron dos cuestionarios auto-administrados y anónimos a dos grupos de residentes, antes y después de implementar el PEC, para explorar sobre modalidades de aprendizaje, opiniones y confianza frente a situaciones de comunicación. En el segundo grupo se incluyeron preguntas sobre el cumplimiento y aceptabilidad del PEC. Se realizó un análisis descriptivo y comparativo entre ambos grupos.

RESULTADOS

Se evaluaron 316 encuestas: 218 antes (G1) y 98 luego del PEC (G2). Las actividades realizadas por el G2 fueron: talleres (92%), estaciones de comunicación en ECEO (97%) y Mini-CEX (47%). El nivel de confianza frente a situaciones de comunicación fue similar entre los grupos G1 y G2 (mayor al 90% en situaciones habituales como anamnesis, pedido de estudios o egreso hospitalario, y menor al 30% frente a noticias de mayor complejidad como falta de tratamiento, mala evolución o fallecimiento). Se observaron diferencias en la percepción sobre "malas noticias" entre ambos grupos (G2 consideró mayor porcentaje de escenarios como malas noticias). El grupo G2 identificó oportunidades para el aprendizaje en mayor proporción que el G1 (G2 vs G1: 41 vs 19% en formación teórica, 74 vs 24% en correcciones durante el propio desempeño y 90 vs 56% mediante la observación de sus superiores).

CONCLUSIÓN

La competencia en comunicación es relevante durante los procesos de formación profesional. La incorporación de programas específicos permite diversificar las oportunidades de aprendizaje, las cuales son identificadas por los residentes como estrategias útiles para adquirir y mejorar su desempeño.

NEUROBLASTOMA EN EDAD PEDIATRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

583

De Carli J.¹; Nunell A.²; Martínez Vaca J.³; De Carli D.⁴; De Carli M.⁵; Checcacci E.⁶

CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1 2 3 4 5 6}

<javierdecarli@hotmail.com>

INTRODUCCION

El neuroblastoma (NB) es el tumor extracraneal sólido más frecuente en la infancia, y el cuarto en frecuencia en el cómputo total de neoplasias infantiles. Afecta mayormente a niños entre 1 y 5 años. Puede aparecer en cualquier lugar a lo largo de la cadena nerviosa simpática, siendo el abdomen el principal sitio en el que se localiza. Aunque suele manifestarse inicialmente como masa abdominal, en un 60 a 70 % se localiza en otros sitios al momento del diagnóstico, entre los que se destaca: ganglios linfáticos, hígado, esqueleto, medula ósea y piel.

OBJETIVO

Describir una presentación poco habitual de debut de NB en un paciente menor de un año.

CASO CLINICO: Lactante varón de 9 meses de edad que consulta por cuadro clínico de 12 días de evolución consistente en masa duro pétreo, indolora, localizada en maxilar izquierdo adherida a tejidos profundos, la cual ha aumentado de tamaño en los últimos días. Presenta además impotencia funcional del miembro superior izquierdo. Se realiza ecografía de partes blandas destacándose la presencia de una imagen redonda heterogénea con hilio central ecogénico e hipervascularizada sospechosa de neoplasia. En la radiografía se visualiza imagen de aspecto lítico en tercio superior del húmero izquierdo. Los laboratorios a su ingreso eran normales. Presenta además una masa en hipocondrio izquierdo de consistencia dura, motivo por el cual se solicita ecografía abdominal que reporta imagen compleja, de 9 cm. de diámetro, aspecto sólido, bordes

parcialmente definidos y que desplaza estructuras retroperitoneales. Se solicita TAC abdominal que informa masa voluminosa en hemiabdomen izquierdo de características tumorales motivo por el cual se realiza laparotomía exploradora y biopsia quirúrgica cuya anatomía patológica reporta NB metastásico de alto riesgo con amplificación de oncogén nmyc. Se decide iniciar tratamiento quimioterapéutico a base de etopósido y carboplatino y posteriormente realizar cirugía para resección de dicha masa.

CONCLUSION

Esta entidad debe ser sospechada ante cualquier masa abdominal de características tumorales aunque nuestro paciente se presentó de forma atípica con una masa parotídea expresión de un proceso metastásico. Es importante realizar el diagnostico rápido de la enfermedad ya que es una de las patologías tumorales con mayor tasa de regresión espontanea o ante tratamiento quimioterapéutico, sobre todo en menores de un año los cuales tienen una sobrevida a largo plazo mucho mayor.



A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

584

Deschutter E.¹; Garibay C.²; Barbieri A.³; Tabora P.⁴; Ocampo R.⁵

HOSPITAL V. J. VILELA^{1,2,3,4,5}

<verodeschu@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Guillain Barre es una poliradiculoneuritis aguda, de causa inmune desencadenada por una infección viral o bacteriana. Es la causa más frecuente de parálisis flácida en pediatría, su incidencia es de 0.4-1.3 /100000 niños. Se produce una desmielinización de la vaina de mielina que puede afectar el axón. Se manifiesta con debilidad, arreflexia, síntomas sensitivos y autonómicos con formas de presentación y severidad variable, generalmente ascendente y progresiva. El diagnóstico se basa en la clínica, disociación albumino-citológica del LCR y alteración de los estudios electrofisiológicos.

OBJETIVO

Remarcar la diversidad en las formas de presentación clínica.

Caso clínico: Paciente masculino de 2 años y 9 meses, eutrófico, completamente inmunizado, sin antecedentes de jerarquía, consulta por cuadro de 5 días de evolución caracterizado por dolor en hemiabdomen derecho, en miembro inferior derecho y registros febriles. Al ingreso, afebril, buen estado general, vigil, reactivo, suficiente cardiorespiratorio FC 95 FR 24, abdomen blando depresible doloroso en hemiabdomen derecho, envaramiento cervico-dorso-lumbar, limitación a la movilidad de MMII derecho, en flexión y decúbito dorsal obligado. Sin focos neurológicos, reflejos osteotendinosos conservados. Laboratorio: GB 9320 (41/8/0/30/4) HB 12 HTO 36 Plaquetas 400000 VES 2 PCR 2 PCR 0.7 GLI 80 UR 36 CR 0.2 Na 136 K 4.1 Cl 99. Radiografía, ecografía y TAC de

abdomen: sin alteraciones. Durante su internación se observa alteración en la marcha, mialgias de miembros inferiores progresivos, hiporreflexia y disfunción vesical, se solicitan nuevos estudios. Radiografía de columna y RMI de cráneo y médula: sin hallazgos de jerarquía. Punción lumbar: cristal de roca, 2 elementos, glu 74 Pt 0.3 Pandey -, cultivo negativo, PCR bacterias y virus negativos. CPK 34 Serologías: CMV IgG + e IgM -, VEB IgG + e IgM - Mycoplasma IgG + e IgM + Campylobacter en materia fecal (-). Fondo de ojo normal. Electromiografía de MMSS y MMII: polineuropatía distal y simétrica, lesión desmielinizante. Se interpreta el cuadro como Síndrome de Guillain Barre y se indica Gamaglobulina a 2 gr kg en 48 hs con favorable evolución clínica.

CONCLUSIÓN

Como conclusión podemos decir que a menor edad del paciente, mayores dificultades diagnosticas se plantean, más aun cuando la presentación es atípica. Por eso consideramos importante mantener alta sospecha clínica para realizar diagnóstico precoz, adecuado tratamiento y evitar posibles secuelas.

CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE (DAR) EN NIÑOS: PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO. UTILIDAD DE LAS IMÁGENES.

585

De Carli J.¹; Nunell A.²; Murcia M.³; Pérez A.⁴; De Carli D.⁵; De Carli M.⁶; Checcacci E.⁷

CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1,2,3,4,5,6,7}

<javierdecarli@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El pseudoquiste pancreático (PQP) es una colección de fluidos rico en amilasa rodeada por una cápsula de paredes gruesas no epitelizada. Generalmente se asocian a pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, traumatismos pancreáticos u obstrucción del conducto pancreático. La clínica depende del tamaño y localización. Pueden ser asintomáticos o bien manifestarse con dolor en epigastrio, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, distensión abdominal o ictericia.

OBJETIVO

Reportar un caso clínico sobre una patología infrecuente que causa dolor abdominal inespecífico en pediatría, destacando el rol de las imágenes en el diagnóstico.

CASO CLINICO: Niña de tres años, que consulta por dolor abdominal y vómitos intermitentes. Se interna y se le realizan laboratorios en los que se destaca una leucocitosis y ligero aumento de las enzimas pancreáticas. Se realiza una radiografía de abdomen en la que se visualiza una imagen radiopaca en región epigástrica con distensión de la cámara gástrica y de las asas intestinales con algunos niveles hidroaéreos. Se ayuna, se coloca un plan de hidratación endovenoso y se lo deja con SNG abierta obteniéndose un débito biliar. En la ecografía de inicio no se logra visualizar el páncreas y retroperitoneo por importante distensión y meteorismo intestinal. Es evaluado por el cirujano y gastroenterólogo

quienes solicitan colon por enema (descartándose mal rotación intestinal) y VEDA cuyo resultado fue normal. Posteriormente se realiza una nueva ecografía en la que se observa imagen quística localizada adyacente a la cabeza y cuerpo del páncreas sugestiva de PQP. Se solicita TAC de abdomen confirmándose la presencia de una formación quística bien delimitada y con contenido líquido homogéneo. Se realiza drenaje por laparotomía con toma de biopsia confirmándose el diagnóstico presuntivo. La paciente presenta buena evolución y es dado de alta con posterior control con cirugía.

CONCLUSIÓN

El DAR constituye un motivo frecuente de consulta en la atención primaria de los niños. Si bien existen múltiples causas que lo pueden ocasionar, siempre se debe tener presente los pseudoquistes pancreáticos como probable etiología de causa infrecuente. Los pseudoquistes pancreáticos forman parte de una amplia gama de lesiones quísticas del páncreas. Los antecedentes clínicos (traumatismos, cirugías, pancreatitis) junto al conocimiento de sus características radiológicas permitirán hacer un adecuado diagnóstico y evitar complicaciones.



SIMULACIÓN COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN HABILIDADES EN UNA RESIDENCIA DE PEDIATRÍA

586

Fidalgo Alvite R.¹; Curto D.²; Chhab V.³; Schoo C.⁴; Villois F.⁵; Bossi L.⁶; Gougenheim B.⁷; Prudencio C.⁸; Rowensztein H.⁹; Vassallo J.¹⁰; Rodríguez S.¹¹

HOSPITAL DE PEDIATRÍA "JUAN P GARRAHAN" 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

<ro_fidalgo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La residencia es un sistema de capacitación en servicio, con actividad asistencial supervisada. Es habitual que los médicos en formación inicien sus prácticas directamente sobre pacientes. La simulación permite el entrenamiento de habilidades en un ambiente seguro y controlado, corregir errores, aumentar la confianza y mejorar el desempeño profesional. En el Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan ingresan más de 70 residentes de pediatría por año, y como parte del programa de formación se ha desarrollado una capacitación en habilidades basada en simulación.

OBJETIVO

Describir la implementación y satisfacción de un programa de capacitación basado en simulación e integrado al plan de estudios de la residencia de pediatría.

MÉTODOS

Las actividades se realizaron en el Centro de Simulación Garrahan (CeSim). La población destinataria fueron los Residentes de Pediatría de 1° a 4° año. El período descripto corresponde desde junio de 2015 a mayo de 2017. Se implementó un programa obligatorio de entrenamiento en habilidades basado en simulación, a través de módulos secuenciales e integrados con los objetivos de cada año de residencia. Éstos módulos son: Venopunción (VP), Punción lumbar (PL), Manejo de la vía aérea (VA); Acceso vascular periférico (AVP) e intraóseo (IO) y Suturas (S). Cada módulo incluyó

un componente virtual a través del campus (con material audiovisual, bibliografía y autoevaluaciones) y uno presencial (estaciones de prácticas con simuladores, supervisadas, con listas de cotejo específicas y evaluación final). Además, se realizaron casos clínicos contextualizados para simular la habilidad en la práctica profesional habitual. Se evaluaron la confianza y satisfacción mediante encuestas.

RESULTADOS

Durante los años 2015 y 2016 se realizaron 674 capacitaciones, con una media de 112 alumnos por módulo. La totalidad de los residentes aprobó las actividades. Sólo el 14% estaba confiado en su destreza, previo a la realización del entrenamiento. Posterior a la capacitación, el nivel de confianza aumentó al 87%. El 98% de los residentes se manifestó con alto nivel de satisfacción.

CONCLUSIÓN

Es factible implementar un programa de entrenamiento en habilidades basado en simulación e integrado al plan de estudios de la residencia de pediatría del hospital. Además, permite mejorar en forma significativa la confianza de los profesionales en dichas habilidades, con un elevado nivel de satisfacción en el entrenamiento.

CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN UNA RESIDENCIA DE PEDIATRÍA

587

Abadie Y.¹; Zubieta A.²; Jacobo Dillon A.³; Fidalgo Alvite R.⁴; Chhab V.⁵; Curto D.⁶; Schoo C.⁷; Andrade M.⁸; Campmany L.⁹; Rowensztein H.¹⁰; Vassallo J.¹¹

HOSPITAL DE PEDIATRÍA JUAN P GARRAHAN 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

<yamilabadie@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La práctica pediátrica comprende el seguimiento longitudinal del niño mediante controles de salud (promoción de la salud, prevención de enfermedades y tratamiento oportuno), considerando aspectos biológicos, psicosociales, del desarrollo y medioambientales. Adquirir estas competencias es un desafío, no sólo por el marcado enfoque internista de las residencias, sino también porque las rotaciones convencionales de 2 a 4 meses no facilitan el seguimiento longitudinal de pacientes. No es habitual contar con ámbitos de enseñanza de estas competencias integrados en la actividad hospitalaria. Por eso, en la residencia de pediatría del Hospital Garrahan desde el año 2007 se implementa un cambio en el Programa del Consultorio de Seguimiento (CS) cuyo objetivo principal es la atención longitudinal centrada en el niño y su familia.

OBJETIVO

Describir la experiencia del CS del Hospital Garrahan.

INTERVENCIÓN: Los residentes de 2º y 3º año concurren quincenalmente al CS para la atención programada de niños a través de una agenda personal. La jornada de ocho horas incluye un taller específico, luego la asistencia de los pacientes y por último una instancia de discusión de alguno de los casos en seguimiento. Se brindan además talleres de comunicación y de evaluación del desarrollo. La supervisión está a cargo de un staff docente conformado por jefes e instructores de residentes

y médicos de planta, y se focaliza en el desempeño individual (con estrategias de evaluación cualitativas como MiniCEX y rúbricas) y en la gestión de la atención.

RESULTADOS

En 10 años participaron del CS más de 500 residentes. La media de consultas es de 6000 pacientes por año, y 5 pacientes atendidos por residente por jornada. El 85% de los niños posee alguna condición crónica (respiratoria 15%, nutricional 14%, neurológica/del desarrollo 12%, genética 12%, digestiva 8%, cardíaca 7%, otros 17%). Para explorar la perspectiva de los residentes realizamos una encuesta de satisfacción anónima donde consideraron que la rotación aportó sustancialmente a su formación (más del 80%), que fueron adecuadamente supervisados (más del 80%) y volverían a rotar por CS (86%). El tiempo destinado al CS fue considerado insuficiente por el 57% de los residentes.

CONCLUSIÓN

En una residencia numerosa, el CS resulta una estrategia útil para la formación de competencias profesionales en la atención ambulatoria. Permite lograr el seguimiento longitudinal y supervisado de los pacientes y sus familias. Es una experiencia que se ha podido sostener a lo largo de diez años y cuenta con amplia aceptación entre los residentes.



A PROPÓSITO DE UN CASO DE HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSIFORME

588

Roig J.¹; Martínez A.²; Tomas M.³; Giullioni G.⁴; Mayo R.⁵

HOSPITAL J. B. ITURRASPE^{1 2 3 4 5}

<roigjoana_3.2@hotmail.com>

INTRODUCCION

Hemangioendoteloma kaposiforme (HK): neoplasia vascular rara y agresiva, se presenta exclusivamente en niños. Su principal complicación es una coagulopatía de consumo (síndrome de Kasabach-Merritt (SKM)). Histológicamente, combina rasgos del hemangioma infantil y del sarcoma de Kaposi. Llegan a afectar el tejido celular subcutáneo, incluso estructuras óseas. Se considera una neoplasia benigna pero con alta morbimortalidad si no se trata. El pronóstico depende del tamaño y localización. El tratamiento con corticoides con o sin sirolimus está justificado en lesiones localizadas en mediastino, retroperitoneo o gran extensión. En lesiones localizadas se puede indicar cirugía.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de HK para tener en cuenta como diagnóstico diferencial de tumefacción la cual no responde al tratamiento antibiótico y/o presenta una rápida evolución. Y destacar lo dificultoso que puede ser el seguimiento de patologías crónicas.

CASO CLINICO

Paciente de 2 años y 2 meses, RNT/PAEG, vacunación en curso. Antecedente de un hermano fallecido por LLA con recaída en SNC, dos hermanos con mucopolisacaridosis tipo III. Comienza a los 4 meses con tumefacción en región torácica izquierda realizándose, luego de múltiples interconsultas, el diagnóstico de HK.

En laboratorios de control se encuentran trastornos hematológicos asumiéndose el desarrollo de SKM activado como complicación.

Se realiza tratamiento con corticoides VO asociado a vincristina EV no obteniendo respuesta; se decide comenzar con sirolimus VO continuando con corticoides. Luego de 8 meses se logra la remisión completa del mismo, con resolución del trastorno hematológico a las pocas semanas de inicio.

Seis meses más tarde presenta recurrencia del HK con activación del SKM por lo que se encuentra actualmente en tratamiento.

CONCLUSION

Es importante conocer esta patología para poder sospecharla; también consideramos importante el seguimiento y acompañamiento, claves en el éxito de la adherencia al tratamiento, no solo de este tipo de padecimiento, sino en la mayoría de las patologías con tratamientos prolongados.

Sumado a eso mencionamos que el fallecimiento del hermano se produjo durante su tratamiento, lo que consideramos condicionó el seguimiento durante un periodo de tiempo, no pudiendo desarrollar los controles correspondientes.

Actualmente retomo el seguimiento de manera satisfactoria.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA SEROPREVALENCIA DE INFECCIÓN DE SÍFILIS PERINATAL EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL ZONAL RICARDO GUTIÉRREZ DE LA PLATA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2015 Y ENERO 2017

589

Masiuk J.¹; Arturi A.²; Canizares S.³; Raschia M.⁴

HOSPITAL GUTIERREZ LA PLATA^{1 2 3 4}

<joa_masiuk@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Durante los años 2010-2011, el equipo de Prevención de la Transmisión Perinatal de la Dirección de Sida y ETS llevó adelante una investigación en la cual se halló una seroprevalencia para sífilis del 1,32%. Según el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y el Sistema Vigilancia Laboratorial (SIVILA), la prevalencia ascendió al 1,6% para sífilis gestacional en el año 2009, con una tasa país de sífilis congénita de 1,25 casos sospechados cada 1.000 nacidos vivos en el año 2014, constituyendo un problema de salud pública.

OBJETIVOS

Determinar la seroprevalencia de sífilis perinatal en la maternidad del Hospital Zonal Ricardo Gutiérrez de La Plata en el período comprendido entre enero de 2015 y enero 2017, así como también el número de casos de sífilis congénita en recién nacidos y describir sus características. Nombrar factores socioeconómicos y factores de riesgo de la población estudiada. Comparar los datos con los aportados por el Ministerio de Salud de la Nación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal utilizando las historias clínicas de pacientes embarazadas asistidas en el servicio de tocoginecología del hospital, durante el período mencionado. Se incluyeron historias clínicas de pacientes que tuvieron la asistencia de su parto en la institución. Se excluyeron aquellas con parto no asistido en el hospital y cuales presentaban datos incompletos para realizar el análisis.

RESULTADOS

Durante el período estudiado en nuestro hospital ocurrieron 2793 partos de los cuales el 33% corresponde a madres con VDRL positiva, de ellas el 91% fueron diagnosticadas de sífilis. El 42,4% fueron embarazos no controlados. Del total el resultado de VDRL antes de las veinte semanas fue del 67%, luego de las veinte semanas 93,9% y al momento del parto 66,7%. Se registró un caso de recién nacido sintomático, un mortinato, un 9% representaron RN pequeños para la edad gestacional y un 9% fueron RN pretérmino. Un 18% requirió su ingreso a UCIN para realizar tratamiento con penicilina G endovenosa y el resto requirió dosis única de penicilina benzatínica, según algoritmo propuesto por MSAL.

CONCLUSIÓN

En el presente trabajo observamos que la seroprevalencia de sífilis en nuestra población de estudio no difiere con la registrada a nivel nacional como así también las repercusiones de la misma en el neonato a corto plazo. No hubo diferencia significativa de la seroprevalencia de sífilis entre los embarazos controlados y no controlados. La mayoría de los casos fueron diagnosticados luego de las veinte semanas de gestación. Esto último, sumado al aumento de seroprevalencia durante el embarazo, demuestra la importancia de fortalecer el asesoramiento en la prevención de las ETS antes y durante la gestación e incluir a las parejas para el asesoramiento y diagnóstico.



MOTIVO DE CONSULTA: FIEBRE

Roig J.¹; Martínez A.²; Tomas M.³; Giullionni G.⁴; Mayo R.⁵

HOSPITAL J. B. ITURRASPEI 2 3 4 5

<roigioana_3.2@hotmail.com>

590

INTRODUCCION

La fiebre es la elevación de la temperatura por encima de la variación diaria normal. El control de la temperatura en los seres humanos tiene lugar en el hipotálamo y varía durante el día.

La temperatura axilar considerada como normal oscila entre 36,1-37,2 °C. Valores por encima de los 38°C se consideran como fiebre.

Los antitérmicos, son fármacos destinados a disminuir la fiebre, tratándola de forma sintomática, sin actuar sobre su causa. Los más empleados: ibuprofeno, paracetamol y dipirona.

OBJETIVO

Dado que la fiebre es uno de los principales motivos de consulta en las guardias, se decide realizar este trabajo, para analizar distintas variables relacionadas con ella y el uso de antitérmicos.

MATERIALES Y METODOS

Se realiza estudio prospectivo mediante encuestas realizadas a los padres que concurrieron a la guardia del servicio de Pediatría del Hospital J.B. Iturraspe, en el periodo comprendido entre Abril 2016 y Abril 2017.

DESARROLLO

Luego de analizar las variables podemos concluir que la mayoría, 50%, de los encuestados consideran fiebre una temperatura mayor a 37 °C; solo el 35% reconoce la fiebre a partir de los 38°C.

El 95% utiliza como antitérmico ibuprofeno y paracetamol (esto puede tener como sesgo que dada la escases de recursos de la población que asiste al hospital utilizan lo que provee la farmacia del mismo).

Para descender la temperatura utilizan un solo antitérmico el 50% o combinados 48% (simultáneamente o a las pocas horas). El 2% utilizan medios físicos.

El 93% consulta inmediatamente.

El 100% emplean antitérmicos con un intervalo de 6 u 8 horas.

El método de identificar la fiebre fue por percibir mayor temperatura al tacto, solo algunos lo confirmaban con termómetro.

CONCLUSION

Con dichos resultados podemos concluir que la fiebre genera gran ansiedad en los padres llevando a causar errores.

Según bibliografía consultada de la Sociedad Argentina de Pediatría, aun no hay evidencia de que la combinación de antitérmicos es segura o alcanza la antipiresis más rápido que cualquiera de los agentes por separado; si hay evidencia de que el uso incorrecto de estos puede causar daño.

El tratamiento parece estar más dirigido a la ansiedad de los padres y médicos que al peligro real que la fiebre representa para los chicos.

Es importante recomendar el uso del antitérmico principalmente para el bienestar del niño y es primordial educar a los padres combatiendo mitos.

DENGUE 2016: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN POBLACIÓN DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE CABA

Merlo M.¹; Yamamoto M.²; Gilbarg A.³; Rossetti F.⁴; Valle M.⁵; Bernetic Y.⁶; Pappolla R.⁷; Prieto M.⁸; Weissbrod P.⁹; Bravo G.¹⁰; Szwarc J.¹¹

HOSPITAL J. M. PENNA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}

<dolores_merlo@yahoo.com.ar>

591

INTRODUCCIÓN

En el año 2015 se registraron en CABA 149 casos de dengue. Hasta abril del 2016 se notificaron 11.363 casos. Con este aumento de incidencia se desarrollaron estrategias sanitarias creándose un Consultorio de derivación para diagnóstico y seguimiento de pacientes pediátricos con sospecha y/o diagnóstico de Dengue.

OBJETIVOS

Describir la evolución clínica y parámetros de laboratorio de la población con diagnóstico de Dengue (confirmado y sospechoso) vistos en el Servicio de Pediatría de un Hospital General de CABA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión de historias clínicas de pacientes de 1 mes a 16 años de edad atendidos en el Servicio de Pediatría de un Hospital General de CABA con diagnóstico de Dengue (confirmado y sospechoso) internados y con seguimiento ambulatorio entre el 1/1/16 al 30/4/16. Se registraron datos demográficos, clínicos, de laboratorio y medio epidemiológico. Estudio descriptivo, clínico analítico, retrospectivo.

RESULTADOS

Se analizaron 146 historias clínicas de casos confirmados 45%(65) y sospechosos 55%(81) de dengue. Un 55%(81) fueron de sexo masculino. Del rango etario de 1 mes a 16 años, la media fue de 10,5 años con un DS +/-3,63. El 51%(74) de los casos residen en CABA y el 49%(72) restante en la

provincia de Bs. As. El 17,8%(26) refiere algún familiar enfermo por Dengue, el 7,5%(11) algún vecino y sólo el 2,7%(4) el antecedente de haber viajado en los últimos 15 días. Síntomas presentados: 87,5% cefalea (128), seguido de exantema un 58,9% (86), mialgias 45,2% (66) y en forma repartida epistaxis, inyección conjuntival, dolor retroocular, vómitos y dolor abdominal. De los laboratorios analizados, el 80,1%(117) presentó leucopenia, con 67,1%(98) de neutropenia, el 70,5%(103) trombocitopenia, el 68,5%(100) aumento de transaminasas y sólo un 7,5%(11) hemoconcentración. Estas alteraciones se vieron mayormente entre el tercero y séptimo día de evolución. El 17%(25) de los casos requirieron internación, con un rango de 1 a 6 días. El motivo de internación del 36%(9) fue por neutropenia y, en igual proporción, 16%(4), por plaquetopenia o por esta misma combinada con hemoconcentración.

CONCLUSIONES

No se registraron óbitos probablemente relacionado a la seronegatividad previa de esta población. Los síntomas y un laboratorio sugestivo, con alteraciones características entre el tercero y séptimo día de evolución, serían orientativos para realizar diagnóstico de la enfermedad sin necesidad de serología confirmatoria.



SÍNDROME DE DRESS: AFECTACIÓN VISCERAL INFRECIENTE

Tello N.¹; Salvo J.²; Badalotti M.³

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD-UCI^{1,2,3}

<tellonoe@gmail.com>

593

INTRODUCCIÓN

El síndrome de DRESS es una toxicodermia grave, idiosincrática y potencialmente mortal, secundaria al uso de anticonvulsivantes aromáticos y antibióticos principalmente; sus manifestaciones comienzan luego de 1 a 8 semanas de iniciado el tratamiento y se caracteriza por fiebre, exantema, adenopatías, alteraciones hematológicas y afectación visceral.

OBJETIVOS

Relatar un caso clínico de síndrome de DRESS con mala evolución secundaria a afectación intestinal.

Caso Clínico: Niño de 18 meses con APP de convulsiones, tratado con Fenobarbital durante un mes. Ingresa por fiebre, regular estado general, eritrodermia generalizada sin compromiso palmoplantar, edema facial y de miembros, queilitis y mucositis oral. Laboratorio GB 16370 (NS39/E0/L39/M21/C18) PCR 56, VSG 10, coagulopatía, GPT 423, GOT 628, GGT 2721, FAL 3050, BT 2,85 Y BD 2,55. Por sospecha de DRESS se suspende fenobarbital y comienza metilprednisolona 2mg/kg/día EV. Al 4 DDI cede cuadro febril; Al 6 DDI mejora perfil hepático. Recibe 47 días de corticoides y 2gr/kg de gammaglobulina.

El 6DDI comienza con diarrea y vómitos de difícil manejo requiriendo NPT, accesos venosos centrales y múltiples esquemas antibióticos por infecciones sobreagregadas. Al 43 DDI se realiza TEGD que informa oclusión en 3ra porción duodenal, realizándose laparotomía exploradora

con hallazgo de estenosis duodenal e importante dilatación de 2da porción, cuya anatomía patológica informa ulceración y vasculitis neutrofílica de pequeños vasos. A los 18 días postquirúrgicos se otorga el alta. (60DDI)

DISCUSIÓN

El diagnóstico oportuno de DRESS es importante debido a su tasa de mortalidad de 10-20%, la mayoría a causa de fallo hepático fulminante, siendo el compromiso hepático (50-60%) el órgano más afectado luego de la piel (87%). Se han descrito otras afectaciones viscerales: neumonitis intersticial, miocarditis, nefritis, tiroiditis, meningitis y encefalitis, a nivel digestivo se han descrito casos de diarrea, pancreatitis o colitis. No hallamos otros casos de estenosis intestinal debido a vasculitis secundaria a DRESS, por lo que nos pareció interesante relatar este caso por su baja incidencia y escasa publicación en la bibliografía. Rescatando que nuestro paciente recibió diagnóstico y tratamiento oportunamente instaurados para DRESS, pero permaneció internado de manera prolongada, con complicaciones de riesgo vital hasta llegarse al diagnóstico y tratamiento quirúrgico de esta complicación poco descripta.

ESTUDIO EN TERRENO DE PREVALENCIA DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES EN LA CIUDAD VILLA DOLORES PROVINCIA DE CÓRDOBA, NOVIEMBRE DE 2016

Montes CC¹; Chaves A²; Villagra Cocco A³; Cafaro T⁴; Pabletich F⁵; Sabas M⁶; Maracini MJ⁷; Baudonet G⁸; Ponce JP⁹; Vilanova L¹⁰; Godoy G¹¹; Lucero N¹²; Bringas A¹³; Perez A¹⁴; Medina M¹⁵; Spinelli A¹⁶; Martínez C¹⁷; Britos L¹⁸; Cantarutti C¹⁹; Curi F²⁰; Glatstein N²¹; Sturich A²²; Rossi NT²³
DIVISION GENETICA MEDICA HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA^{1,2}; SERVICIO DE NEUROLOGÍA, HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA³; UNIDAD DE POMPE GENZYME⁴; DIVISION GENETICA MEDICA HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA⁵; SECRETARIA DE SALUD MUNICIPALIDAD DE VILLA DOLORES, CORDOBA^{6,8,11,13}; SERVICIO NEUMONOLOGIA, HOSPITAL SAN ROQUE DE CORDOBA^{7,9}; SERVICIO DE NEUROLOGIA, HOSPITAL SAN ROQUE DE CORDOBA^{10,12,14}; SERVICIO DE NEUROLOGIA, HOSPITAL CORDOBA¹⁵; SECRETARIA DE SALUD MUNICIPALIDAD DE VILLA DOLORES, CORDOBA^{16,17,18,19,20}; DEPARTAMENTO DE SALUD AMBIENTAL, MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORDOBA²¹; DIVISION GENETICA MEDICA HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA^{22,23}
ceciliamontes69@hotmail.com

594

Las enfermedades neuromusculares (ENM) afectan a músculos y/o nervios que los controlan, son progresivas e incapacitantes. En su mayoría no poseen tratamiento específico excepto la enfermedad de Pompe (EP) con una prevalencia de 1/40000.

En las ENM existe una demora diagnóstica. La EP se diagnostica fácilmente con el dosaje de actividad de la enzima alfa glucosidasa ácida (GAA) en gota seca de papel de filtro (DBS).

Villa Dolores (VD) tiene 43682 habitantes y se encuentra aislada geográficamente, por las sierras grandes, existiendo mayor probabilidad de nichos mutacionales, para enfermedades recesivas.

OBJETIVO

Evaluación clínica y diagnóstico de ENM y EP en particular, en VD. Empoderamiento de los pacientes con síntomas de ENM.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de prevalencia, a partir de una campaña de evaluación y diagnóstico de ENM en los centros de salud Municipal de VD, a pacientes adultos (A >16 años) y pediátricos (P <16 años) con síntomas de ENM. El equipo participante fue previamente capacitado en ENM y se realizó difusión radial, gráfica y vía web a la población general. El trabajo en terreno se realizó durante dos días, en el mes de noviembre de 2016. Se diseñó una historia clínica orientada a ENM y un sistema de postas de evaluación: medicina general, neurología,

neumonología y genética. En los pacientes con síntomas sugestivos de ENM se tomó DBS para EP. El tamaño muestral para EP dependió de la presencia de los síntomas y la muestra se obtuvo por conglomerado.

RESULTADOS

Asistieron 298 pacientes, 13% P. Todos fueron evaluados por medicina general, 32,5% (97) por neurología, 11%(33) por genética y 10,4%(31) por neumonología. Solo 16% (49) presentó síntomas compatibles con ENM, sintomatología: 62% mialgias, 53% debilidad muscular (dm) proximal, 36% dm distal, 40%fatiga, 29% calambres. A todos se les realizó DBS con resultado negativo. 7 pacientes fueron derivados al tercer nivel para diagnóstico: 3 P, dos para biopsia muscular, uno para diagnóstico de paraparesia espástica; 4 A, uno para seguimiento de esclerosis lateral amiotrófica y tres para realizar electromiografía. La prevalencia de ENM en la muestra fue 2,34%.

CONCLUSIONES

La campaña de detección ENM, evidenció el difícil acceso al tercer nivel de atención a los pacientes de regiones con aislamiento geográfico y permitió el acercamiento de especialistas a regiones que carecen de ellos. Se realizaron 7 diagnósticos de ENM; no se diagnosticó EP. La difusión radial, gráfica y vía web permitió el reconocimiento de los síntomas de ENM en la población.



A PROPÓSITO DE UN CASO DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

Dalzotto A.¹; Dal Maso D.²; Rossiter J.³; Diaz F.⁴; Mancera A.⁵

HZGA DR. ARTURO ONATIVIA^{1,2,3,4,5}

<agustinadalzotto@gmail.com>

595

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa cuyo agente etiológico es el *Mycobacterium tuberculosis* (MT). Las localizaciones extrapulmonares constituyen del 15% al 20%. Clínicamente la forma meníngea progresa en tres estadios: 1: síndrome meníngeo (SM) con sensorio normal sin signos de foco neurológico o hidrocefalia. 2: SM más alteración de la conducta y signos de foco. 3: convulsiones, estupor o coma, déficit neurológico manifiesto.

OBJETIVO

Describir un caso de TBC meníngea de presentación atípica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: paciente masculino de 6 meses, vacunas completas, con antecedente de cuadro respiratorio bajo es traído a guardia por convulsión febril. Al ingreso se apoya con oxígeno cediendo el episodio espontáneamente. Se realizan análisis complementarios, presentando anemia y discreta leucocitosis (15900 células/mm³), PCR 10 mg/dl. Se interpreta por clínica y radiología neumonía bilateral, presentando tras esto signos clínicos de sepsis, por lo que se medica con ceftriaxona, previa toma de hemocultivos y urocultivo, no realizándose punción lumbar por labilidad clínica y hemodinámica.

Durante la internación se rescata parainfluenza 3 en secreciones respiratorias. En su 4° día de internación presenta convulsión tónica focalizada (miembro superior e inferior derechos) que cede con una dosis de benzodiacepina. Se realiza tomografía axial computada cerebral sin

contraste en la cual se observa imagen hipodensa en hemisferio izquierdo, que comprime asta anterior de ventrículo lateral izquierdo. Se interconsulta con neurología infantil, quienes sospechan lesión cerebrovascular isquémica de origen infeccioso y aconsejan sumar al tratamiento fenitoína y aciclovir. El paciente continúa con desmejoría clínica, observándose hemiparesia derecha y deterioro del Glasgow, por lo que se decide intubación electiva y derivación a unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). En UCIP se realiza punción lumbar, presentando PCR de líquido cefalorraquídeo positiva para MT interpretándose como TBC meníngea. Tras 37 días en UCIP presenta hemiparesia derecha y trastornos deglutorios como secuelas neurológicas.

DISCUSIÓN

En este caso la enfermedad transitó las fases de la patología meníngea, retrasándose el diagnóstico debido a coinfección con otro germen respiratorio y ausencia de SM. La gravedad del caso nos obliga a considerar la TBC como diagnóstico diferencial en cuadros respiratorios y neurológicos incluso en niños debidamente inmunizados.

RELEVAMIENTO DE INTERNACIONES POR ACCIDENTES EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

Mayer M.¹; Arévalo T.²; Battaglia C.³; Vernarelli M.⁴; Fernandez Navarro G.⁵

HOSPITAL ENRIQUE ERILL^{1,2,3,4,5}

<mariana21m@hotmail.com>

596

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que los accidentes constituyen uno de los principales motivos de muerte en la infancia, resulta relevante conocer su causa, y así plantear medidas preventivas.

OBJETIVO

Identificar la prevalencia y causa de los accidentes en la infancia en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo. Revisión de historias clínicas. Criterios de inclusión: niños de 1 mes a 14 años, internados por causa accidental en nuestro Hospital en el período de Enero a Diciembre de 2015. Las variables fueron edad, sexo, tipo y lugar del accidente, conducta médica, tiempo de internación.

RESULTADOS

Total de pacientes accidentados 198. Niñas 77 (39%) Niños 121 (61%). Edad: Lactantes 1 mes a 2 años 79 (40%). La mayoría de los accidentes ocurrieron en el hogar (83%). La causa más frecuente de internación fue por politraumatismo (PLT) (66%) de los cuales 75% presentaron TEC y el 49% de ellos fractura de cráneo (FC). La mayor permanencia en el Htal se debió a lesiones por quemaduras (13%).

Preescolares 3 a 5 años 45 (23%) Accidente doméstico 78%, causa principal de internación PLT (64%) de los cuales 55% TEC y 25% FC. Quemados 9%, electrocutados 7%. Requirieron derivación 24%: 45%

por causa quirúrgica, 36% a UTIP, 19% procedimientos bajo anestesia (endoscopias).

Escolares 6 a 10 años 33 (17%) Lugar del accidente: hogar 48%, vía pública 31%, colegio 6%, falta de datos en HC 15%. Causas: PLT 70%, 30% con TEC y uno con FC, otros 12%. Derivados a centro de mayor complejidad 27%. Adolescentes de 11 a 14 años 41 (20%). El sitio del accidente: vía pública 51%, hogar 39%, colegio 10%. PLT 59% de los cuales 25% TEC, no se observan FC. Herida cortopunzantes 12%, intoxicaciones con intento de suicidio 12%, electrocutados 10%.

CONCLUSIÓN

La mayoría de accidentes en pediatría suceden dentro del hogar (67%) el grupo más afectado fue el de lactantes el cual permanece bajo el cuidado de padres o cuidadores por lo que resultan lesiones prevenibles. Se ve un aumento de los accidentes en vía pública y relacionados con el deporte a partir de los 11 años, lo mismo que las intoxicaciones como autoagresión. Con respecto a los días de internación los quemados tuvieron mayor permanencia hospitalaria en todas las edades. No se registran muertes dentro de nuestra institución, desconociendo la evolución de los pacientes derivados a UTIP (4%).



... Y SI HABLAMOS DEL SINDROME DE MILLER FISHER?...

Pertuz Suarez M.¹; Vides De La Hoz P.²; Mendoza Mantilla M.³; De La Ossa Castellar E.⁴

HOSPITAL GRRAHAN^{1,2,3,4}

<majo_pertuz@hotmail.com>

600

OBJETIVOS

Describir el caso clínico de un paciente de 6 meses con cuadriparesia flácida y estrabismo intermitente.

METODOLOGÍA

Se controló la evolución de un lactante con oftalmoplejía y arreflexia.

RESULTADOS

Se presenta un paciente varón de 6 meses que comienza hace 48 horas, con estrabismo alternante, falta de movilidad de los miembros inferiores y en las últimas 24 horas, de los superiores, cursando resfriado común. Exámen físico: Lactante en buen estado general, afebril, reactivo, con hipertensión arterial, pobre sostén cefálico, estrabismo intermitente, cuadriparesia Flácida, (movilidad y fuerza disminuidas) presunción de dolor neuropático, reflejos osteotendinosos ausentes, reflejo tusígeno débil, dificultad respiratoria, con mal manejo de secreciones, sin dificultades en la alimentación. Diagnóstico compatible: Guillain-Barré atípico indicándose Gammaglobulina 1gr/kg ev recibidos en dos ciclos. Estudios complementarios: Laboratorio: normal. VSNF: Negativo. Toxina botulínica en materia fecal y coprocultivo para Campylobacter negativos. TAC de cerebro: normal. RMN cerebro y médula con contraste: Refuerzo de raíces anteriores de la cola de caballo. Electromiografía: Compromiso neuropático sensitivo-motor de carácter axoncomielínico. Citoquímico de LCR: Disociación albúmino – citológica sin elementos. Cultivo, bandas oligoclonales y PCR virales

neurotrópos negativos. PEAT normal. Seriado esofagogastroduodenal y videodeglución: normales. Anticuerpo específico (antigangliósido-GQ 1b) para variante Miller Fisher; la administración de Gammaglobulina invalida el resultado.

CONCLUSIONES

Este síndrome es considerado variante atípica del Síndrome de Guillain-Barré; la triada clásica de oftalmoplejía externa, ataxia (ausente en lactantes) y arreflexia. Está desencadenado por la formación de anticuerpos antigangliósidos GQ1b. La plasmaféresis y las inmunoglobulinas intravenosas han demostrado similar eficacia. El pronóstico es generalmente bueno, se recupera íntegramente, sin embargo hay que tener en cuenta que la severidad del cuadro clínico es importante como factor pronóstico.

PREVALENCIA DE CISTOURETROGRAFÍA MICCIONAL PATOLÓGICA POSTERIOR AL PRIMER EPISODIO DE INFECCIÓN URINARIA EN MENORES DE UN AÑO

Fernandez S.¹

CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA¹

<natifernandez.1905@gmail.com>

601

INTRODUCCIÓN

Las infecciones del tracto urinario constituyen una importante causa de morbilidad, teniendo en cuenta que la pielonefritis aguda (PNA) puede acarrear secuelas importantes se consensuaron recomendaciones por parte del Comité de Nefrología de la Sociedad Argentina de Pediatría en el año 2013; donde se redujo la edad de la indicación de cistouretrografía miccional (CUGM) a los menores de un año. Desconocemos la prevalencia en nuestro medio de CUGM patológicas posterior al primer episodio de PNA.

OBJETIVOS

Establecer la prevalencia, en pacientes internados durante el periodo 2014-2016 en la Clínica Universitaria Reina Fabiola, de CUGM patológica posterior al primer episodio de PNA en menores de un año. Determinando los hallazgos más frecuentes en las mismas.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo. Incluye menores de un año con diagnóstico de primer episodio de PNA, que se internaron en el Servicio de Neonatología y Pediatría en la Clínica Universitaria Reina Fabiola incluyendo registros de enero de 2014 a diciembre de 2016 que cumplan con los criterios de inclusión. Los datos se recolectaron de historias clínicas. El análisis estadístico se presenta de forma descriptiva (porcentajes), realizado en el programa InfoStat.

RESULTADOS

Se incluyeron 84 pacientes, la media de edad fue de 4 meses. El hallazgo más frecuente dentro de los criterios de inclusión fue la presencia de fiebre (100%), leucocitosis (88%) y elevación de la PCR (84,5%). Se realizó CUGM a 60 pacientes (71%) de las cuales 65% fueron normales; un 10% presento RVU de bajo grado I-II, y un 25% presento patología clínicamente relevante (RVU de alto grado III-V o malformación de la vía urinaria). De aquellas CUGM patológicas el 47% de las ecografías previas era normal.

CONCLUSIONES

La prevalencia en nuestro medio de CUGM patológicas fue del 35%, con un 25% de patología clínicamente relevante. Estos resultados apoyan las actuales recomendaciones del Comité de Nefrología de la SAP para obtener un diagnóstico oportuno y evitar el potencial riesgo de lesión renal ante una recurrencia de ITU.



VASCULITIS PRIMARIA DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Penas M.¹; Sosa R.²; Vacarezza S.³; Morales I.⁴; Gonzalez F.⁵; Paganini A.⁶; Pringe A.⁷; Bidegain J.⁸; Lopez Iglesias C.⁹; Toledo E.¹⁰

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<marisolpenas88@gmail.com>

602

INTRODUCCIÓN

La vasculitis de sistema nervioso central (SNC) es una entidad con elevada morbimortalidad. Su etiología puede ser primaria (afectación exclusiva de SNC y medula espinal) o secundaria (infecciosa, neoplásica, reumatológica, hematológica, metabólica, toxicológica, entre otras causas). Dado que la clínica y los estudios complementarios no son concluyentes, la arteriografía y la biopsia del SNC dan el diagnóstico de certeza. Al ser una enfermedad poco frecuente y grave, es fundamental la sospecha diagnóstica ante un cuadro compatible para ofrecer tratamiento precoz.

OBJETIVO

Descripción de un caso de vasculitis primaria de sistema nervioso central en una paciente previamente sana.

Caso Clínico: Niña de 8 meses, sin antecedentes, concurre a la guardia del hospital por presentar convulsión tónico clónica generalizada asociada a registro febril quedando con una hemiparesia facioabrahuiocruaral izquierda. Se realiza una TAC de cerebro sin contraste donde se evidencia imagen hipodensa en región frontal. Se realiza laboratorio, serologías virales, perfil reumatológico, análisis de líquido cefalorraquídeo, colagenograma y estudios para enfermedades metabólicas, obteniendo en todos ellos, resultados normales. Presentó durante la internación, dos status convulsivos con franco deterioro neurológico. Se realizaron imágenes complementarias (TAC y RMN de cerebro) para evaluar la ubicación y extensión de la lesión, observando a nivel parietal derecho área hipodensa

de contornos poco definidos con centro espontáneamente hiperdenso que podría corresponder a hemorragia. La progresión de imágenes se asocio al deterioro clínico de la paciente. Se solicita angiografía de SNC donde sólo se observan signos indirectos de isquemia. Se realiza reunión interdisciplinaria con servicio de neurología, reumatología, cardiología, diagnóstico por imágenes, clínica médica y se decide realizar biopsia cerebral, informando la anatomía patológica vasculitis de SNC. Previamente se administraron pulsos de metilprednisolona luego de status, sin cambios en el cuadro de la paciente. Se instaura tratamiento inmunosupresor con pulsos de ciclofosfamida.

DISCUSIÓN

La vasculitis de sistema nervioso central es una entidad poco frecuente en pediatría y se asocia a elevada morbimortalidad. Se puede manifestar de manera inespecífica hasta cuadros potencialmente mortales. Por tal motivo, el pediatra debe tenerla en cuenta siempre, particularmente en aquellos casos que evolucionan desfavorablemente a pesar de la terapéutica instaurada.

CONCLUSIÓN

La afectación del sistema nervioso dificulta el pronóstico en la mayoría de las vasculitis, principalmente en pediatría por la baja presentación de la enfermedad. El tratamiento con corticoides e inmusupresores debe considerarse en cada caso particular según la clínica y la evolución del paciente.

ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN EL EQUIPO DE SALUD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS IMPLEMENTANDO ESTRATEGIAS MULTIMODAL DE LA OMS.

Loza F.¹; Sanchez M.²; Tirao E.³; Alvarez M.⁴

HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL^{1 2 3 4}

<flavialozza@hotmail.com>

606

INTRODUCCIÓN

Al implementar un Programa de Prevención y Control de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud en una Unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) uno de los componentes claves para trabajar en el logro de los objetivos es la medición de procesos; entre ellos la adherencia a la higiene de manos (AHM), la medida principal para disminuir la transmisión de microorganismos (MO).

OBJETIVO GENERAL

Conocer la AHM, del personal de salud de la UCIP, utilizando la Estrategia Multimodal recomendada por la OMS.

Objetivos específicos: Conocer adherencia al tipo de higiene de manos. Conocer AHM según profesión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Se implementó la Estrategia Multimodal de la OMS para la mejora de la Higiene de Manos con sus cinco componentes. Comenzando las observaciones a partir del año 2012. Cada año se capacita un equipo de monitores (15 en total). Se realiza una observación como mínimo por turno de trabajo al personal que realizará atención directa, por un máximo de 20 minutos; el primer año y el primer mes de 2017 con la modalidad de no avisar al observado. En las otras mediciones se avisaba al observado, realizándose la devolución de sus resultados y fomentándose el feedback. En el año 2014 no se pudo realizar por problemas de personal en el servicio. Se utilizaron los instrumentos y cálculos de tasas propuestos por la OMS.

RESULTADOS

Se realizaron 825 observaciones, detectándose 2734 oportunidades para la higiene de manos, de las cuales se realizaron 1885, con una tasa de adherencia de 69 %. Las tasas anuales fueron: año 2012 de 50, 6 % y 2017 (un mes) de 62 % con modalidad de no avisar al observado. Esto demuestra un aumento real en la adherencia a esta práctica. En los restantes años aplicando la metodología de feedback se logró: 2013 una tasa de 79 %, 2015 de 81 %, 2016 de 87 % y 2017 (un mes) 79 %. En el tipo de lavado de manos se observó que durante el año 2012 el 44 % se frotaba las manos y el 56 % se lavaba, logrando un cambio en el año 2017 de 77 % de frotado de manos y 23 % de lavado. En cuanto a la adherencia según disciplina fue: Enfermería 78 %, médicos residentes 78 %, médicos terapeutas 82 %, laboratorio 60 %, radiología 54 %, kinesióloga 70 %, cirujanos 35 % y otros 65 %.

CONCLUSIÓN

La Estrategia Multimodal de la OMS fue un instrumento muy efectivo para el logro a la AHM en el equipo de salud. Se logró un aumento progresivo aunque las cifras demuestran que cuando se mantiene la observación directa y el observado sabe de esto el cumplimiento es mayor. El frotado pasó a tener mayor adherencia y esto asegura que se pueda cumplimentar los cinco momentos para la higiene de manos recomendados por la OMS. Se debe trabajar en otras metodologías de enseñanza y concientización para aumentar la adherencia de otras disciplinas.



HISTIOCITOSIS EN HOSPITAL GENERAL A RAZÓN DE 3 CASOS CLINICOS

Herrera N¹; Gamba A²; Bietti J³; Mayo R⁴; Cantarutti D⁵

HOSPITAL J. B. ITURRASPE^{1,2,3,4,5}

noelia_herrera_25@hotmail.com

607

INTRODUCCIÓN

La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) se caracteriza por la acumulación anormal de células pertenecientes al sistema monocítico-macrofágico en diversos órganos y sistemas, de manera aislada o múltiple. El diagnóstico se realiza mediante biopsia de la lesión y la confirmación de la presencia de CD1a, CD68 y/o CD207. Afecta anualmente 40-60 niños en Argentina. Se considera compromiso de alto riesgo la presencia de enfermedad en pulmón, hígado, bazo y médula ósea.

El tratamiento consiste, dependiendo los órganos afectados, en corticoides, AINES, cirugías, radioterapia para lesiones óseas únicas o múltiples y quimioterapia para compromiso multisistémico.

OBJETIVO

Presentación de casos clínicos con manifestaciones óseas líticas compatibles con HCL a fin de resaltar la importancia para un diagnóstico y manejo oportuno de esta entidad.

PRESENTACION DE CASOS

Varón de 6 años con tumoración dolorosa en región mandibular derecha de 4 semanas de evolución LDH 294. Rx mandibular imagen osteolítica. TAC imagen osteolítica expansiva con destrucción cortical de rama ascendente derecha. Se realiza biopsia positiva CD1 a. Actualmente en tratamiento con Indometacina.

Mujer de 4 años con dolor en región parietal izquierda de 3 semanas de evolución LDH 394. Rx Cráneo imagen osteolítica redondeada de bordes

irregulares, Rx de huesos sin lesiones. Se realiza excéresis de dicha lesión con biopsia positiva a CD1a. Se realizó curetaje con colocación de placa. Actualmente sin recaídas a 2 años de seguimiento.

Mujer de 8 años con lesión osteolítica en trocánter mayor, se realizó curetaje, no biopsiado. A los 6 meses presenta imagen osteolítica en mandíbula izquierda, se realiza curetaje con biopsia con IMH positiva CD1a. Se realizó tratamiento de acuerdo a Protocolo LCH III (2001) por 6 meses. Al año de la 2° lesión presenta recidiva en región costovertebral de 5° costilla. RMN compatible con lesión osteolítica. Se inicia tratamiento con Indometacina con buena respuesta inicial. Al año presenta recidiva en calota craneana con imagen osteolítica por RMN y edema medular, refiriendo ingesta ocasional de medicación. Se ratifica la importancia del tratamiento.

CONCLUSION

A pesar de ser una entidad poco frecuente la HCL, debe sospecharse en lesiones óseas líticas. Su pronto diagnóstico y manejo adecuado llevan a una mejor calidad de vida, con una terapéutica actual que deja de lado los citostáticos.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

Loza F¹; Tirao E.²; Gonzalez L.³; Sanchez L.⁴; Sanchez M.⁵; Alvarez M.⁶

HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL^{1,2,3,4,5,6}

<flavialozza@hotmail.com>

608

INTRODUCCIÓN

Del 3 % al 10 % de los pacientes hospitalizados pueden sufrir una Infección asociada al Cuidado de la Salud (IACS) De ese porcentaje el 25 % se produce dentro de áreas críticas. Vigilar la epidemiología local de estos eventos permite generar acciones para su prevención y control.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil epidemiológico de las IACS con Factores de Riesgo (FR) exógenos más utilizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Objetivos Específicos: Conocer la tasa global anual de Incidencia de las IACS por cada 1000 pacientes – días. Conocer la tasa asociada a cada uno de los FR exógenos más utilizados en la UCIP por cada 1000 días uso. Conocer la tasa de Utilización de esos FR. Conocer los Microorganismos (MO) más hallados según FR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo; en el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2016 en la UCIP. Los datos fueron recogidos por la Enfermera en Control de Infecciones, las sospechas de IACS se definieron por equipo médico de UCIP, con aporte de Bacteriología e Infectología. Se utilizaron las definiciones del programa VIHDA. Devolución semestral de resultados al servicio para determinar medidas y anual a la Dirección.

RESULTADOS

Se reportaron 120 episodios de IACS, con 9715 días – pacientes en la UCIP. Tasa global anual: 2012: 14,32‰; 2013 : 11,2‰; 2014 : 8,15‰;

2015 : 11,79‰ y 2016 : 11,75‰. Tasa de Infección Primaria de la Sangre asociada a Catéter Venoso Central (IPS-CVC): 2012 de 5,74‰ (índice de utilización IU 47,9 %) ; 2013 de 3,39‰ (IU 47,4 %) ; 2014 de 3,45‰ (IU 47,2 %) ; 2015 de 1,07‰ (IU 45,7 %) ; 2016 de 5,68‰ (IU 57 %). Tasa de Neumonía asociada a Asistencia Ventilatoria Mecánica (NAV): 2012 de 5,4 % (IU 50,79%); 2013 de 2,83 % (IU 75,8%); 2014 de 1,12 % (IU 48,34%); 2015 de 5,78 % (IU 42,49%); 2016 de 6,94 % (IU 53,4%). Tasa de Infección del Tracto Urinario asociada a Sonda Vesical: 2012 de 3,98 % (IU 55,31 %) ; 2013 de 9,45‰ (IU 45,38 %) ; 2014 de 10,86‰ (IU 45,03 %) ; 2015 de 15,31 % (IU 38,51 %) ; 2016 de 8,63 % (IU 42,94 %). Los MO más hallados según el FR:

- En IPS- CVC: Burkholderia cepacia; Burkholderia sp; Candidas parapsilosis
- En NAV: Burkholderia sp.; Serratia marcescens; Staphylococcus aureus; Stenotrophomonas maltophilia; Virus respiratorio sincicial
- En ITU –SV: Escherichia coli; Cándida albicans; Enterococcus faecalis; Klebsiella pneumonia.

CONCLUSIÓN

La vigilancia epidemiológica de las IACS permite tener información concreta, real y local de la problemática de la Institución e implementar medidas direccionadas y específicas. El trabajo en Prevención y Control de Infecciones debe ser una política dentro de las Instituciones y abordado de manera multidisciplinaria para la implementación de mejores prácticas en la atención.



Por un niño sano en un mundo mejor

ENDOCARDITIS INFECCIOSA SUBAGUDA EN PEDIATRÍA

Muñoz GS.¹; Devia D.²; Fischer S.³; Gallardo Martínez A.⁴; Labaroni C.⁵; Martínez N.⁶

CLINICA SAN LUCAS^{1,2,3,4}; CLÍNICA SAN LUCAS⁵; CLINICA SAN LUCAS⁶
dramunozgabriela@gmail.com

609

INTRODUCCION

La endocarditis bacteriana, es una entidad de baja incidencia en pediatría. Habitualmente se presenta en pacientes con patología valvular, cardiopatía congénita, reumatológica o usuarios de drogas endovenosas. Menos frecuente aun resulta encontrarla en individuos previamente sanos. Exponemos un caso clínico, de un paciente sin antecedentes el cual fue diagnosticado con esta patología.

PRESENTACION DE CASO: Paciente de 16 años, previamente sano, vacunas completas, presenta síndrome febril de 40 días de evolución asociado a astenia, pérdida de peso de 10 kg y tos productiva. Refiere viaje a la provincia de Mendoza, contacto con aves de corral.

Internado en lugar de origen se evidencia bicitopenia, leucocitosis leve, aumento de reactantes de fase aguda, transaminasas, y triglicéridos. Discreta hiperbilirrubinemia directa, e hipoalbuminemia. Ecografía abdominal compatible con hepatitis. Se toman HMC X 2 y esputo para BAAR, comienza tratamiento con ceftriaxona asumiendo cuadro de sepsis, agregan posteriormente vancomicina por HMC positivo para coco gram (+). Es derivado a nuestra institución.

Al ingreso se completan estudios clínicos, constatándose elevación de ferritina (>1627). Serologías EBV CMV HIV, VDRL, M. pneumoniae, C. psittacchi, HBV negativos.

Se realiza ecocardiograma el cual muestra vegetación en AD (1.75x 1.14) adherida a válvula tricúspide. Hipertensión pulmonar leve (36mmHg), derrame pericárdico leve. Hallazgos compatibles con endocarditis y

probables embolias pulmonares. Se indica tratamiento con vancomicina-gentamicina y anti agregación plaquetaria AAS.

Se obtiene tipificación y antibiograma de HMC x 2 : SAMS, se rota esquema antibiótico a cefalotina-gentamicina. Por desmejoría clínica se cambia esquema antibiótico a cefalotina rifampicina (cumple 21 y 10 días respectivamente).

Luego de 21 días de internación se realiza ecocardiograma de control, no se evidencia vegetación. Hipertensión pulmonar en mejoría. Se suspende anti agregación. Se deriva para completar antibioticoterapia.

CONCLUSION

La endocarditis bacteriana subaguda es un entidad poco frecuente en pediatría, más aun en individuos previamente sanos. Se presenta de forma insidiosa, y frecuentemente asocia al momento del diagnóstico complicaciones a distancia. En individuos con factores de riesgo, la mortalidad puede alcanzar hasta un 75 a 90%; de ahí radica la importancia de su detección precoz y tratamiento oportuno.

DISEÑO Y FUNDAMENTO DE LOS ACTUALES ESTUDIOS OBSERVACIONALES Y TERAPÉUTICOS CON BMN 250, UN NUEVO TRATAMIENTO ENZIMÁTICO SUSTITUTIVO PARA EL SÍNDROME DE SANFILIPPO B (MPS IIIB)

Seratti G.¹; Shaywitz A.²; Maricich S.³; Yu H.⁴; Kent S.⁵

BIOMARIN PHARMACEUTICAL INC., NOVATO, CA, ESTADOS UNIDOS^{1,2,3,4,5}
<guillermo.seratti@bmn.com>

611

El síndrome de Sanfilippo tipo B (MPS IIIB) es un trastorno de almacenamiento lisosómico caracterizado por un deterioro neurológico de progresión rápida debido a una deficiencia de α N acetilglucosaminidasa (NAGLU). Para determinar si los efectos terapéuticos son clínicamente relevantes es esencial conocer la progresión del síndrome, en especial el deterioro cognitivo, en los pacientes no tratados. En niños con Sanfilippo A se ha validado como parámetro cognitivo el coeficiente de desarrollo (DQ) derivado del puntaje de la Escala de desarrollo infantil o la batería de valoración para niños de Kauffman (BSID y KABC por sus siglas en inglés respectivamente), dos pruebas cognitivas. Aunque se han descrito variaciones pronunciadas del DQ en los pacientes con MPS IIIA más pequeños, hay pocos datos sobre la evolución del DQ en los pacientes con Sanfilippo B jóvenes.

El BMN 250 901 (NCT02493998) es un estudio observacional diseñado para cuantificar la progresión del Sanfilippo B en niños afectados, principalmente con edad inicial de 1-5 años y función cognitiva relativamente conservada, y correlacionar los cambios de parámetros clínicos (en especial del DQ) con parámetros de RMN y marcadores bioquímicos de carga patológica. El BMN 250 902 es otro estudio observacional para describir la evolución del Sanfilippo B en todo su espectro, y participan pacientes de cualquier edad y grado de deterioro cognitivo. Se está haciendo simultáneamente el estudio terapéutico

BMN 250 201 (NCT02754076) con BMN 250 (NAGLU-IGF), un nuevo tratamiento enzimático sustitutivo para restablecer la actividad encefálica de la NAGLU. Su primera parte es un período de aumento posológico para determinar la seguridad, y la segunda es una ampliación del tratamiento en la que participan los pacientes de la primera parte y pacientes procedentes del estudio observacional BMN 250 901.

Se evaluará la eficacia comparando la progresión observada en el BMN 250 901 frente a la observada en la segunda parte del BMN 250 201. El reclutamiento está activo tanto en el BMN 250 901 y el BMN 250 902 como en el BMN 250 201.

Los datos del programa de desarrollo clínico del BMN 250 aportarán información valiosa sobre la evolución natural de los pacientes con Sanfilippo B sin tratar y sobre la eficacia y la seguridad del BMN 250.



PESO COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLO DE HIPERGLUCEMIA INDUCIDA POR CORTICOIDES EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS.

612

Gigliotti M.¹; Cabaña S.²; Schmidt J.³; Cantarutti D.⁴; Giulioni G.⁵; Mayo R.⁶

HOSPITAL J B ITURRASPE^{1 2 3 4 5 6}

<micafgigliotti@gmail.com>

INTRODUCCION

Se conoce la relación existente entre el bajo peso al nacimiento y el desarrollo de diabetes en la edad adulta, de igual forma, el sobrepeso es otro condicionante. La hiperglucemia es uno de los efectos adversos más conocidos de los glucocorticoides sistémicos, afectando a la práctica totalidad de los pacientes con diabetes previa o precipitándola en pacientes sin ella.

OBJETIVOS

Determinar si el bajo peso al nacimiento o alto peso al diagnóstico influyen en el desarrollo de hiperglucemia inducida por corticoides o diabetes medicamentosa en pacientes oncohematológicos desde 1 año hasta 14 años 11 meses, junto con la fase del protocolo en que se encuentran, en tratamiento en el servicio de Pediatría de Hospital JB Iturraspe.

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo donde se examinaron historias clínicas de pacientes ingresados en Servicio de Pediatría con diagnóstico de patología oncohematológica en el periodo comprendido entre 2008-2016.

RESULTADOS

Del total de historias clínicas analizadas (30), el 80% (24) presento registros de hiperglucemias durante el tratamiento. Estos registros fueron aislados en fase de inducción. Ninguno de estos pacientes presentaba sobrepeso al ingreso, y sólo 3,7% (1 paciente) presento bajo peso al nacer, paciente que luego desarrolló diabetes medicamentosa. Del

total de pacientes que presentaron hiperglucemias, 3,7% (1 paciente) presento diabetes medicamentosa y requirió tratamiento con insulina basal NPH. El 11,1% (3 pacientes) requirieron correcciones esporádicas con insulina aspártica frente a registros aislados de hiperglucemia junto con medidas higienicodietéticas. El resto, 80% (20 pacientes) lograron manejo adecuado de glucemia con dieta.

CONCLUSION

A raíz de lo expuesto anteriormente podemos observar que el peso no es un factor condicionante en la población estudiada para el desarrollo de hiperglucemia medicamentosa. Del total de pacientes estudiados con registros de hiperglucemia, sólo uno presentó peso bajo al nacimiento (1300gr), encontrándose eutrófica al ingreso. El resto fue peso adecuado al nacimiento y eutróficos al momento de iniciar tratamiento con corticoides.

DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN EN EL HOGAR EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS ESCOLARIZADOS SEGÚN NIVEL SOCIO ECONÓMICO FAMILIAR

613

Pepe J.¹

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNER¹

<pepejorgeluis@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Se analizó la asociación entre el desarrollo psicomotor y factores sociodemográficos y de estimulación familiar, en niños de 5 años de Concepción del Uruguay.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluaron 91 niños escolarizados, aparentemente sanos. Se analizó el desempeño de los niños en pautas de desarrollo personal-social, motor fino, lenguaje y motor grueso con la Prueba Nacional de Pesquisa. Se estudió la relación de factores medioambientales con el logro de pautas de desarrollo por medio de un modelo bivariado.

RESULTADOS

El 32,18% de los niños no pasaron la prueba, por lo que son sospechosos de padecer problemas de desarrollo. Las áreas de desarrollo en las que más fallaron fueron motricidad fina y lenguaje. No hubo asociación significativa del desarrollo con el estrato socioeconómico ni con la estimulación en el hogar, solo con la educación materna. La calidad de estimulación en el hogar se relacionó significativamente con el estrato socioeconómico y la educación materna.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos a través de la prueba de pesquisa regionalizada, para la detección precoz, alertan sobre los riesgos de aspectos importantes de la salud integral infantil, que parecen estar desatendidos en un primer nivel de atención de la salud.



614

HEPATITIS AUTOINMUNE. A PROPÓSITO DE TRES CASOS.

Castel Y.¹; Rey M.²; Gelvez V.³; Mayo R.⁴; Vassia V.⁵

HOSPITAL J. B. ITURRASPE^{1,2,3,4,5}

<yohacastel@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Enfermedad inflamatoria crónica, progresiva, caracterizada por necrosis y fenómenos inmunológicos. Presenta niveles elevados de transaminasas e IgG, bajos del factor 4a del complemento y de IgA circulantes. Las manifestaciones van desde síntomas inespecíficos, como anorexia, pérdida de peso y decaimiento hasta estigmas de cronicidad y hepatomegalia. En el 10-15% de los casos, los hallazgos de hepatoesplenomegalia o un aumento de transaminasas inexplicable constituyen las únicas manifestaciones. Predomina en sexo femenino, entre 6 a 10 años. En enfermedad avanza sin diagnóstico, es frecuente la hipertensión portal. Las diferentes formas de presentación y el curso fluctuante de la enfermedad son elementos que pueden retrasar el diagnóstico.

OBJETIVOS

Evaluar las diferentes formas de presentación clínica de hepatitis autoinmune en pacientes pediátricos, y considerar los exámenes complementarios oportunos para el diagnóstico y tratamiento temprano.

DESCRIPCIÓN DE CASOS

Caso A: Femenina de 6 años, ingresa en Enero 2016, por fiebre e ictericia de 15 días de evolución.

Examen: Febril, icterica, encías hipertróficas con sangrado activo, hepatoesplenomegalia.

Estudios:

Ecografía: hepatoesplenomegalia con glisnismo portal.

Hematología: Anemia hiporegenerativa, plaquetopenia, factores de coagulación alterados. Se indica Vitamina K, B12 y Acido Fólico.

Laboratorio: Hepatograma alterado. Hipergammaglobulinemia, hipoalbuminemia. Serología CMV positivo. C3 y C4 normales.

Gastroenterología: hepatopatía aguda con altas sospechas de hepatitis autoinmune.

Evoluciona rápidamente con alteración del sensorio y hematemesis. Falleciendo por hemorragia digestiva alta.

Diagnóstico: Hepatitis autoinmune. Infección por CMV.

Caso B: Femenina de 14 años, que ingresa en Enero 2016 por ictericia de dos semanas de evolución.

Examen: Subfebril, icterica, sin visceromegalia.

Estudios: Anemia, hiperbilirrubinemia, aumento de transaminasas, coagulograma alterado, IgG+ para CMV, VEB y HA, Hipergammaglobulinemia, C3-C4 normal, FAN reactivo, Ac Antimusculo Liso reactivo, Ac Antinuclear reactivo, Anti ADN reactivo, Factor V y VII disminuidos.

Diagnóstico: hepatitis autoinmune en tratamiento con meprednisona. Luego se indica azatioprina.

DISCUSIÓN

Ambos pacientes manifestaron insuficiencia hepática, reflejándose en trastornos de la coagulación, C4 normal. También presentaron ictericia, uno de ellos manifestó hepatoesplenomegalia y otro sangrados visibles. La hipoalbuminemia, hiperproteinemia, hipergammaglobulinemia y transaminasas aumentadas fueron denominadores comunes. Las manifestaciones clínicas de las enfermedades hepáticas son características, no siempre se sospecha en primer lugar hepatitis autoinmune, por lo que resulta de suma importancia avanzar sobre estudios complementarios que nos acercaran al diagnóstico, ya que sin este, el pronóstico, librado al azar, es desalentador.

NIÑO CON MALFORMACIONES MAYORES HIJO DE UN HOMBRE CON TRASLOCACIÓN T(14;15). REPORTE DE UN CASO

Antinori M.¹; Davila S.²; Gonzalez C.³; Martínez Taibo C.⁴; Figueredo M.⁵; Etchegoyen O.⁶

HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO¹; HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE. J. D. PERÓN^{2,5,6};

HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO³; HOSPITAL DR ARTURO OÑATIVIA⁴

<marilena_antinori@hotmail.com>

Dentro de los rearrreglos cromosómicos estructurales, las traslocaciones recíprocas son una de las más frecuentes. En este trabajo se presenta el caso de una pareja no consanguínea. C1: 21 años y B1: 25 años. Primera gesta. Embarazo controlado desde el 2° mes de gestación (más de 5 controles). Ecografías referidas normales hasta el 5° mes. En la semana 27 se detecta dilatación del sistema ventricular a predominio posterior (malformación de Dandy-Walker?) y se deriva al Hospital de la Madre y el Niño. RNPT (27 semanas). P=760g P=10 T=33cm P=10 PC=24cmP=10. Cráneo pequeño. Dismorfias faciales: fontanela anterior amplia. Frente estrecha. Puente nasal ancho. Nariz bulbosa. Retromicronatía. Paladar no evaluable por estar en ARM. Microtia grado 3 bilateral. Extensión limitada en miembros superior e inferior. Fenotipo masculino con micropene y no se palpaban testículos en bolsa. El niño falleció a los 4 días de vida. A los 6 meses y con el objeto de planificar un nuevo embarazo, la pareja acude a la consulta médica y posteriormente al laboratorio para efectuarse el estudio citogenético.

Resultados del cariotipo (bandeo GTG). La mujer 46,XX,9qh+[20]. El varón presentó una traslocación recíproca, su cariotipo es 46,XY,t(14;15)(14pter14q24::15q15 15qter;15pter, 15q15::14q24, 14qter)[20]. Teniendo en cuenta los modos de segregación 2:2 y 3:1, los posibles productos meióticos desequilibrados, pudieron dar origen a un niño con trisomía parcial 14q y monosomía parcial 15q, trisomía parcial 15q y monosomía parcial 14q, trisomía parcial 14q y 15q o monosomía parcial 14q y 15q.

La pareja recibió el asesoramiento genético adecuado, decidiendo asistir en un futuro a un centro de fertilidad para la planificación de un nuevo embarazo.

Resulta necesario destacar, la importancia del estudio citogenético y el asesoramiento genético en parejas portadoras de traslocaciones, evitando así las consecuencias psico-físicas de sucesivas pérdidas y optimizar el manejo dentro de la unidad de la UTIN al conocer el probable diagnóstico prenatal.

615



EXPERIENCIA CON OMALIZUMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA DE DIFÍCIL CONTROL. HOSPITAL DE NIÑOS SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA. 2011-2017

618

Kohn V.¹; Arato G.²; Arroyo F.³; Bujedo E.⁴; Marqués I.⁵; Antonucci M.⁶; Andrés I.⁷; Moreno L.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS SANTÍSIMA TRINIDAD^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<veronicakohn72@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El concepto de Asma de Dificil Control(ADC) aplica a pacientes con asma grave que no controlan su enfermedad aún tratadas las comorbilidades y recibiendo broncodilatadores y corticoides a dosis máximas. Omalizumab es un Ac monoclonal anti-IgE que ha demostrado eficacia y seguridad en asma alérgico. El Servicio de neumonología del HNC atiende 6000 consultas ambulatorias/año,35% corresponden a asma bronquial, aproximadamente 5% son ADC.

OBJETIVO

Describir la experiencia con Omalizumab aplicada a menores de 15 años con ADC en el HNC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Total 11 pacientes con ADC recibieron tratamiento con Omalizumab (2011-2017). Se verificó adherencia y técnica de inhalación de corticoides inhalados/CI, se descartaron diagnósticos diferenciales y estudiaron comorbilidades y estado atópico mediante prick test. Se registró espirometría y nivel de control de asma mediante cuestionarios ACT (asthma control test) antes de iniciar tratamiento y durante el seguimiento. Se registró uso de medicación de rescate y crisis durante un año de tratamiento.

RESULTADOS

11 pacientes,6/11 masculinos. Edad media 10,7 años (6-15).Todos con prick test(+) y recibiendo CI a dosis alta+montelukast+broncodilatador es de acción prolongada/LABA; 2 con corticoides orales. Espirometrías

iniciales: VEF1 promedio de 80%.Un paciente VEF1<80% antes de iniciar tratamiento. Promedio IgE-total: 1168 UI/ml; 2/11 con IgE>1500 UI/ml. Comorbilidades: rinitis 5/11,RGE 5/11,urticaria crónica 1/11, toxocariasis 1/11. Duración de tratamiento 21 meses(6-40).Todos presentaron una disminución de crisis (5/11 no repitieron,6/11 reducción de las mismas). Sólo 2/11 volvieron a tener internaciones por asma. El único paciente con función pulmonar baja la normalizó luego de 2 dosis de Omalizumab. En 10/11 el ACT mostró ≥20 puntos(asma controlado) en la evolución; 7/11 disminuyeron dosis de CI;4/11 suspendieron montelukast,3/11 suspendieron LABA,1 sólo recibe Omalizumab. Eventos adversos serios 0, urticaria 2, cefalea 1, reacción leve en sitio de inyección 1.

CONCLUSIONES

El tratamiento concomitante con Omalizumab fue bien tolerado. Disminuyó las crisis, mejoró el control de síntomas y redujo las internaciones. Permitió disminuir medicación controladora y mejoró la función pulmonar cuando se encontró disminuida. No se observaron eventos adversos relevantes.

INFECCIONES GRAVES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

619

Bruera M.¹; Blanco A.²; Perez M.³; Panigazzi A.⁴

HOSPITAL POSADAS^{1 2 3 4}

<majobruera@gmail.com>

OBJETIVO

Determinar las características clínicas y evolutivas de pacientes internados en la unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP) con infecciones graves de la comunidad causadas por SAMR. Evaluar la frecuencia de lesiones cutáneas de origen infeccioso en los convivientes de los pacientes.

Criterios de inclusión: pacientes pediátricos de 1 mes a 15 años de edad que se internaron en UTIP del Hospital Posadas, entre el 01/01/2015 al 31/03/2017 con infecciones graves y aislamiento de SAMR de la comunidad en alguno de los cultivos.

RESULTADOS

Entre 1/2015 y 3/2017 se internaron 27 pacientes con infecciones graves por SAMR de la comunidad en la UTIP del Hospital Posadas. 14 /27 pacientes provenían de áreas de influencia del Hospital. La mediana de edad fue de 11 meses, 16/27 fueron de sexo masculino, 26/27 pacientes eran previamente sanos y 1 tenía diagnóstico de lipofuscinosis. El 70% de los pacientes presentó sepsis y el 60% neumonía con supuración pleuropulmonar. El resto de las infecciones correspondieron a celulitis, pericarditis, meningitis, peritonitis, artritis y absceso umbilical. El principal sitio de aislamiento bacteriológico fue líquido pleural. Sólo en 1 paciente se observó co-infección por VSR. En la totalidad de los casos se observó la presencia de lesiones cutáneas de probable etiología infecciosa en algún familiar conviviente dentro de la semana previa a la internación,(Forunculosis en el 80% y mastitis en el 20%). Los familiares fueron tratados para las lesiones cutáneas con evolución

favorable. El tiempo de estadía en UTIP tuvo una mediana de 14 días (rango 3-66). El 62% de los pacientes requirió asistencia ventilatoria mecánica (AVM), con una mediana de 15 días (rango: 3-61). La evolución fue favorable en la mayoría de los pacientes, con una sobrevida al alta de UTIP del 96.3%. De nuestra serie 1 paciente tuvo una evolución desfavorable y falleció.

CONCLUSIÓN

A pesar de la morbimortalidad de esta patología, los niños en nuestra unidad tuvieron buena evolución. En esta serie descripta, se encontró la presencia de lesiones cutáneas infecciosas de algún conviviente en la totalidad de los casos, coincidente con diversas publicaciones sobre el tema. Consideramos necesario buscar esta asociación en pacientes que ingresan con esta patología, para realizar el adecuado tratamiento familiar, jerarquizar las medidas de higiene, la limpieza del medioambiente, previniendo futuras infecciones y sus recurrencias.



RELACION ENTRE SENSIBILIZACIÓN A ALERGENOS POR PRUEBAS CUTANEAS Y GRADOS CLINICOS DE RINITIS

620

Sosa Aguirre A.¹; Ianiero L.²; Lozano N.³; Berardi Y.⁴; Alegre G.⁵; Concari E.⁶; Ricardo J. S.⁷; Lozano A.⁸

CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA¹; CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA. UNIVERSIDAD CATOLICA DE CORDOBA^{2,3,4,5,6,7,8}

<drlozanoalejandro@gmail.com>

ANTECEDENTES

La rinitis alérgica (RA) es una enfermedad inflamatoria de la mucosa nasal mediada por IgE. Existen controversias en los diferentes estudios acerca de la relación entre la gravedad de los síntomas de RA y la magnitud de la sensibilización medida por pruebas cutáneas con alérgenos.

OBJETIVO

Relacionar el grado de sensibilización alérgica con los grados clínicos de la RA.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Estudio observacional, analítico y transversal, que incluyó pacientes de ambos sexos, entre 6 y 18 años con diagnóstico de RA. Se clasificaron según el grado clínico establecido por Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA). La condición de alergia se estableció a través de pruebas cutáneas por punción con alérgenos y se definió el grado de sensibilización según: número de alérgenos positivos (PC1), sumatoria de milímetros de pápulas positivas (PC2) e índice de atopía, relación entre PC2/PC1 (IA). Se dividieron según la presencia de mono-sensibilización o polisensibilización. Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva y analítica utilizando prueba de Wilcoxon-Mann Withney y prueba de Kruskal Wallis. Se consideró un valor significativo a una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 156 pacientes con una mediana de edad de 11,18 años (5-18,66 años). No se observó diferencia entre valores de PC1, PC2 ni en el IA con los diferentes grados clínicos de rinitis ($p=0,3370$, $p=0,2222$ y $p=0,8774$ respectivamente). No se demostró diferencia en el IA entre los pacientes mono-sensibilizados y poli-sensibilizados ($p=0,5493$). Al comparar los grados de RA según frecuencia no hubo diferencia en los valores de PC1, PC2 ni en el IA entre los grupos de grados intermitente y persistente ($p=0,0810$; $p=0,0587$ y $p=0,5705$ respectivamente). No se observó diferencia significativa entre los valores de PC1, PC2 ni en el IA en relación a los grados leve y moderado/grave de RA ($p=0,5693$; $p=0,1653$ y $p=0,4613$).

CONCLUSIÓN

Las pruebas cutáneas, por punción de lectura inmediata con alérgenos, no son un método diagnóstico que permita diferenciar los grados clínicos de la rinitis alérgica.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE BAHÍA BLANCA

622

García Elliot M.¹; Buffone I.²; Coto M.³; Colombo F.⁴; Masnicoff S.⁵; Oviedo Crosta B.⁶

HOSPITAL MUNICIPAL BAHIA BLANCA^{1,2,3,4,5,6}

<mfge23@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La invaginación es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en el lactante y niño pequeño, con una notable prevalencia entre los 6-12 meses de vida. Debido a las complicaciones que dicha enfermedad produce dentro de su evolución, se requiere de un diagnóstico y tratamiento precoz para disminuir la morbi-mortalidad.

OBJETIVO

Describir los aspectos clínicos y terapéuticos en niños menores de 48 meses con diagnóstico de invaginación intestinal, internados en el Hospital Municipal de la ciudad de Bahía Blanca.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se analizaron historias clínicas de pacientes menores de 48 meses con diagnóstico de invaginación intestinal entre el 01/02/2009 al 31/01/2015. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, enfermedad previa, estudios complementarios, clínica, tratamiento y días totales de internación.

RESULTADOS

Se recopilaron 67 pacientes. La razón hombre-mujer fue 1,2:1. La edad media de presentación fue de 10 meses, siendo el 80% menor de 12 meses. Los signos y síntomas más frecuentes fueron: 87% vómitos, 51% alteración del sensorio y 43% diarrea sanguinolenta. La triada clásica de vómitos, dolor abdominal y enterorragia se presentó solo en el 13% de los pacientes. El 95% de los niños fueron intervenidos inicialmente mediante

colon por enema con contraste hidrosoluble bajo guía radiológica, con un porcentaje de resolución del 87%, sin haberse encontrado recurrencias ni complicaciones propias del procedimiento. La media de días de internación fue de 2.

CONCLUSIÓN

Se debe tener un alto índice de sospecha de invaginación intestinal en aquellos niños menores de 2 años que se presentan con vómitos y deterioro del sensorio. La reducción bajo guía radiográfica con contraste hidrosoluble fue un método que no solo permitió la confirmación diagnóstica del cuadro, sino que además fue eficaz y seguro para su resolución.



SÍFILIS CONGÉNITA: PROBLEMÁTICA ACTUAL EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE C.A.B.A.

Brundi M.¹; Bernal L.²; Ortiz De Zarate M.³; Del Vecchio L.⁴; Nadal M.⁵; Cuneo Libarona M.⁶

MATERNIDAD SARDA^{1 2 3 4 5 6}

<monicabrundi@gmail.com>

623

OBJETIVOS

Descripción de los condicionantes del tratamiento para Sífilis congénita del recién nacido y sus manifestaciones clínicas al momento del nacimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Trabajo retrospectivo, observacional. Los datos se obtuvieron de la base de datos del equipo de seguimiento.

Población: RN hijos de madre con diagnóstico de sífilis por VDRL y confirmadas por técnica treponémica (CMIA), entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2016.

RESULTADOS

En el año 2016 nacieron en la Maternidad Sardá 5363 RN. Con diagnóstico de sífilis hubo 165 embarazadas, (9 abortos, 15 fetos muertos), y 141 RN vivos. Embarazos adecuadamente controlados 114 (80.8%), 86 (60.9%), fueron correctamente tratadas. Solo 4 madres presentaron co-infecciones (TBC, chagas, HIV). Con respecto a los padres se evaluaron 109 (77%), resultaron VDRL negativos 60 (55.0%), y de los 49 positivo solo el 63% completo el tratamiento. Solo 72 (66.0%) se testearon para HIV/HBV (todos negativos). De los 141 niños 53 (37.5%) recibieron tratamiento por sífilis congénita (SC) 9.8% (12 (22.6%)) fueron sintomáticos al nacer, prematuros ≤ 37 sem. 26 (30.1%), 2 RCIU (3.7%), 9 (16.9%) neurolues (3 VDRL positiva en LCR y 6 solamente LCR patológico), 1 (1.8%) Hidrops, 2 penfigos (3.7%), 1 reacción leucemoide (1.8%), 2 plaquetopenias (3.7%) y 1 hepatitis (1.8%). De los 141 RN, solo 121 (85.8%) concurren al seguimiento, 72 (59.5%) fueron dados de alta, 49 (40,5) desertaron.

CONCLUSIONES

Pese al alto porcentaje de embarazadas con controles obstétricos adecuados, Casi el 40% de los niños requirieron internación y tratamiento. Asimismo alarma el alto % de padres inadecuadamente evaluados y la severidad de la afectación neonatal.

[1] Tratamiento adecuado de la madre: 2-3 dosis de penicilina benzatínica, cuya última dosis sea hasta 1 mes antes del parto.

Tratamiento adecuado del padre: 1-3 dosis de penicilina benzatínica.

AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE TELESALUD SINCRÓNICA

Selvatici L.¹; Debbag R.²; Hammermüller E.³

HOSPITAL DE PEDIATRÍA GARRAHAN^{1 2 3}

<lauraselvatici.hg@gmail.com>

624

La Telesalud aporta canales para la comunicación a distancia en tiempo real y diferido entre equipos de salud con el fin de mejorar la equidad en la accesibilidad y la calidad asistencial de la red sanitaria. La creación de un modelo de gestión de proyectos ha permitido la convocatoria y el acompañamiento de distintos equipos de salud en la generación, planificación y ejecución de programas de colaboración interinstitucional, y en la conceptualización de lo realizado para la transferencia del aprendizaje.

La asistencia en línea se ha constituido como uno de los pilares en el desarrollo de programas entre un hospital pediátrico de alta complejidad e instituciones asistenciales provinciales. Para ello se han llevado a cabo programas de diagnóstico asistido, acompañamiento en teleasistencia a pie de cama, educación en situación de trabajo, asistencia técnica, entre otros. Ejemplos de ello son las experiencias de Tele-UCL, Tele-Neo, consultorios virtuales y demostraciones de procedimientos por medio de tele-simulación.

OBJETIVO

Describir un modelo de gestión para la creación y desarrollo de programas de Telesalud sincrónica.

MATERIAL Y MÉTODO

Observación participante de actividades en teleasistencia, grupos de discusión sobre dificultades y estrategias para la implementación, reuniones de gestión para evaluación y monitoreo, escritura conjunta

del proyecto e informes entre los equipos de salud y la coordinación del área que se ocupa de la gestión general de los programas.

RESULTADOS

310 hs de trabajo presencial en 30 programas, acompañamiento de 12 becarios facilitadores, 741 consultas en línea, 185 pacientes asistidos. Innovación en la organización del trabajo cotidiano.

CONCLUSIONES

Incorporación de la teleconsulta como modalidad asistencial sincrónica.

Sistematización y transferencia de procesos de atención

Mejoras en la interrelación multidisciplinaria.

Continuidad en el programa de asistencia en servicio.



CONDICIONES ASOCIADAS A INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO POR ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A TRIMETOPRIMA SULFAMETOXAZOL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

627

Viva L.¹; Ferrucci G.²; Grilli L.³; Proietti L.⁴; Ojeda G.⁵; Mugnioco L.⁶

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE^{1 2 3 4 5 6}

laura.viva@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2016 en el Servicio de Bacteriología se estudio la Sensibilidad a antimicrobianos de enterobacterias aisladas en Urocultivos de toda la población, donde se observo alta resistencia a Trimetoprima Sulfametoxazol. Se decide estudiar la población Pediátrica, dado que en bibliografía actual no se describió anteriormente.

OBJETIVOS

Determinar si existen condiciones clínicas asociadas a la resistencia al Trimetoprima Sulfametoxazol en los pacientes pediátricos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recolectaron los datos de las muestras de pacientes con Urocultivo positivo con resistencia antimicrobiana a Trimetoprima Sulfametoxazol entre junio del 2016 a junio 2017. Incluimos 97 pacientes totales de ambos sexos entre 0 meses a 14 años, provenientes del Servicio de Internación Pediátrica, Neonatología o Guardia. Variables: germen, nacido a término, pre termino, peso adecuado, bajo peso, motivo de consulta, síntomas asociados, antecedente de ITU previo, alteración en la vía urinaria, enfermedad asociada. Se analizaron los datos de las Historias clínicas que se encuentran archivadas en nuestro Hospital.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron: del total de 97 Urocultivos positivos 72% son de sexo femenino, mientras que el 28% pertenecen al sexo masculino. La edad de los pacientes del sexo femenino 0 a 28 días 0%, 1 a 3 meses 2%, 3 a 6 meses 0%, 6 meses a 1 año 14%, 1 año a 6 años

65%, 6 a 14 años 19% y masculino 0 a 28 días 10%, 1 a 3 meses 26%, 3 a 6 meses 16%, 6 meses a 1 año 11%, 1 año a 6 años 16%, 6 a 14 años 21%. La bacteria predominante es Escherichia Coli con 96%, Proteus Mirabilis 3% y Klebsiella Pneumoniae 1% Pacientes Ambulatorios 88% (sin Historia Clínica documentada), Historias clínicas recolectadas 19% de los cuales provienen de Internación Pediátrica 4%, Neonatología 8%. Recién nacido a término 93%, recién nacido pre término 7%. Peso adecuado 94%, bajo peso 6%. Diagnostico asociado: mal progreso de peso 28%, Sepsis 27%, Síndrome Febril 18%, Gastroenteritis aguda 9%. Antecedente de ITU previo 3%, alteración en la vía urinaria, enfermedad asociada 1%.

CONCLUSIÓN

Hallamos que el sexo femenino es el más afectado y la edad de mayor indecencia es 1 a 6 años, y en varones de 1 a 3 meses, lo que se correlaciona con edad de mayor riesgo según la bibliografía. La prematurez y el peso al nacer no serían factores influyentes en nuestra población. El germen con mayor resistencia fue Esterichia Coli. Se observó que los diagnósticos más frecuentes asociados son mal progreso de peso, sepsis y síndrome febril. Solo un paciente presentaba antecedente de infección previo y malformación de la vía urinaria. La mayoría de las muestras recolectadas fueron de pacientes ambulatorios por lo que no fue posible registrar sus antecedentes. Seria de interés poder continuar este estudio prospectivamente y relacionar la resistencia antimicrobiana, al uso de Trimetoprima Sulfametoxazol para infecciones de piel y partes blandas.

MUTACIÓN P20209 RELACIONADA A ISQUEMIA Y HEMORRAGIA CEREBRAL DE COMIENZO PRENATAL EN UN NEONATO

629

Molina M.¹; Rosana Valeria P.²; Ferreyra M.³; Tenaglia J.⁴; Rognone A.⁵; Ligorria S.⁶; Ogas M.⁷; Pereyra L.⁸;

Latorre S.⁹; Portela N.¹⁰; Saravesi S.¹¹; Smariñuk M.¹²; Grisell G.¹³; Ahumada L.¹⁴

HOSPITAL MISERICORDIA NUEVO SIGLO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14}; LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS ESPECIALIZADOS¹⁰

<mangelicamolina@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La trombosis del sistema nervioso central (SNC) ocurre en aproximadamente 1,35 por 100 000 nacidos vivos y se asocia con alta morbimortalidad. La etiología incluye condiciones subyacentes, maternas, perinatales y neonatales. La trombofilia hereditaria (TH) es una enfermedad genética que resulta de mutaciones en genes involucrados en el sistema hemostático, con variabilidad en la penetrancia del fenotipo trombotico. La estasis generada por la obstrucción venosa o arterial puede ser causa de hemorragia intraventricular (HIV) e isquemia cerebral. La mutación G20210A es una de las TH más comunes y ha sido asociada con incremento del riesgo de trombosis venosa, arterial o a complicaciones obstétricas. Recientemente ha sido reportada una nueva mutación en el gen de la protrombina, C-->T, en la posición 20209 (C20209T). A esta se la ha relacionado con pérdida fetal, RCIU y trombosis, aunque el impacto biológico de esta nueva mutación, no se conoce con exactitud. La trombosis en el SNC en neonatos es un evento extremadamente raro, y la literatura disponible en relación a su asociación con TH en esta población de pacientes, se limita a escasos reportes.

OBJETIVO

Describir la presentación de un neonato con evidencia de hemorragia e isquemia cerebral de comienzo prenatal asociada con la mutación C20209T.

MATERIALES Y MÉTODO

Análisis de laboratorio: luego del diagnóstico clínico, al niño se le realizo un perfil de trombofilia. Estos estudios incluyeron: Proteína C, Proteína S, Antitrombina III, Factor V Leiden, Protrombina (G20210T) y perfil de Síndrome Antifosfolipidos (SAF): Anticoagulante lupico, anticuerpos anti-beta 2 Glicoproteína I, Anticuerpos anti-Cardiolipinas. Los miembros de la familia

fueron estudiados para la mutación de la Protrombina (G20210T) y factor V Leiden. Presentación del Caso: Recién Nacido (RN) primer gemelar con PN 2750 grs., EG 37 sem. Con Apgar 7/8, que luego del alta ingresa a los 11 días de vida por síndrome convulsivo en estudio. En la ultrasonografía cerebral se detectan signos de isquemia (lesiones quísticas) asociada a hemorragia cerebral y dilatación ventricular. La RNM cerebral rebela: múltiples focos hemorrágicos con hematomas subagudos paraventriculares, y región talámica con compromiso de sustancia blanca bilateral (áreas quística múltiples), dilatación ventricular. Diagnóstico presuntivo: Trombosis Cerebral. Angioresonancia: no observa signos de trombosis o malformación vascular. El perfil de trombofilia resultó dentro de parámetros normales. Utilizando la técnica PCR "real time", para la mutación Protrombina (G20210T), se detectó otra mutación en el gen de la protrombina, C-->T, en la posición 20209. Esta estuvo presente en estado heterocigota, en el niño y en su padre asintomática). En el resto de la familia los resultados fueron negativos para estas mutaciones.

CONCLUSIÓN

La mutación C20209T ha sido descripta en diferentes pacientes con manifestaciones tromboticas. Sin embargo, es la primera descripción en un recién nacido con complicaciones hemorrágicas e isquémicas de comienzo prenatal. Consideramos importante que sea tenido en cuenta su estudio en neonatos con presentación clínica similar.



A PROPÓSITO DE UN CASO: HIPOTONÍA AGUDA RECIDIVANTE

Viva L.¹; Soubidat P.²; Proietti L.³; Ojeda G.⁴; Mugnioco L.⁵; Ferrucci G.⁶; Barragan V.⁷

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE^{1,2,3,4,5,6,7}

<laura.viva@hotmail.com>

630

INTRODUCCIÓN

La hipotonía se define como la disminución del tono muscular, puede ser de origen central o periférico, debido a causa nerviosa, muscular, metabólica o genético. Generalmente se manifiesta en el periodo neonatal y puede tener evolución crónica. Presentamos el caso de un niño con crisis de hipotonía generalizada asociado a distintas interurrencias, con recuperación espontánea y sin secuelas.

OBJETIVO

Presentación de un caso atípico, para la discusión del manejo clínico y orientación diagnóstica.

Descripción del caso: Paciente masculino nacido a término, peso adecuado por cesárea, Apgar 9/10. Embarazo controlado, serologías negativas. Vacunas completas. Fascie normal, sin malformaciones corporales. Sin antecedentes familiares patológicos. Presenta crisis de hipotonía generalizada en contexto de procesos febriles agudos que requieren internación para control de los síntomas. A los 3 meses cursó ITU por Proteus Mirabilis y Bronquiolitis por Influenza A, a los 4 meses segundo episodio bronco obstructivo, a los 11 meses gastroenteritis aguda y a los 13 meses OMA. La hipotonía siempre se acompaña de ptosis palpebral bilateral, succión débil, inestabilidad axial, reflejos conservados, sin clonus ni compromiso del estado de conciencia, que mejora espontáneamente en 72 a 96 horas con recuperación ad integrum y en paralelo a la interurrencia. En la última internación a los 14 meses presento hipotonía asociado a anestesia luego de la realización de la

RMN de cerebro. La única enfermedad que ha cursado sin hipotonía fue Varicela a los 6 meses. Se realizaron múltiples estudios e interconsultas: los análisis de laboratorio no revelan datos positivos y descartamos en todas las crisis, causa Cardiovascular (Ecocardiograma y ECG normales), Neurológica (EEG, EMG, Ecografía, TAC y RMN cerebro normales), Metabólica (Aminoácidos plasmáticos, Acilcarnitina, y Aminoácidos en papel de filtro normales) y Toxicológica. Pendiente estudio genético. El crecimiento pondoestatural y neurodesarrollo del niño no se han visto afectados al presente.

DISCUSIÓN

Habiendo estudiado las causas orgánicas más probables, no descartamos Síndrome de Munchausen aunque es llamativo que recidive la hipotonía de iguales características a lo largo del tiempo. Insistimos en arribar al diagnóstico para aclarar la etiología o encontrar herramientas para prevenir nuevos episodios.

INFECCIONES DE CATÉTERES CENTRALES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Cuayatti S.¹; Zanon M.²; Giuliani G.³; Bietti J.⁴; Mayo R.⁵

HOSPITAL ITURRASPE^{1,2,3,4,5}

<cuayattisofi@hotmail.com>

632

INTRODUCCIÓN

La punta de un catéter Venoso Central se encuentra en el tercio proximal de Vena Cava Superior, Aurícula Derecha o Vena Cava Inferior. Éstos se utilizan mayormente en pacientes oncológicos para la administración de quimioterapia, condicionando un uso excesivo de los mismos, lo que conlleva a diversas complicaciones, siendo las infecciosas las más frecuentes.

OBJETIVOS

Conocer las posibles causas que producen infección en catéteres, los microorganismos involucrados, y los factores que coexistieron para que esto ocurra; con el objetivo de prevenirlas y así también, disminuir el número de recambio de catéteres centrales en pacientes oncológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo a través de historias clínicas en un periodo comprendido entre Marzo 1992 a Mayo 2017; de los cuales, sólo se tomaron en cuenta a los que han tenido o tienen catéter venoso central, y de ellos, quiénes presentaron infecciones.

RESULTADO

Se analizaron 108 historias clínicas de pacientes oncológicos, en las cuales se colocaron 175 catéteres en total. De ellos, 108 (61,7%) no presentaron infección y 67 (38,3%), la presentaron, habiendo colocado más de un catéter por paciente. Los gérmenes predominantes fueron: Staphylococcus epidermidis MR (29%), Staphylococcus epidermidis MS (16,3%), Pseudomona (14,8%), Candida (7,4%), Klebsiella (7,4%), Corynebacterium (4,6%), Otros (20,5%).

Se tomó como medida la instalación de una sala de habilitación de catéteres, con baño antiséptico pre-habilitación, el uso de equipo estéril para la vestimenta del personal, capacitación continua del personal, mejorando así las infecciones.

CONCLUSIÓN

Con las medidas tomadas, se vio que, a partir del año 2010 han disminuido las infecciones en un 52%, sin embargo, en el último periodo de dos años, hubo un incremento de las mismas, debido a importante recambio del personal sin entrenamiento específico, nuevos protocolos de quimioterapia, mal uso equipo estéril, concurrencia a centro mayor complejidad para la colocación de catéter y no control de la calidad de las medidas higiénicas de las visitas.



PROBLEMAS CLÍNICOS EN ADOLESCENTES CON TEA. NO DIAGNOSTICADO. OPORTUNIDAD PARA UN ABORDAJE INTEGRAL. A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE 4 CASOS

633

Arancibia L.¹; Tabacman G.²; Luque A.³

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO^{1,2,3}

<luci.arancibia@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro autista (TEA) se caracteriza por dificultades en la comunicación social y patrones de comportamiento restringidos. Condición de origen biológico, multifactorial y fuerte base genética; la prevalencia es 1:68., con predominio en varones con una relación 3-5:1. Los adolescentes afectos presentan problemas clínicos habituales en este grupo etario y co-mórbidos.

OBJETIVOS

1. Alertar sobre las comorbilidades clínicas en adolescentes con TEA. 2. Promover la evaluación integral de la población adolescente, destacándose comunicación social, intereses, conducta, aprendizajes, lenguaje y hábitos. Descripción: se presenta una serie de 4 casos, tres varones y una mujer de 14 años admitidos en los últimos 12 meses, en el Servicio de Neurología Infantil. Los motivos de consulta fueron síncope infantojuvenil, mareos, dolor abdominal, cefalea, epilepsia, trastornos del sueño y constipación. Todos demostraron registro de monitoreo pediátrico periódico. De los antecedentes se destacaron ausentismo y conflictos escolares, trastorno del aprendizaje y de hábitos, deficiencias en la comunicación social, intereses restringidos. Los exámenes complementarios fueron concluyentes para el diagnóstico de epilepsia estructural en una paciente. Evaluación neurocognitiva: todos presentaron cociente intelectual promedio. ADOS-2 superó el punto de corte para TEA. El protocolo incluye

evaluación fonoaudiológica y psicológica. La devolución diagnóstica se efectuó a cuidadores y pacientes individualmente. Tres adolescentes participan de talleres de habilidades sociales y en paralelo sus familias se integraron a un espacio de acompañamiento posdiagnóstico. Los problemas clínicos fueron parcialmente controlados.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

El diagnóstico de TEA. en nuestro medio es tardío. Los síntomas que motivan la consulta de jóvenes con TEA. son semejantes a otros de este grupo etario. Ciertas comorbilidades clínicas prevalecen en pacientes afectos de este trastorno. Reconocerlas y profundizar el estudio de aspectos relacionados con comunicación social, intereses, rendimiento académico, lenguaje, otros trastornos de conducta y hábitos permiten definir el diagnóstico y orientar un abordaje adecuado.

DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA CLÍNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ESCORBUTO

634

Tabacman G.¹; Arancibia L.²; Luque A.³

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO^{1,2,3}

<galiataba@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Espectro Autista (TEA) se caracteriza por dificultades en la comunicación social; y patrones de comportamiento repetitivos. Se trata de un trastorno del Desarrollo Neurológico de origen biológico, multifactorial, genéticamente determinado; cuya prevalencia es de 1:68, siendo más frecuente en varones (3-5:1). Entre sus características nucleares se encuentran los trastornos de la integración sensorial (procesamiento sensorial atípico: visión, audición, equilibrio, kinésica, gusto, tacto, percepción somato sensorial, propiocepción). Estos síntomas pueden conllevar a selectividad alimentaria y déficit secundario de macro y micronutrientes.

OBJETIVOS

Reconocer el diagnóstico de TEA en situaciones clínicas críticas. Descripción: varón de 6 años admitido en el servicio de Neurología Infantil luego de transitar internación en UCIP con diagnóstico de escorbuto, sepsis, hipertensión pulmonar severa; requiriendo inotrópicos y ARM. Segundo hijo de una serie de dos, padres no consanguíneos, convivientes. Sin incidencia perinatal. En su evolución presentó trastorno de la integración sensorial: hipersensibilidad audiogena, olfatoria, gustativa y táctil; selectividad alimentaria marcada, derivando en déficit de macro y micronutrientes, trastornos en la comunicación socioemocional; prosodia neutra; lenguaje estereotipado;

inflexibilidad; intereses restringidos; ritmias motoras. Evaluación cognitiva: CI.EscalaCompuesta: 92. ADOS-2: supera punto de corte para trastorno del espectro autista. Actualmente el paciente se encuentra en etapa de transición post diagnóstico.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

El escorbuto, enfermedad por déficit de Ácido ascórbico, ocurre raramente en niños, estando en riesgo los pacientes con TEA que exhiben selectividad alimentaria. Esta vitamina no se sintetiza en el organismo, sino que se adquiere mediante ingestión de frutas y verduras. Los signos y síntomas del escorbuto incluyen: fatiga, malestar, hiporexia, hiperqueratosis folicular, petequias, púrpura, edema, hemorragias, hipertensión pulmonar, fracturas.

Los niños con TEA pueden insistir en comidas idénticas todos los días, siendo esto una conducta que orienta al trastorno. La identificación temprana de signos evocadores, permite el diagnóstico y abordaje temprano; previniendo situaciones de riesgo.



INCIDENCIA Y FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS A LA EVOLUCIÓN DE PIOMIOSITIS EN HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

635

Ponti D.¹; Ponti D.²; Romano V.³; Stellutto D.⁴; Sbruzzi A.⁵; Gigliotti E.⁶; Romina I.⁷

HOSPITAL ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7}

<danielaalejandraponti@gmail.com>

INTRODUCCION

La piomiositis es la infección bacteriana del músculo esquelético. En los últimos años se describió un incremento en países de clima templado, posiblemente por aumento de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) de la comunidad.

OBJETIVOS

Estimar la incidencia de piomiositis de niños internados durante un período de 10 años. Describir sus características clínicas y microbiológicas y frecuencia de factores predisponentes. Explorar posibles factores pronósticos.

MATERIAL Y METODO

Estudio retrospectivo analítico. Se incluyeron pacientes mayores de un mes que ingresaron con diagnóstico de piomiositis o absceso de psoas entre 1/1/2007 y 31/12/2016. Se analizaron las variables: edad, sexo, hacinamiento, lesión de piel o partes blandas previa, traumatismo, mes/estación del año, localización, estudio de imágenes, enfermedad de base, antibioticoterapia previa, estadio clínico al ingreso, recuento de neutrófilos y leucocitos, eritrosedimentación, proteína C reactiva, aislamiento microbiológico, días de evolución, cambio de tratamiento antibiótico, drenaje, días de internación, de tratamiento antibiótico parenteral y de fiebre. Se consideró evolución complicada (variable de resultado) cuando requirió drenaje, modificación del tratamiento antibiótico o prolongación del mismo por 14 días o más. Las diferencias se compararon mediante X², prueba de Fisher, prueba de T o de Mann-Whitney según correspondiera. Se consideró significativa una p<0,05.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 112 pacientes, con una incidencia de 32 casos cada 10000 ingresos (máxima 63, en 2011). La edad media fue 6,7±4,4 años, 57% sexo masculino. Fue más frecuente en verano (42%). El 45% padecía hacinamiento; 45% presentaba lesión previa, 29% traumatismo y 17% alguna patología de base, localizándose 43% en miembros inferiores; 80% presentaba absceso al momento del ingreso. El 98% se diagnosticó por ecografía. 9% presentó hemocultivos positivos y se aisló SAMR en 43% y SAMS en 13% de los cultivos de lesión. Aquellos con recuentos de leucocitos y neutrófilos al ingreso más altos presentaron peor evolución (p 0,017 y 0,04 respectivamente). No hubo diferencias en las características de piomiositis por SAMR y SAMS.

CONCLUSION

La incidencia fue de 32 casos cada 10000 ingresos. El agente microbiológico más frecuente fue el SAMR. Mayores recuentos de leucocitos y neutrófilos se asociaron a peor evolución.

A PROPÓSITO DE UN CASO: FISTULA BRONCO-PLEURO-CUTÁNEA

636

Mandagaran G.¹; Rouveda L.²; Gonzalez Biere N.³

HOSPITAL MATERNO INFANTIL ARGENTINA DIEGO^{1,2,3}

<guada8113@hotmail.com>

OBJETIVO

Presentar una complicación poco frecuente secundaria a la colocación de tubo de avenamiento pleural.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión de historia clínica de paciente internado en nuestro nosocomio. Resumen: Paciente de 1 año y 4 meses de edad, sin antecedentes perinatólogicos de importancia, derivado de otro nosocomio con diagnóstico de neumonía derecha de mala evolución. Luego de recibir 48hs de tratamiento antibiótico endovenoso con ceftriaxona 80mg/kg/día y claritromicina 15mg/kg/día, comienza con desmejoría clínica, hipoxemia, y persistencia de la fiebre.

Al 5to día de la evolución de su enfermedad, por persistencia de registros febriles y desmejoría clínica, se solicitan estudios complementarios (laboratorio, radiografía de tórax y ecografía pleural) arribando al diagnóstico de derrame pleural derecho. Se realiza punción pleural, y posterior colocación de tubo de avenamiento pleural, se decide ampliar espectro antibiótico (Clindamicina 30mg/kg/día).

Al 12vo día de dicho cuadro, presentando mejoría clínica y posterior extracción de tubo de avenamiento pleural, se palpa crepitación en región cervical y torácica homolateral. Ante la sospecha clínica de fistula bronco-pleuro-cutánea se interconsulta con servicio de cirugía quien solicita realizar TAC de tórax en donde se evidencia en segmento posterior de lóbulo superior derecho e inferior del mismo lado consolidación

pulmonar con múltiples bullas, una de ella con trayecto fistuloso hacia la pared torácica. En forma conjunta se decide derivar a centro de mayor complejidad, tomando conducta expectante y control clínico- radiológico mejorando con el trascurso de los días.

CONCLUSIÓN

Nos pareció interesante presentar dicho caso debido a la baja frecuencia de esta patología en pediatría, describiendo las características clínicas y las patologías pulmonares causales, así como el tratamiento y evolución.



TUBERCULOMA ASOCIADO A MENINGITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE DE 13 AÑOS DE EDAD.

637

Matropasqua M.¹; Arredondo J.²; Gilardenghi T.³; Macula B.⁴; Muller M.⁵; Salvadores C.⁶; Rodriguez G.⁷; Carrizo B.⁸; Carozzo M.⁹; Kozicki V.¹⁰

HOSPITAL IRIARTE QUILMES¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰

<pediatria.iriarte@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis del SNC representa cerca del 5% de los casos de tuberculosis extrapulmonar, y la meningitis es el cuadro clínico más frecuente. Una forma común de presentación en nuestro medio son los tuberculomas.

OBJETIVOS

Describir 1 caso clínico de tuberculosis meníngea con tuberculoma. Recaltar la importancia de la anamnesis para recabar datos como así también la vigilancia epidemiológica de esta patología.

Descripción del caso: Paciente de 14 años, masculino. Consulta por cefalea y fiebre de 7 días de evolución asociado a decaimiento progresivo. Se interna para estudio diagnóstico y tratamiento. Al examen físico signos clínicos de meningismo. FO sin evidencia de hipertensión endocraneana. Se solicitan exámenes complementarios. Laboratorio: 8600(87-12-0.9)12.9/39/343000. Punción lumbar: aspecto ligeramente turbio, PMN 107, MMN 820, glucorraquia 1.44 mg/dl, proteínorraquia 12.6gr/l, LDH307. Dadas las características del LCR se sospecha Meningitis por M. Tuberculosis, y se reinterruga a familiares, recabando antecedente epidemiológico de TBC. Se medica con tuberculostáticos.

En horas subsiguientes presenta deterioro del sensorio con signos de HTE. Se realiza TAC de cerebro simple e interconsulta con servicio de neurocirugía. Informan imagen compatible con lesión ocupante de espacio, edema periférico moderado y línea media conservada.

Se solicita RMN con espectroscopia para confirmar etiología de la lesión: tumoral vs infecciosa (tuberculoma?). Dicho examen, arroja resultado

compatible con tuberculoma. Se deriva a centro de mayor complejidad. Evolución satisfactoria con tratamiento antibiótico instaurado. No requirió intervención neuroquirúrgica. En seguimiento por servicio de infectología.

CONCLUSIÓN

Es importante realizar una exhaustiva anamnesis para recabar datos como mantener una adecuada vigilancia epidemiológica en una patología tan frecuente, aunque esta presentación se atribuye a una rara interacción inmunológica huésped-bacilo. Los pacientes con esta patología no requieren cambio en el tratamiento y los esteroides son de utilidad en el alivio sintomático. La cirugía se reserva en caso de hipertensión endocraneana incontrolable o duda diagnóstica. Patología con buen pronóstico.

INVAGINACIÓN INTESTINAL EN LACTANTE DE 1 MES, A PROPÓSITO DE 2 CASOS.

638

Arredondo J.¹; Macula B.²; Muller M.³; Salvadores C.⁴; Rodriguez G.⁵; Mastropasqua M.⁶; Carrizo B.⁷; Carozzo M.⁸; Kozicki V.⁹

HOSPITAL IRIARTE QUILMES¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

<juanes4_814@hotmail.com>

INTRODUCCION

La invaginación intestinal es la introducción de un segmento del intestino dentro de otro provocando compresión de los vasos, isquemia, necrosis y perforación. Causa más frecuente de abdomen agudo en lactantes de 3 a 9 meses, varones 3/1, 90% idiopática. Cuadro caracterizado por dolor abdominal súbito, cólico, con episodios eméticos biliosos y/o gástricos y deposiciones sanguinolentas con moco en "jarabe de grosellas".

OBJETIVOS

Describir 2 casos clínicos, en una edad poco frecuente; comparando clínica y terapéutica.

DESCRIPCION DEL CASO:

Caso 1: Paciente femenina de 1 mes. Consulta por cuadro de emesis, hiporexia y ausencia de deposiciones de 24 hs de evolución. Al ingreso abdomen distendido, timpánico, doloroso. Tacto rectal con ampolla vacía; rx de abdomen con distensión de asas y ausencia de aire distal. Se obtiene por sonda nasogástrica débito fecaloide.

Cuadro clínico compatible con oclusión intestinal. Se deriva a centro de mayor complejidad para evaluación por servicio de cirugía pediátrica. Deciden resolución quirúrgica inmediata constatándose invaginación intestinal con segmento de íleo desvitalizado cercano a válvula ileocecal. Realizan resección de 10 cm de íleon terminal con anastomía íleo-terminal.

Caso 2: Paciente femenina de 1 mes. Consulta por vómitos y diarrea de 24 horas de evolución. Presenta signos de deshidratación leve y mala conducta alimentaria. Se interna. Al examen físico abdomen blando, depresible,

indoloro. RHA aislados. Catarsis constatada. Regular evolución clínica. Sensorio alternante, palidez generalizada. Presenta deposición sanguinolenta con características en "jarabe de Grosella". Por sospecha de invaginación intestinal vs. enteritis se realiza eco abdominal e interconsulta con servicio de cirugía pediátrica. Se diagnostica invaginación intestinal que resuelve con reducción hidrostática.

CONCLUSIONES

La invaginación intestinal es una patología intrabdominal de aparición frecuente entre los 3-9 meses de edad; a pesar de ello, esta patología debe considerarse en pacientes menores. Cabe destacar que en el primer caso la localización es poco frecuente.



DIETA VEGETARIANA Y DÉFICIT DE VITAMINA B12

Ponzo N.¹; De Antonio V.²; Cópola E.³; De La Fuente García Fernández M.⁴; Araguas J.⁵; Fernández Barbieri A.⁶

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO^{1 2 3 4 5 6}

<ponzonatalia@gmail.com>

639

INTRODUCCIÓN

La causa más común de deficiencia de vitamina B12 (Cobalamina) en la población pediátrica es la falta de ingesta de la misma; otras causas menos frecuentes son los síndromes malabsortivos y los errores innatos del metabolismo. Las dietas vegetarianas y veganas aumentaron su popularidad en los últimos años. En Inglaterra el 5% de la población es vegetariana, mientras que en nuestro país no hay datos estadísticos. A raíz de esto, se ha detectado un aumento de los casos de déficit de vitamina B12 en la población general, apareciendo casos severos en la infancia. Dentro de la población vegetariana se estima que la deficiencia de B12 afecta a un 62% de las embarazadas. Los niños nacidos de madres con dietas restrictivas corren riesgo elevado de déficit de Cobalamina desde el nacimiento o de desarrollarlo tardíamente, especialmente si se alimentan con lactancia materna exclusiva. A raíz de un paciente con un severo déficit de vitamina B12, decidimos realizar una búsqueda en los archivos de pacientes internados por déficit confirmado de Cobalamina en nuestro hospital desde 01 de enero de 2012 hasta 01 de mayo 2017.

OBJETIVOS

Analizar los pacientes con déficit de vitamina B12 que requirieron internación en el Hospital Materno Infantil de San Isidro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de déficit de vitamina B12 desde 01 de enero de 2012 hasta 01 de mayo 2017.

RESULTADOS

Se encontraron 5 pacientes con esta patología. La mediana de edad de diagnóstico fue de 10 meses, 80% (4) de sexo masculino. De los 5 pacientes estudiados el 80% (4) tenían madres que cumplieron dietas vegetarianas durante el embarazo y la lactancia, 1 tenía antecedentes familiares de déficit de factor intrínseco. Todos los pacientes presentaron mal progreso de peso, palidez generalizada y letargia. En cuanto a las alteraciones neurológicas, 3 pacientes pérdida de pautas madurativas, 1 fasciculaciones linguales y temblor de miembros inferiores; el otro, rechazo al alimento e irritabilidad. Las manifestaciones gastrointestinales se observaron en 2 pacientes, uno con dolor abdominal intenso y otro con hemorragia digestiva alta. En el laboratorio los 5 pacientes tenían anemia megaloblástica (VCM elevado) y plaquetopenia al momento del diagnóstico y todos requirieron transfusión de glóbulos rojos.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

En nuestra serie, al igual que en la literatura, la causa más frecuente de deficiencia de vitamina B12 fue la falta de ingesta. Nuestros resultados muestran que en aquellos pacientes hijos de madres vegetarianas no suplementadas durante el embarazo y la lactancia los pacientes presentaron signos y síntomas clínicos neurológicos y alteración del crecimiento que deben alertar al pediatra. La deficiencia de vitamina B12 es una complicación de los hijos de mujeres vegetarianas. El médico debe controlar la alimentación de la mujer embarazada para realizar la complementación necesaria.

El pediatra debe tener la sospecha para poder detectar en forma precoz las afecciones relacionadas con dicho déficit y valorar el aporte de vitamina B12 en la dieta de los hijos de madres vegetarianas y veganas.

INTERVENCIÓN MEDIADA POR PADRES O CUIDADORES EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

Luque A.¹; Gizzi I.²; Gervaso A.³; Lupu G.⁴

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO^{1 2 3 4}

<anahiluque@gmail.com>

640

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Espectro Autista (TEA) se caracteriza por dificultades en la comunicación social e intereses restringidos. De origen biológico, multifactorial y fuerte base genética. Prevalencia 1:68, más frecuente en varones (3-5:1). La participación de padres y cuidadores (P-C) de niños y adolescentes con TEA. (naTEA) en la implementación de estrategias de intervención terapéutica (EIT), es un enfoque que contribuye mejorando las habilidades, reduciendo co-morbilidades y consolidando la confianza familiar.

OBJETIVOS

Optimizar la comunicación y el lenguaje, la sociabilización y la flexibilización de intereses. Impulsar la participación de P-C en la implementación de EIT. Diagnóstico de situación: La demora en el reconocimiento de las prestaciones terapéuticas, y la falta de equipos interdisciplinarios en el Sistema Público de Salud causan baja adherencia y abandono del tratamiento. La oportunidad de las EIT, condiciona la neurohabilitación permitiendo la integración escolar e inclusión social. Los P-C de niños y adolescentes con TEA. son componentes críticos del proceso de intervención, sin ellos es poco probable que los beneficios puedan sostenerse.

Población de participantes y destinatarios: naTEA y sus familias pertenecientes a grupos vulnerables, sin cobertura a través del Programa Federal Incluir Salud o de Obras Sociales (N16) equipo médico-terapéutico (N5), estudiantes de medicina de la UNR. (N16).

Actividades: Duración 12 meses. Capacitación del equipo facilitador de EIT. Capacitación grupal e individual de P-C. Aplicación de escala de Vineland. Diseño de Planes Educativos Individuales (PEI). Supervisión de debilidades y fortalezas, ajustes terapéuticos.

RESULTADOS

De 16 familias ingresadas, 7 completaron el proyecto y 5 ampliaron la participación a otros miembros de la familia. Avances: en comunicación receptiva, habilidades de la vida diaria y de socialización, juego y capacidades de afrontamiento. El equipo facilitador, adquirió competencias para el desarrollo de la tarea. Causas de abandono: distancia, imposibilidad de apropiarse del proyecto, familias disfuncionales; barreras para la comunicación, cambios de numeración telefónica y transferencia tardía de mensajes. Para el seguimiento se habilitaron áreas de intercambio destinadas a consultas no programadas.



641

HALLAZGO INESPERADO EN UN SIBILANTE RECURRENTE. A PROPOSITO DE UN CASO

Bergalio C.¹; Rudi M.²

HOSPITAL REGIONAL COMODORO RIVADAVIA^{1,2}

<crisbergalio@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

La malformación adenomatoide quística es una lesión pulmonar congénita que resulta de la proliferación adenomatosa de bronquiolos y alvéolos terminales, con formación de quistes. El diagnóstico es generalmente prenatal pero en algunos casos, se presenta en forma de hallazgo tras un estudio complementario, cuando el paciente presenta algún cuadro concomitante.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de un paciente internado en nuestro servicio, quien evoluciono de forma inesperada a una patología frecuente como la obstrucción bronquial recurrente.

DESCRIPCION :Paciente de 7 meses de edad, RNT /PAEG. Apgar 7/9. Embarazo controlado, sin complicaciones según referencia materna. Eutrófico. Neurodesarrollo acorde a edad. Vacunas incompletas. Antecedentes patológicos: bronquiolitis a los 3 y 4 meses de vida, y varios episodios de sibilancias recurrentes, con tratamiento ambulatorio. Ingresa a nuestro servicio con diagnóstico de Neumonía adquirida de la comunidad bilateral con componente obstructivo más hipoxemia, donde permanece 7 días con oxígeno a bajo flujo, tratamiento antibiótico y salbutamol. Por evolución tórpida es evaluado por neumóloga infantil, quien solicita nuevos estudios complementarios, se encuentra imagen compatible con posible malformación pulmonar. Se descarta hidatidosis. Durante su estadía en internación presento infecciones intrahospitalarias, por lo cual se posterga su diagnóstico definitivo. Se interconsulta con

cirujano infantil, quien realiza toracotomía exploradora con toma de biopsia. Pendiente resultado anatomía patológica.

CONCLUSION

Traemos a colación este caso clínico tratando de destacar la importancia que concibe plantearnos oportunamente el abanico de diagnósticos diferenciales frente a una evolución tórpida de una bronquiolitis. No sólo por la resolución favorable de la patología, sino para evitar someter al paciente a diversos estudios y tratamientos que no son solo innecesarios, sino que muchas veces son perjudicial para la entidad clínica del paciente. Por tal motivo, es imprescindible contar con los controles y seguimiento prenatal, para detectar a tiempo la Malformación Adenomatosa Quística Pulmonar.

SÍNDROME COLESTÁSICO (SC) SECUNDARIO A PANHIPOPITUITARISMO (PHP). A PROPOSITO DE UN CASO.

Dragovetzky A.¹; Rodriguez N.²; Gonzalez C.³; Cohen V.⁴; Peralta L.⁵; Viteritti L.⁶; Harris V.⁷

HOSPITAL J. P. GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6,7}

<anaford2@gmail.com>

642

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Colestásico (SC) se presenta con ictericia, hipo/acolia y aumento de bilirrubina total (BT) a predominio directo (BD).

Es frecuente en niños, con incidencia de 1/2500-5000 nacidos vivos. Casi el 50% se debe a Atresia de Vías Biliares (AVB), aunque existen múltiples etiologías intra/extrahepáticas y dentro de estas las secundarias a trastornos endocrinológicos como el Panhipopituitarismo (PHP)

OBJETIVO

Describir un caso de SC secundario a PHP como etiología poco frecuente de una patología de alta incidencia.

CASO CLÍNICO

Niña de 3 meses, oriunda de Bolivia. Sospecha de infección por arbovirus (sin confirmación serológica) en el embarazo.

Ictericia e hipocolia desde el nacimiento. Al 5to día de vida internación para LMT por 3 días. Durante la misma se registran hipoglucemias sin controles ni terapéuticas al alta.

Evolucionó con mal progreso de peso, ictericia y acolia.

Consulta a nuestra institución para 2da opinión. Se realiza laboratorio con BT9.58 (BD8) y movilización de transaminasas. Albumina, amonio, coagulograma, dosaje AFP y α 1AT normales. Coombs negativa. Serologías de virus hepatotropos: HAV IgG+ y EBV IgG + (pasaje transplacentario), HVB, HCV, TORCHS negativas. OC normal UC-.

Valoración oftalmológica sin embriotoxon.

Ecografía abdominal normal.

Laparotomía exploradora: colangiografía normal. Biopsia: descarta AVB. Por hipoglucemias neonatales y para descartar déficit hormonal como etiología de SC se realiza laboratorio con hipocortisolismo, hipotiroidismo y déficit de GH. Prueba de arginina confirma déficit de GH.

Con diagnóstico de PHP inicia suplemento con levotiroxina, hidrocortisona y GH.

Como parte de estudio etiológico de se realiza RNM de SNC con hipoplasia de adenohipofisis y nervio óptico izquierdo (displasia septo-óptica).

DISCUSIÓN

La incidencia de PHP es de 1-42 casos nuevos/106habitantes/año, con una prevalencia de 300-455/106habitantes.

Puede presentarse como un SC ya que el déficit hormonal produce disminución del número/tamaño de los canalículos biliares y retardo en la maduración de enzimas para el metabolismo de ácidos biliares.

En la presentación neonatal la hipoglucemia es el síntoma más frecuente, junto al micropene por déficit de testosterona. Pueden existir defectos en la línea media de la cara y alteraciones oculares.

CONCLUSIÓN

Si bien la PHP es una patología poco frecuente, es fundamental el Dx precoz para iniciar tratamiento y debería ser unas de las etiologías a descartar ante un paciente con SC.



BICITOPENIA AUTOINMUNE. ¿S. DE EVANS? A PROPÓSITO DE UN CASO.

Caraduje S.¹; Reyes Reyes M.²; Pavez Rakela P.³; Villareal M.⁴; Etchehourry M.⁵; Serrano R.⁶

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6}

<silcaraduje@gmail.com>

643

INTRODUCCIÓN

Las citopenias autoinmunes se definen por la destrucción inmunomediada de células hematológicas. Pueden ser primarias o secundarias. Las primarias o idiopáticas pueden afectar uno o más linajes celulares, como el Síndrome de Evans.

Descrito originalmente por la presencia de anemia hemolítica y trombocitopenia autoinmune actualmente se define por la destrucción de al menos 2 linajes celulares en ausencia de otras causas. Es un diagnóstico de exclusión, más frecuente en pediatría. Requiere un seguimiento a largo plazo ya que la bicitopenia puede ser la primera manifestación de una enfermedad linfoproliferativa, lupus eritematoso sistémico y de otras alteraciones inmunológicas.

OBJETIVO

Presentar un paciente adolescente con bicitopenia autoinmune.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años que consulta al servicio de adolescencia por presentar leucopenia (2800 x mm³) y trombocitopenia (44000 x mm³) en hemograma solicitado por control.

Antecedentes personales, adenopatía inguinal derecha 2x2 cm de diámetro que apareció 6 meses antes de la consulta. Le realizan laboratorio, GB: 8700 x mm³ 0/61/6/0/26/7 Hb: 13.8 gr/dl.

Hto: 40.6% Plaquetas: 44000 x mm³. EBV VCA IgG (+) IgM (-) EBNA(+) HIV (-). Resto de serologías (-). Se interpreta como mononucleosis. Asma. Vacunas incompletas.

Examen físico, adenopatía inguinal derecha 4x4 cm de diámetro, blanda de límites indefinidos. Petequias en miembros inferiores. Sin visceromegalias.

Interconsulta con hematología, GB: 3000 x mm³ 0/12/6/0/75/7 Hb: 14 gr/dl Hto: 34% Plaquetas: 16000 x mm³. Se interna para realizar PAMO. Resto de laboratorio normal. Rx torax normal. Ecografía abdomino inguinal: bazo 135 mm DL, múltiples imágenes inguinales heterogéneas, la mayor de 18x10 mm (derecha).

PAMO, celularidad conservada compatible con citopenia de destrucción periférica. Inmunología solicita dosaje de IgGAMe – C3 – C4 – Ac anti FAN – FR – DNA – anticardiolipinas. Se repiten serologías.

Recibe tratamiento con meprednisona 80 mg/día vo, más gama con buena respuesta (plaquetas 132.000). IgGAMe, C3, C4 normal, laboratorio reumatológico (-). EBV VCA IgG (+) EBNA (+).

Continua con tratamiento y seguimiento ambulatorio, con corticoides en descenso. Persiste adenopatía inguinal izquierda 2x2 cm de diámetro.

CONCLUSIONES

1. Las bicitopenias autoinmunes pueden ser primarias o idiopáticas (S. de Evans.)
2. Requieren un seguimiento a largo plazo ya que pueden ser el comienzo de una enfermedad linfoproliferativa, LES o de desórdenes inmunológicos.

ADECUACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE EVALUACIÓN EN NIÑOS.

Bertazza A.¹; Haller L.²; Felipez A.³; Garelli G.⁴

HOSPITAL DE REHABILITACION MANUEL ROCCA^{1,2,3,4}

<ali.bertazza@gmail.com>

644

INTRODUCCIÓN

La consulta habitual es “problemas de lenguaje” pero en realidad sus dificultades comprometen los procesos neurocognitivos. Por la complejidad y heterogeneidad de estas consultas nos replantemos otra modalidad de evaluación.

OBJETIVO

Descripción de la Evaluación conjunta y casos asistidos entre junio 2014 y junio 2016; comparar tiempos de espera y el número de sesiones empleadas de las evaluaciones conjuntas (ECj) con las evaluaciones convencionales (ECo) mismo período.

POBLACION, MATERIALES Y METODOS

Trabajo retrospectivo, observacional, descriptivo, comparativo y transversal. Análisis: HC de los niños evaluados con la ECj en el período aludido y una muestra aleatoria del mismo número de HC de pacientes con la ECo. La Po 56 HC divididos en Po1 : evaluación conjunta (ECj):24 y Po2 evaluación convencional (ECo):22. Materiales: tests, guía clínica de Eco y juguetes. Base de datos 1: Datos demográficos; antecedentes; y habilidades relevantes; diagnóstico y conducta terapéutica. Base 2 tiempos de espera y número de sesiones invertidas Ecj. y Eco.

RESULTADOS

Po1 24 HC, edad promedio 37 meses, CABA 62% Con/sin escolaridad 50%. Motivo de consulta “dificultades del lenguaje” 62%. Antecedentes: sin 52%, 18% prenatales, 11% perinatales, 6% familiares y 13% mixto.

Conducta: 67% hiperactividad, 29% hipoactividad. Estilo comunicativo: 33% no comunica, 13% gestual, 17% oral, 37% mixto. Atención conjunta inestable: 58%, ausente 38%. Juego sensoriomotor 71%. 38% no procesaba atención, 62% inestable. Función ejecutivo: alterada 96% Participación con los profesionales: ausente 79%. Conductas restringidas presentes: 83%. Distribución diagnóstica TEA:42%, RGND 41%, TEL 4%. Conducta terapéutica: 75% derivados, 9% diagnóstico en tratamiento, 13% ingresó tratamiento. Po 2: 22 HC edad promedio 49 meses, CABA 45%, escolarizados 68%. Motivo de consulta “dificultades del lenguaje”: 77%. Comparación de tiempos de espera, en meses, para diagnóstico resultó de 4 meses menos a favor de la ECj. Número de sesiones para diagnóstico fue de 3 para ECj contra 16 en las Eco.

CONCLUSIONES

La incorporación del nuevo dispositivo “Evaluación Conjunta” permitió acortar los tiempos de diagnóstico individual por disciplinas y agilizar el dx. Se redujeron los turnos por disciplina para arribar a un diagnóstico de TEA o RGND o DI que no se abordan terapéuticamente en nuestra institución. A partir de este trabajo se confeccionó un protocolo de evaluación.



CUANDO EN LO URGENTE SE OLVIDA LO IMPORTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

645

Rudi M.¹

HOSPITAL REGIONAL COMODORO RIVADAVIA¹



INTRODUCCIÓN

El craneofaringioma es un tumor del sistema nervioso central, benigno, con incidencia de 3-4 cada 100.000 casos; produce dentro de sus numerosas complicaciones, diabetes insípida. La diabetes mellitus tipo I es una enfermedad autoinmune, con incidencia de 7-8 cada 100.000 casos, con importante morbilidad infantil sin tratamiento adecuado oportuno.

OBJETIVOS

Investigar sobre la posible asociación entre Craneofaringioma y Diabetes Mellitus tipo I en un paciente pediátrico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica, tanto en papel como en soporte electrónico, en diferentes sitios de información destinados a profesionales de la salud (Pubmed – Medline, Biblioteca Cochrane, Rima, etc.) utilizando las siguientes palabras claves: «CRANIOFARINGIOMA y DIABETES MELLITUS TYPE 1», además de múltiples interconsultas con médicos especialistas en endocrinología y diabetes.

Descripción del caso: Paciente femenina, de 7 años de edad, cursa cuadro de 2 meses de evolución con polidipsia, poliuria, polifagia y descenso de peso del 3%, consulta con su pediatra, quien solicita laboratorio: glicemia de 2.74 gr/L, glucosuria +++, cetonuria +++ y la deriva al hospital para su internación. Se completan exámenes: leucocitosis con neutrofilia, Glucemia 3,8, urea 26, creat 0.4, urico 2.4, EAB pH 7.37. Se interpreta cetoacidosis diabética LEVE. Se descarta hipotiroidismo y enfermedad celiaca. Al examen

físico presenta normo hidratación, buen estado general, se inicia plan del 1º día según normas del hospital Elizalde. Se hacen correcciones con insulina corriente según normas y controles preprandiales de glucemia. A las 72 hs de internación se inicia insulino terapia con NPH. A las 48 hs inicia pautas de alimentación instruidas por servicio de nutrición. Se otorga alta con controles ambulatorios. Se realiza estudio oftalmológico: edema de papila bilateral. Se deriva al hospital Garrahan y luego al Basterrica donde ingresa por hipertensión endocraneana con edema de papila bilateral. Se solicita resonancia magnética cerebral: craneofaringioma. Presenta complicaciones: hidroma subdural, hipernatremia severa (179 meq/l), diabetes insípida, hipotiroidismo secundario, complicaciones infectológicas y neurológicas. Actualmente se encuentra en tratamiento con hidrocortisona, levotiroxina, desmopresina, insulina lantus, dieta anticetogénica; con controles periódicos tanto por pediatra como por especialistas en dichas patologías.

CONCLUSIÓN

Luego de una investigación exhaustiva, concluimos en que la diabetes mellitus tipo I y el craneofaringioma siguen planteándose en la actualidad como entidades clínicas diferentes, sin asociación alguna. Mientras continua la incertidumbre sumamos evidencia a la biografía con este caso y anhelamos que las investigaciones genómicas logren líneas que puedan asociar ambas entidades.

DINÁMICA DEL COMITÉ DE TRASTORNOS NEUROLINGÜÍSTICOS.

646

Bertazza A.¹; Haller L.²; Felipez A.³; Garelli G.⁴; Marchi A.⁵

HOSPITAL DE REHABILITACIÓN MANUEL ROCCA^{1,2,3,4,5}

<ali.bertazza@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los niños con trastornos neuropsicolingüísticos constituyen una población numerosa que solicita asistencia en nuestra institución. Si bien la patología prevalente es el Trastorno Específico del Lenguaje (TEL), este equipo recibe derivaciones de los hospitales pediátricos generales muy heterogéneas que proponen nuevos desafíos frente a la cronicidad que caracteriza a estas patologías. Por eso se seleccionó un caso peculiar donde se lo abordó desde las diferentes modalidades que este equipo realiza.

OBJETIVO

Mostrar el funcionamiento del comité a través de las evaluaciones e intervenciones terapéuticas en el caso M.

POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un caso clínico: Caso M. Los materiales fueron el protocolo diseñado por las diferentes especialidades que integran el comité, los juguetes para potenciar la actividad de los pacientes durante la admisión. Tests y elementos de rehabilitación específicos de las diferentes disciplinas para llevar a cabo las evaluaciones específicas y los tratamientos por áreas. Al niño se le realizaron evaluaciones por áreas, la evaluación conjunta del equipo y diagnóstico en tratamiento. Se realizaron las derivaciones por disciplina pertinentes a cada caso para profundizar el estudio y evaluación de éste. Cuando se efectivizaron las mismas se conversaron las conclusiones con el equipo y se establecieron las intervenciones. Se iniciaron tratamientos en las áreas de Terapia Ocupacional, Terapia de

Lenguaje, Salud Mental y evaluación y seguimiento por Psicopedagogía e intervención por Servicio Social. Junto a controles periódicos de Fisiatría Niños.

RESULTADOS

El caso M permitió utilizar todos los recursos y dispositivos de la dinámica de este equipo, la evaluación en las diferentes disciplinas, evaluación conjunta y diagnóstico en tratamiento y tratamiento.

CONCLUSIONES

El trabajo en equipo permite arribar a un diagnóstico diferencial (TEL, trastorno de la comunicación o TEA). en los casos complejos.



A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA CRÓNICO COMO COMPLICACIÓN DE TUBERCULOSIS MENÍNGEA

647

Gonzalez N.¹; Roccatagliata M.²; Igarza I.³; Alcalde A.⁴; Albertoni H.⁵; Isern E.⁶; Carlopío P.⁷

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4,5,6,7}

<nic.guati@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIHAD) es la causa más frecuente de hiponatremia euvolémica en pediatría, causado por múltiples etiologías, siendo la forma crónica una manifestación inusual.

OBJETIVO

Presentar un paciente de 1 año y 4 meses de edad, previamente sano, con diagnóstico de SIHAD crónico secundario a tuberculosis meníngea.

Descripción del caso: Paciente masculino de 1 año y 4 meses de edad que se interna por presentar estatus convulsivo, con medio epidemiológico positivo para tuberculosis, obteniéndose cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis* en LCR.

Intercurre con múltiples trastornos hidroelectrolíticos, presentando de forma persistente hiponatremia con líquido extracelular normal, asumiéndose cuadro como SIHAD crónico con baja diuresis secundario a tuberculosis meníngea.

Al presentar estos cuadros escasa respuesta a la restricción hídrica, y tras la imposibilidad de lograr un apropiado equilibrio hidrosalino con furosemida y cloruro de sodio, se logró una adecuada respuesta con el uso de urea.

Dicho tratamiento, en conjunto con la medicación antifúngica, evidenciaron una estabilización de los parámetros de laboratorio y notable mejoría de la clínica neurológica del paciente, egresando del hospital tras 4 meses de internación con tratamiento y seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

El SIHAD es un cuadro de presentación habitualmente aguda, con buena respuesta a la restricción hídrica. Su forma crónica es excepcional en pediatría. Mientras que en adultos este cuadro es tratado con acuaréticos inhibidores de la acción de la hormona antidiurética (vaptanes), no hay evidencia que respalde su uso en pediatría.

La urea, como diurético osmótico, ingresa rápidamente al espacio intracelular disminuyendo el riesgo de presentar una rápida expansión del volumen intravascular, induciendo a su vez pérdida de agua por aumento de la eliminación de la carga osmótica y por su efecto antinatriurético. Según lo reportado en la bibliografía su uso en altas dosis ha sido bien tolerado, sin generar toxicidad renal.

LESIONES CEREBRALES EN LACTANTE DE 3 MESES POR INTOXICACIÓN CON ANÍS ESTRELLADO

648

Palma A.¹; Barbosa W.²; Bayaut N.³; Montali C.⁴; Arrospide N.⁵

HOSPITAL DEL CRUCE^{1,2,3,4,5}

<alejandranpalma@yahoo.com.ar>

RESUMEN

El Anís Estrellado es una de las causas más frecuentes de Intoxicación Foliclorica en Argentina, generalmente de inicio agudo que se manifiesta por síntomas gastrointestinales y neurológicos leves y reversibles. Presentamos el caso de un lactante de 3 meses que ingresó por cuadro de deshidratación grave con acidosis metabólica y status convulsivo que presenta en RMN de cerebro con y sin contraste atrofia de los Ganglios de la Base (Putamen y Globo Pálido) con correlato clínico y similitud imagenológica con la Enfermedad Metabólica de Leigh, que es una Encefalomiopatía de causa genética degenerativa y progresiva que cursa con acidosis metabólica y afectación neurológica grave.

Caso Clínico: Lactante sin antecedentes patológicos que ingresa por deshidratación grave, convulsiones y compromiso del sensorio que requirió ARM 14 días, inotrópicos 5 días, correcciones con bicarbonato posterior a expansiones, tratamiento anticonvulsivante y antibióticos, sin rescate de germen en cultivos y virológico; que una vez superada la etapa aguda, presento hipotonía generalizada e incoordinación motora objetivable por trastorno deglutorio, por lo que se realizó RMN de cerebro. En la anamnesis se constató alimentación con leche de fórmula de inicio con el agregado en todos los biberones de anís estrellado por período de más de 1 mes. El paciente evolucionó favorablemente con recuperación progresiva del tono muscular y de la coordinación motora, sin repetir convulsiones y sin alteración metabólica. Con dicha evolución clínica se descartó la Enfermedad de Leigh.

CONCLUSIÓN

Es evidente que la edad del paciente afectado por la intoxicación, sería el factor relevante para justificar su grave daño neurológico agudo y las secuelas posteriores, alineado a tres factores de inmadurez: barrera intestinal, función hepática y barrera hematoencefálica. Tanto el Illisiun Verum (anís estrellado) en exposición crónica, como la Enfermedad de Leigh presentan igual mecanismo fisiopatológico afectando la cadena respiratoria de las células de alta demanda energética, como son los ganglios de la base y las células musculares. Por esta causa presentan clínica, laboratorio y RMN de similares características, diferenciándose en la evolución y pronóstico.



OBESIDAD GRAVE, CUANDO LOS RECURSOS SE OPTIMIZAN. A PROPÓSITO DE UN CASO

649

Testa N.¹; Caraduje S.²; Gonzalez M.³; Dvorkin S.⁴; Lisciotta L.⁵; Iglesias J.⁶

HOSPITAL ELIZALDE¹; HOSPITAL ELIZALDE SECCIÓN ADOLESCENCIA^{2,3,4}; HOSPITAL ELIZALDE SERVICIO DE KINESIOLOGÍA^{5,6}

<nellytesta@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial. Su prevalencia ha aumentado considerándose una epidemia. El IMC es el indicador más aceptado para evaluar obesidad. OMS define obesidad grave con IMC \geq puntaje Z +3. Puede producir importantes comorbilidades que se proyectan a la adultez y comprometen la calidad de vida.

OBJETIVOS

- 1) Presentar un paciente adolescente con obesidad grave.
- 2) Proponer un abordaje integral interdisciplinario centrado en el empoderamiento del paciente.
- 3) Comunicar los resultados obtenidos con un seguimiento personalizado y sostenido en el tiempo a través del uso de TICs.

CASO CLINICO

Paciente de 17 años y 8 meses que consulta por mareos y dolor abdominal de 1 mes de evolución.

Examen físico: Peso 180 kg Talla 1.68 IMC 63.8 Tanner 5/5 TA 130/90

Acantosis en cuello, axilas e ingles.

Deambula con muletas como consecuencia de fractura en tibia izquierda hace un año. Refiere apneas del sueño, abandono escolar y de la rehabilitación kinesica . RNTPAEG.

Controles discontinuos en Servicio de Nutrición desde los 5 años.

Internado a los 8 años por politraumatismo y fractura de tibia izquierda.

Operado a los 15 por nueva fractura. Padre obeso.

Se decide su internación por riesgo biopsicosocial e interconsultas con nutrición, cardiología, kinesiología, salud mental y traumatología.

Hiperinsulinismo, medicado con metformina.

Alta seguimiento por adolescencia, nutrición y kinesiología. Posteriormente acepta tratamiento psicológico.

Comienza entrenamiento de fuerza en un gimnasio. Vuelve a la escuela.

En una primera etapa logra un descenso de peso de 50kg. Recibe tratamiento interdisciplinario durante 18 meses, con peso estacionario. Posteriormente deja de concurrir al sistema de salud manteniendo conexión con hebiatra sólo por whatsapp. Se refuerzan hábitos saludables y de autonomía. Luego de un año vuelve al control constatándose un peso de 90kg, laboratorio normal. Continuaba con entrenamiento de fuerza y había incorporado en forma gradual actividad aeróbica.

CONCLUSIONES

- 1) La obesidad grave es de muy difícil seguimiento y tratamiento.
- 2) La interdisciplina y la empatía con el paciente son fundamentales.
- 3) El equipo de salud debe utilizar todas las herramientas disponibles para lograr la adherencia al tratamiento.

TELEMEDICINA: MANEJO DE MICOSIS OPORTUNISTA: GEOTRICOSIS A PROPÓSITO DE UN CASO

650

Argañaraz B.¹; Vildoza C.²; Lopez Cruz M.³; Sauer E.⁴; Corgnali M.⁵; Aguero L.⁶; Chiericotti O.⁷; Ruvinsky S.⁸; Fain J.⁹; Truszkowski. M.¹⁰; Finquelevich J.¹¹; Pellegrini S.¹²

CEPSI EVA PERON^{1,2,3,4,5,6,7}; HOSPITAL GARRAHAN^{8,9,10,11,12}

<drablancaarganaraz@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Geotrichum spp, es un hongo emergente ambiental, si bien puede ser colonizante es causa de infecciones oportunistas en inmunocomprometidos.

OBJETIVOS

Describir un caso de enfermedad invasiva por Geotrichum spp en huésped inmunocompetente.

Caso clínico: niño de 3 a, con tumoración bilateral parotídea de 1 s de evolución. Progresa a cuello y hemitorax superior con signos de flogosis, fiebre y mal estado general. Ingres a shock séptico, requiere ARM e inotrópicos. Bicitopenia: GB: 400 , Pla. 60.000. Inicia tto con Meropenem Vancomicina. Laringoscopia : pseudomembranas blanquecinas malolientes en paladar blando, úvula y pared posterior de faringe. Sospecha Angina de Ludwig. TAC: engrosamiento de celdas etmoidales/velamiento senos maxilares y esfenoidales. Al 3° día Anfotericina liposomal, al 7 día: hisopado de fauces: GEOTRICHUMsp. Al 9° día convulsiones tónicas con PL y TAC N. PAMO: descarta micosis endémicas y parasitosis, sin signos de hemofagocitosis, globalmente hipoplásica, displasia eritroide, cultivo negativo. Endosc.: membrana blanquecina adherida a mucosa, homogénea, sangrante al tacto. A los 13 d recupera freno medular. A los 20 días elimina molde blanquecino consistencia elástica, aísla GEOTRICHUM .Se asume como infección invasiva y agrega voriconazol. Fibrobroncoscopia ausencia de epiglotis con aritenoides edematizados; faringe: mucosa en empedrado, lago faríngeo intenso, cuerdas vocales móviles, se realiza TQT. Se descartó inmunodeficiencia primaria o secundaria. El paciente continúa en tratamiento multidisciplinario con buena evolución clínica.

DISCUSIÓN

El Geotrichum es un hongo ambiental. En los últimos años se describen casos de infección invasiva similar presentación. La mayoría de la series pertenecen a pacientes con enfermedades oncohematológicas y transplantados pulmonares. Infrecuente presentación en huéspedes inmunocompetentes.



ATENCIÓN INTEGRAL DE MADRES Y PADRES ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

651

Facchini C.¹; Grieco A.²; Saraceno S.³; Gianni M.⁴

CESAC N°41- HOSPITAL ARGERICH^{1,2,3,4}

<carinafacchini@hotmail.com>

Presentamos una experiencia de trabajo en un efector de salud de la red asistencial del primer nivel de atención en la ciudad de Buenos Aires. Desde 2009 funciona un espacio de acompañamiento y atención de madres y padres adolescentes junto a sus hijos que, desde un enfoque epidemiológico poblacional, tiene por centro a la población joven menor de 18 años de uno de los barrios más vulnerables[i] y con una de las tasas de fecundidad adolescente más significativa de la ciudad[ii].

Partimos de un abordaje clínico-social interdisciplinario (Hebiatría, Psicología, Antropología), desarrollado habitualmente en consultorio y en organizaciones sociales, según la demanda del barrio, donde participan facilitadores comunitarios. En estos espacios se realizan talleres en sala de espera dirigida a los adolescentes con sus niños, favoreciendo la palabra, el intercambio de experiencias, la resignificación de saberes, miedos, mitos o a la crianza y a la infancia.

Sumado al control clínico de los adolescentes y de su/s hijo/s, se abordan temas relacionados con la crianza, el vínculo en la pareja y con otros familiares convivientes, la familia uniparental, la salud sexual y reproductiva, los estereotipos de género, el sostenimiento de la escolaridad y los proyectos de vida.

OBJETIVOS

- * Brindar una atención integral acorde a las problemáticas que tienen en tanto adolescentes y madres/padres a la vez;
- * Favorecer la inclusión del padre adolescente promoviendo el vínculo con su hijo/s;
- * Promocionar estrategias de cuidado;
- * Fomentar la realización de sus proyectos de vida y trabajar la crianza desde esta perspectiva relacional.

A lo largo de estos años comprendimos que el embarazo en la adolescencia es un emergente de las condiciones de vida de estos jóvenes y no necesariamente representa un problema en sus vidas.

En la actualidad iniciamos una línea de investigación cualitativa para explorar en profundidad la experiencia de la paternidad adolescente.

[i] Fuente: Censo 2010

[ii] Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO REACTIVO A VIRUS EPSTEIN BARR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

652

Nicolás G.¹; Montiel V.²; Bidegain J.³; Tittarelli F.⁴; Rosso D.⁵; Lavergne M.⁶

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS DR. PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6}

<nicolasarielgrisolia@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome hemofagocítico (SHF) es una enfermedad infrecuente, potencialmente mortal. Puede predisponer a ello factores genéticos como mutaciones puntuales o inmunodeficiencias, como así también ser gatillado por patologías malignas e infecciones virales. La falta de sospecha de esta entidad hace difícil el diagnóstico y tratamiento oportuno.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de SHF reactivo a infección por virus de Epstein Barr (EBV) y compararlo con la literatura.

CASO CLÍNICO

Paciente de 22 meses, comenzó con registros febriles diarios de 15 días de evolución, malestar general, adenomegalia cervical derecha, fisuras labiales, erupción maculopapular generalizada en anillo de sello con purpura palpable y hepatoesplenomegalia. Agregó edema generalizado junto a neumonía derecha con derrame pleural bilateral y requerimientos de oxígeno suplementario.

Se destacan neutrofilos 540/mm³, hemoglobina 8.1 mg/dl, plaquetas 27.000/mm³, ferritina 1339 mcg/l. TP 54 % sin respuesta a vitamina K, APTT 28 segundos, fibrinógeno 85 mg/dl. Triglicéridos 525 mg/dl. Colesterol total 56 mg/dl. BT 0.97, BD 0.79 mg/dl, GOT 408 UI/L, GPT 216 UI/l. Proteínas totales 3.4 gr/dl, albúmina 1.93 gr/dl. IgG 520, IgM 32.9, IgA 48.7 UI/ml. Hemocultivos, urocultivo y BAAR negativos. Ecocardiograma y rx. tórax normal. Ecografía abdominal confirma hepatoesplenomegalia. Serologías virales VHC, VHB, CMV, Parvovirus, Toxoplasmosis, HSV I, II y

HIV ambas negativas. VHA IgG positiva. PCR positiva para EBV, carga viral EBV de 2500 copias/ml. Punción aspiración de médula ósea con escasa celularidad y fenómeno aislado de hemofagocitosis. Del interrogatorio ha surgido hermano de 4 años con antecedente reciente de faringitis aguda. Se interpretó síndrome hemofagocítico reactivo a infección por EBV, iniciando tratamiento con dexametasona 10 mg/m²/día con evolución favorable.

DISCUSIÓN

El EBV el desencadenante más frecuentemente asociado, tanto en formas primarias como secundarias. Existen criterios de diagnóstico definidos, de los cuales nuestro paciente presentó 6 de 8 totales. En nuestro medio es dificultosa la realización de dosaje de CD25 y de funcionalidad de células Natural Killer. La presencia de los criterios mencionados, junto al hallazgo serológico de EBV y la exclusión de patologías asociadas nos permitió realizar el diagnóstico e iniciar tratamiento basado en el protocolo HLH 2004 modificado. Nuestro paciente sufrió síndrome de disfunción orgánica múltiple, sin afección renal ni neurológica. Se intentó realizar estudio genético familiar, no contando con la disponibilidad del paciente.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

EL SHF es una entidad potencialmente mortal. Se necesita un elevado índice de sospecha para su diagnóstico. Es importante el estudio genético familiar a pesar de encontrar un desencadenante específico. Se debe realizar tratamiento precoz a pesar de no contar con la totalidad de los criterios mencionados, siempre descartando previamente etiología maligna.



654

EPISODIO DE HIPOTONÍA HIPORRESPUESTA POSTVACUNACIÓN: ¿SEGUIMOS VACUNANDO? A RAÍZ DE UNA SERIE DE CASOS

Castellano V.¹; Pacchiotti A.²; Umido V.³; Lamy P.⁴; Nolte M.⁵; Gentile A.⁶

HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ^{1,2,3,4,5,6}

<vane0108@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Episodio de Hipotonía e Hiporrespuesta (EHH) se caracteriza por la pérdida súbita del tono muscular asociada a disminución de la respuesta a estímulos y palidez o cianosis cutánea. Se reporta principalmente luego de las primeras dosis de vacunas con componente pertussis celular y con menor frecuencia con otras vacunas. El reconocimiento y diagnóstico del cuadro resultan primordiales para un manejo adecuado.

OBJETIVOS

Describir las características clínicas, antecedentes de vacunación y recursos médicos utilizados de los casos de EHH presentados en el vacunatorio de un hospital pediátrico. Evaluar la continuación del esquema de vacunación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de serie de casos retrospectiva. Se incluyeron todos los niños con diagnóstico de EHH, según los Criterios de Brighton, que consultaron entre Enero de 2010 y Junio de 2017. Variables analizadas: edad, sexo, antecedentes personales, vacunas recibidas, dosis, tiempo transcurrido desde la vacunación al inicio de los síntomas, síntomas, recursos médicos utilizados y continuidad del esquema de vacunación.

RESULTADOS

Se registraron 11 casos, de los cuales 1 se descartó por datos insuficientes (categoría IV). La media de edad fue de 2 meses (rango: 2-3), 6 de sexo femenino (60%). Todos los episodios se presentaron después de la 1ª dosis. Recibieron vacuna quintuple celular 9 pacientes y hexavalente 1. El

cuadro fue inmediato en 3; <1 h en 1; 2- <3hs en 1; 3- <4hs en 1; 4- <5hs en 1; 6- <12hs en 1 y 12 -<24 hs en 2 casos. Clasificación de Brighton: categoría I: 4, II: 3 y III: 3 casos. Síntomas concomitantes más frecuentes: fiebre 3 e irritabilidad 2 casos. Antecedente de prematuridad 1/9 casos, requirieron consulta médica 8/9 e internación 6/9. Evolución: 9 tuvieron recuperación total, de 1 no hay datos. De los pacientes que realizaron seguimiento: 6 continuaron esquema con séxtuple, 1 con quintuple acelular y otro con quintuple celular. Ninguno presentó complicaciones.

CONCLUSIONES

Todos los pacientes evaluados presentaron el EHH dentro de las 24 horas posteriores a la aplicación de la primera dosis de vacuna con componente pertussis. La recuperación fue completa y sin secuelas en todos los casos. La mayoría requirió consulta médica y más de la mitad internación. La continuidad del esquema no se asoció a recurrencias del cuadro ni a otras complicaciones.

EMERGENCIA HIPERTENSIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pinter M.¹; Soto F.²; Ferreiro G.³; Caorsi S.⁴; Ulloa M.⁵

CONSULTORIO PARTICULAR GRUPO PEDIATRO BELGRANO R Y HNRG^{1,2,3,4,5}

<msolpinter@gmail.com>

655

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) en pediatría es una entidad poco frecuente (1-5%), de causa secundaria (80%). Generalmente asintomática. Cuando se manifiesta en forma aguda y/o severa produce lesiones de órgano diana (sistema nervioso central, cardiovascular y riñones). La emergencia hipertensiva es una forma de manifestación poco frecuente. El diagnóstico y tratamiento deben ser oportunos para evitar y/o disminuir las complicaciones y secuelas.

OBJETIVO

Dar a conocer una forma de presentación poco frecuente de HTA. Reforzar el plan de estudio de esta patología y la importancia de su pesquisa en la consulta pediátrica.

Caso clínico: Adolescente de 11a, con sobrepeso e irregular seguimiento ambulatorio, consulta a guardia por cuadro de cefalea intensa afebril y vómitos. Se interna y se realiza TAC, Punción lumbar y laboratorio general sin alteraciones aparentes y se medica con cefalexina y Aciclovir cubriendo foco meníngeo. Evoluciona con alteración del sensorio, pérdida súbita de agudeza visual, insuficiencia renal (IR) y convulsión tónica clónica generalizada. Pasa a UTIP. Se constata HTA (TAM>100). Estudios complementarios a fines de evaluar daño de órgano blanco y descartar patología subyacente: RMN con hallazgos compatibles con encefalopatía reversible, ecografía doppler renal, ecocardiograma, perfil lipídico, serologías, determinaciones hormonales, autoanticuerpos, fondo de ojo. Con diagnóstico de encefalopatía hipertensiva

y leucoencefalopatía posterior reversible (PRES); permanece medicada con amlodipina y levetiracetam. Evoluciona sin signos de encefalitis, recupera visión completa y función renal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Debe incluirse en la consulta pediátrica la medición precisa de la TA en los pacientes mayores de 3 años. En los adolescentes, la HTA esencial es cada vez más frecuente, y existen factores hereditarios, stress, obesidad-sobrepeso asociados. Los síntomas y lesiones asociados a PRES pueden resolver completamente si el diagnóstico y tratamiento es rápido. La recurrencia es rara y asociada a infecciones y aumento rápido de la presión arterial. El diagnóstico puede pasar inadvertido, especialmente en niños, a menos que exista alto índice de sospecha, ante encefalopatía y convulsiones en el contexto de HTA o daño renal. El retraso en el diagnóstico y tratamiento puede dar lugar a déficit neurológico permanente, infarto irreversible y muerte.



RAQUITISMO: AUN PRESENTE EN EL CONSULTORIO

Rusconi M.¹; Di Paolo S.²

GRUPO OROÑO¹; HOSPITAL VICTOR J VILELA²

<flia.valentini@hotmail.com>

656

INTRODUCCIÓN

Es una enfermedad ósea resultante de la deficiente mineralización del hueso en crecimiento, los antecedentes perinatales juegan un rol importante. Prevalencia 10% en menores de 4 años y 30% en prematuros. No siempre se confirma por el examen físico por lo cual estas cifras pueden no revelar con exactitud su frecuencia.

OBJETIVOS

Poner de manifiesto mediante un caso clínico la importancia de la sospecha y valorar los exámenes complementarios de primera línea.

CASO CLINICO: Niño de 2 años RNPTBPEG segundo gemelar de embarazo asistido permaneció en neonatología por SDRA, requirió 2 días de ARM y 5 días de halo. A los 3 días comienza con alimentación mixta por SNG, logrando VO exclusiva a los 17 días de vida. Realiza tratamiento antibiótico sin rescate de germen; a los 22 días se otorga alta con fórmula y aportes, presentando al examen físico pectun carinatum. A los 2 meses comienza con reflujo gastroesofágico (RGE) y escaso incremento de peso y en conjunto con gastroenterología se rota a hidrolizado parcial. A los 15 días consulta por vómitos, con peso estacionario comienza con hidrolizado total, tratamiento antirreflujo y suspende momentáneamente los aportes; muestra mejoría parcial. A los 3 meses por bronquilitis y polipnea se deriva para internación. Permanece 20 días hospitalizado es evaluado interdisciplinariamente. Se descarta sime de poland y osteogénesis imperfecta continuando con tratamiento por RGE. A los 5 meses de vida comienza a evidenciarse retraso en las pautas madurativas; se solicita laboratorio de control que muestra hipocalcemia con FAL elevada.

Por sospecha de raquitismo se realizan estudios radiológicos que evidencian deformaciones ósea en columna vertebral y huesos largos; se confirma dicho diagnóstico y comienza tratamiento con buena respuesta y tolerancia con incremento ponderal al inicio, logro de pautas de desarrollo acordes a la edad y finalmente mejoría radiológica.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de raquitismo debe ser sospechado sobretudo en pacientes prematuros, aún en buen contexto socioeconómico y alimentados con fórmula y aportes. El control estricto permite llegar en la mayoría de los casos al diagnóstico resolviendo las dudas con laboratorio y radiografía.

BROTE DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA POR SEROGRUPO B EN CÓRDOBA.

Piedra E.¹; Garnero A.²; Vanzo C.³; Gomila A.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD CORDOBA^{1,2,3,4}

<pedraedgar@gmail.com>

659

INTRODUCCIÓN

Entre el 10 y el 30 de mayo de 2016 ocurrió un brote de enfermedad meningocócica (EM) en la ciudad de Córdoba. Los brotes de la EM frecuentemente crean una fuerte alerta en la sociedad, por lo que las instituciones de salud y los médicos en general deben contribuir con celeridad al desarrollo de actividades preventivas.

OBJETIVO

Reportar los aspectos epidemiológicos y clínicos de un grupo de pacientes con EM internados durante dicho periodo en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se llevó a cabo la recolección de datos a partir de las historias clínicas de pacientes internados con diagnóstico de EM en el mes de Mayo 2016. Se obtuvo el diagnóstico microbiológico por cultivo y/ o técnica de PCR.

RESULTADOS

Se confirmaron cinco casos de EM en pacientes previamente sanos. Edad media: 46 meses (8 - 72 meses). Predominó el sexo masculino (4/5). Todos los casos vivían en el mismo complejo habitacional donde compartían un espacio en común de uso múltiple.

Manifestaciones clínicas: fiebre (5/5), shock séptico (2/5), síndrome meníngeo y petequias (2/5) y diarrea aguda (1/5). Se aisló N. meningitidis serogrupo B en todos los casos. En los dos primeros pacientes se rescató el germen solamente

en hemocultivo, en el tercero solo en Líquido Cefalorraquídeo Raquídeo (LCR), en el cuarto en LCR y hemocultivo y en el quinto paciente la confirmación diagnóstica fue por técnica de PCR en LCR. Tiempo de internación promedio fue de 10 días (7 a 14 días). Los paciente con shock séptico tuvieron un tiempo de internación de 2 días en Unidad de Terapia Intensiva. Todos los pacientes tuvieron evolución clínica favorable, sin secuelas tróficas.

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes la evolución clínica fue favorable y el nexo epidemiológico fue nuestra alerta para evitar nuevos casos. La edad media fue de 46 meses. El serogrupo identificado en esta oportunidad fue el B, cepa contra la cual no hay vacuna disponible actualmente en nuestro país.



BOTULISMO EN UN LACTANTE DE 4 SEMANAS DE VIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Fernandez P.¹; Cardetti M.²; Solis M.³; Breziguier A.⁴; Cantisani Fiesta B.⁵; Gomez M.⁶; Capovilla R.⁷

CERHU^{1 2 3 4 5 6 7}

<PAO_LEILO@HOTMAIL.COM>

660

INTRODUCCIÓN

El botulismo es una enfermedad toxoinfecciosa, provocada por una neurotoxina secretada por la bacteria Clostridium Botulinum, que afecta el Sistema Nervioso Periférico y Autónomo, sin atravesar la barrera hematoencefálica, produciendo una parálisis flácida de los músculos esqueléticos y fallo parasimpático. Constituye una patología de denuncia epidemiológica obligatoria.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de un lactante de 4 semanas de vida con hipotonía, con sospecha de botulismo.

CASO CLÍNICO

Concurre a la guardia de nuestra institución un paciente de sexo masculino, de 30 días de vida, sin antecedentes patológicos previos, que comienza 9 días atrás con decaimiento y rechazo parcial a la alimentación. A 24hs del comienzo de los síntomas presenta un registro de temperatura de 37,8°C, por lo que consulta, se diagnostica un cuadro de vías aéreas superiores, indicando manejo sintomático ambulatorio. En los últimos 72hs presenta una desmejoría clínica, con mayor decaimiento, y regular actitud alimentaria. Al examen físico se evidencia paciente en regular estado general, somnoliento, hiporreactivo y afebril, con ptosis palpebral bilateral, reflejo fotomotor enlentecido, hipotonía generalizada, con disminución de la fuerza y reflejo de succión débil. Presenta signos de deshidratación moderada, con mucosas semihúmedas y oliguria de 12hs de evolución, un abdomen distendido, y se auscultan rales subcrepitanes en ambas bases pulmonares. Se decide

su internación, solicitándose exámenes complementarios de acuerdo a los posibles diagnósticos diferenciales, hemograma, ionograma, función renal, glucemia, hormonas tiroideas, serologías para herpes y CMV, hemocultivos, urocultivo, punción lumbar y placa de tórax, ecografía abdominal y cerebral, y se toman muestras para la búsqueda de la toxina botulínica en suero y heces. Como tratamiento se aplican medidas de sostén, con control de signos vitales estricto y colocación de un plan de hidratación parenteral. A las 24hs de su internación paciente continúa en regular estado general, sin mejoría clínica, por lo que se decide su ingreso a UTIN, donde continúa con tratamiento de sostén, alimentación por SNG, e inicia con kinesioterapia respiratoria y fisioterapia. Se recibe informe de laboratorio, con rescate de toxina botulínica en heces, por lo que se inicia con enemas evacuante con lactulosa 2,5 mg/kg. No se utilizó antitoxina específica.

CONCLUSIÓN

El botulismo del lactante es una patología que presenta un curso variable, pudiendo ocasionar, en los cuadros más graves una parálisis fulminante semejante al síndrome de muerte súbita infantil. Debido a que es altamente prevalente en nuestro medio, es fundamental la sospecha clínica ante un lactante hipotónico, debiendo hospitalizar al paciente, e implementar todas las medidas necesarias para confirmar o descartar dicha enfermedad, y en caso de confirmarlo realizar la vigilancia estricta del paciente, e instaurar tratamiento y medidas de sostén necesarias. Además, es fundamental que desde el área de atención primaria se fomente y difundan las medidas necesarias para su prevención.

HIPOTIROIDISMO SEVERO EN LA INFANCIA SECUNDARIO A TIROIDITIS DE HASHIMOTO EN UN NIÑO DERIVADO POR BAJA TALLA Y BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Prieto M.¹; Chamoux A.²; Santolin C.³; Cataldo E.⁴

HOSPITAL DR. PEDRO DE ELIZALDE^{1 2}; HOSPITAL MI PUEBLO DE FLORENCIO VARELA^{3 4}

<ritis_fer@hotmail.com>

661

RESUMEN DE HC:

Paciente masculino de 10 años y 2 meses que consulta derivado del servicio de Pediatría del Hospital Mi Pueblo de Fco.Varela por hipertirotropinemia y baja talla. Presenta laboratorio de agosto 2016 con TSH >100 uU/mL y T3 total de 1.3 un/dl con anemia e hipercolesterolemia severa secundario a su hipotiroidismo.

Antecedente de enfermedad actual: astenia, dificultad en el aprendizaje, constipación, piel seca, detención del crecimiento, retraso en el recambio dentario, disnea al realizar actividades cotidianas de 2 años de evolución. Antecedentes personales: RNTPAEG peso al nacer 3500 Grs, parto eutósico, CBO hasta los 6 años. No hay antecedente de patología tiroidea familiar. Al examen físico peso 34 KG (Pc 25-50) talla 115 cm (Z -3.4 DS) piel extremadamente seca, bocio pequeño firme sin nódulos palpables, abdomen globoso, edema en miembros inferiores, facie abotagada, constipación, vello pubicano 2 (lanudo), G 1 y testes 3/3 ml. Se solicita ecografía tiroidea: glándula aumentada de tamaño, heterogénea, de contornos lobulados, multinodular compatible con tiroiditis, edad ósea atrasada de 7 años para 10 años y 2 meses y Rx perfil de cráneo que evidencia agrandamiento global de la silla turca (a expensas de hipertrofia hipofisaria). Se repite el perfil tiroideo y los anticuerpos ATPO y ATG resultan positivos. Se confirma el diagnóstico de hipotiroidismo secundario a tiroiditis de Hashimoto e inicia tratamiento con levotiroxina en dosis crecientes semanalmente, T3 (10 días) y meprednisona para prevenir la falla adrenal secundaria. Presento buena evolución clínica con el tratamiento

con levotiroxina, actualmente eutiroides, con mejoría en el crecimiento lineal. Último control en Junio 2017 con 10 años y 10 meses talla 122 (Z -2,6 DS) peso 28,5kg (Pc 10) velocidad de crecimiento de 10 cm/año.

Comienza con pubertad con volumen testicular de 4ml bilateral se solicita perfil gonadal confirmando el inicio de la pubertad. Se solicita por su obra social iniciar tratamiento con análogo de GNRH (acetato de triptorelina mensual) para inhibir la pubertad y lograr una mejoría en la talla final. Actualmente se encuentra a la espera de la misma y continúa con levotiroxina con respuesta favorable a al tratamiento.

La tiroiditis de Hashimoto es una entidad frecuente de bocio en la adolescencia e infancia, secundario a la inflamación de la glándula tiroidea por autoanticuerpos, con producción de anticuerpos contra la tiroglobulina y la enzima ATPO necesarias para la síntesis de hormonas tiroideas, dando como resultado disminución de las mismas y el ascenso de los valores de TSH.

Esto lleva a una alteración en el crecimiento tanto lineal como neuronal dando baja talla y dificultad en el aprendizaje, junto al compromiso de otros sistemas (cardiovascular, piel y faneras, digestivo, entre otros) responsables de los síntomas que presentaba nuestro paciente. Es fundamental que el pediatra reconozca al hipotiroidismo como uno de los diagnósticos diferenciales en el estudio de un paciente con baja talla a fin de poder derivar al Endocrinólogo e instaurar un tratamiento precoz para evitar las comorbilidades futuras.



A PROPOSITO DE UN CASO: HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

Cattaneo Cox M.¹; Francesca J.²; Vélez J.³; Pollono D.⁴

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4}

<solecattaneocox@hotmail.com>

662

INTRODUCCIÓN

La HCL es un desorden caracterizada por la proliferación clonal de células de Langerhans patológicas. Su incidencia es de 4/millón en menores de 15 años. La clínica depende del órgano comprometido. Puede aparecer como una erupción cutánea o una lesión ósea dolorosa. Frecuentemente la lesión es única en calota. El compromiso orgánico que afecta la sobrevida incluye hígado, bazo y médula ósea. A menor edad mayor probabilidad de enfermedad diseminada y mortalidad. El diagnóstico definitivo se demuestra por la presencia de CD1a en la membrana de las células en estudio. De acuerdo con el grado de la enfermedad, el tratamiento de la HCL puede incluir cirugía, radioterapia y/o quimioterapia. Actualmente el 60 % de los pacientes muestra la mutación V600E en el oncogén BRAF, independientemente del estadio o del compromiso orgánico, lo que llevó a la conclusión de que la HCL es un trastorno neoplásico.

OBJETIVOS

Conocer la enfermedad y su presentación clínica más frecuente para poder realizar un diagnóstico oportuno.

Descripción del caso Paciente de 16 meses de edad, RNT, AEG, que consulta por tumoración retroauricular izquierda, tratada como absceso con antibióticos por más de 10 días sin respuesta. Antecedente: dermatitis seborreica, sin respuesta a tratamientos convencionales e intertrigo retroauricular. Se plantea como diagnósticos diferenciales: mastoiditis, instaurando tratamiento antibiótico. Se realiza TAC que informa disrupción ósea bilateral con componente sólido interpuesto

con realce heterogéneo que protruye a nivel retroauricular izquierdo y fosa pterigoidea derecha. Se realiza interconsulta con Oncología, realizándose biopsia de lesión que da positiva para células neoplásicas vinculable a histiocitosis positivas para CD1a confirmando HCL, por lo cual inicia tratamiento.

DISCUSIÓN

La HCL es una enfermedad en la cual el diagnóstico es usualmente tardío u omitido. A pesar de la rareza se debe considerar en todo niño que presenta tumoración en calota, otorrea crónica, mastoiditis o dermatitis que sean rebeldes al tratamiento. La finalidad del trabajo es concientizar sobre la necesidad de realizar estudios de mayor complejidad frente a lesiones de evolución tórpida con el objetivo de realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno que permita mejorar la sobrevida del paciente.

ESTADO HIPERGLUCÉMICO HIPEROSMOLAR: UNA PATOLOGÍA QUE LOS PEDIATRAS DEBEMOS RECONOCER. EXPERIENCIA DE CASOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.

Martínez M.¹; Cabarcos M.²

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2}

<Mlmartinez21@hotmail.com>

663

INTRODUCCIÓN

El estado hiperglucémico hiperosmolar (EHH) es una patología infrecuente en pediatría que ha aumentado su incidencia en el último tiempo. Se caracteriza por marcada hiperglucemia e hiperosmolaridad, insignificante cetosis, sin acidosis. Conlleva una elevada morbi-mortalidad, con lo cual arribar al diagnóstico es un gran desafío a la hora de diferenciarlo de la Cetoacidosis Diabética (CAD).

OBJETIVOS

Reconocer a través de tres casos clínicos el EHH y su constante superposición con la CAD. Describir su fisiopatología, criterios diagnósticos, tratamiento y manejo hidroelectrolítico. Destacar la importancia del efecto de la osmolaridad plasmática durante el tratamiento por sobre la glucemia y la natremia como valores aislados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Se describen tres pacientes de entre 9 y 12 años atendidos en un hospital pediátrico en el periodo de un año. Ingresan con algún grado de deterioro del sensorio, vómitos, fiebre, poliuria y descenso de peso de una semana de evolución. Los tres presentaron glucemias >1000mg/dL con cetonuria negativa, marcada hiperosmolaridad y acidosis variable. Se presentaron dificultades en el manejo hidroelectrolítico inicial con aparición de hipernatremia al disminuir la glucemia. Dos de ellos, previamente sanos, evolucionaron favorablemente. El tercero, con síndrome de Down y obesidad mórbida, presentó al inicio una acidosis metabólica secundaria a deshidratación severa con insuficiencia renal aguda. Requirió ARM e

inotrópicos a elevadas dosis, con un aumento de la natremia de 50 mEq en 12 hs e hiperosmolaridad, sin descenso de la glucemia. Falleció a las 12hs de su ingreso.

	Glucemia (mg/dL)	Sodio (mEq/L)	pH	Bicarbonato (mEq/L)	CC	Osmolaridad (mOsm/L)	Anión restante	Sensorio
Caso 1	1212	116	7,1	11	+	311	aumentado	estuporoso
Caso 2	1100	139	7,31	24,8	+	349	normal	irritable
Caso 3	1500	135	7,29	18,6	+	361	aumentado	estuporoso

CONCLUSIÓN

A diferencia de la CAD, en el manejo del EHH se recomienda la rehidratación endovenosa rápida. La administración de insulina debe iniciarse cuando la glucemia no corrige con la sola administración de fluido. Deben monitorizarse las concentraciones electrolíticas durante la rehidratación. El manejo del sodio suele sufrir errores de interpretación. Es fundamental un descenso paulatino de la osmolaridad.

A pesar de los pocos casos descritos en la literatura, los pediatras debemos conocer el EHH, la terapéutica recomendada y sus complicaciones, ya que es una patología cada vez mas frecuente.



PERCEPCIÓN DEL IMPACTO DE UNA CAPACITACIÓN EN LACTANCIA MATERNA EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE PEDIATRAS Y NUTRICIONISTAS

665

Gatica C.¹; Dra. Cortesi V.²; Nut. Verdaguer M.³; Lic Psc Waldheim De Arizu J.⁴; Dra. Artero M.⁵; Lic. Nut. Grimalt C.⁶; Lic Enferm. Orelo Vié N.⁷; Lic. Nut. Calella R.⁸; Dra. Moyano M.⁹; Lic. Enferm. Carbajal B.¹⁰

HOSPITAL PEDIÁTRICO¹; SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO HOSPITAL PEDIÁTRICO "DR HJ NOTTI"^{2,3,10}; COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA HOSPITAL PEDIÁTRICO "DR HJ NOTTI"^{4,5,6,7,8,9}

<gatica.molina@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La capacitación del equipo de salud en lactancia materna (LM) debe estar dirigida a mejorar conocimientos, habilidades de consejería y efectuar cambios en el comportamiento profesional para el manejo de problemas.

OBJETIVO

Evaluar la percepción del impacto de un curso de capacitación en LM en la práctica cotidiana de pediatras y nutricionistas, residentes y ex-residentes de pediatría y nutrición que hubieran realizado la capacitación en LM en un hospital pediátrico entre 2001 y 2016.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal, entre agosto de 2014 y agosto de 2016. Se incluyeron médicos y nutricionistas residentes y ex-residentes de Pediatría y Nutrición del Hospital Pediátrico "Dr. HJ Notti" que hubieran realizado la capacitación en LM en el hospital entre 2001 y 2016. Participación voluntaria y anónima, con encuesta autoadministrada y consentimiento informado. Muestra no probabilística, intencional. Se evaluó el impacto en la formación profesional para orientar y apoyar a las madres lactantes, realizar consejería y abordaje de problemas relacionados con LM. Se midió con escala de 3 puntos, siendo 1 el de mayor impacto, 2 impacto medio y 3 sin impacto. Se consideró impacto: juicio de valoración sobre los cambios cuantitativos y cualitativos operados en las personas beneficiadas por la acción de capacitación.

RESULTADOS

94 encuestados. 87,23% mujeres. 82 médicos y 12 nutricionistas, 48 (52,75%) residentes al momento de la encuesta.

Tabla: Impacto de la capacitación en LM en su formación profesional (n: 94)

Impacto	Alto	Medio	Sin impacto	nc	Promedio ±1DS
Para orientar y apoyar a las madres lactantes y promocionar la lactancia materna	65 (69,15% IC 58,78 -78,27%)	29 (30,85% IC 21,73 -1,22%)	-	-	1,30±0,46
Para brindar herramientas para realizar consejería en lactancia materna	54 (58,06% IC 47,38 -68,22%)	38 (40,86% IC 30,77 -51,54%)	1 (1,08% IC 0,03 -5,85%)	-	1,43±0,51
Para los problemas relacionados con LM	46 (48,94% IC 38,48 -59,46%)	43 (45,74% IC 35,42 -56,34%)	4 (4,26% IC 1,17 -10,54%)	1	1,57±0,63

CONCLUSIÓN

Los encuestados percibieron positivamente que la capacitación en lactancia materna tuvo impacto en orientar y apoyar a las madres lactantes y promocionar la LM, pero sólo aproximadamente para la mitad de los asistentes tuvo alto impacto en brindar herramientas para realizar consejería en LM y abordar problemas relacionados, aspecto que asumimos deberemos replantear su aprendizaje – enseñanza en próximas capacitaciones.

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN LACTANCIA MATERNA DE PEDIATRAS Y NUTRICIONISTAS POSTERIOR A UNA CAPACITACIÓN

666

Gatica C.¹; Dra.cortesi V.²; Nut. Verdaguer M.³; Lic Psc Waldheim De Arizu J.⁴; Dra. Artero M.⁵; Lic. Nut. Grimalt C.⁶; Lic Enferm. Orelo Vié N.⁷; Lic. Nut. Calella R.⁸; Lic.enferm. Carbajal B.⁹; Dra. Moyano M.¹⁰

HOSPITAL PEDIÁTRICO¹; SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO HOSPITAL PEDIÁTRICO "DR HJ NOTTI"^{2,3,9}; COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA HOSPITAL PEDIÁTRICO "DR HJ NOTTI"^{4,5,6,7,8,10}

<gatica.molina@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La capacitación del equipo de salud mejora conocimientos, habilidades de consejería y el manejo de problemas comunes de lactancia materna (LM). Objetivo: evaluar conocimientos, opiniones y conductas respecto a la LM de pediatras y nutricionistas, residentes y ex-residentes de pediatría y nutrición que hubieran realizado la capacitación en LM en un Hospital Pediátrico, entre 2001 y 2016.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo trasversal, entre agosto de 2014 y agosto de 2016. Se incluyeron médicos y nutricionistas residentes y ex-residentes de Pediatría y Nutrición del Hospital Pediátrico "Dr. HJ Notti" que hubieran realizado la capacitación en LM en el hospital entre 2001 y 2016. Participación voluntaria y anónima, con consentimiento firmado. Muestra no probabilística, intencional. Para evaluar conocimientos, confianza, opiniones y actitudes sobre LM, se usó la encuesta "Physicians' Breastfeeding Assessment Survey. The Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO) Department of Pediatrics and the CHEO Research Institute", con autorización del autor. (Pound et al). Autoadministrada. Se realizó la lectura crítica de la encuesta, traducción y adecuación del lenguaje y luego se puso a prueba en una muestra de pediatras en actividad.

RESULTADOS

94 encuestados. 87,23% mujeres. 82 médicos y 12 nutricionistas, 48 (52,75%) residentes al momento de la encuesta.

Opinaron que pediatras deben evaluar LM 92 (96,81%); que pueden influir en la decisión materna de amamantar 90 (95,74%); que su entrenamiento profesional los preparó para apoyar a las madres que amamantan 78 (82,97%).

Se sentían muy cómodos observando madres amamantando a bebés 77 (81,91% IC 72,63 - 89,10%) y amamantando a niños mayores de 1 año 54 (57,45% IC 46,82 - 67,59%); evaluado la preñada 63 (67,02% IC 56,56 - 76,38%), evaluando la transferencia de leche de la madre al niño 55 (58,51% IC 47,88 - 68,59%), enseñando a extraerse su leche 47 (50,00% IC 39,51 - 60,49%). 77 (81,91%) evalúan el amamantamiento sólo si la madre expresa su preocupación en relación a dificultades en LM 37 (39,36% IC 29,44 - 49,98%).

Conocían que disminuye la incidencia de enfermedades infecciosas el 100%, el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante 89 (94,68% IC 88,02 - 98,25%), el riesgo de cáncer de mama y ovario en las madres 88 (93,62% IC 86,62 - 97,62%) y que está contraindicada en VIH en Argentina 87 (92,55% IC 85,26 - 96,95%)

CONCLUSIÓN

La mayoría tiene conocimientos sobre LM, pero hay fallas en aspectos prácticos, un cuarto de los profesionales no se sienten cómodos con la técnica de evaluación y la mitad no se sienten cómodos enseñando la extracción de leche.



HEMORRAGIA SUPRARRENAL BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Molina M.¹; Menzio M.²; Piguillem G.³; Espinosa L.⁴; Tkalenko N.⁵; Vives I.⁶; Diorio L.⁷

MATERNIDAD PROVINCIAL DRA. TERESITA BAIGORRIA^{1 2 3 4 5 6 7}

<marianmolina87@hotmail.com>

667

INTRODUCCIÓN

La hemorragia suprarrenal ocurre en 0,9% de los partos vaginales; en general en partos dificultosos o traumáticos de RNT/GEG. El 90% es unilateral, se manifiesta por una masa en fosa renal, anemia e hiperbilirrubinemia prolongada. Las formas bilaterales son raras, pueden producir shock hemorrágico e insuficiencia suprarrenal secundaria. El diagnóstico es ecográfico. El tratamiento, conservador y sintomático.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico poco habitual.

Descripción: mamá de 24 años, G0 A0 P0. Embarazo con 9 controles. Serología completa negativa. Sin antecedentes patológicos. Paciente de sexo masculino, nace por parto vaginal, expulsivo prolongado. EG: 39 semanas. Peso: 3540 grs. (P50) Talla; 51 cm. (P50) PC: 34 cm. (P25/50) Apgar: 5/7, requiere RCP. Presenta dificultad respiratoria transitoria. Pasa a internación conjunta luego de 2 horas con O2. A las 48 horas el bebé presenta hiperbilirrubinemia (O+/O+) que requiere LMT durante 11 días. Debido a antecedentes del parto e ictericia prolongada se solicita ecografía cerebral (normal) y abdominal (imagen líquida en glándula suprarrenal derecha de 36 mm y en glándula suprarrenal izquierda de 38 mm compatibles con hemorragia. Control: colección líquida de 25 mm en suprarrenal derecha y 23 mm en suprarrenal izquierda). BD:1,4 BT MAXIMA:22. Perfil hepático, renal y medio interno normales. ACTH: 1° valor: 97,2 pg./mL. 2° valor: 89,20 pg./mL. (VN: 5-46 pg./mL) Cortisol: 7 gr/d (valor normal). Paciente

con buen progreso de peso, sin signos clínicos ni de laboratorio de insuficiencia suprarrenal, ACTH en descenso. Egreso hospitalario a los 21 días de vida con control por consultorio externo pediátrico y endocrinología.

CONCLUSIONES

En este caso clínico de hemorragia suprarrenal bilateral de presentación poco habitual, cabe destacar la importancia de la sospecha diagnóstica en pacientes con antecedentes de parto traumático e hiperbilirrubinemia prolongada.

TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

Molina M.¹; Menzio M.²; Masiero Y.³; Giannini C.⁴; Dryon P.⁵; Lenzano S.⁶; Jaime A.⁷; Rolando N.⁸

MATERNIDAD PROVINCIAL DRA. TERESITA BAIGORRIA^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<marianmolina87@hotmail.com>

668

INTRODUCCIÓN

La toxoplasmosis es una zoonosis parasitaria producida por el *Toxoplasma gondii*. La forma congénita ocurre adquiriendo el parásito durante la gestación. 75% de los RN infectados son asintomáticos. Los sintomáticos tienen alta morbimortalidad, o secuelas graves. Tríada clásica: coriorretinitis, calcificaciones cerebrales e hidrocefalia. Diagnóstico del RN: presencia de anticuerpos propios, par serológico (IgG) madre-hijo o IgM o IgA específicas. Tratamiento: Pirimetamina-Sulfadiazina-Acido Fólnico hasta el año de vida, prednisona según indicación.

OBJETIVO

Presentar 2 casos clínicos de toxoplasmosis congénita con coriorretinitis.

DESCRIPCIÓN

CASO 1: madre 20 años. G0 P0 A0 Embarazo controlado. Serología: TOXOPLASMOSIS IgG (+), IgM (+) Test de avidéz débil, resto (-). Paciente sexo masculino, parto vaginal. Peso:2990grs (Pc10) Talla:50cm (Pc25) PC:36cm (Pc50) 40 semanas EG. Apgar: 5/8 (RCP). Ingresa a UCIN. EAB, hemograma, función hepática, renal y medio interno normales. Fondo de ojo 1º día de vida: CORIORRETINITIS BILATERAL. Se solicitan muestras pareadas, ISAGA a los 2 y 15 días. Ecografía cerebral y abdominal: Normales. Fondo de ojo a los 9 días sin cambios. Tratamiento Pirimetamina-Sulfadiazina-Acido Fólnico-Prednisona. Paciente internado por 10 días, buena evolución clínica, egreso con seguimiento de alto riesgo y oftalmología.

CASO 2: madre 30 años. G2 A0 P2. Embarazo controlado, HIE, Colestasis con hígado graso. Plaquetopenia. Serología (-). Paciente sexo masculino, cesárea. 32 semanas EG. Peso:2050grs (Pc75), Talla:42cm (Pc50) PC:32cm (Pc50-75). Apgar:4/7 (RCP). Al nacer presenta hepatoesplenomegalia, petequias, edema y hematomas en miembros inferiores y flanco izquierdo. Antibioticoterapia por 3 días. Cultivos (-). Al cuarto día de vida se informa seroconversión materna para toxoplasmosis IgG (+) IgM (+) Test de avidéz débil. Se solicitan muestras pareadas, ISAGA a los 2 y 15 días, Rx cráneo y ecografía cerebral sin calcificaciones, ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia, fondo de ojos: CORIORRETINITIS ACTIVA de OI quedando cicatriz macular como secuela. Comienza tratamiento con Pirimetamina-Sulfadiazina-Acido Fólnico más prednisona. Paciente continúa internado con diagnóstico de DBP.

CONCLUSIÓN

Importancia de serología completa en toda embarazada, sobre todo en 1° y 3° trimestre, para la detección de infecciones congénitas y tratamiento adecuado.



COMPROMISO MIOCÁRDICO EN SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO CON ELEVACIÓN DE TROPONINA I: A PROPÓSITO DE UN CASO

669

Robredo P.¹; López M.²; Somoza C.³; Inchaurregui E.⁴; Selva V.⁵

CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA^{1,2,3,4,5}

<robredotpaula@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las manifestaciones extrarenales del Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) determinan el pronóstico en cuanto a la morbilidad y mortalidad. El fallo cardíaco agudo es una manifestación infrecuente del SUH descrito durante su fase aguda y conduce a un rápido deterioro clínico. El reconocimiento e intervención temprana pueden revertir la evolución. La troponina I es un parámetro bioquímico sensible y específico que aumenta en la isquemia miocárdica y podría ser útil para identificar sujetos de riesgo antes de la aparición de signos de bajo gasto cardíaco.

OBJETIVO

Describir la utilidad de troponina I como factor predictor de compromiso miocárdico en SUH.

Caso clínico: niño de 4 años, antecedente de gemelar nacido pretérmino y retraso psicomotor. Consulta por diarrea sanguinolenta de 3 días de evolución con prolapso rectal. Se constata anemia hemolítica, plaquetopenia y alteración de la función renal. Se diagnostica SUH típico con coprocultivo positivo para E. coli enterohemorrágica O157:H7 productora de Shiga toxina 2. Se inicia diálisis peritoneal a las 12 horas del ingreso. A las 24 horas presenta disminución del sensorio con requerimiento de asistencia mecánica respiratoria. Se realiza TAC cerebral descartando hemorragias activas. Por taquicardia severa y signos de mala perfusión periférica requiere soporte inotrópico con milrinona y adrenalina. Se solicitan enzimas cardíacas: CPK 294, MB 75, troponina I 0.14, ácido láctico 1.41. Ecocardiograma: fracción de eyección 40% con soporte inotrópico y ventrículo derecho con disminución de contractilidad. Evolución

desfavorable agregándose dopamina y adrenalina. Al 3 día presenta hemorragia gastrointestinal y pulmonar con trombocitopenia, disminución de adhesividad, protrombina disminuida y dímero D elevado. Se transfunden glóbulos rojos, plasma fresco, crioprecipitados, plaquetas y ácido tranexámico y se realizan múltiples correcciones de medio interno. Al 4 día presenta inestabilidad hemodinámica severa con taquicardia supraventricular que responde a adenosina. Aumentan valores de enzimas cardíacas con troponina I de 0.42 y acidosis láctica. A las 90 horas de evolución se constata actividad eléctrica sin pulso sin respuesta a reanimación cardiopulmonar.

CONCLUSIÓN

La troponina I en SUH severo puede advertir de fallo cardíaco inminente. Si bien no se ha demostrado que la afección cardíaca puede prevenirse, se sugiere que el reconocimiento temprano para tratamiento de sostén agresivo podría reducir la morbilidad.

TRATAMIENTO CON ELOSULFASA ALFA Y CAMBIOS EN LA FUNCIÓN FÍSICA Y LA DISCAPACIDAD EN MORQUIO A.

670

Guelbert N.¹; Hendriks C.²; Parini R.³; Alsayed M.⁴; Raiman J.⁵; Gughiani R.⁶; Mitchell J.⁷; Burton B.⁸; Stewart F.⁹; Hughes D.¹⁰; Matousek R.¹¹; Hawley S.¹²; Decker C.¹³; Harmatz P.¹⁴

HOSPITAL DE NIÑOS DE CÓRDOBA¹; UNIVERSITY OF PRETORIA PAEDIATRICS AND CHILD HEALTH, PRETORIA, SUDÁFRICA²; AZIENDA OSPEDALIERA SAN GERARDO, MONZA, ITALIA³; KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL & RESEARCH CENTER, RIYADH, ARABIA SAUDITA⁴; HOSPITAL FOR SICK CHILDREN, TORONTO, CANADA⁵; MED GENET SERV HCPA, DEP GENET UFRGS & INAGEMP, PORTO ALEGRE, BRASIL⁶; MONTREAL CHILDREN'S HOSPITAL, MONTREAL, CANADA⁷; LURIE CHILDREN'S HOSPITAL & NWU FEINBERG, CHICAGO, ILLINOIS, ESTADOS UNIDOS⁸; BELFAST CITY HOSPITAL, BELFAST, REINO UNIDO⁹; ROYAL FREE LONDON NHS FOUNDATION TRUST & UC, LONDRES, REINO UNIDO¹⁰; BIOMARIN PHARMACEUTICAL INC., NOVATO, CALIFORNIA, ESTADOS UNIDOS^{11,12,13}; UCSF BENIOFF CHILDREN'S HOSPITAL OAKLAND, OAKLAND, CALIFORNIA, ESTADOS UNIDOS¹⁴

<nguelbert@gmail.com>

Se evaluó la seguridad y eficacia a largo plazo de la terapia de reemplazo enzimático con elosulfasa alfa (TRE) en pacientes con Morquio A (mucopolisacaridosis IVA y MPS IVA) en un estudio Fase 3 abierto y multicéntrico de extensión (MOR-005). Este estudio de extensión de 96 semanas siguió el estudio pivote de 24 semanas (MOR-004). Los cambios en los criterios de valoración de la eficacia se evaluaron respecto al valor basal del MOR-004 a la semana 96 de MOR-005, lo que refleja 120 semanas de evaluación clínica. Los procedimientos quirúrgicos principales planificados, aunque prohibidos durante MOR-004, fueron permitidos durante MOR-005. La seguridad, la resistencia y los resultados pulmonares han sido reportados previamente. Aquí presentamos el impacto de la TRE respecto al funcionamiento físico y la discapacidad a través de tres dominios (movilidad, autocuidado y asistencia al cuidador), según lo evaluado por el Cuestionario de Valoración de Salud para Mucopolisacaridosis (MPS-HAQ por sus siglas en inglés). En la semana 120, para la población con intención de tratar (N = 169), los cambios medios de los mínimos cuadrados (+/- SE) respecto al valor basal fueron de -0,45 (0,1) en el dominio de movilidad (p = 0,002), -0,41 (0,1) en el dominio de autocuidado (p = 0,001), y -0,99 (0,5) en el dominio de asistencia del cuidador (p = 0,06).

Estas disminuciones reflejan mejoras en la movilidad y las capacidades de autocuidado, así como una disminución en el nivel requerido de asistencia del cuidador. Los resultados de dos años de una cohorte de pacientes del estudio de historia natural (N = 37) se presentan para poner estos resultados en el contexto de una enfermedad progresiva. Los sujetos del MOR-005 y de la historia natural tenían edades basales similares (mediana (rango) de 11,3 (5,0-57,4) vs. 13,9 (6,9-67,5) años) y alturas (mediana (rango) de 99,5 (81,0-165,0) vs. 102,5 (89,0-141,0) cms). Los resultados del MPS-HAQ en los sujetos de la historia natural no mostró ninguna mejora y una alta variabilidad (dominio de movilidad +0,27 (0,3), dominio de autocuidado +0,3593 (0,22), dominio de cuidado de la asistencia -0,5094 (0,77)), con deterioro de dos de los tres dominios. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la TRE a largo plazo con elosulfasa alfa está asociada con estabilización y recuperación parcial de las capacidades funcionales, mejorando la capacidad de los pacientes de Morquio A para realizar actividades de la vida diaria.



ALERGIA A LA PROTEINA DE LECHE DE VACA (APLV) ASOCIADA A HIPOGAMAGLOBULINEMIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS DE 5 PACIENTES DE CENTRO ÚNICO.

671

Acevedo M.¹; Cabanillas D.²; Regairaz L.³; Zubiri C.⁴; Guzman L.⁵

HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA^{1,2,3,4,5}

<msoledad_acevedo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) es una de las alergias alimentarias más frecuentes. Las manifestaciones clínicas más observadas son proctocolitis y dermatitis atópica, aunque el espectro clínico es amplio. La asociación de APLV con hipogamaglobulinemia ha sido poco reportada en la literatura.

OBJETIVO

Describir las características clínicas e inmunológicas de pacientes(p) atendidos en nuestro centro con APLV e hipogamaglobulinemia.

MÉTODOS

Se recolectaron datos retrospectivamente de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de APLV e hipogamaglobulinemia.

El diagnóstico de APLV se realizó con la desaparición de los síntomas con la dieta de exclusión y reaparición durante enfrentamiento.

Se definió hipogamaglobulinemia a valores de IgG, IgA e IgM menores a -2DS del valor normal para la edad.

RESULTADOS

5p (3 varones) fueron incluidos.

La edad media de diagnóstico de APLV fue 0,79 años(r: 0,25-1,26)

Las manifestaciones clínicas relacionadas a APLV fueron: eczema(2p), vómitos(2p), diarrea(2p) y obstrucción bronquial recurrente(3p). Sólo 1p presentó diarrea con sangre. 3p presentaron IgE específica para

proteína de leche de vaca positiva. En 2p se constató además intolerancia al gluten e hiperplasia nodular linfocítica (HNL) en biopsias intestinales. 1p manifestó alergia al trigo con Prick Test positivo.

En 3/5p se solicitó dosaje de Inmunoglobulinas por infecciones: en 1p celulitis preseptal y en 2p neumonía y otitis media recurrentes. En los 2p restantes el dosaje de inmunoglobulinas se solicitó por patología gastrointestinal, no presentando infecciones en el seguimiento. En 1p la hipogamaglobulinemia IgG estaba asociada a hipoalbuminemia, resolviendo ambas con la dieta.

La edad media al momento de detección de hipogamaglobulinemia fue 1,78 años(r: 0,36- 5,46). Todos los pacientes presentaron valores por debajo de lo normal del isotipo G. 4/5p presentaron IgA bajas. 1p presentó hipogamaglobulinemia de los 3 isotipos.

3p resolvieron la hipogamaglobulinemia con dieta de exclusión. 2p requirieron tratamiento con gamaglobulina endovenosa y luego subcutánea, con buena tolerancia y evolución clínica.

Los 2p que requirieron gamaglobulina tienen intolerancia al gluten e HNL en biopsia intestinal.

CONCLUSIONES

Presentamos 5p con APLV e hipogamaglobulinemia. A diferencia de lo reportado previamente, 2p no resolvieron la hipogamaglobulinemia con la dieta de exclusión y requirieron tratamiento con gamaglobulina.

DATOS PRELIMINARES DE SEGURIDAD Y RESPUESTA FARMACODINÁMICA DE UN ESTUDIO DE FASE 1/2 SOBRE LA ADMINISTRACIÓN INTRACEREBROVENTRICULAR DE BMN 250, UN NUEVO TRATAMIENTO ENZIMÁTICO SUSTITUTIVO PARA EL SÍNDROME DE SANFILIPPO DE TIPO B (MPS IIIB)

672

Seratti G.¹; Muschol N.²; Cleary M.³; Couce M.⁴; Shaywitz A.⁵; Cahan H.⁶; Grover A.⁷; Maricich S.⁸; Melton A.⁹; Smith L.¹⁰; De Castro Lopez M.¹¹

BIOMARIN PHARMACEUTICAL INC., NOVATO, CA, ESTADOS UNIDOS^{1,5,6,7,8,9,10}; UNIVERSITY MEDICAL CENTER HAMBURG-EPPENDORF (HAMBURGO, ALEMANIA)²; GREAT ORMOND STREET HOSPITAL (LONDRES, REINO UNIDO)³; HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO (A CORUÑA, ESPAÑA)^{4,11}

<guillermo.seratti@bmrn.com>

El síndrome de Sanfilippo de tipo B (MPS IIIB) es un trastorno de almacenamiento lisosómico causado por una deficiencia de α -N-acetilglucosaminidasa (NAGLU) que provoca la acumulación encefálica de heparán sulfato (HS). Los pacientes con Sanfilippo B presentan un deterioro neurocognitivo progresivo y no suelen sobrevivir más allá de la segunda o tercera década. El BMN 250 (NAGLU-IGF2) es una nueva terapia de reemplazo enzimático (TRE) para Sanfilippo B y está formada por la NAGLU unida al factor de crecimiento insulínico 2 (IGF2) para aumentar la afinidad por los lisosomas. En este artículo se presentan los resultados preliminares del primer estudio clínico del BMN 250 (BMN 250 201; NCT02754076).

El BMN 250 201 es un ensayo de fase 1/2, abierto, con dos partes. La primera consta de 2 períodos de aumento de la dosis (≥ 4 semanas) de BMN 250 administrado una vez por semana por vía intracerebroventricular mediante infusión isovolumétrica en bolo. Los sujetos de la primera parte y de un estudio observacional que está en marcha con pacientes con Sanfilippo B (BMN 250 901; NCT02493998) pasarán a la segunda parte, que es un período de tratamiento de 48 semanas para estudiar la eficacia y seguridad de la dosis máxima tolerada del estudio. En la primera parte participan sujetos de 1-10 años con Sanfilippo B y deficiencia en la actividad de la NAGLU en la visita de selección.

Tres sujetos han recibido ≥ 8 dosis de 30 mg de BMN 250 una vez por semana y ≥ 3 dosis de 100 mg una vez por semana. Todos los sujetos presentaron descensos marcados y persistentes de la concentración (tanto total como específicamente debida a la enfermedad) de HS en el líquido cefalorraquídeo con respecto a la visita inicial. El BMN 250 se toleró bien y no hubo eventos adversos graves durante el tratamiento.

Estos datos demuestran que el BMN 250 se puede administrar con seguridad en los ventrículos cerebrales por infusión isovolumétrica en bolo y que esta estrategia terapéutica da lugar a una marcada respuesta farmacodinámica en el SNC de los pacientes con Sanfilippo B. En los modelos preclínicos, la eliminación intensa de HS se asocia con una mejora de los marcadores de daño neuronal, lo que indica que podría traducirse en beneficios clínicos. Al término del BMN 250 201 se tendrán más datos sobre la eficacia y la seguridad del BMN 250.



673

QUISTE LARINGEO CONGENITO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ESTRIDOR

Di Nunzio L.¹; Hansen M.²; Virginillo M.³; Gonzalez D.⁴; Flores Mena C.⁵; Ferraz R.⁶; Ivana B.⁷

HNRG1; DEPARTAMENTO DE URGENCIA, HNRG^{2,3,4,5}; SERVICIO DE ENDOSCOPIA, HNRG⁶; JEFA DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIA, HNRG⁷
<ludinunzio@gmail.com>

INTRODUCCION

Se presenta un paciente de 11 meses con estridor inspiratorio secundario a un quiste laringeo congenito.

CASO CLINICO

Consulta al departamento de urgencia del HNRG un paciente de 11 meses con antecedente reciente de un cuadro de estridor inspiratorio severo, afebril, asumido como laringitis aguda, que requirió internación en UTIP por 48 hs en clínica privada sin requerimiento de ARM. Presento mejoría parcial y fue dado de alta. Ante la falta de resolución del estridor, su pediatra de cabecera le recomendo concurrir a la guardia del HNRG. En la guardia se lo observa con dificultad respiratoria severa, irritabilidad y desasosiego. El paciente ingresa al shock room, se realiza sedación, laringoscopia directa y fibrobroncoscopia, se visualiza a nivel de región de cuerda vocal izquierda tumoración redondeada con contenido líquido en su interior, que ocluye un 80% de la luz glótica y protruye hacia la línea media, visualizándose en tercio inferior de cuerda vocales pequeña luz permeable.

Se realiza broncoscopia visualizándose resto del árbol bronquial de características normales. Se procede a realizar intubación con TET 3 e ingresa a UTIP para su recuperación. El paciente presentó evolución favorable, fue dado de alta.

DISCUSION

El quiste congenito laringeo es una causa menor de estridor inspiratorio y representan el 1,5 % de las anomalías congénitas de la laringe. Se desarrolla a nivel supraglótico por la atresia de la abertura del sáculo del ventrículo laringeo, dando desarrollo a una dilatación con contenido mucoso del sáculo. Existen 2 tipos: el anterior, que se proyecta en la región anterior del ventrículo y protruye en la luz laríngea entre la cuerda vocal falsa y verdadera, y el lateral, que es más frecuente y más grande, y se presenta como un abultamiento de la banda ventricular y/o del repliegue ariepiglótico. Pueden ser adquiridos por ejemplo en paciente con ARM previa. La clínica varía según su localización y tamaño, en lactantes y recién nacidos se presenta con estridor inspiratorio cambiante con la posición, trastornos deglutorios y fallo del crecimiento. El diagnóstico se realiza por endoscopia directa y el tratamiento consiste en la estabilización de la vía aérea o en algunos casos la traqueotomía y la remoción de quiste siendo el abordaje endoscópico el de elección, puede realizarse por disección y marsupialización del quiste o láser con CO₂, pero la elevada tasa de recurrencia sugiere que es mejor la resección quirúrgica abierta.

CONCLUSION

Se decide presentar este caso, siendo el quiste congenito laringeo una causa poco frecuente de estridor y poco conocida por los pediatras de los servicios de urgencia.

OBESIDAD INFANTIL E HIPERTENSIÓN ARTERIAL: UTILIDAD DEL MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE 24 HS.

Lombardi L.¹; De Rose E.²; Cobeñas C.³; Bresso P.⁴; Spizzirri A.⁵; Suarez A.⁶; Ruscasso J.⁷; Amoreo O.⁸; Rahman R.⁹; Gogorza M.¹⁰; Garrido V.¹¹; Hernández J.¹²; Zalba J.¹³

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13}
<lombardilau@hotmail.com>

676

INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil es el problema nutricional más frecuente en países desarrollados y en vías de desarrollo. La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en pediatría se está incrementando a expensas de la obesidad infantil. El monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) de 24 hs resulta una herramienta esencial para el diagnóstico de HTA. Los estados de pre HTA e HTA frecuentemente se asocian con uno o más factores de riesgo cardiometabólicos.

OBJETIVOS

- 1) Conocer el perfil de la presión arterial (PA) valorado por MAPA en pacientes con obesidad e HTA en el consultorio de HTA del Servicio de Nefrología (HSML de La Plata).
- 2) Detectar en esta población la asociación de HTA con daño de órgano blanco y otras comorbilidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes derivados del consultorio de nutrición al de HTA, entre 01/2016 y 12/2016, con diagnóstico de obesidad e HTA. Se incluyeron pacientes que tuvieran ecografía renal Doppler y función renal normales, sin otra patología asociada. Fueron evaluadas la presencia de daño de órgano blanco (fondo de ojo, ecocardiograma y microalbuminuria), anormalidades metabólicas asociadas (glucemia, uricemia, hemoglobina glicosilada, insulinemia, perfil lipídico) y la presencia de esteatosis hepática. Se realizó MAPA 24hs a todos los pacientes. Se definió HTA: valores promedios de PA sistólica (PAS) y/o diastólica (PAD) mayores al Pc 95; patrón dipping

normal: descenso PAS y PAD nocturna 10-20%; carga hipertensiva: valores de PA mayores Pc 95 en más del 25% de las lecturas (PAS y/o PAD, diurnas y/o nocturnas).

RESULTADOS

Se evaluaron 45 pacientes, 27 varones (60%). Edad promedio 12,1 años (rango: 5 – 15,6). El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 32,1 (rango: 21,8 – 50) y obesidad grave en 21/45 (46%). En 14/45 (31,1%) se confirmó HTA y en 13 de ellos la HTA fue nocturna. Tres tuvieron daño de órgano blanco. Los 31 pacientes restantes fueron asumidos como HTA de guardapolvo. De éstos, 15 presentaban carga hipertensiva, considerándolos en un estado prehipertensivo y 27/31 tuvieron patrón dipping alterado. El 80% del total presentó dipping anormal. Se encontraron hallazgos anormales en el 100% de los MAPA (promedios elevados, carga y/o dipping alterado). Dentro del análisis de las comorbilidades sólo se encontró asociación estadísticamente significativa entre HTA y HDL bajo (p: 0,02). 10/45 pacientes presentaron esteatosis hepática.

CONCLUSIONES

Si bien en el 31% de los pacientes se confirmó HTA, en todos se encontraron hallazgos anormales en el MAPA (promedios elevados, carga hipertensiva, patrón dipping alterado). Sólo 3 pacientes tuvieron daño de órgano blanco. La única comorbilidad que mostró asociación significativa con HTA fue el nivel de HDL bajo. El 22,2% de los pacientes tuvieron esteatosis hepática. Con estos resultados debería considerarse la realización del MAPA de 24 hs en todos los pacientes con obesidad.



ABSCESO HEPATICO-ESPLENICO OTRA FORMA DE PRESENTACION ATIPICA DE BARTONELLA HENSELAE A PROPÓSITO DE UN CASO

678

Gutierrez Huanca M.¹; Kingston C.²; Poggi E.³

HOSPITAL DE TRAUMA Y EMERGENCIAS DR. FEDERICO ABETE^{1,2,3}
<dj_maguita@hotmail.com>

INTRODUCCION

La enfermedad por Arañazo de Gato (EAG) se puede presentar de forma atípica como absceso hepato-esplénico, proceso benigno, autolimitado causado por Bartonella Henselae (BH). El 90% de los afectados tiene antecedente de contacto con gatos. La enfermedad se transmite al hombre por rasguño o mordedura.

OBJETIVO

Describir una forma atípica de presentación de EAG como absceso hepato-esplénico (H-E)

CASO CLINICO: Niña de 9 años, consulta por dolor abdominal y fiebre de 8 días de evolución. Al ingreso posición antálgica, abdomen blando, doloroso en hipogastrio con irradiación a epigastrio, sin signos de irritación peritoneal, visceromegalias ni adenopatías. Lesiones cicatrizales de rasguños en cara interna de brazo izquierdo. Antecedente de contacto con gato y lesión pustulosa tratada por la madre como forunculosis, con amoxicilina. Ecografía abdominal: hígado con imágenes redondeadas hipoeoicas, de bordes definidos en lóbulo izquierdo, la mayor de 17 mm, sin señal doppler color, bazo imagen con las mismas características en 1/3 medio de 13 x 23 mm. Tomografía abdominal: hepatoesplenomegalia heterogénea a expensas de múltiples imágenes nodulares de distribución difusa, cinco en parénquima hepático, dos en bazo. Se solicitaron marcadores tumorales, serologías HIV, VDRL, CMV, Toxoplasmosis, Hepatitis A-B-C, BH y se inició Ceftriaxona más Clindamicina. Todos los resultados negativos excepto BH IgM 1/64, IgG 1/64 por lo que

se modificó tratamiento a Rifampicina más Trimetropima-Sulfametoxazol. Evolución favorable, resolución inmediata de la fiebre, controles ecográficos: disminución progresiva del tamaño de los abscesos. La resolución completa de los abscesos por ecografía fue luego del 6º mes.

DISCUSIÓN

Ante la presencia de absceso H-E y antecedente de contacto con felinos considerar EAG. Si bien las manifestaciones típicas incluyen linfadenopatía con o sin fiebre, 5-25% de las formas atípicas presenta compromiso H-E, fiebre y dolor abdominal, 55% pueden presentar adenopatías, cefalea, pérdida de peso, mialgias. Los abscesos por BH generalmente se autolimitan. Serologías con título mayor o igual a 1:64 para BH resultan positivas. El tratamiento para compromiso hepato-esplénico: Trimetoprima-Sulfametoxazol sola o combinada con Rifampicina, y/o Gentamicina.

CONCLUSION

En el contexto de abscesos H-E interrogar acerca de contacto con gatos y considerar EAG, aun en ausencia de linfadenopatía regional y así evitar la realización de técnicas invasivas.

LA ESPIROMETRÍA COMO PREDICTOR DE EXACERBACIONES LUEGO DEL DESCENSO DE MEDICACIÓN EN NIÑOS CON ASMA BIEN CONTROLADA

679

Figueroa J.¹; Vocos M.²; Velasco C.³; Donth Leger G.⁴; Oliva C.⁵; Roque M.⁶; Primerose D.⁷; Kruger A.⁸

HOSPITAL DE CLÍNICAS^{1,2,3,4,5,6,7,8}
<neumopedhclin@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El objetivo del tratamiento en pacientes asmáticos es lograr el control sintomático y reducir el riesgo de exacerbaciones, con el menor tratamiento posible. Las diferentes guías sugieren disminuir la medicación fuera de la época de riesgo infeccioso y cuando el control de los síntomas sea bueno durante los 3 meses anteriores. La mayoría de las guías no incluyen la espirometría en la toma de esta decisión y en otras (GINA) se ha propuesto como límite un valor del FEV1 \geq 60%. Uno de los principales riesgos del descenso de medicación es la aparición de exacerbaciones, que se producen en alrededor del 30 % de los niños.

OBJETIVOS

Evaluar el valor de la espirometría en la predicción de exacerbaciones luego del descenso de la medicación en niños asmáticos en condiciones de descenso según guías.

MATERIAL Y MÉTODOS

Incluimos niños asmáticos tratados con corticoides inhalados que se encontraban en condiciones de realizar descenso de tratamiento (verano, buen control sintomático y FEV1 \geq 60%). Durante la primera visita se realizó asma control test y espirometría pre y post broncodilatador; y luego fueron seguidos cada tres meses durante un año realizando iguales controles y recabándose información sobre la aparición de exacerbaciones. Durante el seguimiento el tratamiento se ajustó basándose en el grado de control. En el presente estudio se tomó como variable final la aparición de la primera exacerbación y se estimó el valor de la espirometría basal en la predicción de esta.

RESULTADOS

Se incluyeron 131 niños (edad media 11 \pm 2). El 33% tuvo presentó una exacerbación durante el año de seguimiento luego de la reducción del tratamiento. Los pacientes con exacerbaciones en el seguimiento tenían un FEV1 basal más bajo (88% vs 97.5%, P=0,009). El 78% de los niños con exacerbaciones presentaron FEV1 <80% en la medición basal.

CONCLUSIONES

Los datos espirométricos ayudarían al considerar el descenso de los corticoides inhalados en niños con buen control sintomático y FEV1 \geq 60%.



ESTADO NUTRICIONAL Y CUIDADOS EN LA INFANCIA ARGENTINA SEGÚN ENNYS

680

Rodríguez Junyent C.¹; Román M.²; Quellet M.³; Pou S.⁴

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA^{1,3}; INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD

(CONICET – UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA)^{2,4}

<cotyrodriuezj@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los cuidados en la infancia, especialmente en los primeros años de vida del niño, puede llegar a tener consecuencias importantes en su salud integral, incluida su nutrición. Las prácticas de cuidado, así como la región de residencia, inciden en la calidad del entorno protector al que los niños tienen acceso.

OBJETIVO

Analizar prácticas de cuidado parentales y estado nutricional en niños de 2 a 5 años según regiones de Argentina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se definieron prácticas de cuidado infantil según indicadores disponibles en la ENNyS 2005 (n= 5378 niños/as de 2 a 5 años). Las variables analizadas fueron: lactancia materna (si/no), alimentación complementaria (temprana/oportuna para alimentos seleccionados), presencia de malnutrición por exceso (según IMC/edad, si/no), talla baja (según talla/edad, si/no) y comensalidad familiar (come acompañado). Se valoraron diferencias de proporciones entre regiones, tomando como referencia la región Pampeana.

RESULTADOS

La práctica de lactancia materna estuvo presente en mayor proporción en región Pampeana, NEA y Cuyo (97,9% 91,4% y 91,3% respectivamente). El 90% de los niños de GBA y el 79,2% de la Patagonia incorporaron el yogur antes de los 6 meses, siendo estas diferencias significativas (p=0,0004). La comensalidad

familiar fue superior al 93% en Cuyo, GBA, NOA y Patagonia, proporción significativamente mayor (p<0,01) a la observada en la región pampeana (88,2%). Contrariamente, la proporción de niños que presentaron malnutrición por exceso fue superior (p=0,044) en esa región (31,0%), comparada con el NEA (26,7%). La prevalencia de talla baja mostró también diferencias significativas (p=0,049) con GBA (4,2 vs 6,6% en pampeana).

CONCLUSIÓN

Se evidenciaron inequidades geográficas en las prácticas de cuidado y estado nutricional de la población infantil estudiada. La protección integral de la primera infancia, en el espíritu de la Convención sobre los Derechos del Niño, requiere implementarse mediante políticas públicas que garanticen su derecho a desarrollarse “hasta el máximo de su potencial”. Velar por los derechos de los niños es un desafío que interpela fuertemente a todos los actores de la sociedad.

RETRASO DIAGNÓSTICO EN TUMORES SÓLIDOS: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN HIAEP SOR MARÍA LUDOVICA 2016-2017

681

Girini M.¹; Goyeneche M.²

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2}

<margirini@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El cáncer en la infancia es una enfermedad rara. En Argentina la tasa de incidencia es de 120-140 casos por millón de habitantes, siendo el 50% leucemias y linfomas. Sin embargo es la primera causa de muerte por enfermedad en el grupo de 5 a 15 años y un diagnóstico oportuno con una derivación ágil y rápida a un centro especializado logra que el cáncer en niños sea potencialmente curable. Diversos factores influyen en el retraso diagnóstico, implicando al grupo familiar y al equipo de salud.

OBJETIVOS

Describir el motivo de consulta y el tiempo de retraso diagnóstico de acuerdo al tipo de tumor en todos los niños diagnosticados durante el 2016 y primer semestre del 2017 con tumores sólidos en el HIAEP Sor María Ludovica de La Plata.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se revisaron 45 historias clínicas de pacientes diagnosticados con tumores sólidos por el servicio de oncología del HIAEP Sor María Ludovica durante el 2016 (n: 26) y el primer semestre del 2017 (n: 19). Por falta de datos se excluyeron 2 historias (n:43). Se calculó el tiempo de latencia de diagnóstico teniendo en cuenta la fecha de inicio de síntomas y la fecha de diagnóstico del tumor. Se registraron los síntomas que motivaron la consulta. Se analizó la distribución de tumores sólidos diagnosticados en el período analizado, el tiempo de latencia por tumor y el grupo de edad por tumor.

RESULTADOS

Tipo de tumor	Total	edad en años (rango)	tiempo de latencia en semanas (rango)	motivo de consulta más frecuente
Tumores del SNC	16 (37,2%)	5,25 (1-12)	24,5 (<1-208)	cefalea + signos de foco
Histiocitosis	7(16,3%)	3,22 (0,25-11)	9 (1-24)	Masa, citopenias, visceromegalias
Tumores germinales	6(13,9%)	7,1 (2-14)	28 (1-104)	masa
Sarcomas de partes blandas	4(9,3%)	4,33 (0,3-11)	10,5(4-20)	masa con o sin dolor
Nefroblastoma	4(9,3%)	1,5 (1-2)	0,8 (0,5-2)	masa abdominal condolor
Neuroblastoma	3(6,9%)	1,22 (0,1-3)	2,3 (1-3)	masa abdominal condolor
Osteosarcoma	1(2,3%)	16	24	dolor local
Melanoma	1(2,3%)	5	8	nevo
Tumores de tiroides	1(2,3%)	14	24	tumefacción de cuello
Total	43	6,4	14,5 (<1-208)	

CONCLUSIÓN

Presentamos 43 pacientes con tumores sólidos diagnosticados en nuestro centro observando un tiempo de latencia global de 14,5 semanas (<1-208), similar a la observada en el mismo centro durante el período 1980-2000 (11,3 semanas). Los pediatras debemos tener un alto índice de sospecha ante signos y síntomas que sugieran cáncer para lograr un diagnóstico oportuno con posibilidades de curación.



COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS).

682

Rodríguez Alcántara V.¹; Barrichi R.²; Barrichi M.³; Bartolomé M.⁴; Gadea C.⁵; Godoy L.⁶; Gonzalez M.⁷; Molina M.⁸

CAPS PUERTO VIEJO^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<valitarodal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La vacuna contra Rotavirus fue incorporada al calendario nacional de vacunación en el año 2015 (esquema 2 -4 meses). Dado que por su perfil de efectos adversos la administración de la 1era dosis no debe superar las 14 semanas 6 días y la de la 2da dosis las 24 semanas, es de suma importancia la inmunización oportuna de la población objetivo. El CAPS Puerto Viejo es un centro asistencial nivel I con un promedio de admisión de 40 recién nacidos/año para seguimiento pediátrico.

OBJETIVOS

Conocer la realidad local evaluando cobertura de vacunación contra Rotavirus nominalizada en nuestra población, a los fines de planificar estrategias de APS que logren mejorar las tasas de cobertura, de ser necesario.

POBLACIÓN

Niños/as nacidos del 1/11/14 al 31/12/16 (Inmunizados del 1/1/15 al 30/6/17), que concurren al CAPS Puerto Viejo como centro asistencial de referencia (seguimiento/controles de salud) durante sus primeros seis meses de vida. Se excluyeron pacientes cuyos registros de inmunizaciones no estuviesen disponibles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de registros de inmunizaciones (base de datos del CAPS, Historias clínicas, carnet original). Se efectuó base de datos en Excel. Se definió esquema de vacunación según lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 86 pacientes. Se constató un 11,6% (10 casos) de niños con esquema incompleto (1 dosis). No se detectaron pacientes sin ninguna dosis administrada. Se detectó un 7 % (6 casos) de niños con 1er dosis administrada de forma tardía (posterior a 14 s 6 d) de los cuales el 50% completó esquema antes de los 6 meses y el otro 50% concluyó con esquema incompleto. No se detectaron dosis aplicadas luego de las 24 semanas de edad. De no haber recibido una primer dosis tardía (3 casos) el número de niños con esquema incompleto hubiese ascendido a 13 (15,1 %). Las dos principales causas de esquemas incompletos fueron pérdidas de controles programados (50%) y oportunidades perdidas en inmunización (40%).

CONCLUSIONES

Se objetivaron tasas de cobertura bajas en relación a la meta sanitaria (100%). El relevamiento efectuado fue de utilidad para conocer fehacientemente la realidad de nuestra población y planificar estrategias tendientes a mejorar la cobertura (disminución de oportunidades perdidas por enfermedad leve o postergación indebida de la inmunización, captación activa de población objetivo).

SITUACIÓN DE TOS CONVULSA EN UN HOSPITAL DE NIÑOS DE 2011 A 2016.

683

Moncagatta T.¹; Arias S.²

INER CONI/ALASSIA¹; INER CONI, FBCB UNL²

<tamara.moncagatta@hotmail.com>

OBJETIVO GENERAL

Describir la situación epidemiológica de coqueluche de 2011 a 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir la magnitud y característica de casos notificados/confirmados de coqueluche de 2011 a 2016.

Comparar datos locales y nacionales.

INTRODUCCIÓN

Coqueluche es una enfermedad respiratoria endémica de causa infecciosa. Es la 5ª causa de muerte prevenible en menores de 5 años, con mortalidad de 70%. El reservorio está representado por adolescentes/adultos e individuos con vacunación incompleta. La 4ª semana epidemiológica (SE) de 2012 el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles alertó un aumento de casos confirmados/fatales y agregó la clasificación probable, confirmado y descartado.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se consideraron casos notificados sospechosos de coqueluche, según definición 2011. Se cruzaron bases de datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y del servicio de epidemiología local. Se describió frecuencia absoluta y relativa según sexo, edad, año de registro, semana epidemiológica (SE), clasificación final, fallecidos y período sintomático hasta la consulta médica.

RESULTADOS

En 2011-2016 se notificaron 887 pacientes: Confirmados 11.4%(n=101); Probables 14.9%(n=132); Descartados 5.6%(n=50); Sospechosos

68.1%(n=604). En 2011-2012 se concentró 44.2%(n=354). En la SE 13 a 40 se notificó 68.4%(n=580) y en 41-12SE se confirmó 66.34%(n=67). La mayoría de casos consultó dentro de los primeros 7 días de síntomas. Masculinos 55.2%(n=490) y femeninos 44.8%(n=397), confirmados 13.3%(n=36) y 9.1%(n=65) respectivamente. Menores de 6 meses: 74.9%(n=773) de notificados y 68.3%(n=69) de confirmados. De los fallecidos en contexto de sospecha de coqueluche 70.7% se confirmó.

CONCLUSIÓN

La situación epidemiológica local y nacional ha mostrado paralelismo. Los casos locales representaron el 2.2% (n=887/38498) de los nacionales. Se mantiene alta vigilancia. El porcentaje de confirmación ha disminuido hacia 2014 con incremento posterior. El porcentaje de confirmación entre grupos etáreos se mantuvo con promedio de 12%. La notificación predomina en menores de 6 meses con mayor concentración en menores de 2 meses. La mayoría de fallecidos presentaron ANF + para Bp.

DISCUSIÓN

Es necesario valorar la cobertura poblacional para Bp. Debe destacarse la sospecha diagnóstica fuera de las SE de circulación de virus respiratorios y estudiar nuevas herramientas clínicas para definir caso sospechoso en menores de 6 meses.



COLONIA DE VERANO BARRIAL COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Rodríguez Alcántara V.¹; Buchi M.²; Gadea C.³; Olivera Y.⁴; Ramirez A.⁵

CAPS PUERTO VIEJO^{1,2,3,4,5}

<valitarodal@hotmail.com>

684

INTRODUCCIÓN

El Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) Puerto Viejo forma parte de una Red Intersectorial constituida durante el año 2016 con el objetivo de desarrollar acciones de promoción de derechos y de salud integral en la población. La Colonia de Verano 2017 fue una de las acciones destacadas efectuadas para tal fin.

OBJETIVOS

Ofrecer a los niños y adolescentes de Puerto Viejo un espacio en el que pudieran desarrollar actividades deportivas y artísticas en un marco de cuidado integral de su salud. Fortalecer y sostener en el tiempo el espacio de promoción de salud y de derechos que se gestó en la Red.

Diagnóstico de situación previa: reconocimiento como equipo de salud de la necesidad de ofrecer propuestas comunitarias como estrategia de APS, inquietud generalizada de los miembros de la Red por la ocupación del tiempo libre de niños y adolescentes, interés manifiesto de este grupo comunitario en participar de actividades deportivas y artísticas, escasa oferta de actividades barriales para esta franja etaria.

Población destinataria: Niños y adolescentes de 6 a 13 años residentes en el barrio Puerto Viejo de la ciudad de Paraná.

Número de destinatarios: 50 participantes

Desarrollo de la experiencia: Del 26/12/16 al 24/02/17, de lunes a viernes de 08:30 a 11:30 hs. en un club privado y un centro municipal sitios en el barrio. Se desarrollaron actividades deportivas (vóley, natación, fútbol, atletismo) y artísticas (tela, teatro, rap, pintura y caricatura). Se

obtuvieron donaciones (de diversas fuentes) de elementos deportivos, artísticos, indumentaria, protección solar y merienda saludable para los participantes. Se realizó revisión médica y consejería a los niños y sus familias.

RESULTADOS

La cantidad de participantes se sostuvo durante toda la experiencia, los padres participaron activamente (sugerencias/colaboración), se mantuvo la comunicación/articulación de las instituciones y profesionales implicados en la propuesta para alcanzar los objetivos perseguidos.

Evaluación de la experiencia: La evaluación cuantitativa de asistencia indicó una regularidad promedio diaria de 40 chicos sobre 50 inscriptos inicialmente. En la encuesta realizada a los padres todos respondieron que la experiencia fue muy buena, sugiriendo la continuidad de actividades durante el año. En términos de aprendizaje que dejó la experiencia señalaron: responsabilidad, compartir, nuevas amistades y "que los sueños se pueden hacer realidad".

SINDROME DE DRESS INDUCIDA POR LEVETIRACETAM EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPOSITO DE UN CASO

Gutierrez Huanca M.¹; Kingston C.²; Poggi E.³

HOSPITAL DE TRAUMA Y EMERGENCIAS DR FEDERICO ABETE^{1,2,3}

<dj_maguita@hotmail.com>

685

INTRODUCCION

El síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) se presenta como reacción a un fármaco, con frecuencia a los anticonvulsivantes. Caracterizado por erupción cutánea, fiebre, linfadenopatía, eosinofilia, linfocitos atípicos y compromiso de órganos viscerales. El pronóstico se relaciona con el grado de lesión de órganos diana. El reconocimiento del Síndrome de DRESS y la suspensión del fármaco, limitan su progresión.

OBJETIVOS

Enumerar las características clínicas, de laboratorio, evolución y tratamiento instaurado en un paciente con diagnóstico de Síndrome de DRESS.

CASO CLINICO

Masculino de 13 años con antecedente de Epilepsia y Migraña desde los 10 años, tratado con Acido Valproico, y Amitriptilina, cuya medicación fue reemplazada por Levetiracetam 10 días antes del inicio del cuadro. Consulta por odinofagia, fiebre 38,5°C, exantema generalizado y prurito. Ingresa en regular estado general, lúcido, febril, al examen físico exantema maculopapular cefalocaudal con base eritematosa, múltiples adenopatías, lesiones costrosas en lóbulo de orejas y periorales. En el laboratorio se observa Eosinofilia de 16.8% (1948 totales). Valorado por dermatología, bajo la sospecha de Síndrome de DRESS secundario a Levetiracetam, se indicó suspensión del fármaco y se medicó con Meprednisona 2 mg/Kg/día. A las 72 horas se observa mejoría de las lesiones, hisopado de fauces:

negativo, Serologías: CMV, EBV, Herpes 1,2,6 negativas. Hemocultivos por dos negativos. El paciente evolucionó favorablemente, con disminución del exantema y desaparición de las lesiones costrosas. Al 7° día se realizó laboratorio de control que informa Eosinofilos 0%. No se observaron complicaciones.

DISCUSION

El síndrome DRESS tiene una incidencia estimada de 1/ 1.000 a 10.000 pacientes. Con una mortalidad del 10 %. Los antecedentes personales o familiares de DRESS, así como la presencia de inmunodeficiencias primarias o adquiridas y las neoplasias constituyen los factores de riesgo más frecuentes para desarrollar este tipo de farmacodermia. Como diagnósticos diferenciales considerar a los Linfomas, Pseudolinfomas por medicamentos, Infecciones agudas por el virus de Epstein-Barr, Virus de la Hepatitis A y B, Streptococo, Pustulosis aguda exantemática generalizada, síndrome de Stevens-Johnson y síndrome hipereosinofílico.

CONCLUSIONES

Se debe considerar al Síndrome de DRESS como un posible diagnóstico ante un paciente que se presenta con exantema, fiebre y compromiso sistémico. La rápida suspensión de la droga constituye un pilar fundamental en el tratamiento de este síndrome. Aunque el uso de corticoides sistémicos resulta controvertido, se observó buena respuesta al mismo. Es fundamental informar al paciente y a su familia la nómina de medicamentos que el mismo no puede recibir para evitar recidivas y complicaciones.



INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN NIÑOS INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL.

686

Gutierrez Huanca M.¹; Rocha Figueredo N.²; Luque Bellido E.³; Sagarnaga E.⁴; Fortini Y.⁵

HOSPITAL DE TRAUMA Y EMERGENCIAS DR FEDERICO ABETE^{1,2,3,4,5}

<dj_maguita@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El *Staphylococcus Aureus* es un coco Gram positivo de distribución universal. Argentina refleja la tendencia creciente de las infecciones por *Staphylococcus Aureus* Meticilino Resistente de la Comunidad (SAMR-AC), obligando a modificar el esquema antibiótico empírico inicial.

OBJETIVO

Describir el número de casos, edad, sexo, foco infeccioso inicial, evolución clínica, necesidad de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y mortalidad de las infecciones por SAMR-AC en pacientes internados en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cohorte retrospectivo observacional de Enero 2014 a Diciembre 2016. Se incluyeron pacientes desde el mes de vida hasta los 16 años de edad con rescate de SAMR-AC internados en UCIP.

RESULTADOS

Se identificaron 11 pacientes de los cuales el 54% (n=6) fueron de sexo femenino. Un total de 7 pacientes (63%) fueron menores de 3 años, los focos clínicos infecciosos fueron la neumonía con derrame pleural 54%(n=6) y la infección de partes blandas 46%(n=5). De ellos, 2 niños habían recibido esquema antibiótico previo. 46% (n= 5) requirió ARM por más de 48 horas. De ellos, 2 niños recibieron esquema antibiótico previo. La estadía de internación promedio fue 11 días. Fallecieron en relación con la infección 2 pacientes.

CONCLUSIONES

Las infecciones por SAMR-AC constituyen un problema grave y frecuente en pediatría. Predominan en niños sanos, sin enfermedad subyacente ni internaciones previas, generando enfermedades invasivas con alta morbimortalidad. El tratamiento empírico combinado puede ser útil en pacientes críticos con presunción de infección por patógenos resistentes, lo que permite un adecuado tratamiento inicial.

DENGUE EN PACIENTE DE 52 DÍAS DE VIDA

687

Noël M.¹; Molinari M.²; Barreiro S.³; Del Boca R.⁴; Plazaola D.⁵; Riancho M.⁶; Muñoz J.⁷; Cutipa Palomino H.⁸; Wierzeszen P.⁹

HOSPITAL VELEZ SANSFIELD^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<marialedadnoel@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad viral, transmitida por la picadura del mosquito *Aedes Aegypti*. Constituye en la actualidad una enfermedad emergente, habiendo sufrido la Argentina un brote durante la época estival del 2016.

La mayor cantidad de notificaciones se registraron entre los 25 y 64 años, sin embargo, las tasas más elevadas corresponden a los grupos de 10 a 24 años, siendo baja la notificación en menores de 5 años.

OBJETIVOS

Destacar lo atípico de la edad de presentación.

Sospechar esta patología como diagnóstico diferencial, en un lactante febril sin foco con laboratorio compatible, en contexto epidemiológico, a pesar de no corresponder al grupo etario más frecuente.

CASO CLÍNICO

Paciente de 52 días de vida, previamente sano que consulta en guardia de Hospital General de Agudos, por cuadro de 48 horas de evolución de registros febriles. En guardia se lo constata subfebril sin foco clínico evidente. Se realiza laboratorio evidenciando bicitopenia. Se decide su internación con diagnóstico de lactante febril sin foco.

Exámenes complementarios:

Hemograma: neutropenia y trombocitopenia.

HMCx2, Urocultivo, Cultivo de Líquido cefalorraquídeo y Coprocultivo: negativos. Serologías TORCH: negativas.

Frotis de sangre periférica normal.

Serología para Dengue antígeno NS1 Virus Dengue: Positivo.

Evolución:

El paciente evoluciona favorablemente, afebril, sin presentar signos de sangrado durante toda su internación, con cultivos negativos. Al 4to día de internación se recibe resultado positivo para Atg NS1 Dengue. Completo esquema antibiótico con Ceftriaxona 100mg/kg/día por 7 días. Se realizó interconsulta con servicio de hematología, descartando patología hemato-oncológica. Se externa con diagnóstico de Dengue en paciente con 52 días de vida.

CONCLUSION

Consideramos relevante presentar este caso clínico debido a la situación epidemiológica que se vivió en Argentina, durante la época estival del 2016, respecto al brote de dengue. Esto nos obliga a sospechar esta patología como diagnóstico diferencial, en todo lactante febril sin foco, con laboratorio compatible, a pesar de no ser ésta, la edad de presentación más frecuente.



FIEBRE SIN FOCO EN MENORES DE 3 MESES DE HOSPITAL DE NIÑOS DE LA RIOJA

Carrizo M.¹; Barrera P.²; Brizuela V.³; Díaz Bosetti I.⁴; Caliva S.⁵; López U.⁶; Navas N.⁷; Perez M.⁸

HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

<mecarrizo@hotmail.com>

690

INTRODUCCION: MATERIALES Y METODOS

Se recolectaron los datos por medio de historia clínica digitalizada, en la cual se constan los datos de fecha de consulta, todos los datos filiatorios, datos positivos al examen físico, estudios solicitados, resultados, tratamiento, diagnóstico presuntivo de la consulta. Se conocen los partes médicos y de enfermería en los internados y la epicrisis. se confeccionó una ficha para recolección de datos que serviría a este trabajo. Criterios de inclusión: niños/as de 28 días de vida a 90 días de vida, fiebre de 24 hs de evolución, sin foco aparente al examen físico, Criterios de exclusión: niños menores de 28 días de vida o mayores de 90 días de vida al momento de la consulta, antecedente de vacunas en las 12 hs previas al comienzo de la fiebre, Variables: días de internación según diagnóstico, antibiótico utilizado según diagnóstico, cantidad de días de antibióticos resultados durante el periodo diciembre de 2015 a diciembre de 2016, se asistieron 52957 niños de entre 0 días de vida y 14 años y 11 meses de edad. Atendieron 610 niños de entre 0 días y 36 meses de edad con diagnóstico inicial de fiebre sin foco, 98 niños pertenecían al grupo estario de 28 días de vida a 90 días de vida, de los 98 (todos constatados), se llegó al diagnóstico de fiebre asociado a la colocación de vacunas en 11 pacientes, mientras que en 1 paciente presentaba un absceso relacionado con herida quirúrgica, por lo que también se excluyó, por lo que en total se vieron 86 pacientes menores de 3 meses con diagnóstico inicial de fiebre sin foco. A 72 se les solicitó laboratorio en la consulta inicial (78/86), a los 14 restantes no se realizó laboratorio ya que según criterio médico los niños se encontraban en buen estado general. en cuanto al sexo de los infantes 62 niñas y 36 niños.

Edad media a la hora de la consulta: 1 mes 24 días los estudios complementarios que se solicitaron en los 86 niños: RX torax, hemograma, VSG y sedimento de orina. Los que se internaron en servicio de clínica pediátrica: 33 niños, con los diagnósticos iniciales de: edad media a la cual se internaron: 50 días de vida. Infección de vías urinarias: 13 fiebre sin foco: 10 sepsis: 5, 1 de ellos con shock séptico derivado del interior de la provincia el cual fallece. Neumonía: 4 fiebre e Ictericia: 1 entre los niños que estuvieron internados se recibieron datos perinatales: edad gestacional media: 39.3 semanas nacidos por cesares: 15, nacidos por parto vaginal: 18 peso medio de nacimiento: 3,510 gr días de internación en promedio: 12 días los agentes etiológicos rescatados de cultivos, solo en 14 paciente se observó al agente etiológico: E. coli: 6 (urocultivo) Klebsiella: 3 (2 en urocultivo y 1 en LCR) Salmonella: 5 (causante de sepsis, rescatada en hemocultivos).

DISCUSION

Gracias a este proyecto se lograron revisar las diferentes bibliografías sobre el tema y unificar criterios según los protocolos que hay en diferentes sociedades de pediatría del mundo Nos queda la duda de saber la verdadera etiología en los casos que no se logró rescatar el microorganismo. Nos queda la satisfacción de que el hospital cuenta con un sistema digitalizado de historia clínica, muy completo lo que facilita cualquier trabajo de investigación.

QUISTE PULMONAR. ¿EN QUÉ PENSAR?

García M.¹; Ferrin M.²; Alva Grimaldi L.³; Cora N.⁴; Forlin B.⁵; Rodríguez M.⁶; Lara E.⁷; Martínez V.⁸

HOSPITAL LUCIO MELEDEZ¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

<garciaceleste.m@gmail.com>

691

INTRODUCCIÓN

Las hiperclaridades pueden ser generalizadas o localizadas, según correspondan a un aumento del tamaño de los alvéolos o su número o a la ausencia del parénquima pulmonar. Pueden clasificarse en tres variedades: bullas, quistes, cavernas y abscesos.

OBJETIVOS

Plantear diagnósticos diferenciales y el abordaje ante un paciente con una imagen quística pulmonar.

Describir la sintomatología de la hidatidosis.

Caso Clínico: Paciente de 9 años, sexo masculino, con vómitos de 48 hs de evolución y puntada de costado en la base derecha. Se constata pico febril en la guardia. Al examen físico: Buena mecánica ventilatoria, taquipnea leve (FR: 32 por minuto), SatO₂: 97% FiO₂ 21%), rales subcrepitanes y sibilancias en ambos campos pulmonares. Radiografía de tórax al ingreso: Se observa imagen hiperclara en base derecha con una pared gruesa que la rodea, con nivel hidroaéreo en su interior.

Abdomen blando, depresible e indoloro, RHA positivos.

Se solicita laboratorio (GB 21900, N: 78%) Hb 12.2 g%. Se hemocultiva (Negativos) y se medica con Ampicilina, interpretando el cuadro como neumonía del lóbulo inferior derecho.

Se realizan Estudios complementarios: Ecografía abdominal, PPD, Esputo seriado para Baar (Negativo), serologías para hidatidosis por dos técnicas diferentes (Inmunocromatografía Positiva débil (Hospital El cruce) y Elisa y western blot Negativo (Hospital Malbran) Hepatograma normal. ERS: más 120 mm, Ig E 712 IU/mL Posteriormente se realiza Tac Tórax.

CONCLUSIÓN

Las imágenes quísticas pulmonares puede ser de múltiples orígenes: infecciosos, traumáticos o congénitos.

La mayoría de las hidatidosis cursan inicialmente de forma asintomáticas.



FUNGUS BALL EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO

Gliemmo C.¹; Olivera M.²; Cabanillas D.³; Otero R.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA, LA PLATA^{1,2,3,4}

<cecigliemmo@hotmail.com>

692

INTRODUCCIÓN

Los fungus ball son una patología infrecuente en pacientes inmunocompetentes. Su presencia se encuentra asociada a ciertas condiciones, que favorecen su aparición, como las edades extremas de la vida (recién nacidos o ancianos), el embarazo, los procedimientos quirúrgicos, las uropatías obstructivas y el empleo de sondas. Se realiza el diagnóstico con examen en fresco en busca de pseudomicelios, cultivo de orina y ultrasonido renal. Las bolas fúngicas se observan como focos ecogénicos dentro de los sistemas colectores, sin sombra acústica demostrable en el ultrasonido renal. El criterio para considerar como positivo el urocultivo es > 10 000 UFC/ml. El tratamiento para esta entidad de manera clásica se ha considerado quirúrgico, sin embargo, actualmente se utilizan tratamientos con antimicóticos sistémicos.

OBJETIVO

Reportar un paciente inmunocompetente atendido en nuestro centro con Fungus Ball.

Caso clínico: paciente masculino de 5 años de edad, que consulta por presentar vómitos, fiebre y dolor abdominal de 48 horas de evolución. Al examen físico se constata hipertensión arterial, edema bpalpebral y en miembros inferiores con Godet ++. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación a predominio de hipogastrio. Hematuria microscópica. Se realiza ecografía renal, evidenciándose riñón derecho con aumento de ecogenicidad, dilatación pielocalicial, pelvis renal de 3 cm antero- posterior. Se observa dos imágenes intracaliciales, la mayor promedia 1.2 x 0.6 cm a nivel del hilio, sin cono de sombra posterior. Se solicita urocultivo, el cual

fue negativo con pseudomicelios en orina positivos. Se descartan otros focos infecciosos con ecocardiograma, radiografía de tórax, fondo de ojo y ecografía abdominal. Ante la sospecha diagnóstica de Fungus Ball se realiza tratamiento con Fluconazol 10mg/kg/día por 10 días, obteniendo mejoría en aspecto ecográfico y clínico. Durante el transcurso del tratamiento el paciente libera por orina material blanquecino, de aspecto pastoso. Con todos estos hallazgos se realiza el diagnóstico de Fungus Ball (aspecto clínico, resultado de laboratorio, ecografía compatible y respuesta al tratamiento instaurado). Se descartó inmunocompromiso secundario y primario.

CONCLUSIÓN

Presentamos un paciente con diagnóstico confirmado de Fungus Ball sin factores predisponentes. La sospecha diagnóstica de esta entidad debe ser precoz ante la presencia de imágenes compatibles en ecografía.

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE NIÑOS Y ADOLESCENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE ALOGÉNICO DE CÉLULAS PRECURSORAS HEMATOPOYÉTICAS.

Figueroa Turienzo C.¹; Roizen M.²; Pizzi S.³; Juliá A.⁴; Carli G.⁵; González Correas A.⁶; Naso A.⁷; Santidrán V.⁸; Staciuk R.⁹

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<cfigueroa59@yahoo.com.ar>

693

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en el tratamiento de soporte, la mortalidad relacionada al trasplante (MRT) es una causa importante de fracaso del trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). Analizar sus causas y factores de riesgo resulta fundamental para la elegibilidad de pacientes (pt), el proceso de consentimiento y definir las estrategias de soporte.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Cohorte retrospectiva. Se analizaron de la base del servicio los resultados del quinquenio 2012-2015. Se registraron características generales de los TCPH, las causas de MRT y los siguientes factores de riesgo citados en la literatura: tipo TCPH, infecciones, Enfermedad de injerto contra huésped (EICH). Se evaluó estos últimos con la prueba de Fisher y una prueba de regresión logística con aquellos factores significativos en el análisis univariable. Se consideró significativa una p < 0,05.

RESULTADOS

196 pt, mediana de edad 7 años (r 0,6-19), 66% varones. Segundos TCPH: 9. Tipo: TCPH familiar 102, no familiar: 94. Fuente CPH: medula ósea 145, sangre periférica 32, sangre de cordón 16, combinaciones 3. Diagnósticos: leucemias agudas 89 (LLA 62, LMA 27), Mielodisplasia 31, aplasia medular severa 19, aplasias constitucionales 19, Inmunodeficiencias 21, otros 17. Acondicionamiento mieloablativo: 97% (Irradiación corporal total: 26%). EICH aguda: 64%, grado 3-4: 13%, crónica 26% (extensa 26%). MRT global:

27 % (TCPH familiares 17% vs no familiares 38%, p 0,01), temprana 15%, tardía 12%; en 2dos TCPH: 33%. Causas más frecuentes: infecciones virales por Citomegalovirus (CMV), Adenovirus (Adv) y virus respiratorios de la comunidad, seguidas de las infecciones bacterianas y las infecciones fúngicas invasivas (IFI). Las IFI disminuyeron con la introducción del Voriconazol como profilaxis primaria en 2014. Factores de riesgo: TCPH no familiar (p < 0,01), EICHa 2-4 (p < 0,01), infección por Adv (p < 0,01), enfermedad por CMV (p < 0,01), IFI probable/confirmada (p 0,01). En el análisis multivariable los factores de riesgo evaluados mantuvieron la asociación salvo la infección por Adv.

CONCLUSIÓN

A pesar de haber disminuido, la MRT en nuestro medio es aún elevada en los receptores de TCPH no familiares. Disminuirla requerirá de nuevas estrategias de manejo de las infecciones virales y de la EICH.



694

APLASIA MIELOIDE ADQUIRIDA (AMA) SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA A: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dvorkin J.¹; Pérez D'ambrosio M.²; Mistchenko A.³; Schwab G.⁴; Contrini M.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1 2 3 4 5}

<julia.dvorkin@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Aplasia Mieloide Adquirida es una entidad poco frecuente que puede ser desencadenada por tóxicos, drogas, enfermedades autoinmunes, infecciones o ser inmunomediada. Se describen casos aislados en los cuales el patógeno desencadenante es el Virus Influenza. Consideramos importante evidenciar la ocurrencia de esta grave complicación debida a la infección por Virus Influenza ya que se trata de una enfermedad de alto impacto clínico-epidemiológico, sobre todo en la edad pediátrica, y prevenible mediante vacunación.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de AMA asociada a infección por Virus Influenza A H1N1.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 4 años, previamente sano, que en mayo de 2016 es hospitalizado por un síndrome febril de 10 días de evolución asociado a infección respiratoria baja y bicitopenia (anemia y leucopenia con neutropenia). Dada su condición hematológica se realizan los siguientes estudios microbiológicos: hemocultivos, urocultivo, coprocultivo, IFI y PCR de secreciones nasofaríngeas y serologías para infecciones virales (CMV, EBV, Parvovirus, VVZ, HIV, HCV, HBV). Se realiza RX de tórax que evidencia infiltrado de tipo intersticial en vértice derecho. Para establecer el origen de la bicitopenia se realiza punción/aspiración y biopsia de medula ósea que informa aplasia mieloide. Se descarta causa toxicológica mediante un interrogatorio especializado

dirigido a la familia del niño. El resultado de los cultivos microbiológicos es negativo. El único agente identificado como causa probable de su alteración hematológica es el Virus Influenza A H1N1 aislado mediante PCR de secreciones nasofaríngeas. El niño recibe tratamiento antiviral oral con Oseltamivir durante 5 días. Luego de 15 días de tratamiento con factores estimulantes de colonias granulocíticas sin respuesta, inicia corticoterapia con buena respuesta al día 8 de inicio del tratamiento. El cuadro clínico es interpretado como AMA secundaria a infección por Virus Influenza A H1N1.

DISCUSIÓN

La AMA es una complicación hematológica grave con alta morbi-mortalidad. Los mecanismos por los cuales el Virus Influenza provoca dicha alteración son aún poco claros. El diagnóstico se realiza por biopsia de MO en la que se observa ausencia de precursores mieloides. Su detección temprana y el tratamiento oportuno son esenciales para un pronóstico favorable, alcanzando una sobrevida cercana al 90%.

INFECCIONES BACTERIANAS GRAVES PREVALENTES EN LACTANTES FEBRILES DE 28 A 90 DÍAS ENTRE 2009 -2016

Moglia Y.¹; Lepetic S.²; Longueira S.³; Rossiter M.⁴; Díaz F.⁵; Rolando F.⁶

H.Z.G.A DR. A. OÑATIVIA^{1 2 3 4 5 6}

<yamilamoglia@hotmail.com>

695

INTRODUCCIÓN

La fiebre en lactantes menores de 90 días obliga a buscar infección bacteriana grave (IBG). En niños de 29 a 90 días, el riesgo de IBG varía entre 4 a 10%. La prevalencia de infección urinaria (ITU) es del 4-10%, bacteriemia 4-12% y meningitis bacteriana 0-2%. Los niños con ITU tienen mayor riesgo de presentar meningitis bacteriana por diseminación de la infección al SNC.

OBJETIVOS

Describir prevalencia de IBG en lactantes febriles de 29 a 90 días internados en Sala de Pediatría.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo con revisión de historias clínicas de lactantes febriles que se internaron en Sala de Pediatría en el periodo 2009 - 2016. Se excluyó 2011 por problemas de registro.

Criterios de inclusión: lactantes febriles entre 29 a 90 días, con fiebre comprobada de 38°C o más con riesgo de IBG por Criterios de Rochester.

Procesamiento bacteriológico

Hemocultivo procesado por sistema automático BACTEC 9120 de Benton Dickinson

Urocultivo por sonda vesical. La sensibilidad antibiótica se determinó según normas CLSI.

Procesamiento Estadístico programa SPSS 21

RESULTADOS

Se incluyeron 270 lactantes febriles, 145 masculinos (54%) 125 femeninos (46%). Con respecto a la edad de los pacientes, un 67% son casos entre 29 y 60 días, siendo el 33% restante pacientes entre 61 y 90 días

Los diagnósticos fueron: Infección Urinaria 81 casos (30%) a Escherichia coli el 85%; germen encontrado Klebsiella el 9%; Bacteriemia (BA) 14 casos (5%) a Escherichia coli 78% y Klebsiella 2%; meningitis aséptica 16 casos (6%). No hubo casos de meningitis bacteriana.

Procedimientos realizados: hemocultivos y urocultivo a todos los casos, punción lumbar al 79% de los pacientes.

CONCLUSIONES

La prevalencia de ITU en el grupo estudiado de 30% es elevada con respecto a lo reportado en la literatura del 4-10%.

Los datos de bacteriemia y meningitis coincide con trabajos publicados. La Escherichia coli es el patógeno más frecuente de ITU y BA. Si bien todas las BA se asociaron a ITU, no hubo casos de meningitis bacteriana.



ENCEFALITIS HERPÉTICA EN NEONATOS. UN LARGO CAMINO AL DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

696

Yossen M.¹; Arribas G.²

Neonatología Hospital Dr Orlando Alassia^{1,2}
<m.yossen@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La encefalitis herpética en neonatos es poco frecuente. Por su alta morbimortalidad y posibilidad de secuelas permanentes, requiere una sospecha clínica, diagnóstico y tratamiento precoces

OBJETIVO

Comunicar el caso de recién nacida de 15 días con fiebre, donde el diagnóstico etiológico tardó en ser confirmado y sólo la PCR en forma repetida confirmó herpesvirus en LCR.

CASO CLÍNICO

RNT PAEG, madre adolescente, embarazo controlado, serologías negativas, parto vaginal, RPM de 12hs, EGB no realizado, PAI no realizada. Vacunas completas, OEA y pesquiza neonatal normales. Inicia a los 15 días T37,5°C, Sin foco familiar. Internada en observación unas horas, con laboratorio de bajo riesgo, repite fiebre y se interna en neo. Examen físico normal. Sin rechazo al alimento. Laboratorio inicial: leucocitos 8960/mm³ (50/0/32/15/2), hematocrito 40,7%, PCR: 1,13mg/lit, Orina normal. Conducta expectante

LCR	Día 1	Día 3	Día 18	Día 20
Aspecto	hemático	Límpido (L)	L	L
Glucosa g/l	0,37	0,36	0,22	0,39
Proteínas gr/l	1,59	4,68	7,41	4,5
Hemáties x mm ³	40000	80	30	3
Leucocitos	300	155	62	48
(%PMN/%MMN)	(33/67)	(85/15)	(40/60)	(30/70)
HERPES	No se puede realizar	(-)	(+)	(+)
			Muestra congelada (-)	
			días previos	

A las 2 horas presenta crisis convulsiva focal. Se pancultiva. Inicia tratamiento antibiótico empírico. Agrega PCR 14,9mg/lit, GOT 86 U/lit, lactato 26,4mg/dL, LCR en tabla. Viroológico no se puede realizar (hemático). Ecografía cerebral normal. Se planteó: meningitis bacteriana/encefalitis herpética; se repite el estudio del LCR y adiciona Aciclovir. Cultivos de sangre, orina, LCR negativos. Segundo virológico a los 3 días negativo. Suspende antiviral. Cumple 7 días antibióticos

En su evolución se constata microcefalia adquirida, retraso del neurodesarrollo, trastornos de termorregulación. EEG: espiga temporal izquierda. RMN a los 16 días: Falta de diferenciación de sustancia gris y blanca e incipiente leucomalacia quística. Fondo de ojo: coriorretinitis y vasculitis bilateral.

Persistencia de LCR alterados. Se vuelve a estudiar a los 18 días: HERPES VIRUS I/II LCR detectable. Se repite y se confirma. Diagnóstico final: meningoencefalitis herpética. Cumple 25 días de antiviral, con VHS ya no detectable en LCR

CONCLUSIÓN

Frente a la sospecha clínica de encefalitis herpética en RN, tomar muestras de LCR e iniciar Aciclovir cuanto antes, disminuye significativamente la morbimortalidad. Una PCR para VHS en LCR negativa no permite excluir el diagnóstico en forma temprana: Se recomienda repetir análisis de LCR si existe alta sospecha.

CUADRO NEUROPSIQUIATRICO EN PEDIATRIA: SOSPECHA DE ENCEFALITIS INMUNOMEDIADA. A PROPOSITO DE UN CASO.

697

Cejas M.¹; Podbersich C.²; Tapia V.³; Seveso J.⁴; Abalone A.⁵; Vilariño J.⁶

HOSPITAL ESCUELA EVA PERON^{1,2,3,4,5,6}
<melinabelncejas@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El concepto de encefalitis ha incluido en los últimos años no solo a los procesos infecciosos, sino también a fenómenos inflamatorios de origen autoinmune. En las últimas décadas se han identificado una serie de anticuerpos que se consideran patogénicos para el SNC, siendo más frecuente el asociado contra receptores de NMDA. Este tipo de cuadro encefálico pueden estar o no asociado a tumores (como síndrome paraneoplásico) y son susceptibles de tratamiento inmunomodulador precoz y agresivo.

OBJETIVO

Reportar un caso de encefalitis inmunomediada en paciente pediátrico con manifestaciones clínicas neuropsiquiátricas.

Caso clínico: paciente mujer, 3 años de edad, previamente sana. Inicia cuadro subagudo caracterizado por: crisis convulsivas, alteración del sueño y del lenguaje, conductas agresivas y movimientos anormales. Asocia además inestabilidad autonómica con crisis de HTA. Se solicita RMN de cerebro, EEG y análisis fisicoquímico e infectológico de LCR, sin hallazgos patológicos.

Ante la sospecha clínica de encefalitis inmunomediada se inicia tratamiento inmunomodulador mixto; observándose una progresiva mejoría del cuadro hasta la resolución completa del mismo. No se halló evidencia de tumor asociado.

CONCLUSIÓN

La encefalitis inmunomediada es una afectación grave que puede conducir a severas complicaciones e incluso la muerte.

Su cuadro clínico es variado (epilepsia, manifestación neuropsiquiátricas, movimientos anormales y disautonomía), requiriendo para su diagnóstico una alta sospecha clínica. Lo que permitiría un tratamiento precoz y agresivo.

Es de suma importancia la búsqueda y seguimiento de tumores asociados a esta patología.



698

RIESGO DE NARCOLEPSIA LUEGO DE LA APLICACIÓN DE LA VACUNA PANDÉMICA H1N1 2009 - RESULTADOS DEL ESTUDIO SOMNIA PARA ARGENTINA.

Gentile A.¹; Giglio N.²; Castellano V.³; Mazzola M.⁴; Arroyo H.⁵; Tripoli J.⁶; Grobaporto M.⁷; Bazan V.⁸; Daraio M.⁹; Sturkenboom M.¹⁰; Black S.¹¹
HOSPITAL GUTIERREZ CIUDAD DE BUENOS AIRES^{1,2,3,6,7,8}; LABORATORIO DE SUEÑO FLENI CIUDAD DE BUENOS AIRES_ESCOBAR⁴;
HOSPITAL JUAN P GARRAHAN CIUDAD DE BUENOS AIRES⁵; SOMNOS CIUDAD DE BUENOS AIRES⁹; ERASMUS UNIVERSITY
ROTTERDAM HOLANDA¹⁰; CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL ESTADOS UNIDOS¹¹
<mabucarosella@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El incremento de casos de narcolepsia después de la administración de la vacuna H1N1 2009 con adyuvantes observada en Europa, fue considerado una señal de alerta. Sin embargo no pudo excluirse el sesgo de reporte asociado a la difusión mediática. El estudio SOMNIA (Systematic Observational Method for Narcolepsy and Influenza Immunization Assessment) es una investigación internacional de la asociación entre las vacunas monovalentes contra la gripe pandémica H1N1 con adyuvante AS03 y MF-59 y la narcolepsia.

OBJETIVO PARA ARGENTINA

Estimar el riesgo de narcolepsia para la vacuna pandémica (H1N1) 2009 con adyuvante MF-59.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de casos y controles. Los casos de narcolepsia (criterios de Brighton Collaboration) se obtuvieron de centros de sueño de referencia de la Ciudad de Buenos Aires y los controles de centros de atención ambulatoria según la misma región, edad, sexo y fecha de consulta. La información de la exposición se obtuvo de los certificados de vacunación. Para estimar el riesgo de narcolepsia en casos vacunados se realizó el cálculo de OR ajustado por el número de controles por caso. El día de la realización del test de latencia para diagnóstico

de Narcolepsia se consideró como el día índice de diagnóstico. Fueron incluidos niños hasta 18 años desde abril 2009 a diciembre 2014.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 11 casos pediátricos de narcolepsia y 77 controles. No se observó asociación entre la vacuna pandémica (H1N1) 2009 con adyuvante MF-59 (OR=4.24 IC 95% 0.69-25.94).

CONCLUSIÓN

Nuestros resultados no permiten concluir que existe riesgo de narcolepsia y la administración de vacuna pandémica (H1N1) 2009 con adyuvante MF-59.

A PROPÓSITO DE UN CASO: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR TRICOBEOZAR.

Limardo P.¹; Mariano I.²; Norma S.³; Gambarruta F.⁴; Checcacci E.⁵; Hector C.⁶
HOSPITAL PEDRO ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6}
<paulalimardo@gmail.com>

702

Un tricobezoar es un acúmulo de pelo en el tracto gastrointestinal. Puede descender desde el estómago hacia el intestino constituyendo el síndrome de Rapunzel. Esta presentación es la más severa siendo potencialmente fatal. Es más frecuente en mujeres con alteraciones psiquiátricas o personas con retraso mental. Las manifestaciones clínicas son variadas, desde formas asintomáticas hasta íleo obstructivo. El diagnóstico es un reto ya que el paciente y su familia niegan u ocultan la información sobre tricofagia. Se utilizan como métodos complementarios ecografía, radiología con bario o endoscopia digestiva alta. El tratamiento de elección es quirúrgico y psiquiátrico.

OBJETIVO

Describir un caso de obstrucción intestinal por tricobezoar, su diagnóstico y tratamiento en una niña en sala de internación.

CASO CLÍNICO

Paciente de 10 años que consulta por vómitos y dolor epigástrico urente con pérdida de peso de 2 meses de evolución. Refiere acoso escolar y sobre exigencia académica. Al examen físico: abdomen blando depresible con palpación de tumoración móvil en epigastrio, ruidos hidroaéreos presentes. Se realiza placa abdominal con nivel hidroaéreo alto y ecografía abdominal: intestino distendido paredes engrosadas, posible suboclusión. Se indica ayuno, sonda nasogastrica abierta y plan de hidratación parenteral. Se interconsulta con gastroenterología que en base a la clínica sospecha cuerpo extraño. Se solicita seriada gastroduodenal: estómago ocupado

por contenido que abarca cuerpo, antro y parte de duodeno compatible con tricobezoar. Se interconsulta con cirugía que realiza gastrotomía con exéresis de tricobezoar y rafia gástrica. Se inicia seguimiento por salud mental donde la paciente admite morderse el pelo negando la ingesta. Por buena evolución post quirúrgica y asegurando seguimiento por salud mental se otorga egreso hospitalario.

CONCLUSIÓN

Es necesario tener presente la posibilidad de este cuadro frente a una paciente con íleo obstructivo dado que tienden a negarlo en el interrogatorio y el diagnóstico requiere una alta sospecha clínica.



INTERROGATORIO, CLAVE EN EL DIAGNOSTICO DE ESCORPIONISMO

704

Masa A.¹; Reartes Lobo L.²; Perez Ordoñez V.³; Vilar A.⁴

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS^{1,2,3,4}

<anymasa07@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los envenenamientos provocados por escorpiones son eventos graves pero prevenibles y tratables. Se trata de intoxicaciones agudas que cuenta con antídoto efectivo. En Argentina es producido por *Tityus trivittatus* de carácter agresivo y hábitos domiciliarios. El veneno es de carácter neurotóxico responsable del cuadro clínico florido. No existen datos específicos de laboratorio. Sin embargo en casos moderados o graves la glucemia, CPK y LDH generalmente se encuentran elevados. La peligrosidad del veneno va a depender de factores como: especie, inóculo; lugar anatómico; edad y enfermedades previas. El diagnóstico se realiza por la clínica y antecedente de picadura o identificación del escorpión (de manera excepcional pueden faltar estos datos). En casos de niños pequeños o con patología neurológica es difícil recabar el dato, por lo cual los antecedentes epidemiológicos asociados al cuadro clínico adquieren relevancia diagnóstica. Durante agosto 2016 a mayo 2017 fueron asistidos en nuestro servicio de emergencia 117 casos, 37 fueron internados, 8 pasaron a unidad de terapia intermedia y 3 a terapia intensiva.

OBJETIVO

Destacar la importancia del interrogatorio dirigido, reconocer los síntomas y datos de laboratorio útiles en el diagnóstico diferencial con otras patologías. Descripción del Caso: Paciente de 15 años de sexo femenino con microcefalia, retraso madurativo es derivada por vómitos. Al ingreso a urgencias presenta deshidratación leve con palidez cutánea mucosa, taquicardia, buena perfusión periférica, normotenso, polipneica, irritable. Se administran antieméticos y

analgésicos. No obstante continúa con vómitos. Se agrega dolor abdominal, sudoración profusa. Hemoglucotest: 370 mg/dl. Cetonuria negativa. Ante la exacerbación del cuadro se interroga a los familiares sobre la posible picadura de algún insecto. La madre relata que el día anterior cuando le ponía una media, la menor gritó de dolor y a partir de ese momento aparecen los síntomas. Se procede al pasaje de suero antiescorpion. La paciente se estabiliza y ceden los síntomas.

CONCLUSIÓN

La consulta de un paciente de corta edad o con dificultad para expresarse adecuadamente, con manifestaciones clínicas y de laboratorio compatibles, debe hacernos pensar en escorpionismo. El interrogatorio dirigido junto con el cuadro clínico característico, son las bases fundamentales para el diagnóstico de esta entidad, lo cual permite el tratamiento precoz en los casos moderados y graves.

BOTULISMO DEL LACTANTE EN BAHÍA BLANCA Y LA REGIÓN

705

Enriquez P.¹; Teplitz E.²; Garat C.³; Diaz C.⁴; Echegoyen M.⁵; Toneto I.⁶; Harris J.⁷; Gariboldi G.⁸; Uslenghi L.⁹

HOSPITAL ITALIANO REGIONAL DEL SUR BAHIA BLANCA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<enriquezp32@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El botulismo del lactante es una enfermedad infecciosa poco frecuente que se debe a la colonización intestinal por *Clostridium botulinum*, productora de toxina botulínica, que bloquea la liberación de acetilcolina en las terminales presinápticas de la unión neuromuscular y del sistema nervioso autónomo. Puede presentarse entre los 6 días y 1 año de edad (mayor prevalencia entre 2 y 6 meses).

OBJETIVOS

Analizar las características epidemiológicas, clínicas y ambientales de la casuística de Botulismo del lactante en Bahía Blanca y la región, en el periodo comprendido entre febrero del 2007 y diciembre del 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Datos obtenidos por medio de la revisión de historias clínicas y de la Región Sanitaria X. Criterio de Inclusión: pacientes internados en Bahía Blanca, con diagnóstico clínico y/o confirmado por laboratorio, en el periodo comprendido desde 12/2/2007 al 1/12/2016.

RESULTADOS

Número total de pacientes 62. Duración del estudio 9 años y 10 meses. Rango etario desde 16 días de vida a 9 meses (promedio 3,66 meses). El mayor número de casos n= 11 (17.77%) se presentó en 2013. Relación femenino:masculino 1:1.69. La media de días de hospitalización es 31

días. Presentación clínica: hipotonía en el 100%, constipación 65% y reflejo fotomotor lento en el 45%. No se constató consumo previo de miel. El diagnóstico etiológico fue positivo en el 42%, hallándose toxina tipo A en materia fecal. Requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM) 62%, con una media de días de ARM de 31. Complicaciones (63%): sepsis (29.5%), atelectasia (15%), neumonía (7.8%), neumotórax (5,2%) y disfunciones autonómicas (5,5%). Tasa de letalidad 1,6.

CONCLUSIONES

El botulismo del lactante es la causa más frecuente de hipotonía aguda. La mortalidad es baja. La toxina tipo A fue la más frecuente. Nos impresiona un subregistro de los resultados de las confirmaciones, siendo que la totalidad de los pacientes fueron estudiados. La presentación clínica coincide con la literatura. De acuerdo al número de pacientes y estadía, se requiere la realización de nuevo estudio para evaluar la posibilidad de requerir la introducción de gammaglobulina humana específica.



706

ENFERMEDAD DE KAWASAKI ATÍPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Menendez L.¹; Satostegui M.²; Gonzalez M.³; Peirano M.⁴

HOSPITAL MUNICIPAL PROF. DR. B. HOUSSAY^{1,2,3,4}

<leandro.menendez@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica aguda autolimitada, de etiología desconocida que afecta a arterias de pequeño y mediano calibre predominantemente. Constituye la causa más común de enfermedad coronaria adquirida en niños. En Argentina la incidencia anual es de 4 casos cada 100.000 consultas. El diagnóstico de EK requiere de un alto índice de sospecha y conocimiento de las manifestaciones frecuentes y poco frecuentes de la enfermedad. Algunos niños pueden presentar formas clínicas o incompletas lo que hace aún más difícil el diagnóstico.

OBJETIVO

Presentar el caso de un paciente varón de 5 años con presentación atípica de Enfermedad de Kawasaki.

Presentación del caso: Paciente varón de 5 años de edad que se interna por neumonía de mala evolución sin hipoxemia en tratamiento con amoxicilina y noveno día de fiebre persistente. Al ingreso se realiza laboratorio con 19100 leucocitos (pmn 85%), VCG de 90 y PCR de 69, hemocultivos x2 y urocultivo, iniciando tratamiento con Cefotaxime. Agrega edema palmoplantar y tortícolis presentando en segundo día de internación cuadro de descompensación hemodinámica compatible con sepsis. Posteriormente presenta eritema en labios y lengua e inyección conjuntival. Ante leucocitosis persistente, hiperplaquetosis en aumento, VSG elevado e hipoalbuminemia y clínica compatible se asume cuadro como EK atípica. Se realiza ecocardiograma (normal) y se indica tratamiento con gammaglobulina EV y AAS vía oral.

Evoluciona con descamación acral, genital y perianal agregando dilatación coronaria en controles ecocardiográficos posteriores. Desarrolla aneurisma gigante en arteria coronaria derecha por lo cual se deriva a centro de mayor complejidad para tratamiento.

DISCUSIÓN

Se plantea la importancia de mantener esta entidad en mente a la hora de pensar diagnósticos diferenciales. A pesar de su baja incidencia, plantea un serio problema por su riesgo de compromiso coronario e isquemia miocárdica así como insuficiencias valvulares y rupturas aneurismáticas de no ser diagnosticado y tratado a tiempo.

Esta enfermedad, comunmente confundida con infecciones virales por su naturaleza inespecífica, plantea aún un mayor desafío cuando se manifiesta de forma atípica.

PERDIDA DE PAUTAS MADURATIVAS Y ENCEFALITIS NECROTIZANTE AGUDA

Rivero Gonzalez L.¹; Riccio P.²; Astengo B.³; Vaccarello M.⁴; Rodrigo H.⁵; Fantuzzi J.⁶

MATERNIDAD SARDA¹; SANATORIO TRINIDAD DE QUILMES^{2,3,4,5,6}

<lucilariverogonzalez@gmail.com>

707

INTRODUCCION

La encefalopatía necrotizante aguda es una enfermedad rara, con una alta morbimortalidad. Un trastorno neurológico rápidamente progresivo, que se presenta en niños sanos entre los 5 meses y los 11 años generalmente después de una infección respiratoria viral común (micoplasma, virus influenza A, herpes simple y herpes virus tipo 6, probables agentes causales). En la resonancia es característico la afectación multifocal y simétricas del talamo, también puede afectar putamen, sustancia blanca cerebral y cerebelo y el tegmento del tallo cerebral. La lesión muestra edema, hemorragia y necrosis. Hay una correlación directa entre la imagen y la evolución clínica. Su tratamiento es el soporte sintomático y uso de corticoides.

OBJETIVO

Presentar una forma de presentación no típica de una rara y potencialmente grave enfermedad donde el diagnóstico precoz confirmado por la RMN de cerebro permite un tratamiento precoz y lograr un menor deterioro neurológico y evolución favorable.

DESARROLLO

Paciente de sexo masculino, de 9 meses de edad, que ingresa por presentar irritabilidad y pérdida aguda de las pautas madurativas de 48 hs evolución y mayor tendencia al sueño. Afebril, sin antecedentes de tóxicos. Antecedentes: 15 DIAS PREVIOS AL INGRESO PRESENTO CUADRO FEBRIL Y CVAS. Ex físico: vigil, hiporeactivo, llanto débil, irritable, leve disminución de la fuerza muscular, ROT +, hipotonía axial y apendicular, sin sostén cefálico, movimiento tipo latigazo de la cabeza hacia adelante,

no agarra objetos con la mano, no balbucea, no gatea, succión débil, pupilas isocóricas y reactivas, simetría facial.

Diagnósticos diferenciales: Encefalopatía aguda a descartar causa infecciosa, metabólica o tóxica

Masa ocupante del SNC

Exámenes de laboratorio: leve leucocitosis, PCR levemente aumentada, función renal y hepática normales, Amonio normal, Tóxicos en orina negativos

Tac cerebro normal

Se realiza PL: LCR normal, cultivos y virológico negativos

EEG: asimétrico, hipovolteado y lentificado en el lado derecho

RMN de cerebro: IMÁGENES HIPER INTENSAS EN T2 Y EN FLAIR A NIVEL DE AMBOS TALAMOS

Se asume el cuadro como Encefalopatía Necrotizante Aguda, se solicitan serologías virales en sangre. Negativas para Mycoplasma, herpes 1, herpes 2, herpes 6, Varicela CMV, IgM e IgG positivas, EBSTEIN Barr IgM VCA e IgG VCA positivas. Se indica tratamiento con pulsos de metilprednisolona por 5 días con excelente evolución clínica, recuperando las pautas madurativas y examen neurológico normal al alta.

CONCLUSION

El reconocimiento de las características típicas de la RMN de cerebro es muy importante, se debe enfatizar su realización para diagnosticar correctamente y realizar el tratamiento adecuado de esta rara enfermedad con alta morbimortalidad.



ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sciolla M.¹; Tricarico Y.²; Carena N.³; Melvin G.⁴

CENTENARIO^{1,2,3,4}

<magui_sciolla@hotmail.com>

709

INTRODUCCIÓN

La encefalomiелitis aguda diseminada (EAD) es una enfermedad desmielinizante, inmuno-mediada, posinfecciosa. Incidencia: 0,1 a 0, 6/100.000, edad de presentación: 5 a 8 años, más frecuente en varones. Clínica: encefalopatía aguda o subaguda, déficits multifocal. Curso monofásico, rápidamente progresivo. Neuroimágenes: lesiones desmielinizantes, hiperintensas en T2 y flair. Requiere la instalación de medidas de sostén, y la administración de corticoesteroides. Entre el 50 y 94% presentan recuperación completa.

OBJETIVOS

Reconocer las características clínicas y evolución temporal de la EAD. Destacar la importancia del seguimiento, para confirmar diagnóstico y el correcto abordaje del déficit residual potencial.

Descripción del caso: varón de 14 años, previamente sano correctamente inmunizado, sin antecedentes familiares de jerarquía. Consulta por cuadro de 6 días de evolución que comienza con inyección conjuntival, cefalea frontal y retro orbitaria, bilateral, opresiva, intensa, cede parcialmente con AINES. A las 24 horas agrega fiebre, náuseas y vómitos, diplopía, estrabismo convergente izquierdo, ptosis palpebral homolateral, marcha inestable, sensorio alternante, y signos de irritación meníngea. Laboratorio: leucocitosis. TC de cráneo sin patología estructural.

LCR: linfocitosis ligera, Pandy (+), glucorraquia normal. Inicia antibioticoterapia y antivirales. Cultivos bacteriológicos y PCR virales negativas. A las 72 hs. por falta de respuesta al tratamiento realiza RMI de

encéfalo y medula: lesiones corticales y subcorticales difusas bilaterales y simétricas; hiperintensidad en T2 en segmentos C1 a C4; y a nivel de D11 a D12 hipointensas en T1 e hiperintensas en T2, con refuerzo al contraste EV. Se asume como EAD. Inicia pulsos de metilprednisolona a 1 gr/día, durante 72 horas, con resolución completa del cuadro neurológico agudo?? e imagenológica de las lesiones.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

En todo primer episodio de encefalopatía poli sintomática de inicio agudo o subagudo, debe plantearse la sospecha de EAD. En el 26% de los pacientes no se identifica un evento precedente claro. El reconocimiento clínico radiológico, permite el abordaje integral no solo en el periodo agudo crítico sino también en la evolución posterior del paciente.

TINEA FACIEI NEONATAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Reynoso Vega F.¹; Rabena D.²; Lopez M.³; Abad M.⁴; Boggio P.⁵; Larralde M.⁶

HOSPITAL J. M. RAMOS MEJIA^{1,2,3,4,5,6}

<flaviareynosovega@gmail.com>

710

RESUMEN

Introducción: La tinea faciei es una micosis superficial poco frecuente en neonatos, que afecta la piel del rostro. El agente etiológico más comúnmente involucrado es el *Trichophyton mentagrophytes* y el *Trichophyton rubrum*. El mecanismo de transmisión es interhumano, por inoculación directa a partir de un familiar clínicamente afectado o de un portador asintomático. Es importante la sospecha clínica de este cuadro ante lesiones eritematoescamosas anulares en el rostro de un neonato. El diagnóstico se confirma a través de los estudios micológicos directo y cultivo. El período de incubación de esta forma de micosis superficial en neonatos es menor a lo habitual, de una a 3 semanas, posiblemente debido a la inmadurez de la barrera cutánea y al aumento de la permeabilidad de la misma en los recién nacidos. Los principales diagnósticos diferenciales son el lupus eritematoso neonatal, los eritemas anulares, la dermatitis seborreica y la dermatitis de contacto, entre otros. Se utilizan tratamientos tópicos de elección (imidazólicos o terbinafina).

OBJETIVOS

Describir una enfermedad de baja incidencia en el período neonatal, y poco descrita en la literatura dermatológica.

Caso clínico: Paciente RNT/ PAEG, producto de un embarazo poco controlado, que se internó en el servicio de Neonatología para tratamiento de una sífilis congénita. Se solicitó interconsulta con Dermatología porque presentaba, desde los 7 días de vida, placas anulares eritematoescamosas con bordes sobreelevados y centro pálido, a nivel de la cara. Con sospecha

de tinea faciei se realizó micológico directo, observándose micelios hialinos ramificados y tabicados, compatibles con dermatofitos. Inició tratamiento tópico con terbinafina en crema 2 v/día, con evolución favorable y resolución del cuadro a los 20 días de tratamiento.

CONCLUSIÓN

Se destaca la importancia del diagnóstico temprano y oportuno de esta forma infrecuente de dermatofitosis, a fin de descartar patologías de mayor relevancia en el neonato, como por ejemplo el lupus eritematoso neonatal.



SINDROME DE LEMIERRE SECUNDARIO A OTITIS MEDIA CRONICA. BREVE EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO.

711

Quadrini B.¹; Lesgart S.²; Masuelli L.³; Carena N.⁴

CENTENARIO^{1,2,3,4}

<BARBARAQUADRINI@HOTMAIL.COM>

OBJETIVOS

Resaltar la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz, de esta rara pero nuevamente emergente entidad dado que es potencialmente fatal.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Lemierre (SL), también denominado tromboflebitis séptica de la vena yugular interna, septicemia posanginal o necrobacilosis, una grave complicación secundaria a infecciones orofaríngeas y con menor frecuencia de mastoiditis, otitis media aguda y celulitis. Se caracteriza por una inflamación agresiva del espacio parafaríngeo lateral, tromboflebitis de la vena yugular interna y émbolos sépticos a distancia. Requiere antibioticoterapia y drenaje quirúrgico de colecciones purulentas precoz y eventual anti coagulación.

Caso clínico: Paciente de 6 años, eutrófico, vacunas en curso. Ingres a internación por cuadro de OMA sin respuesta clínica luego de 7 días de antibioticoterapia adecuada. Por sospecha de Mastoiditis secundaria a Otitis media, inicialmente se indica tratamiento Cefotaxime. Se solicita TC oído derecho que presenta colección que mide 38 mm x 10mm x 41 mm destacándose trombosis de seno transvers, sigmoides y vena yugular derecha. Se toma muestra de cultivo de colección positivo a Pseudomona aeruginosa y Enterococo avium, por lo que se rota antibioticoterapia a Piperacilina-Tazobactam y Vancomicina, previa toma de hemocultivos positivos a Enterococo Avium por lo que se reinterpreta como Bacteriemia y Síndrome de Lemierre secundario a OMC. Se realizó debridación

y drenaje, descartándose durante el acto quirúrgico osteomielitis. Competo tratamiento con Vancomicina y Amikacina (14 días) y se rotó por sensibilidad a Cefotaxidima completando 21 días totales. Se indicó anticoagulación con buena evolución posterior.

CONCLUSIÓN

Mantener un alto índice de sospecha clínica de esta enfermedad, poco frecuente en la era pos antibiótica pero potencialmente mortal en ausencia de reconocimiento temprano y adecuado manejo. Los pilares del tratamiento son antibiótico terapia parenteral y desbridamiento quirúrgico de focos metastásicos y eventualmente anticoagulación.

DERRAME PERICARDICO EN POSTOPERATORIO ALEJADO DE CIRUGIA DE NISSEN: A PROPOSITO DE UN CASO

712

Acevedo M.¹; Finocchi A.²; Faierman D.³; Epifani F.⁴

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4}

<emiacevedo90@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La inflamación pericárdica puede dar como resultado la producción de líquido en el saco pericárdico. Ésta puede ser idiopática, infecciosa o traumática, entre otras.

OBJETIVO

Reportar caso de una paciente con derrame pericárdico severo como posible complicación de cirugía previa.

Reporte de caso: Paciente femenina de 3 años con antecedente de hernia hiatal posterior corregida quirúrgicamente hace un mes, que consulta por fiebre de 7 días de evolución, oligoanuria y dolor abdominal. Ingres a taquipneica, taquicárdica, con ruidos cardiacos alejados, palidez generalizada y abdomen doloroso a la palpación. Se solicita radiografía de tórax donde se observa cardiomegalia y ante la sospecha de derrame pericárdico se realiza electrocardiograma con onda T aplanada y ecocardiograma que informa derrame pericárdico severo organizado con alteración del llenado de cavidades y dilatación de vena cava superior. Se interpreta cuadro como posible complicación postoperatoria indicándose antibioticoterapia endovenosa. Por progresivo deterioro clínico y hemodinámico se decide su derivación a terapia cardiovascular, siendo intervenida quirúrgicamente con evolución favorable posterior.

CONCLUSIÓN

El derrame pericárdico generalmente es considerado idiopático. En el caso de un paciente con antecedente de cirugía torácica previa, será indispensable considerar su asociación para arribar a un diagnóstico precoz y su correcto tratamiento.



SERIE DE CASOS DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA

713

Cardoso L.¹; Alfiero G.²; Norte D.³; Scilingo M.⁴; Perez M.⁵; Giordano P.⁶
HOSPITAL POSADAS^{1 2 3 4 5 6}
<ileana.mcardoso@gmail.com>

INTRODUCCION

La Toxoplasmosis es una de las zoonosis parasitarias de mayor relevancia mundial. La forma congénita es poco frecuente, sin embargo sus graves consecuencias en el niño son motivo de interés en la práctica pediátrica.

OBJETIVO

Describir una serie de casos de Toxoplasmosis congénita con sus características clínicas, exámenes complementarios y evolución.

MATERIAL Y METODOS

Diseño de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de serie de casos detectados durante un período de 5 años (Enero 2010 a Diciembre 2015), en niños nacidos y/o en seguimiento en el servicio de Pediatría, departamento Materno Infantil de un hospital general de la provincia de Buenos Aires, cuyos datos fueron recolectados de registros hospitalarios. Se describen variables prenatales, postnatales, estudios por imagen y laboratorio.

Criterios de inclusión: Hijo de madre con Toxoplasmosis Aguda en el embarazo. RN con IgM positiva y/o IgG con títulos en aumento que persisten a los 7 meses y/o lesión ocular y/o lesión cerebral.

Criterios de exclusión: casos no evaluables por falta de registros y/o seguimiento.

RESULTADOS

Se describen 13 casos, de los cuales 9 fueron recién nacidos de embarazos controlados, 12 tuvieron al menos 1 control serológico prenatal. En su

mayoría, el diagnóstico de toxoplasmosis aguda fue en el tercer trimestre de embarazo. 6 madres recibieron tratamiento durante el embarazo; 8 se habían realizado ecografías, 4 de ellas con detección de ventriculomegalia cerebral prenatal.

Los recién nacidos: 5 fueron RNT/PA, 6 RNPT/PA y 2 RNT/BP. 12 presentaron grado variable de compromiso de SNC. En 2 pacientes se constató infección por VIH y uno de ellos además fue Chagas positivo. 8 pacientes presentaron coriorretinitis activa y 3 tenían lesión cicatrizal. Todos presentaron compromiso hematológico. 4 requirieron UTIN.

DISCUSIÓN

Los datos coinciden con lo descrito en la bibliografía. Se requiere enfatizar la importancia del estado inmunológico preconcepcional y/o diagnóstico precoz de dicha infección, pesquiéndola desde el primer trimestre solicitando IgG e IgM. La educación y medidas preventivas podrían evitar la primoinfección en este período o eventualmente iniciar tratamiento precoz a fin de reducir la transmisión y secuelas al recién nacido.

PACIENTE CON MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPATICA, UNA ENTIDAD ATIPICA EN PEDIATRIA

715

Diaz F.¹; Rossiter J.²; Dalmaso D.³; Bickham D.⁴; Dalzotto A.⁵
HOSPITAL OÑATIVIA^{1 2 3 4 5}
<fedes_diaz@hotmail.com>

INTRODUCCION

La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad inflamatoria benigna, infrecuente, de etiología desconocida, aunque se presume de origen autoinmune, asociándose a otras patologías de esta índole. Se presenta en mujeres entre los 17 y 42 años de edad. Puede simular carcinoma mamario, siendo su diagnóstico por histopatología y de exclusión. Habitualmente es unilateral y se manifiesta por una o más masas inflamatorias ubicadas por fuera de la areola mamaria, dolorosas, de consistencia firme, ocasionalmente con compromiso cutáneo que pueden evolucionar hacia la abscedación, fistulización y/o supuraciones crónicas. No existe consenso respecto a su tratamiento.

OBJETIVO

Presentar un caso de mastitis granulomatosa idiopática en paciente pediátrico

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 14 años consulta por presentar en mama derecha hora 5-6 lesión eritematosa, ulcerada y en mama izquierda hora 6-7 lesión periareolar con secreción sanguinolenta con retracción de ambos pezones de 7 meses de evolución. Presenta además edema y lesiones purpúricas en calcetín en ambos miembros inferiores.

Se solicita hemograma, el cual no presenta alteraciones, PCR 20 mg/l y ESD 65 mm. Se toma muestra para hemocultivo x 2, cultivo de lesión y se medica con clindamicina. Se descarta tuberculosis, HIV, sífilis y hongos. La

ecografía mamaria evidencia imágenes hipoeoicas ahusadas, de límites definidos, de aspecto líquido, de 17x3x6 mm.

Es evaluada por servicio de ginecología realizándose toilette quirúrgica y oncología quienes toman muestra para anatomía patológica.

Tras interconsulta con reumatología infantil se solicita perfil reumatológico, obteniéndose valores de C3 14.2 mg/dl, factor reumatoideo 7,12 U/l y Anti-ENA RO +. La biopsia de mama izquierda informa MGI lobulillar con infiltración crónica granulomatosa no necrotizante, por lo que inicia tratamiento con meprednisona. Se desestima cuadro infeccioso con cultivos negativos.

La niña continuó seguimiento con servicio de reumatología, con resolución parcial de las lesiones.

CONCLUSION

La MGI es una patología de evolución crónica infrecuente en pediatría, cuya similitud con carcinoma mamario y asociación con patologías autoinmunes debe impulsar la sospecha clínica. Su infrecuencia y confirmación por exclusión, obligan a un adecuado orden a la hora de plantear diagnósticos diferenciales a fin de descartarlos de manera sistemática arribando al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.



Por un niño sano en un mundo mejor

AHOGAMIENTO EN PEDIATRÍA: FACTORES PRONÓSTICOS Y EVOLUCIÓN NEUROLÓGICA

Svartman Menezes V.¹; Dra. Coronel C.²; Dr. Sánchez Bustamante M.³; Dr. De Lillo L.⁴; Lic. Silva Nieto M.⁵; Dra. Cozzo V.⁶

HOSPITAL MUNICIPAL DE PEDIATRÍA FEDERICO FALCON^{1,2,3,4,6}; CENTRO DE REHABILITACIÓN PILARES DE ESPERANZA⁵

<svartmanvaleria@gmail.com>

716

INTRODUCCIÓN

El ahogamiento (AH) en pediatría es una de las más importantes causas prevenibles de morbimortalidad. Afecta a lactantes y niños menores de 5 años generando altos índices de discapacidad, relacionados directamente con el nivel de injuria cerebral.

OBJETIVO

Comparar factores pronósticos y evolución clínico-neurológica de 2 niños internados en nuestro hospital por AH en pileta.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

1. Niña de 2a11m, sana, llega al servicio de emergencias en PCR por AH en pileta. Presentó 5 minutos de sumersión y 10 minutos de traslado. Recibió RCP básico en el lugar. A su ingreso presentó Tº 32,4º, Glu 386, pH 6.84, Bic 7, pupilas midriáticas arreactivas. Se realizó RCP avanzado por 20 minutos, ingresó a UTIP, requirió ARM e inotrópicos por 24hs. Evolucionó favorablemente logrando lenguaje, deglución y sedestación. Al 9º día presenta movimientos involuntarios, irritabilidad, afasia, hipotonía axial, tos inefectiva y asimetría en reflejos. Se impregna con difenilhidantoína. EEG: ritmo lento sin focos ni paroxismos. Al alta, deglución reestablecida, paresia izquierda con limitación de la marcha y afasia. Realizó kinesioterapia motora ambulatoria. Actualmente se encuentra escolarizada sin déficit motor y con evaluación del funcionamiento intelectual promedio.
2. Niño de 19m, sano, sufre AH en pileta de hogar durante 15 minutos. Ingresó en PCR, Tº 34.8. Se realizó RCP avanzado por 35 minutos y requirió ARM e inotrópicos por 3 días. El laboratorio evidenció pH 7.17, Bic 6, Glu 432. Permaneció 11 semanas internado. Evolucionó con crisis distónicas de muy difícil control: requerimiento de TQT. Actualmente se encuentra vigil y alerta con pérdida de pautas. Realiza terapias de rehabilitación, seguimiento clínico y neuropsicológico.

DISCUSIÓN

El ahogamiento es una falla respiratoria secundaria a inmersión o sumersión en un medio líquido. Se registran 500000 muertes anuales por esta causa. Dependiendo de la sobrevida de los pacientes se puede clasificar en fatal o no fatal, generando altos índices de discapacidad, que a su vez se relaciona directamente con el nivel de injuria cerebral. La variable principal es la hipoxia del SNC, representada por el tiempo de sumersión y el valor de ácido láctico a las 24hs. Una RCP prolongada en pacientes hipotérmicos, no constituiría un factor de mal pronóstico. Otros marcadores para tener en cuenta son la hiperglucemia, el tiempo de ARM y las complicaciones secundarias al evento.

Frente a un niño que sufre AH es prioritario establecer maniobras de RCP básico en el lugar, evaluar los factores que afecten el SNC, dar soporte con ARM e inotrópicos si así lo requieren y evitar la infección secundaria. La rehabilitación intensiva en fase aguda es tan importante como establecer estos factores de riesgo de injuria cerebral, y cabe destacar que la condición neurológica al egreso no es predictor de su evolución.

CONCLUSIÓN

La prevención continúa siendo la intervención más importante para disminuir la incidencia de estos accidentes. El tiempo de hipoxia cerebral es pronóstico de lesión neurológica pero la rehabilitación intensiva lo es de su evolución a largo plazo.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE RECIDIVANTE ATÍPICA EN PEDIATRÍA

Balderrama Cossio L.¹

HIAEP SOR MARIA MARIA LUDOVICA¹



717

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades desmielinizantes constituyen un grupo de entidades clínicas e imagenológicas que presentan una base autoinmune. En niños la más frecuente es la Encefalomiелitis Aguda Diseminada, seguida de Neuritis Óptica, Miелitis Transversa, Neuromiелitis Óptica, y Esclerosis Múltiple, teniendo como común denominador la afectación inflamatoria de la mielina del encéfalo, medula espinal, nervios ópticos, debido a una respuesta inflamatoria mediada por autoanticuerpos.

OBJETIVO

Describir las características clínicas y los hallazgos neuroimagenológicos, de una niña con enfermedad desmielinizante. Caso: Paciente femenina de 9 años de edad, sin antecedentes familiares relevantes, presenta: 6 años de edad: Neuritis Óptica, R.M.: nervio óptico izquierdo de mayor diámetro que su contralateral. En el examen oftalmológico: defecto pupilar aferente del ojo izquierdo y papilitis del mismo lado. P.E.V.: moderada demora bilateral de latencias de arribo cortico occipital. 7 años: Ataxia aguda, R.M.: imágenes parenquimatosas hiperintensas en T2 y FLAIR a nivel cortical y subcortical bilateral, ganglio basal, mesencéfalo, y hemisferio cerebeloso izquierdo. Agudeza visual 6/10 A.O. 8 años: convulsión tónica clónica generalizada. R.M.: múltiples imágenes parenquimatosas hiperintensas en T2 y FLAIR e hipointensas en T1, que comprometen sustancia blanca, localizándose a nivel temporal izquierdo y fronto parietal derecho las de mayor tamaño. Compromiso cortical en

las imágenes fronto parietales derechas. Imagen de mayor tamaño a nivel frontal y mesencéfalo (pedúnculo cerebral) izquierdos. Realce de contraste parcheado en todas las lesiones. P.E.V.: demora bilateral de potenciales de arribo cortical aceptable de los estímulos.

En cada internación recibió metilprednisolona a 30mg/kg/dosis por 5 días, con notable mejoría clínica luego del primer día de tratamiento. Entre episodios la niña discontinuó el seguimiento. A la fecha se aguarda resultado de Bandas oligoclonales, negativas en los dos primeros episodios.

CONCLUSIONES

La enfermedad desmielinizante puede ocurrir en la edad pediátrica. El adecuado seguimiento y estudio de cada evento neurológico con imágenes y análisis del LCR permiten el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.



OFIDISMO EN SANTIAGO DEL ESTERO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CASOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD.

718

Perez Gorosito M.¹; Arias N.²; Lopez Cruz G.³

CEPSI^{1,2,3}

<mariasilvina_perez@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El envenenamiento por serpientes venenosas es una urgencia médica, se registran alrededor de 850 casos anuales en Argentina, siendo en su mayoría producidos por víboras del género *Bothrops* (Yarará), en menor número por género *Crotalus* (Cascabel), y en un porcentaje casi insignificante por *Micrurus* (Coral).

OBJETIVO

Describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos de ofidismo atendidos en un hospital de Santiago del Estero entre enero de 2014 y marzo de 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron pacientes de hasta 15 años de edad. El tipo de estudio fue descriptivo, observacional y retrospectivo.

RESULTADOS

Durante el período de estudio, 37 pacientes fueron atendidos por ofidismo, 20 varones y 17 mujeres. De los pacientes atendidos, la mayoría eran procedentes de los departamentos Termas y Taboada (17,8%) en cada caso. Se internaron 19 pacientes, de los cuales 11 fueron masculinos (57,8%) y 8 femeninos (42,1%). No se reportaron fallecimientos (mortalidad: 0%). Entre las alteraciones bioquímicas se encontraron alteraciones de la coagulación (TP bajo en 10 casos, 52,6%) CPK elevada y mioglobinuria en 3 casos 15,7%. Los controles de función renal se realizaron solo en 16 casos, que correspondieron a los moderados y al caso grave, quien presentó fallo renal agudo requiriendo diálisis peritoneal.

DISCUSIÓN

Los casos fueron categorizados como leves 21 (56,7%) moderados 15 (40,5%); y grave 1 (2,7%). Los lugares del cuerpo con mayor frecuencia mordidos fueron las piernas (en 8 casos, 42%), y la mano (en 6 casos, 31,5%). De las manifestaciones generales, lo más frecuente fue el edema del miembro afectado. La época del año en la que se encontró mayor cantidad de casos fue entre febrero y abril (meses de mayores temperaturas). Solo en 12 historias clínicas estaba detallado el espécimen de víbora, en 8 casos, especie Yarará, En 4 casos cascabel, coincidente con la epidemiología prevalente en nuestro país. Ningún paciente recibió el antídoto en su lugar de origen en la dosis adecuada, debiendo ser administrada o completada la misma a su ingreso al hospital.

CONCLUSIONES

Luego de realizar esta investigación, se propone subsanar las falencias detectadas, como mejorar el registro de las historias clínicas y colaborar con la actividad de vigilancia epidemiológica llevada a cabo por el ministerio de salud.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA CON DAÑO DE ÓRGANO BLANCO: A PRÓPOSITO DE UN CASO

719

Acevedo M.¹; Cano A.²; Gogorza M.³

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3}

<emiacevedo90@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial en pediatría se define como cifras tensionales por encima del p95 correspondiente a la edad, talla y sexo, resultantes del promedio de tres tomas en oportunidades distintas.

La HTA pediátrica tiene una prevalencia creciente, elevada comorbilidad a medio y largo plazo, y con frecuencia está infradiagnosticada. Las causas más frecuentes responden a etiologías 2rias, que son más probables a edades menores y cifras tensionales mayores.

El rol del pediatra es fundamental para diagnosticar y tratar de forma temprana esta entidad y de esa manera evitar el daño 2rio de órganos vitales.

Caso clínico: Paciente masculino de 4 años que consulta por presentar estrabismo convergente de ojo izquierdo de 2 meses de evolución asociados a episodios aislados de cefalea matutina. Se constatan cifras de TA con sistólica de 190 mmHg no pudiendo registrarse valores de diastólica, por lo que se inicia tratamiento con amlodipina y enalapril; se comienza estudio de DOB y causa de HTA. En exámenes complementarios se observa hematuria y proteinuria y microalbuminuria. En examen oftalmológico se observa disminución de la AV en ojo izquierdo (2/10) y en fondo de ojo edema de papila y estrella macular bilateral con pequeño infiltrado blanquecino en retina nasal de ojo derecho. En RNM de encéfalo lesiones difusas de ambos putámenes de la sustancia blanca próxima al atrio ventricular izquierdo, en la mitad anterior de la protuberancia y en sector postero- externo del bulbo sin modificaciones con contraste EV. En ecocardiograma hipertrofia y dilatación moderada del VI. Ecografía

renal con aumento de ecogenicidad y parénquima de 5 mm, tamaño renal entre el p10 y 20. Se arriba al diagnóstico de estenosis bilateral de arterias renales ante resultado de arteriografía que evidencia arterias renales con diámetro de 2.5 y 2.8 cm. Luego de 4 meses se encuentra con cifras de TA controladas farmacológicamente, con persistencia del estrabismo y AV de ambos ojos 10/10. En seguimiento con los servicios de nefrología, cardiología y neurología.

CONCLUSIÓN

La HTA en pediatría tiene una prevalencia creciente, por lo que es de suma importancia la pesquisa de la misma a partir de los 3 años de edad en el consultorio pediátrico.

De esta manera pueden detectarse pacientes hipertensos que se beneficiarían con un diagnóstico y tratamiento precoz, evitando de esta manera el diagnóstico tardío con la aparición de síntomas secundarios a daño de órganos vitales.



SALUD DEL PREMATURO. SEGUIMIENTO OFTALMOLÓGICO EN LOS PRIMEROS 3 AÑOS DE VIDA

Bossi L.¹; Calo A.²; Plachco T.³; Duch L.⁴; Kasten L.⁵; Caputo A.⁶; Brundi M.⁷

MATERNIDAD SARDA^{1,2,3,4,5,6,7}

<lucreciabossi@yahoo.com.ar>

721

INTRODUCCIÓN

La visión es responsable de gran parte de la información sensorial que percibimos, colabora con el aprendizaje, la comunicación y la interacción con el medio ambiente.

La ceguera, o limitación visual de un niño genera discapacidad y deben ser pesquisadas y tratadas a tiempo, para disminuir su proyección sobre la vida del niño y del adulto

OBJETIVOS

Describir la evolución oftalmológica de los niños ingresados a un Programa de Seguimiento de Prematuros de una maternidad de CABA con peso de nacimiento ≤ 1500 gramos durante los primeros años 3 de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Trabajo observacional, descriptivo, longitudinal. Se tomaron datos de forma retrospectiva de las evaluaciones oftalmológicas a las 40 semanas de gestación, a los 12 meses, y 3 años de edad de los pacientes que ingresaron al Programa de Seguimiento de Prematuros ≤ 1500 gramos desde el 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2013.

Método de evaluación

1. Método de screening para Retinopatía del Prematuro (ROP): oftalmoscopia binocular indirecta.
2. Evaluación oftalmológica en la etapa preverbal: test de mirada preferencial, motilidad extra-ocular, reflejo pupilar o Test de Hirschberg y Cover test.
3. Evaluación oftalmológica en la etapa verbal: cuantificación con cartillas (Dibujos, Letra E, Letras de Snellen y números).

RESULTADOS

Ingresaron al programa de seguimiento 196 pacientes, con un peso de nacimiento ≤ 1193 gramos (610 y 1500 gramos), semanas de edad gestacional ≤ 29.3 semanas (24 y 37 semanas) Sexo masculino 52% (n: 101).

Fallecieron durante el seguimiento 4 pacientes y no realizaron el control oftalmológico a los tres años 60 pacientes.

Debido a ROP severa recibieron laser 6 pacientes sin encontrarse pacientes ciegos durante el seguimiento.

A los 12 meses de vida el 4% (n: 8) pacientes presentaron algún tipo de alteración en la motilidad ocular. A los tres años no se pudo evaluar la agudeza visual al 17% (n: 33) debido a la falta de comprensión del test. De estos pacientes el 55% (n: 18) presentó algún tipo de lesión en la ecografía cerebral a las 40 semanas. El 2,6% (n: 5) presentó alteraciones en la agudeza visual y el 6% (n: 8) presentó alteraciones en la motilidad ocular.

CONCLUSIÓN

Los recién nacidos prematuros son una población vulnerable de sufrir alguna alteración en su función visual, no solo por la lesión que puede ocasionar la retinopatía del prematuro (ROP), sino porque la prematuridad se asocia además al desarrollo de miopía, estrabismo y déficit visual cerebral.

ABCESO EPIDURAL ESPINAL

Baud V.¹; Aguado Y.²; López L.³; Saravia N.⁴; Vanzo C.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS SMA TRINIDAD¹; HOSPITAL DE NIÑOS SMA TRINIDAD. SIP 600^{2,3,4};

HOSPITAL DE NIÑOS SMA TRINIDAD. SERV: INFECTOLOGIA⁵

<valeriabaud@hotmail.com>

722

INTRODUCCIÓN

El AEE es una patología supurativa poco frecuente, localizado entre la pared vertebral y la dura madre que puede comprimir la médula espinal. El 50% son subdiagnosticados, con severas secuelas neurológicas o muerte. Se requiere alto índice de sospecha ante un paciente febril, con dolor de espalda y déficits neurológicos.

OBJETIVO

Reconocer precozmente al AAE como causa de fiebre y dolor de espalda en pediatría.

Caso clínico: paciente femenina de 6 años, con sobrepeso, vacunación completa, sin antecedentes. Presenta luego de traumatismo, dolor en tobillo izquierdo y fiebre de 48hs. Se suma dolor de codo y tobillo derechos y cadera izquierda, dolor a la palpación de la columna y hepatoesplenomegalia. Por reactantes elevados se inicia ATB. Se descartó enfermedad oncológica, reumatológica, inmunosupresión, HIV y Brucellosis. Parvovirus IgM +. Hemocultivo + S. aureus cefalotina S. Persiste febril, con mal estado general, dolor cervical intenso que aumenta a la palpación, torticolis y aumento base de sustentación. Ante sospecha de osteomielitis vertebral, se solicita RMN que informa imagen epidural intrarraquídea hiperintensa heterogénea en T2 que realza con gadolinio con efecto de masa, compatible con AEE. Completó tratamiento ATB con buena evolución clínica sin secuelas.

DISCUSIÓN

El AEE es infrecuente en pediatría. Existen factores predisponentes como inmunosupresión, disrupción de la columna espinal e infección o raramente espontáneo. En un tercio hay lesión de tejidos blandos o procedimientos invasivos. En más del 60% de los casos es producido por S. aureus, siendo la vía hematogena más frecuente. Las manifestaciones iniciales son inespecíficas. La triada clásica de fiebre, dolor de espalda y trastornos neurológicos no siempre está presente. Se describen cuatro etapas evolutivas: 1- Dolor de espalda (cervical o abdominal), sensibilidad local y fiebre. 2- Signos de irritación espinal. 3- Déficits neurológicos. 4- Parálisis. Cursa con leucocitosis y VSG acelerada. RMN contrastada es método diagnóstico de elección. Tratamiento antibiótico empírico con Vancomicina, luego según antibiograma, requiriendo descompresión quirúrgica cuando hay signos compresión medular. El diagnóstico es tardío y el pronóstico depende del estado neurológico.

CONCLUSIÓN

Pensar en AEE es la clave diagnóstica.



723

DOLOR DORSAL: QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO EN COLUMNA VERTEBRAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Marín J.¹; Lucarno M.²; Lopez T.³; Vulcano M.⁴; Gamarra M.⁵; Buccelli A.⁶; Belardinelli A.⁷; Arleo L.⁸

HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS, SOR MARÍA LUDOVICA, LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<julimarin_22@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El dolor dorsal en un motivo de consulta poco frecuente en la práctica pediátrica. A pesar de ello, la patología que subyace a este síntoma en muchos casos se correlaciona con causas orgánicas. El quiste óseo aneurismático (QOA) vertebral suele manifestarse inicialmente con dolor, agregando trastornos neurológicos que condicionan mayor morbilidad sino se realiza un diagnóstico temprano.

Reportamos 2 casos de pacientes con dolor dorsal y trastornos neurológicos ocasionados por la presencia de este tumor benigno, pero con gran agresión local.

Caso 1: niña de 13 años, con dolor cervico-dorsal de 4 meses de evolución, provoca despertar nocturno. Presenta hace 2 meses debilidad intermitente de miembros inferiores y parestesias que le ocasionan caídas de su propia altura, agregando en últimas semanas emisión involuntaria de orina. Se realiza TAC y RNM: colapso a nivel de T7 por lesión lítica expansiva, compresión de la médula, lesión intracanal extramedular, tamaño 4cm longitudinal y 6cm axial. En T2 imágenes multilobuladas heterogéneas, sin cambios con contraste endovenoso. Se realiza excéresis del tumor con artrodesis simultánea enviando material a anatomía patológica (AP), quienes informan QOA. Paciente evoluciona sin secuelas.

Caso 2: varón de 12 años, con dolor interescapular de 3 meses de evolución, refiere fatiga muscular desmedida al realizar actividades comunes. Agrega hace 3 semanas dificultad para la marcha (tropiezos y

debilidad en miembros inferiores). En los últimos cuatro días, pérdida de control de esfínteres. Sin antecedentes de infecciones virales ni fiebre. Se realiza RMN: lesión lítica expansiva de características quísticas (niveles líquido-líquido) en cuerpo y elementos posteriores de T1. Aspecto típico de QOA. Compromiso de canal raquídeo con afectación de la médula. Se realiza excéresis del tumor con osteosíntesis. QOA confirmado por AP. Paciente presenta como secuela paraparesia espástica de miembros inferiores.

CONCLUSIÓN

El dolor dorsal puede ser la primera manifestación clínica de una patología orgánica importante, por lo cual se deben conocer los signos y síntomas de alarma para arribar a un diagnóstico temprano e instaurar un tratamiento oportuno.

MORDEDURA DE YARARÁ EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE BAHÍA BLANCA. A PROPÓSITO DE 4 CASOS.

Buffone I.¹; Colombo F.²; González Ros M.³; Romano M.⁴

HOSPITAL MUNICIPAL BAHIA BLANCA^{1,2,3,4}

<nacho_b89@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El emponzoñamiento por serpientes es una urgencia médica. El género de mayor importancia en nuestro país es el bothrops (yará). Su veneno produce un cuadro clínico denominado síndrome histotóxico-hemorrágico, que puede ser fatal. El diagnóstico se basa en el antecedente de la mordedura, asociado al cuadro clínico compatible y coagulopatía, siendo el tratamiento específico el suero anti-veneno bothrópico.

OBJETIVOS

Describir 4 casos de envenenamiento bothrópico en niños atendidos en el Hospital Municipal de la ciudad de Bahía Blanca a fin de evidenciar las manifestaciones clínicas, tratamiento y complicaciones.

DESCRIPCIÓN

Caso 1: Niño de 9 años, mordedura de yará en pulgar derecho, en la ciudad de Monte Hermoso. Se constata dolor, edema en mano y antebrazo, equimosis en pulgar y mano. Recibe tratamiento con suero anti-veneno bothrópico, 8 ampollas en total, con adecuada respuesta. Alta médica a las 48 horas.

Caso 2 Niño de 5 años proveniente de zona rural. Mordedura de yará en pierna izquierda. Consulta luego de 1 hora del accidente, presentando edema, dolor, y hematoma. Como complicaciones se evidencia hiperglucemia, glucosuria, y dolor intenso. Se administran 6 ampollas de suero anti-veneno. Alta a los 4 días.

Caso 3 Niño de 6 años. Mordedura de yará en el patio de su casa, en pie derecho. Presenta edema, dolor, y equimosis en dorso de pie.

Como complicaciones presenta cefalea, coagulopatía (TP mayor 120s) y rabdomiólisis. Se administran 14 ampollas suero anti-veneno. Alta a los 6 días, presentando como complicaciones a largo plazo (10 días) enfermedad del suero.

Caso 4 Niña de 7 años, proveniente de Monte Hermoso, con mordedura de yará en tobillo izquierdo, siendo el tiempo transcurrido de 3 horas. Presenta dolor, edema y equimosis en maléolo externo. Tratamiento con 6 ampollas de suero anti-veneno. Alta a las 48 horas de su ingreso.

DISCUSIÓN

Se presentaron 4 casos, predominio masculino, 75% en verano, 1 en peridomicilio, 2 en el campo y 1 en la playa. Tiempo promedio de demora en consulta de 1 h 50 m, siendo localización más frecuente en miembros inferiores (75%). Todos presentaron en el sitio de inoculación edema, equimosis y dolor. Tres casos moderados, y 1 grave. En 3 casos se recuperó el ofidio.

Reconocer la forma en la que ocurren estos accidentes, junto a la posibilidad de derivación a un centro de referencia con disponibilidad del suero anti-veneno permite una intervención eficaz, con reducción de la morbimortalidad.

724



ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (AET) EN UN SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE TUCUMÁN

725

Di Cola E.¹; Fagalde G.²; Albarracín M.³; Correa G.⁴; Gallardo P.⁵; Rearte A.⁶; D'urso M.⁷; Olivieri M.⁸; Gramajo L.⁹

HOSP DEL NIÑO JESUS TUCUMAN^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<esteladicola@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las decisiones en Terapia Intensiva se caracterizan por su urgencia. Ante la duda, lo éticamente correcto es actuar en favor de la vida, pero la prolongación de la vida a costa de inútiles y desproporcionados tratamientos, va en contra del principio de no maleficencia y debemos poner en primer lugar el bienestar y cuidado del niño, en cuyo caso se debería plantear la limitación del esfuerzo terapéutico.

OBJETIVO:

Conocer que piensan o saben sobre LET el personal de la UCIP. Iniciar la discusión sobre el Tema. Materiales y Métodos: La población bajo estudio fue el personal de UCIP del Hospital del Niño Jesús de Tucumán, mediante una encuesta de opinión entre marzo-abril de 2010. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y de asociación mediante test exacto de Fisher y test chi cuadrado. El nivel de significación fue del 5%.

RESULTADOS:

Respondieron la encuesta, 15 médicos, 14 enfermeros y 1 auxiliar, 67% sexo masculino. El 100% conocen que es AET. El 77% respondió estar a favor de AET, sin embargo el 64% no considera sentirse preparado para realizarlo. El 87% opino que en la decisión es importante la opinión de los padres. El 100% del personal de UCIP opinó que en algún momento se realiza encarnizamiento terapéutico. Asociando el sexo, edad y la profesión de las personas encuestadas con las variables sobre AET no hubo asociación significativa. El 9% de los que tienen < de 5 años de

antigüedad, el 40% de los que tienen entre 5-10 años, el 50% de los que tienen entre 10-15, y el 100% con más de 15 años de antigüedad están preparados para AET, siendo estas proporciones significativamente diferentes ($p=0,047$). Analizando el Grupo de Médicos ($n=15$), el 60% ($n=9$) tienen menos de 35 años, 14 están a favor de AET, pero solo 7 se considera preparado para realizarlo. Para 9 de los 15 médicos no es lo mismo retirar que no iniciar un soporte vital y el 74% es decir 11 considera la opinión de los padres. En el 50% de los casos, la manera en la cual realizan algún tipo de AET los médicos de la UCIP es la de disminuir gradualmente las medidas esperando el PCR o indicar solo una parte del soporte vital. .

CONCLUSIONES:

En el Servicio donde se implementó el estudio se observó un alto porcentaje de encuestados que aunque conocen el concepto AET, no se consideran preparados para tomar la decisión de realizarlo, llegando en algún momento al ensañamiento terapéutico. Al igual que en otros trabajos la mayor edad y antigüedad laboral se asocia a mayores prácticas de medidas para no prolongar la vida inútilmente. A pesar que desde la ética no iniciar que retirar un soporte vital es lo mismo, para gran parte del equipo médico no es así, evidenciando un concepto poco claro de AET.

EVALUACIÓN DE LA TBC INFANTIL EN UN HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES ENTRE LOS AÑOS 2015/2016

726

Figueroa J.¹; Primrose D.²; Roque M.³; Vocos M.⁴; Velasco Suarez C.⁵; Kruger A.⁶; Andrada G.⁷; Donth Leger G.⁸; Oliva C.⁹

HOSPITAL DE CLÍNICAS^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<neumopedhclin@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis sigue siendo un problema para la salud pública a pesar de diversas estrategias implementadas para lograr su erradicación. Es importante la detección precoz de casos y la implementación de tratamientos ininterrumpidos, además del estudio de contactos. El tratamiento directamente observado ha demostrado ser el más eficaz. Nuestro servicio no cuenta con la posibilidad de implementar esta modalidad, por lo que el tratamiento es de tipo supervisado. Durante los años 2010-2014 presentamos un alto porcentaje de abandonos (31% de quimioprofilaxis y 16% de enfermos) por lo que hemos decidido realizar un estudio para diagnóstico de situación en nuestro servicio en estos últimos 2 años.

MÉTODO

Evaluación retrospectiva de historias clínicas de pacientes catastrados para TBC en nuestro servicio entre los años 2015-2016.

RESULTADOS

En estos 2 años se han catastrado 142 pacientes para describir TBC. El 17% por tener clínica sospechosa de TBC, el 78% por convivir con paciente cursando TBC y el 5% por ser contacto no conviviente.

De los pacientes catastrados por ser contactos con TBC, se realizó PPD inicial al 90% de los pacientes y Rx al 89%, pero solo se logró 2 da Rx y PPD a los 2 meses en el 48% de los casos (durante el 2010-14 se logró primera RX y PPD en el 95% de casos y 2 da Rx y PPD en 59% de catastrados).

De los catastrados un 33% estaba sano, un 13% enfermo, un 7% infectado y en un 46% no se pudo determinar su condición por no haber completado el catastro.

De los infectados, un 91% completó la profilaxis, un 46% sin interrupciones y un 45% lo completó luego de ser contactado telefónicamente en varias oportunidades. El 9% no completó la quimioprofilaxis.

De los enfermos, el 26% fue estudiado por sospecha clínica de TBC y el 73% fue diagnosticado como resultado del catastro.

El 93% de los enfermos completó el tratamiento, 23% lo realizó con interrupciones o tomas irregulares concurriendo al control luego de reiterados llamados. El 5,8% abandonó el tratamiento.

CONCLUSIONES

Comparando con los años 2010-2014 se ha logrado bajar el porcentaje de abandonos de tratamiento y quimioprofilaxis, pero ha aumentado el porcentaje de pacientes que no completan el catastro.



A PROPÓSITO DE UN CASO: VASCULITIS SISTÉMICA ASOCIADA A ANCA: POLIANGEITIS MICROSCÓPICA

Caviglia M.¹; Quintana C.²; Gonzalez Macias M.³; Isern E.⁴; Pellegrini M.⁵; Carlopio P.⁶; Rios M.⁷; Becchio J.⁸; Masso D.⁹; Vazquez L.¹⁰; Porporato M.¹¹; Medina Cortez S.¹²

HOSPITAL POSADAS^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12}

<marialauracaviglia@gmail.com>

727

INTRODUCCIÓN

La Poliangeítis Microscópica (PAM) es una vasculitis sistémica pauciinmune no granulomatosa que afecta vasos de pequeño calibre asociada a anticuerpos ANCA antimieloperoxidasa (ANCA-MPO). Más del 90% de los pacientes presentan compromiso renal de grado variable y un 30-50% síndrome pulmón riñón.

OBJETIVO

Describir caso pediátrico de síndrome pulmón riñón con diagnóstico de PAM.

Caso Clínico: Niño de 12 años de edad, presenta cuadro clínico de 1 mes de evolución de artralgia migratoria, adinamia, palidez y en las últimas hs tos y hemoptisis. Es derivado a UTIP. Antecedente patológico: anemia severa que requirió TGRD a los 2 y 10 meses de edad. Examen físico: Peso 42Kg (Pc50-75), talla 151cm (Pc50-75), TA 140/100mmHg (p95 120/80mmHg, requirió Furosemida durante 48hs). Palidez cutáneo mucosa, taquicárdica, taquipneico, edemas y artritis en tobillos. Hipoventilación en campo pulmonar derecho. Exámenes complementarios: Hto 14%, Hb 4.6g/dl, Urea 188mg/dl, Creatinina 4.75mg/dl (Cl Cr 19 ml/min/1.73). Pt 6g/dl Albumina 3.2g/dl. Orina: campo cubierto de hematíes dismórficos, cilindros granulados y leucocitarios. Índice proteinuria creatininuria 1.3 mg/mg (VN 0.2). Serologías virales no reactivas. FAN, anti DNA, Ac anti MB, Anti PR3, anticardiolipinas y B2 glicoproteínas negativo. Complemento normal. ANCA P positivo MPO 22 UI/mL (VN < 20). Rx Tórax: infiltrados

algodonosos en campo pulmonar derecho. TAC Tórax: bases pulmonares infiltrado en vidrio esmerilado. Áreas parcheadas de consolidación en LSD, derrame pleural bilateral laminar y cistural. Ecografía Renal: Ambos riñones ortotópicos de forma y tamaño conservados. Espirometría prueba de difusión de CO levemente disminuida, Macrófagos cargados con hemosiderina en esputo negativo. Biopsia renal: glomerulopatía esclerosante difusa (82%) post glomerulonefritis proliferativa extracapilar pauciinmune. Nefritis tubulointerstitial subaguda. Diagnóstico: Glomerulonefritis rápidamente progresiva secundaria a vasculitis ANCA. Tratamiento: pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida. Evolución: Actualmente en hemodiálisis crónica con ciclofosfamida y meprednisona, sin recaídas ni mejoría de la función renal.

DISCUSIÓN

Destacamos la presentación oligosintomática de esta enfermedad grave con antecedente de anemia con requerimiento transfusional probablemente de etiología autoinmune a lo cual se agregó sintomatología articular vinculada a la misma enfermedad, jerarquizando la anemia severa asociada a artralgias como marcador de patología autoinmune previa.

DESCRIPCION DE CASOS DE HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS EN 10 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN PEDIÁTRICA

Noboa M.¹; Murray M.²; Caballero E.³; Cabana J.⁴; Russo M.⁵; Kolos N.⁶; Bertot G.⁷; Ramirez M.⁸

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MAR DEL PLATA^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<mercedesnoboahotmail.com>

728

INTRODUCCIÓN

La Histiocitosis de Células de Langerhans (HCL) es un desorden de etiopatogenia poco clara caracterizada por la acumulación de histiocitos, eosinófilos y células de Langerhans. La acumulación clonal de estas células infiltra diferentes tejidos ocasionando una presentación clínica variable. Puede presentarse a cualquier edad pero es más frecuente en niños, siendo más severa en menores de 2 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión de historias clínicas de pacientes ingresados a nuestro hospital con diagnóstico de HCL desde 2005 a 2015.

OBJETIVO

Describir los casos de histiocitosis y su evolución en nuestro centro.

RESULTADOS

En el periodo estudiado hubo 9 casos de HCL, 5 varones y 4 mujeres con un promedio de edad de 4 años y 10 meses (rango 10 meses- 14 años). Tres pacientes estuvieron dentro del grupo de alto riesgo o multisistémica. Lesión ósea múltiple un solo paciente. Lesión ósea y partes blandas adyacentes 3 pacientes. Dos niños lesión ósea única tratada solo con cirugía. Todos los pacientes tuvieron diagnóstico confirmado por histología y se trataron según protocolo vigente (LCH III) Un paciente desarrolló un Síndrome hemofagocítico (SHF) que fue tratado según protocolo con Etoposido y dexametasona sin respuesta por lo que recibió 2CDA y Ara-C.

A la fecha todos los pacientes se encuentran en remisión, aunque como complicaciones durante el tratamiento todos presentaron síndrome de Cushing secundario, un paciente adolescente acné quístico, un niño presentó necrosis ósea avascular de cadera y hemosiderosis secundaria en el paciente que presentó el SHF por el alto requerimiento transfusional.

CONCLUSIONES

Todos nuestros pacientes mostraron alguna forma de compromiso óseo, siendo llamativo que la mayoría de nuestros pacientes pertenecieron al grupo de localizaciones especiales. Cabe destacar que los niños menores de 3 años fueron las formas de más difícil manejo y son los de mayor riesgo de recurrencia.

Cuadro:

Caso	Edad	Compromiso
1	10 meses	Óseo (peroné) y partes blandas adyacentes
2	15 meses	Óseo múltiple (iliaco, humero, calota, vertebra D6)
3	19 meses	Óseo (calota), hepatomegalia, eccema
4	23 meses	Óseo (exoftalmos), hepatoespleno, eccema, pancitopenia
5	20 meses	Óseo (costilla 5 a 9) y partes blandas adyacentes
6	3 años	Óseo (calota) hepatoesplenomegalia
7	10 años	Óseo (calota y tibia)
8	11 años	Óseo (calota)
9	14 años	Óseo (mastoides)



729

PACIENTES DIFERENTES, EL MISMO DILEMA. APROÓSITO DE DOS CASOS.

Vidal D.¹; Rama M.²; Planels C.³; Menalled G.⁴; Poeta L.⁵; Gili M.⁶; Juaneda E.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SMA TRINIDAD^{1 2 3 4 5 6 7}

<danielavidal15@gmail.com>

INTRODUCCION

Las enfermedades infecciosas, tienen importancia en el diagnóstico diferencial de Enfermedades Reumáticas, como Lupus Eritematoso Sistémico. Es sabido que la Endocarditis Infecciosa no se limita al compromiso cardiaco, además, se han reportado alteraciones inmunológicas asociadas, cuya implicancia fisiopatogénica permanece incierta.

OBJETIVO

Presentar dos casos de El que mimetizaron o se asociaron a LES.

CASO 1: Niño, 11 años con cardiopatía congénita, ingresó en mal estado general, fiebre, taquicardia, palidez y soplo sistólico 4/6 con frémito. Hb:4.9g/dl, Hto:16%, GB:18600/mm³, plaq:263000/mm³, VSG:100mm, PCR:72.5mg/L, Urea:119mg/dl Cr:5mg/dl. Proteinuria, hemoglobinuria, Índice P/C:2, C3:30, C4:2, Coombs D:++. Ecografía abdominal: esplenomegalia, pérdida diferenciación cortico-medular. Ecocardiograma:L-TGV, derrame pericárdico, disfunciónVI. Tratamiento: transfusión de GRS, ATB, digoxina y diuréticos. Mejoría. Biopsia renal: esclerosis glomerular, semilunas, IF(+): IgG, IgM, C3, C1q. Cultivos negativos. ANA, Ac ADN, ANCA y ENA negativos, antifosfolípidos y anti C1q positivos. Diagnóstico: LES, se indican esteroides. Al mes: fiebre, taquicardia, palidez y soplo continuo 5/6. Hb:7g/dl, GB:5450mm, urea:200mg/dl, Cr:2.83mg/dl, C3:89, C4:15. Ecocardiograma: vegetación en válvula pulmonar, derrame

pericárdico. Hemocultivo: StreptococcusViridans. Tratamiento antibiótico.

CASO 2: Niña, 12 años, sana previamente, presentó fiebre y diarrea, luego somnolencia y desorientación. Ingresó con sospecha de Encefalitis. Soplo sistólico 5/6, piramidalismo, convulsión, petequias y equimosis palmoplantar y paladar. LCR: células:71(PMN:67) resto normal, PCR negativa para virus. Hemocultivo: Stafilococcus Aureus. Hb:13.3g/dl, GB:17290mm plaquetas:90.000mm³. Tratamiento antibiótico y fenitoína. EEG: actividad lenta generalizada. Ecocardiograma: normal. AngioIRM cerebro: émbolos sépticos vs vasculitis. Laboratorio Inmunológico:ANA:+ 1/160. Sospecha LES se agrega metilprednisolona. Mejora el cuadro. A los 5 días reaparece fiebre, palidez y taquipnea. TAC tórax: E.A.P. Ecocardiograma: vegetación en válvula mitral, dilatación de aurícula izquierda. Tratamiento antibiótico y reemplazo valvular.

CONCLUSION

Ambos casos representaron un desafío diagnóstico, hasta el día de hoy, uno de ellos, sigue siendo un dilema.

REPORTE DE CASOS: HIPERTENSION ENDOCRANEANA IDIOPATICA

Aguado Y.¹; Baud V.²; Lopez L.³; Pueyrredon F.⁴; Diaz F.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA^{1 2 3 4 5}

<yanina_aguado@yahoo.com.ar>

730

INTRODUCCION

La HII es una enfermedad neurológica rara en los niños. Se caracteriza por un aumento de la presión intracraneal en ausencia de lesión del parénquima cerebral, malformación vascular, hidrocefalia o infección del SNC. Tampoco hay evidencia de alteraciones clínicas, de laboratorio ni neuroimagen que indiquen una causa secundaria. El diagnóstico es confirmado por "alta presión de apertura" del LCR con la exclusión de otras causas de HIC. Si no es tratada oportunamente puede llevar a una disfunción visual severa. Afecta a mujeres obesas en edad reproductiva, puede ocurrir en cualquier grupo etario y sexo y en la literatura se encuentran reportes de esta enfermedad en niños; aunque es infrecuente en menores de 10 años y mas rara aun en menores de 3 años.

OBJETIVO

Reconocer precozmente esta entidad infrecuente en niños, ya que su diagnóstico es de exclusión, por lo cual las herramientas imaginológicas son importantes para descartar causas secundarias mas comunes.

PRESENTACION DE CASOS: Paciente 1: varon de 2 años y 9 meses, que ingresa por estrabismo convergente, a predominio del ojo derecho, que aparece en forma abrupta con inestabilidad de la marcha. Se realiza TAC de cerebro con contraste, examen oftalmológico (reflejo rojo +, en el fondo de ojo marcado borramiento de bordes papilares), RMN de cerebro. Punción lumbar: presión de apertura de 500 mm H2O. Se envía LCR para citoquímico,

bacteriología y anatomía patológica. Se realiza derivación lumboperitoneal con éxito a los 10 días de ingresado el paciente, con recuperación de su agudeza visual.

Paciente 2: varon de 14 años que ingresa por cefalea y estrabismo agudo, como antecedente presento a los 8 meses neuroblastoma suprarrenal izq., libre de la enfermedad desde el año de vida. FO: papiledema bilateral, campo visual aumento de la mancha ciega. TAC y RMN de cerebro normal. PL presión de apertura de 950 mm H2O, citoquímico y bacteriológico negativo. Se inicia tratamiento con Acetazolamida VO, aines y opiáceos y oclusión ocular alternada, por mejoría clínica con desaparición del papiledema primero y el estrabismo posterior no requirió la colocación de la VDLP.

CONCLUSION

Considerar el diagnóstico de HII ante un paciente con cefalea, utilizar los criterios modificados de HII. La mayoría de los niños presenta HI secundaria, el tratamiento médico puede ser suficiente y requiere un manejo multidisciplinario. El diagnóstico y tratamiento precoz puede evitar el daño visual permanente.



A PROPOSITO DE UN CASO: SINDROME DE EDWARDS MOSAICO.

Chambi Diaz F.¹; Ferrero C.²; Rodriguez D.³; Suarez P.⁴; Gabriel J.⁵; Fraccaro L.⁶; Ramos M.⁷

CLÍNICA SANTA MARÍA^{1 2 3 4 5 6 7}

<fatimachd2312@gmail.com>

731

INTRODUCCION

La trisomía 18 es un trastorno clínico y genético en el que se presenta un cromosoma extra completo. En el caso del mosaicismo coexisten estas células con líneas celulares normales en un mismo individuo (5%).

OBJETIVO

Presentación de un caso de Síndrome de Edwards tipo mosaico, sin estigmas fenotípicos característicos.

CASO CLINICO

Femenino RNPT/PAEG (30/1260), tercer hijo de madre añosa, nace por cesárea de urgencia por sufrimiento fetal agudo, presenta atresia de esófago fistulizada, ductus persistente con repercusión hemodinámica, CIV con hiperflujo, Displasia broncopulmonar. Es operada en 3 oportunidades. Se hace diagnóstico genético de Trisomía 18 tipo mosaico, con adecuación del esfuerzo terapéutico en común acuerdo entre padres y Comité de Bioética. Derivada a nuestro nosocomio para recuperación nutricional. Actualmente tiene 9 meses de edad, se encuentra en seguimiento multidisciplinario, en tratamiento con furosemida y fluticasona con requerimiento de oxígeno mínimo y retraso psicomotor.

DISCUSION

La mortalidad es del 60% en la primera semana de vida y alcanza el 94-95% entre el primer y segundo año de vida.

Las niñas presentan mayor tasa de supervivencia. Esta información es importante para los padres y para los pediatras ya que existe aún la idea

preconcebida de que un recién nacido con trisomía 18 en el 100 % de casos vivirá muy poco tiempo (escasos días). En los últimos años se han publicado series de trisomía 18 con cifras medias de supervivencia a corto plazo ligeramente más prolongada y muy relacionada con la aplicación de terapia intensiva en el periodo neonatal, sin embargo la mortalidad hacia los 2 años de vida se mantiene superior al 90%.

CONCLUSION

Debido a la baja incidencia y sobrevida de estos pacientes, el manejo debe ser multidisciplinario, sin olvidar la importancia de los cuidados paliativos, apoyo psicosocial familiar, que podría influir en prolongar la esperanza de vida.

EPISODIO NEUROPSIQUIÁTRICO ASOCIADO AL USO DE ISOTRETINOINA. A PROPOSITO DE UN CASO

Cevasco P.¹; Galarza F.²; Costaguta G.³; Calzone A.⁴; Esquivel S.⁵; Vilariño M.⁶; Lahoz M.⁷; Sciacaluga S.⁸; Cevasco P.⁹

SANATORIO DE NIÑOS ROSARIO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<patricio_cevasco@hotmail.com>

732

INTRODUCCIÓN

El acné vulgar afecta al 85% de los adolescentes. Entre las opciones terapéuticas se encuentra la isotretinoína; la cual en su perfil farmacológico describe graves efectos adversos de índole psiquiátrico (depresión, ideas suicidas, psicosis aguda). Es por ello, que su uso se recomienda en casos severos de acné. Sin embargo, dada su efectividad es frecuente su utilización en cuadros leves o moderados.

OBJETIVOS

Reportar caso clínico de psicosis aguda asociado a isotretinoína.

Caso clínico: Paciente de 16 años, con antecedente de retraso mental leve de origen perinatal, que inicia de manera aguda cuadro caracterizado por labilidad emocional, inquietud motora, alucinaciones, ideas paranoides, lenguaje perseverante e incoherente, insomnio pertinaz e hiporexia.

Durante el interrogatorio, surge el dato de haber recibido, durante un mes y hasta 7 días previos a la consulta, ISOTRETINOINA como tratamiento de seborrea/acné leve.

A su ingreso, se realizan múltiples exámenes complementarios de resultado normal. Se indica medicación antipsicótica con buena respuesta. Dada la relación temporal entre la aparición de los síntomas y el uso de ISOTRETINOINA se asume el cuadro como secundario a su administración.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

La importancia de una exhaustiva anamnesis, teniendo en cuenta el consumo de fármacos en pacientes pediátricos, es fundamental para arribar de manera precoz y eficiente al diagnóstico.

Ante la indicación de isotretinoína, realizar controles periódicos estrictos, evaluando el aspecto neuropsiquiátrico del paciente que la recibe.

En caso de presentar clínica neuropsiquiátrica asociada al uso de esta medicación, se recomienda su inmediata suspensión y tratamiento multidisciplinario y sintomático del cuadro.



A PROPOSITO DE UN CASO: EMBRIOPATIA ASOCIADA A RETINOIDES

Rodriguez D.¹; Chambi Diaz F.²; Ferrero C.³; Suarez P.⁴; Gabriel J.⁵; Fraccaro L.⁶; Ramos M.⁷

CLINICA SANTA MARIA¹²³⁴⁵⁶⁷

<darabdor@hotmail.com>

733

INTRODUCCION

El acné es una de las afecciones más frecuentes en los adolescentes, su prevalencia es del 85%. La indicación teóricamente exclusiva de la isotretinoína, es el tratamiento de los acnés graves(25%).

OBJETIVO

Descripción de un caso de RN polimalformado relacionado al consumo materno de isotretinoína durante el primer trimestre, en madre adolescente.

CASO CLINICO

Varón RNT/APEG, primer hijo, padre sano y madre de 19 años con acné multiquístico en tratamiento con isotretinoína en el momento de la concepción, con diagnóstico prenatal de ventriculomegalia moderada, nace por cesárea programada, PC 47,5cm (pc +97), Apgar: 5-7, en halo cefálico de oxígeno. Analítica, serología y perfil de hipoxia normal. TAC informa hidrocefalia por obstrucción de acueducto de Silvio. Ecocardiograma con CIV 4,5 mm, con función conservada, en tratamiento con furosemida 2 mg/kg/día y fenobarbital 7.5mg/kg/día. Se coloca DVP, durante la internación persiste hipotónico, hipoactivo, con pupilas mióticas, transtorno de succión, se realiza gastrostoma, se da alta hospitalaria con seguimiento multidisciplinario.

DISCUSION

El tratamiento del acné depende de diferentes factores, el de mayor impacto es la afectación psicológica. La isotretinoína al tener una alta

eficacia terapéutica, pese a sus efectos adversos, es elegida por médicos y pacientes como tratamiento de primera línea.

El riesgo de embarazo durante la terapia se estima en 8 x 1,000 mujeres/año; en su mayoría adolescentes siendo el riesgo de malformaciones congénitas el 30% durante el primer trimestre del embarazo.

La embriopatía por isotretinoína presenta malformaciones del SNC (hidro y microcefalia, malformación cerebelosa), cardiopatías congénitas con predominio marcado de lesiones clase I y del área craneofacial, estas afectan al oído externo (ausencia o disminución del conducto auditivo externo), fisura palatina, microftalmia, dismorfia craneofacial, anomalías del timo, deficiencia de paratohormona. Además, puede inducir anomalías del comportamiento en ausencia de toda alteración malformativa.

CONCLUSION

Enfatizar en la concientización de cada paciente sobre el uso de la isotretinoína en el tratamiento del acné, y sus potenciales efectos teratogénicos, teniendo en cuenta que la población más expuesta son adolescentes en edad fértil.

OBSERVACIONES TEÓRICO CLÍNICAS DE LACTANTES CON RGE Y SU IMPLICANCIA EN LA ORGANIZACIÓN PSICOMOTRIZ.

Bezzone N.¹; Gonzalez A.²

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y SALUD UPC¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA UNC²

<nbezzone@yahoo.com.ar>

734

En el presente trabajo se pretende reflexionar sobre la implicancia del reflujo gastroesofágico (RGE) en la organización psicomotriz del bebé. Esta patología somática, frecuente en los lactantes, ha sido relacionada con distorsiones del vínculo madre-hijo; sin embargo nos enfocaremos al análisis de las recomendaciones terapéuticas no farmacológicas (posturales) del RGE y su relación con la continuidad genética del desarrollo motor autónomo.

La ERGE se refiere a una condición patológica definida como una alteración esofágica que implica el movimiento retrogrado del contenido gástrico al esófago de forma frecuente y prolongada. En los bebés los síntomas principales incluyen: vómitos y regurgitaciones, falla en el crecimiento acompañado o no por retraso en el desarrollo, irritabilidad y problemas en el sueño debidos principalmente al dolor y ardor retroesternal.

Las opciones no farmacológicas para el tratamiento incluyen la posición y la forma de alimentación. La recomendación más frecuentes es acostarlo boca arriba y elevar la cabecera a 30° - 45°.

La teoría de la continuidad genética del desarrollo motor, acuñada por Emy Pikler fundamenta la importancia de la autonomía postural y motriz. Las reacciones posturales, de enderezamiento y equilibrio, constituyen la base de las habilidades y actividades motrices del ser humano.

A partir de la recopilación teórica y la experiencia clínica interdisciplinaria reflexionamos que:

- La posición prescrita como opción terapéutica influye en la apropiación del desarrollo psicomotor del bebe. Entendiendo que el desarrollo psicomotor no

es solo la aparición de hitos sino que anuda el funcionamiento a las funciones, es decir transforma la posición en postura. Tramita la transición de lo motor a lo psicomotor implicando la relación del propio cuerpo y la presencia del otro (adulto).

- La hiperextensión del eje, opistótono, relacionada con la pirosis (ardor retroesternal) influye en el armado psíquico del bebe y su implicancia en la organización motriz. Así como escribe Dupré "a cada estado psíquico le corresponde una estado motor" analizamos entonces la dialéctica tónica de la tensión - distensión y su asociación con el placer y displacer.

A través de esta producción queremos alertar sobre la importancia de la mirada integral de los niños pequeños, evitando prescripciones parciales que condicionan y atomizan el desarrollo infantil.



PERICARDITIS PURULENTO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINORESISTENTE DE LA COMUNIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

736

Martínez M.¹; Rodríguez N.²; Brandi M.³; Mercuri B.⁴; Verta S.⁵; Porta Gamallo S.⁶

HOSPITAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO^{1,2,3,4,5,6}

<macarena_jazmin@hotmail.com>

Se denomina pericarditis purulenta a la pericarditis de etiología bacteriana; es una enfermedad poco frecuente que corresponde aproximadamente el 5% de los casos de pericarditis aguda. Sin embargo presenta una alta morbimortalidad. Dentro de esta etiología el Staphylococcus Aureus es el causante del 50-70% de los casos de pericarditis purulenta, asociado a neumonía, osteomielitis o infección de partes blandas. Presentamos un caso de pericarditis purulenta por Staphylococcus Aureus Metilicino resistente de la comunidad, entidad poco frecuente en nuestro medio, secundaria a lesión de partes blandas en pierna derecha, en una paciente previamente sana. Requirió pericardiocentesis, realización de ventana pleuropericárdica, presentando recidiva del derrame pericárdico y signos de pericarditis constrictiva, por lo que se realizó pericardiotomía. Posteriormente completó tratamiento antibiótico, con buena evolución en el seguimiento ambulatorio. Se denomina pericarditis purulenta a la pericarditis de etiología bacteriana; es una enfermedad poco frecuente que corresponde aproximadamente el 5% de los casos de pericarditis aguda. Sin embargo presenta una alta morbimortalidad. Dentro de esta etiología el Staphylococcus Aureus es el causante del 50-70% de los casos de pericarditis purulenta, asociado a neumonía, osteomielitis o infección de partes blandas. Presentamos

un caso de pericarditis purulenta por Staphylococcus Aureus Metilicino resistente de la comunidad, entidad poco frecuente en nuestro medio, secundaria a lesión de partes blandas en pierna derecha, en una paciente previamente sana. Requirió pericardiocentesis, realización de ventana pleuropericárdica, presentando recidiva del derrame pericárdico y signos de pericarditis constrictiva, por lo que se realizó pericardiotomía. Posteriormente completó tratamiento antibiótico, con buena evolución en el seguimiento ambulatorio.

TRANSTORNO ENDOCRINOLÓGICO (DIABETES INSIPIDA CENTRAL/HIPOTIROIDISMO/HIPOCORTISOLISMO) SECUELA A SEPSIS TARDIA CON MENINGITIS EN UN NEONATO

737

Davalos Gamon J.¹; Pico M.²; Donato C.³; Bermejo H.⁴; Kajihara Meade A.⁵

HOSPITAL MUNICIPAL DE MORON^{1,3,4,5}; HOSPITAL MUNICIPAL DE MORON /

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE / SANATORIO DE LOS ARCOS²

<jorgedavalosg@gmail.com>

Se presenta el caso de un bebé recién nacido de término temprano, de bajo peso para la edad gestacional atendido en un hospital público del conurbano bonaerense, que consulta por guardia presentando mal estado general, fiebre, mala actitud alimentaria, dificultad respiratoria, a los 23 días de vida, se realizan policultivos y se medica con ampicilina + gentamicina.

Durante la internación presenta rápido deterioro clínico, requiriendo asistencia ventilatoria mecánica y drogas vasoactivas.

Hemocultivos x2 y LCR fueron positivos para Streptococo Agalactiae.

Presentando sintomatología neurológica en primeras 24hs de vida y persistiendo con succión débil/ausente, hipotonía, electroencefalograma hipovoltado, desorganizado, ecografías cerebrales seriadas y resonancia magnética nuclear compatibles con encefalopatía multiquística.

A la semana de internación, presenta aumento súbito del ritmo diurético con descenso importante de peso (-11%), hipernatremia marcada, requiriendo correcciones con agua libre, se consulta a servicio de Endocrinología de hospital pediátrico de la ciudad de Buenos Aires, para completar su manejo y determinaciones de laboratorio. Presentando diagnóstico de Diabetes insípida central, déficit de ACTH e hipotiroidismo,

recibe tratamiento de sosten hidroelectrolítico + hidrocortisona + levotiroxina, con buena evolución de su aspecto endocrinológico, revirtiendo posteriormente el cuadro de Diabetes insípida central transitoria posterior a Sepsis tardía con Meningitis

El objetivo del presente es realizar una revisión del tema, a partir del caso clínico antes mencionado.



A PROPÓSITO DE UN CASO DE OSTEOMIELITIS CRÓNICA MULTIFOCAL RECURRENTE

738

Nobile L.¹; Rispolo D.²; Battagliotti C.³

HOSPITAL DE NIÑOS O. ALASSIA^{1,2,3}

<luisnobile89@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis crónica multifocal recurrente (CMRO) pertenece a las enfermedades autoinflamatorias de la infancia, que se caracterizan por la presencia de episodios inflamatorios agudos y recurrentes debido a alteraciones de la inmunidad innata. En la mayoría de ellas se puede identificar el gen responsable de la mutación que ocasiona el cuadro, en el caso de la CMRO cuando se encuentra sola, no se ha logrado la identificación de la mutación. La CMRO es un proceso inflamatorio aséptico, recurrente, en múltiples focos óseos, aunque solo alguno de ellos se manifiesta clínicamente.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de CMRO, realizando diagnóstico diferencial con procesos infecciosos y/o tumorales.

CASO CLINICO

Varón de 2 años y 2 meses, con antecedente de internación al año de vida, por dolor y cojera de miembro inferior izquierdo, donde se constata por radiografía lesión osteolítica en cuello femoral con biopsia ósea que informa osteomielitis crónica con cultivos óseos negativos. Consulta nuevamente por dolor y tumefacción a nivel de hombro de una semana de evolución. Examen físico: miembro superior izquierdo en posición de flexión y aducción antálgica del antebrazo con tumoración roja dolorosa a la palpación a nivel de escápula izquierda. Laboratorio: GB 11700 K/ul 40N/50L, Hto 31,9% Hb 10,8gr/dl VES 26mm PCR 5,63.

Rx y TAC de miembro superior: Lesión lítica en escápula.

Por sospecha de osteomielitis aguda se medica con clindamicina previo toma de biopsia y cultivos, negativos, por lo que se suspende el antibiótico al 5º día de internación. Biopsia informa cuadro histopatológico semejante al anterior, sin poder descartar granuloma eosinófilo, a pesar de ausencia de CD1a por técnicas inmunohistoquímicas. En ambos episodios el paciente se recupera completamente.

CONCLUSIONES

Se describe un caso de un varón de 2 años con 2 focos clínicos de osteomielitis en cuello de fémur y escápula izquierda de resolución completa. Los estudios descartaron procesos infecciosos o tumorales en ambas oportunidades, asumiéndose entonces como patología autoinflamatoria CMRO. Recalamos la importancia del reconocimiento de esta enfermedad dentro del diagnóstico diferencial con osteomielitis infecciosa, ya que varios autores recomiendan ante focos repetidos de osteomielitis, no continuar con estudios y asumirla como CMRO.

TRATAMIENTO DE QUILOTÓRAX BILATERAL RECURRENTE SECUNDARIO A LINFANGIOMATOSIS PULMONAR DIFUSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

739

Brugiafreddo J.¹; Marques I.²; Lopez L.³; Kohn V.⁴; Rubio M.⁵; Romero E.⁶; Montes M.⁷; Patiño C.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD, CÁTEDRA DE CLÍNICA PEDIÁTRICA UNC¹;

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD^{2,3,4,5,6,7,8}

<jbrugia@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La linfangiomatosis sistémica es una entidad poco frecuente debida a una proliferación excesiva y dilatación anormal de vasos linfáticos, afectación torácica la más común. Representa a un 4% de los casos de enfermedad pulmonar intersticial crónica en el niño. Es una enfermedad benigna con alta tasa de recurrencias y mal pronóstico. Se desconoce su etiopatogenia y su tratamiento es solo paliativo. OBJETIVO. Reportar un caso linfangiomatosis pulmonar difusa en una paciente pediátrica.

CASO CLINICO

Niña de 9 años sin APP ingresa a Terapia Intensiva por dificultad respiratoria, fiebre y vómitos de 24 hs previas, con diagnóstico de shock séptico secundario a neumonía con derrame pleural bilateral. Requirió 17 días de ARM, antibióticos de amplio espectro y drenaje pleural. Se evidenció en su evolución quilotorax bilateral a repetición que no respondía a los tratamientos convencionales. Se descartaron comorbilidades autoinmunes, infecciosas e inmunodeficiencias. La espirometría reveló patrón restrictivo (CVF: 59%). TAC tórax: derrame pleural y pericárdico; atelectasias lineales bilaterales. Se realizó biopsia pulmonar diagnosticando linfangiomatosis pulmonar difusa. Requirió pleurodesis bilateral y ligadura del conducto torácico sin respuesta. Luego recibió interferón alfa y radioterapia con mejoría. Actualmente estable recibiendo interferón días alternos.

CONCLUSIÓN

Reportamos un caso de linfangiomatosis pulmonar difusa que requirió tratamientos agresivos para evitar el progreso de la enfermedad. Se deberían realizar controles exhaustivos en esta niña para evidenciar los efectos secundarios a largo plazo de las terapéuticas instauradas.



INDROME FEBRIL PROLONGADO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE FIEBRE REUMÁTICA

740

Norte D.¹; Barreiro P.²; Monachesi L.³; Artacho P.⁴; Gomez S.⁵; Bertolini M.⁶; Pomerantz B.⁷; Gadda N.⁸; Defelippis L.⁹; Quintana M.¹⁰; Ramos Elizagaray I.¹¹

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}

<debonorte@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Fiebre Reumática (FR) es una enfermedad sistémica caracterizada por reacciones inflamatorias del tejido conectivo que afecta fundamentalmente articulaciones, corazón y sistema nervioso central. La enfermedad cardíaca es la manifestación más severa. La FR es una complicación no supurativa de una infección faríngea causada por el estreptococo beta hemolítico del grupo A.

OBJETIVO

Comunicar un paciente pediátrico con diagnóstico de FR como forma de presentación de síndrome febril prolongado.

CASO CLÍNICO

Niño de 14 años de edad, previamente sano, consulta por síndrome febril prolongado luego de haber sido hospitalizado en otro centro. Inicia con fiebre, odinofagia, mialgias, poliartralgias de grandes y pequeñas articulaciones de carácter migratriz de 14 días de evolución. En internación previa se constata anemia, eritrosedimentación acelerada 90 mm/h, hipergammaglobulinemia policlonal, alfa 1 y 2 aumentadas, ASTO 2055 UI/ml. VIH negativo; Ecografía abdominal y renal normal; ECG prolongación PR; Ecocardiograma: Insuficiencia aórtica (IA) y mitral (IM) leve; PPD 0 mm; TC de tórax y abdomen normal; Hisopado de fauces negativo.

Valoración post alta en consultorio de mediano riesgo: presentaba cuadro de un mes de evolución, con persistencia de fiebre y poliartralgias. Al

examen físico: palidez cutánea mucosa, dolor precordial, soplo sistólico 1/6 en mesocardio sin irradiación, artralgias sin artritis.

Se repiten exámenes complementarios: Anemia microcítica e hipocrómica, ASTO 1280 UI/ml, eritrosedimentación 84 mm/h, alfa 1 y 2 elevadas; hipergammaglobulinemia policlonal. FAN negativo. Complemento normal. Serologías no reactivas. ECG Bloqueo AV de 1er grado, PR prolongado 0,22seg; Ecocardiograma: IA leve/ moderada. IM moderada.

Cumpliendo criterios clínicos para fiebre reumática con carditis sin cardiomegalia, se indica meprednisona 1 mg/kg/día, AAS y penicilina benzatínica profiláctica. Reposo absoluto. Evolucionó favorablemente permaneciendo afebril y sin artralgias. Normaliza PR y presenta mejoría de la IA y mitral.

CONCLUSIÓN

En la actualidad la FR es una complicación poco frecuente de la faringitis por estreptococo ya que existe un tratamiento efectivo y de bajo costo para evitarla. El informe de casos de FR ayuda a mejorar el conocimiento de la patología a los pediatras, permitiendo un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. El diagnóstico diferencial de FR debe evaluarse en pacientes con síndrome febril prolongado.

EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN PESQUISA UNIVERSAL DE HIPOTIROIDISMO CONGENITO PRIMARIO EN UN SANATORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

741

Pico M.¹; Lopez Turconi E.²; Kasten L.³; Falcucci L.⁴

SANATORIO DE LOS ARCOS/HOSP ELIZALDE/HOSP MUNICIP DE MORON¹; SANATORIO DE LOS ARCOS^{2,3,4}

<maximilianopico@gmail.com>

OBJETIVO

Conocer la frecuencia de hipotiroidismo congénito primario (HC) en una Institución privada de CABA como parte del estudio de investigación metabólica del recién nacido (RN).

INTRODUCCIÓN

El (HC) es resultado de la ausencia o falta de desarrollo de la glándula tiroidea, la destrucción de esta glándula, la falta de estimulación y/o de la síntesis defectuosa o anormal de las hormonas tiroideas; como consecuencia se produce una disminución de la actividad biológica de éstas a nivel tisular desde los primeros momentos de la vida, y causa de discapacidad cognitiva prevenible más frecuente en el recién nacido. El pronóstico del desarrollo neurológico se relaciona en forma inversa a la edad de diagnóstico e inicio de tratamiento de la enfermedad. Desde el año 1990 (Ley Nacional 23874) existe en Argentina un plan nacional de tamizaje masivo a todos los recién nacidos para el diagnóstico de la enfermedad. En el año 2000 (Ley 534 de la Ciudad de Buenos Aires) establece la obligación de realizar la pesquisa neonatal de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria en todos los establecimientos públicos, de la seguridad social y privados, en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. La pesquisa universal se enfoca mediante la determinación de TSH en hoja de papel secante y posterior prueba confirmatoria en suero. Actualmente, la incidencia de HC reportada en diferentes estudios es de aproximadamente 1:1800 a 1:2500 recién nacidos. Es importante determinar la etiología del HC pero el estudio etiológico no debe retrasar el inicio del tratamiento ya que el inicio precoz de éste determina un mejor pronóstico de desarrollo neurológico. Se presenta la experiencia de los últimos 10

años en un Sanatorio privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El valor de corte fue 11 uU/ml hasta agosto de 2015 y luego 10 uU/ml hasta la actualidad.

MÉTODOS

Se revisaron datos de laboratorio positivos a la pesquisa universal neonatal de enfermedades congénitas, y de historias clínicas.

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido desde el año 2007 y 2016 inclusive, se realizó la pesquisa universal de enfermedades congénitas, con una cobertura del 100% de los recién nacidos vivos. Realizando las pruebas confirmatorias en el mismo laboratorio, de manera urgente, de modo de realizar intervenciones antes del mes de vida, realizando asimismo interconsulta y derivación inmediata a los endocrinólogos consultores del servicio de neonatología. La incidencia global en estos 10 años fue de 1 cada 1817 nacidos. Se destaca que en algunos años no hubo casos confirmados de HC y que la incidencia máxima se obtuvo en el año 2015, resultando en 1 caso confirmado cada 1025 nacidos. Se ha observado un importante aumento de la incidencia de esta enfermedad, planteando el interrogante si los este incremento se debe a factores medio ambientales o sería esporádico.

CONCLUSIONES

Si bien la cobertura del programa de pesquisa en nuestra institución es del 100%, dada las limitaciones de la población estudiada, no se permite inferir cambios en la frecuencia de HC. Estudios que abarquen mayor número de pacientes son necesarios para evaluar esta posibilidad.



CUANDO NO TODO ES LO QUE PARECE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cicero Moroni M.¹; Molino M.²; Pinto Merett A.³; Ariganello G.⁴; Mogues D.⁵; Lauriente A.⁶; Alvarez M.⁷

HZGA GRAL. M. BELGRANO DE SAN MARTIN^{1,2,3,4,5,6,7}

<solciceromoroni@gmail.com>

742

Los tumores de vejiga en niños son poco prevalentes, predominando ligeramente en varones. Una de las formas más frecuentes es el rhabdomyosarcoma que constituye el 7% de los tumores sólidos en niños de 0 a 14 años, de los cuales el 20% se localiza en el tracto genitourinario. Generalmente inician con dificultad en la micción por hipertrofia de la pared vesical y la consiguiente dilatación del árbol urinario superior pudiendo generar un cuadro de globo vesical, síntomas urinarios bajos y hematuria. El diagnóstico de certeza se realiza mediante biopsia y el tratamiento incluye quimioterapia, cirugía, y si ésta es incompleta, radioterapia.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 4 años, sin antecedentes previos, consulta por tumoración abdominal asociada a distensión, constipación de 5 días y oliguria. Al ingreso presentaba abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial, con tumoración en hipogastrio y uretra edematizada. En ecografía renovesical se observaba dilatación piélica bilateral y contenido vesical de 1 litro aproximadamente. Se realizó laboratorio, con insuficiencia renal post-renal y hematuria. Se colocó sonda para drenar lentamente contenido del globo vesical con mejoría de función renal. Se realizó interconsulta con Urología del HNRG quienes indicaron enemas de Murphy para resolver la constipación y ecografía abdomino-renal posterior de control.

Tras catarsis se repitió ecografía donde se observaba vejiga de paredes engrosadas e imagen con Doppler central positivo. Se realizó luego una TAC con y sin contraste evidenciándose una tumoración vesical. Se derivó al HNRG donde realizaron biopsia a cielo abierto y diagnóstico de rhabdomyosarcoma.

CONCLUSIONES

Si bien los tumores vesicales son una de las causas menos frecuentes de globo vesical es importante conocerlos para poder diagnosticarlos en forma temprana. En el caso de nuestro paciente tenía en principio una causa clara como la constipación pero tras resolverla pudo dilucidarse la verdadera etiología.

MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA EN PACIENTE DE 14 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pastura M.¹; Mazzeo A.²; Calafatello N.³; Tantera S.⁴; Giunchetti F.⁵; Perello P.⁶

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6}

<marpastura@hotmail.com>

743

INTRODUCCIÓN

La mastitis granulomatosa idiopática es una patología rara, benigna y crónica que predomina en mujeres de 32 a 36 años de edad y que se diagnostica por exclusión, siendo necesaria la histopatología. Se ha asociado al embarazo, lactancia, anticonceptivos orales, infecciones por *Corynebacterium kroppenstedtii*, déficit de alfa 1 AT, tabaquismo, DBT mellitus, Sjögren, otras autoinmunes y traumatismo local. Microscópicamente consta de granulomas necrosantes no caseosos y macroscópicamente se manifiesta como masas que progresivamente ocasionan abscesos, fistulización y retracción areolar con afectación ganglionar regional. Los tratamientos propuestos varían desde antibioticoterapia, corticoterapia hasta escisión local amplia o mastectomía.

OBJETIVO

Describir un caso inusual de presentación de mastitis granulomatosa idiopática en población pediátrica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años previamente sana que consultó por lesiones en región mamaria de 7 meses de evolución. Paciente nulípara, menarca a los 12 años, sin inicio de relaciones sexuales. Presentaba mama derecha con lesión eritematosa y ulcerada e izquierda con lesión periareolar con secreción sanguinolenta (ambas con retracción del pezón). En los meses previos había realizado seguimiento errático de las mismas y en dos oportunidades antibióticoterapia con Clindamicina durante 10 días con escasa a nula mejoría. Al examen físico completo no presentaba al momento otros datos positivos. Se evaluó interdisciplinariamente

por clínica médica, ginecología, reumatología, inmunología, anatomía patológica, dermatología e infectología. Se realizó en laboratorio: test de HIV (negativo), test de embarazo (negativo), laboratorio de inmunología (datos positivos: IgA 654, IgG 3400, IgM 257, C3 14, C4 11), laboratorio de reumatología (datos positivos: FR 712, FAN 1/1280, antiRO +++, antiLA +++). Se obtuvieron imágenes: RX de tórax (normal), ecografía mamaria (H9 MD imagen ahusada definida e hipoeoica de aspecto líquido espeso y avascular de 17x3x6 mm. Ambas axilas con imágenes ganglionares no adenomegálicas. Solución de continuidad en ambas mamas en CI y trayectos fistuliformes vascularizados dirigidos hacia planos profundos, respetando pectorales), TAC tórax (adenomegalias en axilas). Se tomaron biopsias de mamas: mastitis granulomatosa idiopática lobulillar con infiltración crónica granulomatosa no necrotizante. Se cultivó para hongos y TBC (negativos). Se decidió comenzar tratamiento con Meprednisona 1 mg/kg/día. Se postergó la toilette quirúrgica.

CONCLUSIÓN

La mastitis granulomatosa idiopática es una patología sumamente infrecuente en la pediatría. Su abordaje interdisciplinario es indispensable para la correcta comprensión del cuadro y estudio del paciente. Como su diagnóstico es por exclusión, se necesita amplia gama de metodologías diagnósticas. Debido a la extensa afectación y destrucción tisular local, las conductas terapéuticas deberían tomarse tempranamente con el fin de conservar el tejido mamario. Considerando que la patología se asocia a enfermedades autoinmunes es primordial la valoración inmunológica y reumatológica.



ENFERMEDAD DE MOYA-MOYA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Formaggio M.¹; De Fino L.²; Bazan G.³; Settecase C.⁴; De Luca N.⁵; Ronchini E.⁶; Galicchio S.⁷; Binner L.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<mariaformaggio@hotmail.com>

744

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Moya-Moya es una patología infrecuente, en nuestro hospital se registraron 4 casos de 2007 a 2017. Es una vasculopatía cerebral oclusiva con progresiva estenosis de las arterias que conforman el polígono de Willis y la consecuente formación de colaterales. Se manifiesta principalmente como isquemia cerebral.

OBJETIVOS

Presentar los hallazgos clínicos e imagenológicos de un paciente con diagnóstico final de Enfermedad de Moya-Moya para alertar al Pediatra en sus formas de presentación, favorecer su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Caso clínico: Niño de 6 años, eutrófico, completamente inmunizado, con antecedentes de prematuridad e hipertensión arterial secundaria a estenosis de arteria renal derecha en período neonatal y retraso neuromaturo.

Consulta por cuadro de 48hs de evolución caracterizado por astenia y cefalea.

A su ingreso se encontraba afebril, de buen estado general, Glasgow 15/15, sin signos meníngeos ni de foco neurológico. Hemodinámicamente compensado FC 110 TA 170/120, con soplo sistólico 2/6. Buena entrada de aire bilateral FR 24. Abdomen blando depresible indoloro RHA +, sin visceromegalias, hábitos conservados.

Al ingreso se evidencia anemia severa con función renal conservada.

Por clínica y exámenes complementarios se asume el cuadro como Urgencia Hipertensiva indicándose tratamiento farmacológico e higiénico-dietético. Los exámenes complementarios evidencian hipertrofia del ventrículo izquierdo y ausencia funcional del riñón derecho.

Durante su internación instaura hemiparesia facio-braqui-crural izquierda. Se solicita RNM de cráneo y cuello con imágenes compatibles con isquemia aguda y lesiones crónicas. Se asume como ACV isquémico indicándose anticoagulación y fisioterapia.

Por sospecha de enfermedad de Moya-Moya se solicita arteriografía de vasos del cuello y cerebrales confirmándose dicho diagnóstico. Se suspende anticoagulación y se indica antiagregación y carbamacepina.

CONCLUSIÓN

La enfermedad de Moya-Moya es una entidad infrecuente, el diagnóstico se basa en los parámetros clínicos e imagenológicos encontrados. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno mejoran el pronóstico y la evolución del cuadro evitando la repetición de eventos que pueden conllevar limitaciones importantes para el paciente.

A PROPÓSITO DE UN CASO... DERMATOMIOSITIS JUVENIL ASOCIADO A DERRAME PLEURAL

Zalazar M.¹; Vazquez M.²; Ferrari Cereijo L.³; Mercuri B.⁴; Brandi M.⁵; Ponisio A.⁶; Schneider A.⁷

HOSPITAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO^{1,2,3,4,5,6,7}

<magustinzalazar@gmail.com>

745

OBJETIVOS

Describir una forma infrecuente de dermatomiositis juvenil asociada a manifestaciones pulmonares. Incorporar esta entidad dentro de los diagnósticos diferenciales de derrame pleural. Caso clínico: Un niño de 9 años ingresa a la Unidad de Cuidados intensivos por derrame pleural bilateral e insuficiencia respiratoria. Se realiza drenaje, obteniendo líquido citrino. Evoluciona favorablemente luego de 72 horas de asistencia respiratoria mecánica. Pasa a sala de clínica. Al examen físico, piel acartonada, seca, hiperpigmentación con mayor acentuación en rostro, hipertrichosis en ambas manos. Presenta dolor con limitación al movimiento en codo izquierdo y tobillo derecho el cual cede espontáneamente. Laboratorio: proteína C Reactiva positiva en tres cruces, factor antinuclear +1/500, anti-DNA negativo, factor reumatoideo negativo, antistreptolisina O positivo. En radiografía de rodillas se evidencia depósito radioopaco prerrotuliano a nivel de tejido celular subcutáneo. Egresado, continuando seguimiento ambulatorio por Reumatología. Se constatan pápulas de Gottron en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas bilaterales, en codos y rodillas. Artritis en muñecas, rodilla izquierda y ambos tobillos. Debilidad muscular a predominio proximal, como así también en flexores del cuello y músculos abdominales. Limitación para la incorporación desde la posición sentada y aumento de creatinina en laboratorio. Se interpreta cuadro compatible con dermatomiositis juvenil. Inicia tratamiento con meprednisona, presentando buena respuesta.

DISCUSIÓN

La dermatomiositis juvenil es una enfermedad multisistémica caracterizada por inflamación no supurada de piel y músculos, que puede afectar también otros sistemas (gastrointestinal, cardiovascular y respiratorio), con importante morbimortalidad. Es la más común entre las miopatías inflamatorias idiopáticas de la niñez. Su etiología es desconocida. El tratamiento se apoya fundamentalmente en la utilización de corticoides.

CONCLUSIONES

Es una enfermedad poco frecuente que no presenta, al momento del diagnóstico, el mismo patrón clínico en todos los casos. Por tal motivo, resulta importante incorporar a las enfermedades del tejido conectivo, dentro de los diagnósticos diferenciales de derrame pleural, una vez descartadas las entidades más frecuentes. Permitiendo así, la instauración oportuna del tratamiento, factor determinante del pronóstico.



Por un niño sano en un mundo mejor

EXOTROPIA COMO MANIFESTACION INICIAL EN MIASTENIA GRAVIS: A PROPOSITO DE UN CASO.

Aguilar R.¹; Bieri F.²; Luque V.³; Tano D.⁴; Ramunno L.⁵; Calvo V.⁶; Dimangano V.⁷; Leleu J.⁸; Perochena J.⁹; Firpo M.¹⁰
SANATORIO DE LA MUJER¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰

<rocio_aguilar87@hotmail.com>

746

INTRODUCCIÓN

La Miastenia Gravis es un trastorno crónico, autoinmune, consecuencia de una alteración de la transmisión sináptica neuromuscular. Se caracteriza por debilidad de la musculatura esquelética y fatiga que puede afectar a cualquier grupo muscular.

Tiene una frecuencia general de 10 a 20 por 100.000 individuos y aproximadamente un 15% corresponde a niños.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de miastenia gravis cuyo síntoma inicial fue el compromiso de los músculos extraoculares.

Caso Clínico: Paciente femenina, 5 años de edad, sin antecedentes patológicos de jerarquía. Consulta por cuadro de instauración brusca de exotropía, visión borrosa y cefalea frontal leve de 3 hs de evolución. Al examen físico se encontraba afebril, normohidratada, Vigil, reactiva. Al examen oftalmológico: pupilas isocóricas, simétricas, reactivas, limitación de la aducción bilateral, limitación de la abducción en ojo derecho, AV 10/10 bilateral resto del examen neurológico acorde a edad. Se solicita TAC que descarta MOE e HIC. Es evaluada por neurología quien solicita RNM de encéfalo y orbitas donde no se observan imágenes patológicas. Al tercer día de internación agrega ptosis palpebral en ojo izquierdo y desviación de la comisura labial izquierda. Ante la sospecha diagnóstica se solicita anticuerpos contra acetilcolina (ACRA) que se informan dentro de valores normales. Se realiza prueba terapéutica con Piridostigmina,

mejorando notablemente la sintomatología. Se realizan PEV y Test de estimulación Repetitiva en miembro superior que confirman diagnóstico de Miastenia Gravis.

CONCLUSIONES

La miastenia gravis es una enfermedad poco frecuente en la infancia, por lo cual, sus manifestaciones iniciales, pueden pasar desapercibidas retrasando su diagnóstico. Destacamos la importancia de sospechar un trastorno miastenico ante la aparición de alteraciones de la motilidad ocular.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI INCOMPLETO: PRESENTACIÓN DE CASOS

Maneiro G.¹; Botto S.²; Bonfiglio P.³; De Iriondo A.⁴; Druetta G.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS ORLANDO ALASSIA¹²³⁴⁵

<guillerminamaneiro@gmail.com>

747

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Kawasaki (EK) una vasculitis sistémica aguda, autolimitada, etiología desconocida, afecta arterias de pequeño y mediano calibre. Segunda causa de vasculitis en pediatría y causa más común de coronariopatía adquirida en niños. Clasificación clínica: EK completa: Fiebre ≥ 5 días y ≥ 4 de las 5 características clínicas principales; y la EK incompleta: Fiebre inexplicable ≥ 5 días, asociada al menos 2 de características antes mencionadas. La presencia de compromiso coronario por ecocardiograma confirma el diagnóstico de EK en los casos dudosos. La EK atípica presenta manifestaciones clínicas inusuales, cumplan o no con los criterios clínicos.

OBJETIVO

Describir características clínicas de pacientes con EK incompleto.

MATERIAL Y MÉTODO

Trabajo descriptivo de 2 pacientes con diagnóstico de EK incompleto, año 2017.

Caso 1: Varón, 3 años, consulta por fiebre 6 días de evolución con exantema, ecocardiograma normal. Continúa febril con exantema, agrega dolor articular en tobillos. Lab: GB 11.280 (75/17) VSG >120 mmHg PCR 205,29 mg/lit. Se interna, nuevo ecocardiograma normal, cultivos y serologías negativas, PAMO: normal. Comienza con ATB, persistiendo

clínica. Por sospecha de EK incompleta recibe AAS y gammaglobulina en 2 oportunidades, comenzando al día 13 de fiebre. Persiste febril, realiza pulsos con metilprednisolona 3 días, respuesta favorable. Controles con ecocardiograma normales durante 3 meses de seguimiento.

Caso 2: Varón, 10 años, consulta por 8 días de fiebre e impotencia funcional en miembro inferior, exantema fugaz. Lab: GB 12.070 (71/18) VSG 59 mmHg PCR 27,41 mg/lit. Se interna, por sospecha de osteomielitis e inicia ATB. Cultivos negativos y RMN de rodilla normal. Persiste febril, Reumatología, constata leve inyección conjuntival e inicio de descamación en manos y pies, realiza gammaglobulina y AAS a los 19 días de iniciada la fiebre. Responde favorablemente con ecocardiograma normal. Ecocardiograma control a los 3 meses: dilatación de la coronaria izquierda de 3mm.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de EK requiere de un alto índice de sospecha y conocimiento de las manifestaciones frecuentes e infrecuentes de la enfermedad. Se deberá descartar entre otras enfermedades febriles de la infancia. Las formas clínicas incompletas son las que requieren mejor desafío diagnóstico y son las que tienen mayor riesgo de coronariopatía. El tratamiento con gammaglobulina antes de los 10 días reduce el riesgo de coronariopatía.



INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

750

Weissbrod P.¹; Tessone A.²; Porchetti M.³; Dostal Lopez D.⁴; Lazzaro V.⁵; Lizarraga C.⁶; Lado C.⁷; Sappa S.⁸; Soubies E.⁹; Pappolla R.¹⁰

CESAC 39^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<pweissbrod@intramed.net>

INTRODUCCION

El empoderamiento de los adolescentes sobre su salud incluye su sexualidad. La Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012) da un marco legal para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en caso de violación y cuando está comprometida la salud integral (física y/o psicosocial) de toda mujer (incluidas adolescentes). Como efectores de salud, desde el centro de salud y acción comunitaria de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CeSAC) y apoyados en el "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo" (Ministerio de Salud de la Nación-2015) se brinda atención integral para dar una mayor contención a estas pacientes. Es de suma importancia visibilizar y comprometer a toda la comunidad en salud en este tema y los pediatras no quedamos exentos de ello.

OBJETIVOS

1. describir la población adolescente que fue atendida por ILE en un CeSAC.
2. reconocer las causales de ILE de dicha población

MATERIAL Y METODOS

Diseño: retrospectivo, descriptivo, transversal. Se incluyeron adolescentes (10 a 19 años) atendidas en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del CeSAC, entre junio 2016 y marzo 2017 que solicitaron ILE. Se utilizó una base de datos donde se registró edad, causal de ILE, semana de gestación (SG) de inicio y finalización de ILE, donde se realizó y cuantos tratamientos recibió. Análisis estadístico: porcentajes, media o mediana

RESULTADOS

Se incluyeron 16 adolescentes, de 48 ILE (33.3%). El promedio de edad fue de 16.8 años (DS 1,36 ; rango 14-17) El tratamiento se inició en promedio en la SG 9.96 (DS 3.00 ; rango 5,2 a 16.4) y se resolvió en promedio en la SG 10.45 (DS 2.23 ; rango 7-15) El 81.3% (13) fue resuelto en el CeSAC con un solo curso de tratamiento y el 18.7% (3 pacientes) se derivaron al Hospital de referencia para finalizar el embarazo: 2 por falla en el tratamiento, 1 por consulta tardía. La causa de ILE fue en el 100% por motivos de salud mental o causa social

CONCLUSIONES

Más de un tercio de las mujeres que consultan por ILE en el CeSAC son adolescentes. Las causas que las motivan son salud mental y social, que tienen igual peso que otras causas (riesgo de vida, violación). La consulta es en su mayoría precoz y la resolución en menos de una semana. Es fundamental dar respuesta a esta demanda y para ello debe ser visualizada por los equipos de salud incluidos los pediatras. No perdemos de vista el además continuar con los esfuerzos que se realizan a diario para una salud sexual responsable y placentera.

MENINGITIS TUBERCULOSA

751

Regliner G.¹; Regliner S.²; Gonzalve G.³

SANATORIO JUAN XXIII^{1 2 3}

<edithregliner@hotmail.com>

OBJETIVO

Sospechar TBC en pacientes con síndrome febril prolongado.

Motivo de internación: Síndrome febril prolongado. Antecedentes personales: clase socioeconómica media, parto domiciliario, alimentación vegana. Familiar cercano HIV positivo. Sin vacunación.

Paciente de 23 meses, ingresa al servicio por cuadro febril intermitente de más de un mes de evolución, recibiendo múltiples esquemas antibióticos empíricos. Al ingreso, mal aspecto general, febril, adelgazada, hipoactiva. Glasgow 15/15. Se solicitan estudios complementarios, interconsulta a hematología y evaluación cardiológica. Laboratorio y hematológico informa anemia, resto normal. Rx tórax: patrón intersticio reticular difuso bilateral. Durante la internación, persiste febril, al cuarto día del ingreso presenta deterioro clínico que requiere su traslado a UTIP. Se asume el cuadro como shock séptico. Se solicitan nuevos estudios, incluyendo HIV. TAC de cráneo normal. TAC de tórax: ambos pulmones con lesiones reticulonodulillares, imagen nodular periférica del lóbulo superior derecho, adenopatías múltiples en mediastino y abdomen. Dado los antecedentes, se plantea el diagnóstico diferencial de TBC. A las 48hs, presenta súbito deterioro neurológico, crisis convulsiva con pérdida del conocimiento. Glasgow 8/15. Recibe anticonvulsivante, intubación endotraqueal y PL: glucosa 0.27, proteínas 0.8, leucocitos 18 (95% MN). Es evaluada por neurología, quien sugiere iniciar gammaglobulina, luego corticoides ev, asumiendo cuadro de meningoencefalitis. Se realiza interconsulta con infectología, con alta sospecha de TBC miliar y

menígea, se inicia tratamiento con 4 drogas tuberculostáticas. RMN de cráneo: hiperintensidad compatible con encefalitis de gran extensión. Se repite imagen, con progresión a dilatación ventricular. Requiere coloración de válvula ventriculoperitoneal. Al 6° día de tratamiento presenta mejoría clínica, lográndose la extubación. En controles posteriores: imágenes de atrofia cerebral, dilatación ventricular, sin HTE. EEG: trazado de base desorganizado. Se recibe informe únicamente positivo de baciloscopia por PCR en secreción respiratoria. Evoluciona con graves secuelas neurológicas. Concluimos considerando la importancia de sospechar TBC en niños con síndrome febril prolongado sin foco, sobre todo sin vacunas, ya que la afectación en SNC, produce daños neurológicos irreversibles.



752

HABITOS DEL SUEÑO EN UNA POBLACIÓN PEDIATRICA EN EL HOSPITAL NOEL H. SBARRA. ¿QUÉ PERCIBEN LOS PADRES?

Amilivia Y.¹; Fernandez Cordero M.²; Luna C.³; Alves L.⁴; Casas M.⁵; Castro A.⁶; Lujan Ferradas M.⁷; Moreno M.⁸

HOSPITAL ZONAL ESPECIALIZADO DR. NOEL H. SBARRA^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<yaniamilivia@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El sueño es un proceso fisiológico que aparece en oposición al estado de vigilia e involucra a la mayoría de las funciones vitales. Se estima que entre 25-40% de los niños presentará algún tipo de trastorno del sueño en algún momento de su vida; siendo el más frecuente el insomnio por higiene del sueño inadecuada.

OBJETIVOS

Conocer la percepción de los padres y reconocer hábitos inadecuados respecto de la higiene del sueño.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, a través de encuesta en Consultorio de Niño Sano y Consultorios de demanda espontánea durante un lapso de tres meses. Las variables estudiadas fueron: género, edad, hábitos del sueño (duración y distribución, lugar, interrupciones y métodos de conciliación del mismo) y percepción del adulto.

RESULTADOS

Se realizaron 143 encuestas, con proporciones iguales de ambos sexos. Se evaluaron la cantidad de horas de sueño nocturno y diurno. El 60% de los menores de 6 meses duerme la cantidad de horas necesarias. El 87% de los niños de 6 meses a 1 año no cumple con las horas de sueño nocturno, el 63% de los niños mayores de dos años duerme incorrectamente así como la mitad de los niños de entre el 1 y 2 años.

En cuanto al lugar donde duermen se observó que el 80% de los niños menores de 6 meses comparten el lecho con sus padres. Los lactantes de 6 meses a un año cohabitan en el 50%, comparten el lecho en el 44% y un 6% duerme en una habitación contigua. En el grupo de 1 a 2 años se observó colecho en el 69%. Los mayores de 2 años solo 25% duerme en otra habitación.

Se evaluaron los despertares nocturnos observándose entre el 70 a 80% de todos los grupos. Desciende a 58% en mayores de 2 años.

Cuando se interrogó a los padres si consideraban que su hijo tenía un "buen dormir" en todos los grupos la respuesta de mayor porcentaje fue que si, alcanzándose un 100% en niños de 0 a 6 meses. En el grupo etéreo de 1 a 2 años el 23% refirió que sus hijos "no duermen bien".

En todos los grupos etéreos los padres refirieron que sus hijos duermen las horas necesarias para su edad.

CONCLUSIONES

Aunque la mayoría de los padres creen que sus hijos duermen bien, la realidad es que no cumplen con las horas de sueño que corresponden a cada edad para un buen descanso nocturno.

Es prioritario que el médico de atención primaria realice una minuciosa anamnesis para pesquisar hábitos de higiene del sueño inadecuada, modificar los mismos y promover hábitos saludables como parte del control de salud del niño sano.

753

VALORACIÓN NUTRICIONAL PREQUIRÚRGICA EN NIÑOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA. HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD. CÓRDOBA

De Grandis E.¹; De La Roza M.²; Collard Borsotti M.³; Olocco M.⁴; Esper M.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD^{1 2 3 4 5}

<esdegrandis@msn.com>

INTRODUCCIÓN

Los niños con cardiopatías congénitas presentan desnutrición relacionada con insuficiencia cardíaca, disfunción oral motriz, alteraciones fisiopatológicas derivadas de la cardiopatía o anomalías genéticas asociadas. En los países subdesarrollados pueden sumarse retraso en la oportunidad quirúrgica y situación socioeconómica desfavorable. No hay en nuestro hospital publicaciones de valoración nutricional para este grupo de pacientes.

OBJETIVO

Investigar estado nutricional en niños con cardiopatías congénitas que ingresaron para cirugía cardiovascular, como datos previos a una evaluación de evolución pos quirúrgica de acuerdo al riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

En un estudio retrospectivo se incluyeron los niños de 0 a 60 meses de edad, internados para cirugía cardiovascular, desde el 1 de enero de 2016 al 30 de mayo de 2017, se excluyeron aquellos con bajo peso al nacer o enfermedad asociada. Evaluamos estado nutricional a través de antropometría, Peso y Talla con técnicas descriptas en la Guía para la Evaluación de Crecimiento Físico (SAP 2013). Se usaron como referencia tablas de OMS (WHO Child Growth Standards, 2006) Los datos se analizaron para medidas de dispersión en el módulo Nutritional Survey de WHO Anthro Software. Resultados. Ingresaron para cirugía cardiovascular 41 niños, se excluyeron cuatro pacientes por

síndromes genéticos, uno por malformación digestiva asociados, uno por bajo peso al nacer, dos por falta de datos en la historia clínica. Se estudiaron 33 niños (19 varones). La edad fue de 1,31 a 58,41 meses, con diagnósticos: Comunicación Interauricular n=7, Ductus Arterioso Persistente n=6, Comunicación interventricular n=5, Tetralogía de Fallot n=5, otros n=10. El análisis de las medidas antropométricas obtenidas mostró los siguientes resultados (medias y DE): Peso/Edad: -1,93 ± 1,53, Talla, estatura/Edad: -1,15 ± 1,99, Peso/Talla: -0,96 ± 1,94, IMC/Edad: -1,37 ± 1,61. Para las relaciones Peso/Talla e IMC/Edad, 42,1 % y 42,1 % de niños respectivamente, mostraron valores <-2 DE.

CONCLUSIONES

Los pacientes con cardiopatía congénita internados en etapa prequirúrgica presentaron desnutrición con afectación de Peso/Talla e IMC/Edad, los cuales aumentan el riesgo de morbimortalidad. Se evidencia la necesidad de analizar los factores contribuyentes a desnutrición en este grupo de pacientes y ajustar el tratamiento nutricional antes de la intervención quirúrgica.



ENCEFALOPATÍA NECROTIZANTE AGUDA A PROPÓSITO DE UN CASO

Alancay A.¹; Del Castillo J.²; Acevedo M.³; Pedersoli M.⁴

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4}

<ale_alancay@hotmail.com>

754

INTRODUCCIÓN

La encefalopatía necrotizante aguda es una alteración neurológica rara y de rápida progresión que afecta a niños en su mayoría sanos tras infecciones virales, a veces con asociación de mutaciones genéticas. Se caracteriza por la aparición de una encefalopatía aguda posterior a un cuadro febril, con convulsiones y deterioro del nivel de conciencia. El diagnóstico se basa en parámetros clínicos, laboratorios e imágenes. Presenta múltiples lesiones simétricas a nivel bilateral del tálamo, ganglios de la base y tallo cerebral, aumento de las enzimas hepáticas y de proteínas en LCR con ausencia de pleocitosis.

CASO CLÍNICO: Paciente de 7 meses, RNPT, 27 semanas, cursando internación por sepsis a punto de partida respiratorio. 72 horas posteriores a la mejoría de síntomas respiratorios comienza con deterioro del sensorio. Al examen físico presenta hemiparesia facial izquierda, estrabismo divergente, hipertonía cervical y de 4 miembros, hiperreflexia osteotendinosa y Babinsky de pie izquierdo. Se realiza punción lumbar, demostrando en el examen del LCR glucosa 0,47 g/l proteínas 0,56 g/l elementos: 8 mm³. Se realiza TAC de encéfalo mostrando hipoatenuación gangliobasal bilateral y subcortical parietal bilateral siendo mayor a la derecha. El EEG trazado lentificado, con incremento de ondas lentas, delta. En la RM de encéfalo se observan imágenes hiperintensas en T2, FLAIR, a predominio gangliobasal bilateral periventriculares, porción posterior del cuerpo calloso y parietal derecho con restricción en DWI; realce en anillo incompleto en lesión parietal

derecha. Se destaca aumento a nivel de las enzimas hepáticas TGO 395 U/l TGP 46 U/l. Se realizaron exámenes inmunológicos, metabólicos, virológicos, toxicológicos con resultados negativos. Se diagnostica encefalopatía necrotizante aguda de la infancia e inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona. Presentó escasa respuesta, permaneciendo con secuelas neurológicas. Actualmente en seguimiento con Neurología y rehabilitación.

CONCLUSIÓN

La encefalopatía necrotizante aguda constituye una rara entidad que se presenta generalmente posterior a infecciones virales. Presenta rápida evolución con secuelas neurológicas graves. El diagnóstico temprano es facilitado por estudios por imágenes que detecten afectación bitalámica permitiendo iniciar intervenciones oportunas. El tratamiento se basa en corticoterapia. El pronóstico de la enfermedad deja secuelas neurológicas severas y presenta alta tasa de mortalidad.

A PROPÓSITO DE UN CASO, CISTINOSIS COMO CAUSA DE ACIDOSIS METABÓLICA REFRACTARIA EN PEDIATRÍA

Leza M.¹; Gomez Pizarro F.²; Palti D.³; Alvarez K.⁴; Viard V.⁵

HOSPITAL DEL NIÑO SAN JUSTO^{1,2,3,4}; SANATORIO MATER DEI⁵

<majo.leZA@gmail.com>

755

Cistinosis como causa de acidosis metabólica refractaria: enfermedad genético-metabólica de baja prevalencia (1 entre 100.000 y 200.000 nacidos vivos) de transmisión autosómica recesiva. Niños de 6-12 meses con poliuria y polidipsia debido al daño tubular proximal generalizado, llamado síndrome de Fanconi. La afectación renal es la más precoz y característica. Las manifestaciones extrarrenales más frecuentes son el retraso del crecimiento, la acumulación de cristales de cistina en la córnea y el hipotiroidismo. El diagnóstico se confirma con estudio genético.

OBJETIVO

Reconocer como probable causa de deshidratación y de acidosis metabólica refractaria, afecciones tubulares renales. Considerar como diagnóstico diferencial, enfermedades de depósito lisosomal.

Caso Clínico: Paciente que consulta a las 4 meses de vida, por presentar cuadro de deshidratación secundaria a gastroenterocolitis, donde se evidencia acidosis metabólica hiperclorémica (Anión GAP normal) e hipocalemia. Al disminuir pérdidas gastrointestinales persiste con ritmo diurético elevado y acidosis metabólica hiperclorémica, hipokalemia con pérdida urinaria de potasio de difícil resolución. Se diagnostica Síndrome de Fanconi (Tubulopatía Proximal Generalizada). Con la sospecha de cistinosis, se inicia el estudio buscando focos de depósito lisosomal con resultados negativos. A los 5 años de edad, se realiza el estudio molecular que confirma el diagnóstico. Actualmente se encuentra recibiendo tratamiento sustitutivo y en seguimiento multidisciplinario.

DISCUSIÓN

La forma más frecuente (representa aproximadamente el 95% de los casos), y la más grave, es la forma infantil, con una edad de presentación a partir de los 3-6 meses de vida, en forma de síndrome de Fanconi. Generalmente a partir de los 6 años empieza a declinar la función renal; la evolución natural, sin tratamiento específico, es hacia la insuficiencia renal terminal aproximadamente a los 10 años de vida, en promedio.

CONCLUSIONES

Frente a un paciente con deshidratación, acidosis metabólica y alteraciones electrolíticas refractarias, sospechar una tubulopatía. Se deben diagnosticar enfermedades de depósito lisosomal lo más precozmente posible a fin de indicar el tratamiento sustitutivo y lograr una evolución beneficiosa.



756

TUMOR DE WILMS CLASICO SIN RESPUESTA A DISTINTAS LINEAS DE QUIMIOTERAPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Balla J.¹; Bruno D.²; Vela M.³; Sanchez V.⁴; Stratico R.⁵; De Socio S.⁶; Bailez M.⁷; Slavsky A.⁸; Selandari J.⁹

SANATORIO GÜEMES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<jime_balla@hotmail.com>

INTRODUCCION

El tumor de Wilms es el tumor sólido más frecuente en la edad pediátrica, siendo el 85% de los mismos, con una tasa de 0.7 por 100000 habitantes, con sobrevida del 85-90% a los 5 años.

OBJETIVO

Presentar un caso de tumor de Wilms de presentación inicial clásica e histología favorable, que nunca respondió a distintas líneas de tratamiento quimioterápico.

CASO: Niña de 9 meses, previamente sana, con hallazgo de tumoración en hemiabdomen derecho en la consulta pediátrica habitual, confirmando su presencia mediante ecografía abdominal. Se solicitan: marcadores tumorales (normales), spray de catecolaminas (normales) y RM de abdomen (formación expansiva sólida en hemiabdomen derecho que realza con contraste, de 123 x 109 x 97 mm, desplaza estructuras adyacentes con colapso parcial de VCI, en íntima relación con el riñón derecho). Inicia quimioterapia con Vincristina y Actinomicina D semanal por 4 semanas, por sospecha de Tumor de Wilms y posterior nefrectomía derecha. Anatomía patológica: nefroblastoma trifásico con necrosis escasa y focal (10%), anaplasia ausente, cápsula renal libre. Estadío I (NWTS+5). Por porcentaje de necrosis continúa mismo tratamiento. A pesar de la mejoría clínica, se evidencia en la TC control imagen tumoral similar a la del diagnóstico. Se realiza biopsia reconfirmándose tumor de Wilms, en Estadío IV con alto riesgo. Recibió diversos esquemas que

incluyeron Etopósido, Carboplatino, Ciclofosfamida y Doxorubicina, sin respuesta positiva por lo que se rota a protocolo de rescate (ICE) que también fracasa. Por falta de respuesta a todas las líneas quimioterápicas, se realiza nueva cirugía con excéresis completa del tumor y posterior tratamiento radioterápico con buena evolución clínica inicial. Sin embargo al mes, se diagnostica nueva recidiva por clínica y TC con imágenes tumorales múltiples de iguales características que las previas. Sin más posibilidades de curación ingresa en cuidados paliativos y fallece.

CONCLUSION

Hasta un 15% de los t. Wilms con histología favorable recurren pero solo unos pocos presentan este nivel de refractariedad a múltiples quimioterapias, convirtiéndose en un desafío para el equipo multidisciplinario, tanto durante el esfuerzo curativo como en la etapa solo paliativa.

ENTORNOS EDUCATIVOS VIRTUALES EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE DE POSGRADO EN LA CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRIA. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

757

Moreno L.¹; Simonetta C.²; Boggio G.³; Di Filippo F.⁴; Esper M.⁵; Musse M.⁶; Boiocchi N.⁷; Quiroga D.⁸; Maestri L.⁹

HOSPITAL DE NIÑOS¹; CÁTEDRA DE CLÍNICA PEDIÁTRICA FCM UNC^{2 3 4 5 6 8}; HOSPITAL DE NIÑOS SANTISIMA TRINIDAD DE CORDOBA⁷;

SECRETARÍA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD. FCM. UNC⁹

<lauramoreno@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Las nuevas tecnologías ofrecen la posibilidad de crear entornos virtuales para incorporar estrategias de enseñanza-aprendizaje. Su aplicación en la Educación Superior es un desafío dada las múltiples dificultades y resistencias que se generan en la propia comunidad educativa.

OBJETIVOS

Promover el desarrollo de los contenidos teóricos mínimos de enseñanza de la Pediatría de manera unificada y coordinada entre los diferentes Centros Formadores asegurando la integración y coherencia de la propuesta y el logro de los objetivos profesionales planteados en el Plan de estudios. Incorporar los entornos educativos virtuales como herramienta de innovación pedagógica. Propuesta. Curso Teórico Triannual, semi-presencial, desarrollado en plataforma virtual moodle (FCM-UNC); inició cohorte 2015 (123 alumnos(9 centros formadores) actualmente cursan su tercer año. Cohorte 2016 inició con 93 y 2017 con 87 (total 303 alumnos). La asistencia y disposición permanece favorable por parte de los alumnos-residentes. Presenta una estructura en ejes temáticos, donde cada asignatura contiene módulos mensuales. Las presentaciones/clases/ (audiovisuales) sintetizan los contenidos de la unidad y son guías de estudio para organizar la lectura de material recomendado que se complementa con actividades de autoaprendizaje y participación en foro

de acuerdo al contrato pedagógico establecido. Se realizó evaluación de proceso (participación en las actividades y aprobación de examen semestral y final) y del curso (encuestas a docentes y alumnos y tasa de aprobación/egreso de especialistas).

CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis FODA.

Fortalezas: la plataforma Moodle, aplicada a la educación de posgrado, permite a los alumnos de todos los Centros Formadores tener acceso a los contenidos teóricos mínimos unificados del Plan de estudios de la Carrera. Oportunidades: Facilita el ejercicio dinámico de roles a la vez que permite incorporar contenidos relevantes y actualizados y la construcción colectiva de saberes mediante redes entre especializandos y Docentes.

Debilidades: resistencias por parte del cuerpo docente (directores de centro, jefes de residentes o instructores) y de los estudiantes (falta de entrenamiento en la construcción del conocimiento y el autoaprendizaje). Amenazas: tensiones de poder entre instituciones (educación Vs salud) por el dominio de la enseñanza teórica en los centros de práctica. Podría fomentar la deserción y afectar la tasa de egreso.



SINDROME DE GITELMAN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rull L.¹; Rodríguez J.²; Bruno D.³; Morano P.⁴; Ciancaglini C.⁵; Slavsky A.⁶; Selandari J.⁷

SANATORIO GÜEMES^{1 2 3 4 5 6 7}

<lautaronull@gmail.com>

758

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Gitelman es una tubulopatía heredada con carácter autosómico recesivo, caracterizada por la presencia de hipopotasemia, hipocalciuria, alcalosis metabólica hipoclorémica, hiperaldosteronismo con presión arterial normal. La mayoría suele ser asintomática hasta la adolescencia.

OBJETIVO

Reportar un caso de un paciente con Síndrome de Gitelman como causa poco frecuente de hipokalemia persistente que no responde al tratamiento habitual.

Caso clínico: Niño de 5 años sano, con buen progreso pondoestatural, que concurre a guardia por vómitos persistentes y diarrea tipo acuosa de 24 hs de evolución. Al ingreso se constata deshidratación moderada e intolerancia a la vía oral, se indica ayuno e hidratación parenteral. Evoluciona sin vómitos y comienza con disentería. Se realiza coprocultivo y laboratorio: EAB 7.47/ 29.3/ 21.1/ -1, Na⁺ 129 meq/l, K⁺ 2 meq/l, Cl⁻ 86 meq/l (cloro esperado 101), Urea 21 mg/dl, Creatinina 0,4 mg/dl. ECG con infradesnivel de ST, T negativas. Se indica corrección de potasio EV rápida a 1 meq/kg y se interna. Durante la misma con mejoría de la clínica gastrointestinal, ionograma de control: potasio de 2.6 meq/l, se otorga egreso sanatorial con suplemento de potasio vía oral a 3 meq/kg día y tratamiento antibiótico (coprocultivo positivo a *Shigella Flexneri*). En controles ambulatorios posteriores y con el

paciente asintomático, se observa persistencia de la hipokalemia, alcalosis metabólica e hipomagnesemia, ECG patológico, TA normal. Se interconsulta con nefrología, quien solicita: ecografía renal (normal), renina plasmática (356.7 UI/ml, vn 4.4-46), aldosterona (24.1 ng/dl, vn 2.5-39.2), magnesio (1,149 mg/dl), índice calciuria/creatinuria disminuido, gradiente transtubular de K⁺ aumentado. Debido a la hipopotasemia persistente pese al tratamiento instaurado y la gastroenteritis resuelta, confirmando pérdida renal de potasio, alcalosis metabólica, con calciuria disminuida y normotensión, se realiza diagnóstico de Síndrome de Gitelman. Actualmente en seguimiento por nefrología, en tratamiento con suplemento de potasio vía oral 3 meq/kg/día, magnesio y espironolactona 1 mg/kg/día, presentando buena evolución.

CONCLUSIÓN

Destacamos que, en hipokalemia persistente, es importante evaluar precozmente la función tubular renal, luego de corregidas las causa de hiperaldosteronismo secundario (diarrea severa, deshidratación, shock, etc.).

TRANSECCIÓN INTESTINAL EN TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Castellani M.¹; Lujan L.²; Lioi J.³

CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA^{1 2 3}

<castellanimateo@gmail.com>

759

INTRODUCCIÓN

En pediatría, los traumatismos cerrados de abdomen representan el 87% de los traumatismos abdominales. La mayoría de ellos son consecuencia de los accidentes de tránsito. Se debe tener alto índice de sospecha para poder diagnosticarlo. La anatomía del niño predispone a lesiones abdominales, debido a la presencia de un abdomen globuloso, con exposición de las vísceras y menor fortaleza en los músculos abdominales. El uso del cinturón de seguridad, en los países desarrollados, si bien ha mostrado disminuir la gravedad de las lesiones craneoencefálicas, ha aumentado la frecuencia de lesiones abdominales. En los traumas cerrados de abdomen en pediatría es común encontrar lesiones de (en orden decreciente de frecuencia): bazo, hígado, páncreas, yeyuno - íleon, colon - recto, estómago, duodeno y lesiones del aparato genitourinario.

OBJETIVOS

El objetivo de la presentación de este caso es la de informar o recordar la importancia del estudio exhaustivo del paciente que ha sufrido un politraumatismo, aún más de aquel que tiene estigmas de lesiones abdominales.

Descripción del caso

Paciente de sexo masculino de 13 años de edad, previamente sano, sufre 4 horas previas al ingreso accidente en la vía pública (auto vs auto), es asistido por Servicio de Emergencias Médicas. Se realiza ecografía abdominal (líquido libre en Morrison, ambos parietocólicos y en fondo

de saco de Douglas e interasas), se realiza TAC de abdomen con contraste endovenoso (importante cantidad de líquido intra-abdominal sin objetivar lesión de órgano sólido). Paciente permanece estable clínicamente, con dolor abdominal leve. 20 horas posteriores al ingreso, el paciente presenta taquicardia, taquipnea, sudoración y exacerbación del dolor abdominal. Se completa estudio abdominal con TAC de abdomen con doble contraste (oral y endovenoso) que informa importante cantidad de líquido intra-abdominal donde el contraste oral presenta llenado de estómago, duodeno y primeras asas de yeyuno, observándose importante salida del contraste oral a cavidad peritoneal a favor de rotura de víscera hueca. Se decide laparotomía exploradora donde se halla una transección gastroduodenal completa.

CONCLUSIÓN

Los traumatismos cerrados de abdomen son frecuentes en pediatría. Las lesiones intestinales no son frecuentes pero deben ser tenidas en cuenta, su diagnóstico se realiza teniendo un alto nivel de sospecha.



FACTORES ASOCIADOS AL FRACASO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VNI) EN LACTANTES CON BRONQUIOLITIS

760

Pasquali M.¹; Moreno L.²; Esquinas Rodríguez A.³; Badalotti M.⁴; Genaro M.⁵; Gili M.⁶; Seifi C.⁷

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD DE CORDOBA^{1,4,5,6,7}; CÁTEDRA DE PEDIATRÍA.UNC²; UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA. HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.ESPAÑA³ <marianapa@gmail.com>

Fundamentación. El tratamiento de la bronquiolitis se basa en medidas de sostén y administración de oxígeno con, o sin apoyo ventilatorio, de acuerdo al grado de hipoxemia o insuficiencia respiratoria. La utilización de ventilación no invasiva (VNI) permite asistir a cuadros graves evitando el uso de ventilación invasiva/intubación. Los factores asociados al fracaso de esta terapéutica aún no han sido completamente determinados.

OBJETIVOS

Describir características y evolución de los casos de bronquiolitis que recibieron VNI en el Hospital de Niños de Córdoba/HNC (2004-2008) e identificar factores asociados a fracaso del procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron lactantes con bronquiolitis que recibieron VNI (HNC-2004-2008) registrando características clínicas al ingreso (escala de TAL, gases, Sat O₂), comorbilidades, evolución y complicaciones. Se consideró fracaso a la necesidad de intubación/ARM (inicial-precoz-tardía). Se analizó asociación entre variables clínicas y fracaso VNI mediante análisis univariado y multivariado en los casos sin comorbilidad. Se asumió significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Muestra final 262, masculinos 147 (56%), edad media 5,5±4 meses (1-24). Duración 4 días (2-18). Comorbilidades 39 (14%). Fracaso en 65 (24,8%). Solo la edad <3 meses (OR: 2,2; IC95%: 1,3-3,9; $p=0,003$), tiempo de evolución >24hs (OR: 2,11; IC95%: 1,2-3,64; $p=0,0068$) y la hipercapnia inicial (OR: 2,6; IC95%: 1,3-15,5; $p=0,003$) se asociaron a fracaso. Complicaciones: lesiones en piel 36, conjuntivitis 18, distensión gástrica 3 y barotrauma 3.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes tratados con VNI se adaptaron exitosamente al procedimiento (76%) con escasas complicaciones. La corta edad, hipercapnia y evolución >24hs se asociaron a fracaso. Probablemente la indicación más precoz de VNI en <3 meses podría contribuir a mejorar los resultados.

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DE PREMATUROS EXTREMOS CON PESO < 1.500 GR. AL NACIMIENTO, AL ALTA, A LAS 40 SEMANAS DE EDAD CORREGIDA, HASTA ALCANZAR CATCH UP NUTRICIONAL DURANTE EL PERIODO 2014-2017

763

Paiva Suárez K.¹; Suárez C.²; Arrieta M.³; Roldan O.⁴; Ferreyra M.⁵

SANATORIO DEL SALVADOR^{1,2,3,4,5} <karolpaivas@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Un desafío en el prematuro es mantener la ganancia de peso similar al crecimiento intrauterino. Los prematuros con bajo peso al nacer, al egreso se encuentran aún en un percentil <10 para peso atribuido por distintas patologías frecuentes en la prematuridad o infecciosas¹. A menor edad gestacional y peso al nacer, menor será la velocidad de crecimiento extrauterino². Los pacientes con hipocrecimiento prenatal logran la recanalización antes de los 2 años de vida.³

OBJETIVO

Describir el seguimiento nutricional de Prematuros Extremos (RNPrTE) con peso < 1.500 gr. al nacimiento, al alta, a las 40 semanas de edad corregida, hasta alcanzar catch up nutricional durante el periodo 2014-2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, cuantitativo, transversal, descriptivo. Herramientas: base de datos en Excel v.2015 a partir de Historias clínicas del Servicio de Neonatología, y tablas de percentiles de la OMS. Muestra: 37 RNPrTE con peso <1500 gr.

RESULTADOS

Al nacimiento, el 32% de los RNPrTE se encuentran en el p3. Al Alta solo el 19% de los pacientes se encuentran en $p > 10$. A las 40 semanas de Edad

Corregida, el 54% de nuestros pacientes permanece aún en un $p < 3$, y solo el 38% se encuentra en $p > 10$. El 92% alcanzan el catch up a los 4 meses de Edad Corregida. Aquellos que nacen en un p3, p10 y p50, luego de su descenso durante la internación ascienden al p10 recién a las 40 semanas de edad corregida logrando el catch-up correspondiente, por el contrario los que nacen con un p25 recuperan rápidamente el carril del p50 antes de las 40 semanas de edad corregida.

CONCLUSIONES

La mayor parte de nuestros prematuros extremos al nacimiento son Adecuados para la Edad Gestacional. Al alta y a las 40 semanas de Edad Corregida son aún Pequeños para la Edad Gestacional, logran la suspensión de la nutrición parenteral en menor tiempo del estimado, la mayoría alcanza el catch up antes del año de vida favorablemente.



REGIONALIZACIÓN PERINATAL (REGIÓN SANITARIA VII, PCIA DE BS AS)

764

D'agostino M.¹; Bentivegna S.²; Sada M.³

HTAL MATERNO NEONATAL ESTELA DE CARLOTTO^{1 2 3}

<vivianadagostino@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Regionalización de los servicios materno-perinatales, significa el desarrollo, dentro de un área geográfica, de un sistema de salud materno y perinatal coordinado en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población, se identifica el grado de complejidad que cada institución provee razonable.

OBJETIVOS

Relatar la experiencia de regionalización implementada en el corredor sanitario de la Región Sanitaria VII, desde los resultados obtenidos en el Hospital Materno Neonatal "Estela de Carlotto".

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA: El Hospital Materno Neonatal "Estela de Carlotto" es una Institución sanitaria de baja complejidad (2° nivel), ubicada en el Partido de Moreno, perteneciente al Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As. Forma parte del Corredor Sanitario integrado por los 40 centros de salud del Distrito de Moreno, el Htal Provincial "Mariano y Luciano de la Vega" y el Htal Nacional "Alejandro Posadas" correspondiente a la Región Sanitaria VII. La regionalización se organizó en torno a 4 niveles de atención o de complejidad para la atención perinatal, categorizando a los recién nacidos según su requerimiento de atención neonatal. La Institución comenzó a funcionar en Enero del año 2013, utilizando desde sus inicios el Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), que brinda atención perinatal desde una perspectiva de derechos y en forma interdisciplinaria.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

La regionalización estimuló la atención de la embarazada en la atención primaria, donde será derivada a la complejidad correspondiente según el riesgo que presenten quedando en seguimiento solo las pacientes de baja complejidad. En la semana 34-35 todas las embarazadas de baja complejidad serán derivadas a la maternidad (nivel 2) para realizar una consulta de Tamizaje donde se realiza una nueva pesquisa de riesgo, derivando a la embarazada al lugar que corresponda según la complejidad, considerándose el traslado in útero como el más seguro. Toda embarazada sin complejidad será contenida dentro del seguimiento y parto dentro de la maternidad. Dentro de la evaluación intentamos mostrar cómo se disminuyen los requerimientos de neonatología de mediana y alta complejidad en una población seleccionada y recepcionada dentro de una maternidad liderada por el modelo de MSCF, en el período 2015-2016. Para lo cual utilizaremos los siguientes indicadores: RN menores de 2.500 grs, Requerimiento de alta complejidad de los recién nacidos, Porcentaje de partos que pasaron por tamizaje, Tasa de ingreso a Neonatología, Mortalidad materna y Mortalidad neonatal.

CONCLUSIÓN

Estratificar el riesgo en el seguimiento de una embarazada y accionar oportunamente, hace que cada mujer y cada niño sean atendidos en el lugar adecuado, realizando de esta manera un buen aprovechamiento del recurso humano y tecnológico, donde mayor o menor complejidad deben ser entendidas según los requerimientos del caso. Fortaleciendo que baja o alta complejidad deben ser realizados en la búsqueda de la alta calidad.

ENCEFALITIS DE RASMUSSEN, A PROPÓSITO DE UN CASO

766

García Pallotti F.¹; De Lillo L.²; Bayaut N.³; Guerra V.⁴; García Fretes N.⁵

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS DR PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5}

<facundopallotti@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La encefalitis de Rasmussen es una alteración cerebral inmunomediada, rara pero severa, que genera atrofia unilateral y disfunción neurológica progresiva con convulsiones de difícil tratamiento. Presenta un curso crónico con convulsiones que progresan a través de un hemisferio cerebral, y con hemiparesia progresiva unilateral u otros déficit funcionales.

OBJETIVO

Describir un caso de una patología poco frecuente.

CASO CLÍNICO

Consulta un paciente de 11 años de edad por labilidad emocional, paresia braquiocrural izquierda y cefalea frontal de un mes de evolución. Se realiza laboratorio completo, serologías y examen de LCR que resultan normales. Presenta en RMN cerebral lesiones hiperintensas en T2 a predominio de regiones temporal e hipocampal derechas. Responde parcialmente a metilprednisolona y gammaglobulina. Intercurre luego con convulsiones focales por lo que se agrega levetiracetam y lacosamida. Se realiza EEG que informa hipovoltaje. Al repetir RMN cerebral se evidencia atrofia cortical derecha, realizándose el diagnóstico de encefalitis de Rasmussen.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de esta patología se realiza al cumplir criterios diagnósticos clínicos, (convulsiones focales y déficit cortical unilateral), electroencefalográficos (enlentecimiento unihemisférico con o sin actividad epileptiforme) y de imágenes (en la RMN: atrofia cortical unihemisférica, con señales hiperintensas en T2/FLAIR o con atrofia ipsilateral o hiperintensidad en cabeza del caudado). El objetivo del tratamiento es el cese de las convulsiones y de la progresión del déficit neurológico, lo cual resulta dificultoso dada la falta de opciones terapéuticas efectivas. La hemisferectomía se ofrece como la única alternativa promisoriosa.

CONCLUSIÓN

La encefalitis de Rasmussen es una enfermedad de etiología poco clara y con pocas opciones de tratamiento, a la espera de futuras investigaciones que permitan aclarar su fisiopatología y mejorar su pronóstico.



TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS Y PAPILEDEMA TRAS UNA OTITIS MEDIA AGUDA: A PROPOSITO DE UN CASO

767

Castro Rassa A.¹; Perez Oblitas E.²; Velez J.³; Salerno M.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS "SOR MARIA LUDOVICA"^{1,2,3,4}

<anitacastro_9@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La otitis media aguda (OMA) es una infección generalmente benigna en niños. Sin embargo, la mala evolución de una infección ótica desencadena una complicación que se presenta desde formas leves hasta extremadamente graves. La OMA produce complicaciones intracraneales como meningitis, absceso intracraneal y trombosis de seno sigmoide en aproximadamente el 0.24 – 6% y extra craneales como mastoiditis, petrositis, parálisis facial y laberintitis en el 0.45% en los casos de OMA supurativas.

OBJETIVO

Describir las características clínicas de un paciente con complicación en un proceso ótico asistido en un Hospital Público Pediátrico.

Caso clínico: Paciente masculino de 10 años de edad, obeso (> 3 DS), con cuadro de 1 mes de evolución de cefalea frontal a predominio derecho, vómitos no precedidos por náuseas, visión borrosa, diplopía, episodio convulsivo y fiebre. Inicialmente diagnosticado como otitis media aguda y sinusitis; se solicita TAC de encéfalo (informada como normal) y evaluación oftalmológica en donde se evidencia edema de papila bilateral tratada con corticoide. Por persistencia de cefalea con maniobras de valsalva, dolor laterocervical izquierdo y aumento del edema se solicita su derivación. A su ingreso el LCR tenía una presión de apertura aumentada (35 cm H2O) con un citoquímico normal y cultivo negativo. En RNM de encéfalo se objetivan signos sugestivos de Chiari I, trombosis venosa yugular y senos sigmoideos izquierdos, nervios ópticos normales, ocupación

parcial de celdillas mastoideas adyacentes considerándose trombosis secundaria a proceso infeccioso por lo que se medica con ceftriaxona y acetazolamida. Estudios complementarios muestran Eco doppler de vasos de cuello normal, evaluación por ORL encontrando hipoacusia sensorial leve bilateral y conductiva moderada izquierda. Hematología medicó con heparina de bajo peso molecular y posteriormente acenocumarol. Con evolución clínica favorable egresa con anticoagulación oral, acetazolamida y tratamiento antibiótico con amoxicilina clavulanico. Desde el alta se ha seguido ambulatoriamente y permanece asintomático.

CONCLUSIÓN

Si bien la mayoría de las infecciones óticas no presentan complicaciones frecuentes, la aparición de síntomas neurológicos de novo, deben hacer pensar al pediatra en una complicación relacionada a la OMA

SÍNDROME FEBRIL NEONATAL

Yossen M.¹; Villagra M.²; Butarelli L.³

NEONATOLOGÍA HOSPITAL DR ORLANDO ALASSIA^{1,2,3}

<m.yossen@hotmail.com>

768

INTRODUCCIÓN

El síndrome febril (SF) es motivo de consulta frecuente. Los neonatos generan un dilema, por temor a no reconocer y no tratar una infección bacteriana grave (IBG).

Para la búsqueda de signos que identifiquen al niño con alta probabilidad de IBG la escala más empleada es la de Rochester

OBJETIVO

Incidencia de ingresos con SF en Neonatología nivel IIIB.

Conocer el diagnóstico de egreso.

Relacionar la metodología de estudio con la presencia de IBG y su utilidad en la toma de conductas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, revisión de Historias Clínicas de 01/01/13a31/05/17.

Se usó escala de Rochester para clasificar como bajo riesgo (BR)/alto riesgo (AR).

RESULTADOS

131 neonatos con SF de 2723 ingresos (6.13%)

<15 días 42%, de los cuales 25% <7 días

Al 100% se les solicitó hemograma, PCR y orina completa

Hemocultivo en 106 (67BG). Urocultivo en 90 (51 BR), cultivo de LCR a 33 (17 de BR), coprocultivo 2, Aspirado nasofaríngeo 7

26% leucocitos >15000/mm³. 6% <5000U/mm³

Patologías halladas en tabla anexa

Diagnóstico final	%	%BR	%AR
SF	32	73	27
Cuadro Vía aérea superior	20	80	20
Infección urinaria	10	7	93
Sepsis clínica	6	37	63
Sobrealentamiento	7,4	70	30
Deshidratación	6	89	11
Exantema viral	4	84	16
Urosepsis	3	75	25
Encefalitis enterovirus	2	66	34
Encefalitis herpética	0,8	100	
Sepsis SAMS	1,6	50	50
Neumonía	1,6	100	
Meningitis bacteriana	1,6		100
Sepsis st epidermidis	0,8		100
Neutropenia	0,8		100
Gastroenteritis	0,8		100
Celulitis	0,8		100
Bronquiolitis	0,8	100	

Fueron clasificados como BR 64% y AR 36%

Infecciones graves 18.3% (en negrita en tabla). PCR elevada al ingreso en 87.5% de éstas

De los ingresados como AR, IBG confirmada en 26%. De los BR, 11.7% fueron infecciones graves: 6 IBG y 4 encefalitis virales. De las IBG clasificadas como BR, 100% tenía PCR elevada, y 23% factores de riesgo maternos perinatales. 2 de las encefalitis virales con PCR elevada. 32% no recibió ATB. De ellos, 18% tenía AR, y 7 de éstos eran <7 días (donde leucocitosis es normal); éstos tenían PCR negativa y sin antecedentes maternos patológicos. Desde el ingreso, recibieron ATB 67%, el cual 48% AR. Sin fallecidos.

CONCLUSIÓN

El SF constituye un porcentaje significativo de ingresos al servicio. Las causas más frecuentes son Cuadros vía aérea superior, Infección urinaria, y un porcentaje alto se egresa como SF sin foco aparente. Para clasificar al SF neonatal como AR se debe tener una evaluación inicial que tenga en cuenta los antecedentes maternos, y en laboratorio, agregar a los criterios de Rochester, la PCR cuantitativa. Tener en cuenta que en los primeros días de vida, la leucocitosis es normal.



OBSTRUCCION INTESTINAL AGUDA SECUNDARIA A DIVERTICULO DE MECKEL GIGANTE VOLVULADO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

769

Ripamonti J.¹; Bellofatto L.²; Vela M.³; Bruno D.⁴; Di Benedetto V.⁵; Slavsky A.⁶; Selandari J.⁷

SANATORIO GÜEMES^{1 2 3 4 5 6 7}

<julieta.ripamonti@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, con una prevalencia entre 0,5 y 2% de la población general y ligero predominio en sexo masculino. Representa un divertículo verdadero, resultante del cierre incompleto del conducto onfalomesentérico. Suelen ser asintomáticos. Un 4 % puede desarrollar complicaciones, siendo las más frecuentes hemorragia, obstrucción e inflamación. La obstrucción intestinal debida a necrosis del divertículo de Meckel secundaria a la torsión sobre su eje axial es una complicación infrecuente.

OBJETIVO

Reportar un caso de abdomen agudo en un paciente pediátrico secundario a obstrucción intestinal, debido a un Divertículo de Meckel gigante volvulado. Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 4 años de edad, derivado de otro centro por dolor abdominal y vómitos de 24 hs. de evolución. Antecedentes: constipado habitual, desde el año de vida en tratamiento con polietilenglicol. Adjunta los siguientes estudios: Rx de abdomen pie: niveles hidroaéreos, asas intestinales dilatadas y ausencia de aire distal. Ecografía abdominal: asas de intestino delgado dilatadas con disminución del peristaltismo. Datos positivos del laboratorio: ERS 95 mm/h, PCR 152 mg/L, EAB 7.39/ 25/ 15.3/ -8, resto normal. Al examen físico: regular estado general, febril (38°C). Abdomen distendido, dolor generalizado a la palpación a predominio de fosa ilíaca derecha, ausencia de ruidos hidroaéreos.

El paciente evoluciona desfavorablemente, presentando signos de sepsis por lo que se realiza expansión con solución fisiológica, se toman 2 HMC y se inicia antibioticoterapia con Ampicilina-Sulbactam + Gentamicina. Por sospecha de apendicitis aguda, cirugía infantil realiza intervención quirúrgica evidenciándose asa necrótica y salida de líquido turbio por lo que se amplía incisión, se eviscera todo el intestino delgado, se comprueba divertículo de Meckel gigante (12 cm) necrótico volvulado, que requirió resección intestinal con anastomosis termino-terminal y enterolisis por abscesos interasas. Evolución posterior favorable.

CONCLUSIÓN

La obstrucción intestinal debida a complicaciones del divertículo de Meckel, si bien es poco frecuente, es uno de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta, sobretudo en menores de 2 años, ante la presencia clínica de un abdomen agudo sospechoso de apendicitis.

ALTERACIONES DEL NEURODESARROLLO EN NIÑOS DE 18 A 36 MESES DE LA CIUDAD DE SANTA FE. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

770

Aimi C.¹; Oneglia M.²; Astorino F.³

HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA^{1 2 3}

<cotiaimi_17@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son compromisos de la comunicación e interacción social que emergen tempranamente, aunque el diagnóstico es tardío demorando así el tratamiento. Existen escalas de vigilancia temprana no frecuentemente empleadas en APS.

OBJETIVOS

Determinar cuántos niños de 18 a 36 meses presentaron alteraciones del neurodesarrollo y en qué dominios según las escalas: Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Haizea-Llevant (HZ) y Cuestionario de Autismo en la Infancia Modificado (MCHAT) como screening de TEA. Evaluar acceso a controles, tiempo de demora. Investigar terapias recibidas, frecuencia, duración, terapeutas, instituciones involucradas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico, observacional, de cohorte, prospectivo. Muestra aleatoria de 512 niños de 18 a 36 meses de la ciudad Santa Fe, de una investigación de la Universidad Nacional del Litoral. Se evaluaron niños en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), Centros de Asistencia Familiar, Hospital de niños y jardines maternas. Se evaluó riesgo en el desarrollo según AIEPI y HZ. Se aplicó M-CHAT a padres de niños con riesgo. Niños MCHAT positivo fueron evaluados por neuropediatra con escala específica para autismo. Todas las familias de niños con riesgo participaron de encuesta telefónica.

RESULTADOS

Del total de 512 niños, 60 tuvieron fallas en las evaluaciones. M-CHAT positivos, 7: Autismo (3), TEA (2), No TEA (2). Dominio más afectado: Lenguaje y lógica matemática. Grupo MCHAT negativo, pauta más alterada: "Nombra frases de tres palabras", con una pauta de alarma: "Estereotipias verbales". En MCHAT positivo predominó: Ejecuta dos órdenes-Estereotipias verbales -Pérdida del balbuceo. Área más afectada en niños TEA y no TEA fue comunicación. Encuestas telefónicas (60): 10 familias no consultaron, 15 a pediatra, y 12 a neuropediatra. La demora fue mayor a 30 días, en CAPS (44%). Reciben terapia 10 de los niños con alteraciones.

CONCLUSIÓN

60 niños con riesgo para alteración en el neurodesarrollo fueron identificados. Utilizar escalas estandarizadas en desarrollo en APS, mejora derivación temprana haciendo posibles intervenciones oportunas. Los dispositivos de atención al desarrollo resultan escasos en nuestra ciudad.



COQUELUCHE: IMPACTO DE LA VACUNACIÓN MATERNA EN NIÑOS ASISTIDOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO. 2003-2016

771

Lucion M.¹; Juárez M.²; Martínez A.³; Romanin V.⁴; Areso S.⁵; Marques M.⁶; Mistchenko A.⁷; Gentile A.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS "R. GUTIERREZ" ^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<flor_lucion@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN

Con el propósito de reducir la morbimortalidad por Bordetella Pertussis (Bp) en niños menores de 6 meses, en el año 2012 en Argentina se incorporó la vacunación con dTpa durante el embarazo.

OBJETIVOS

Describir el impacto de esta estrategia sobre la tasa de hospitalización y analizar cambios en el perfil clínico de los casos hospitalizados de Bp comparando los períodos pre y post vacuna dTpa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo antes y después que comparó las tasas de hospitalización (x 10.000) de los casos Bp entre los periodos pre-vacunación (PreV: 2003-2011) y post-vacunación (PostV: 2013-2016) excluyendo año de intervención (2012). Adicionalmente se realizó un análisis de corte transversal sobre el perfil clínico de los casos en ambos periodos considerando edad, sexo, porcentaje de hospitalización, ingreso a terapia intensiva, días totales de internación y letalidad. La medida de asociación utilizada para variables categóricas fue el OR y para las variables continuas se utilizaron test no paramétricos. Se incluyeron todos los casos de Bp confirmados con PCR.

RESULTADOS

Sobre un total de 324 casos confirmados la mediana de edad fue de 3 meses (RI = 2-6 meses), 54 % fueron mujeres; 83 % fueron hospitalizados

con una mediana de días de internación de 7 (RI = 4-12 días) y 17% requirieron internación en UTI. Los casos confirmados mostraron un patrón estacional predominantemente de septiembre a febrero (primavera-verano). La tasa de letalidad fue del 5,3% (14/264) y todos los casos fatales sucedieron en el periodo PreV. La tasa promedio de hospitalización para PreV fue de 22,3 y PostV de 11,7 (reducción de casos de - 47,6%; IC95% 26.4-62.6%; p<0,001). La comparación de los periodos PreV y PostV respectivamente fue: mediana de edad de 3 meses (RI2-5) y 9 meses (RI4-23) p0, 001; mujeres 54% y 59,3% OR 1.23 (0.68-2.19), hospitalización 86,8% y 69,5% OR 2,9 (1.5-5.6), tiempo de internación 7 (RI4-12) y 6 (RI4-13) Ns, requerimiento de UTI 17% y 15% OR 1,19(0.46-3.05).

CONCLUSIONES

Durante el periodo post introducción de la vacuna, se observó un descenso de la tasa y porcentajes de hospitalización así como de la necesidad de uso de UTI. Los casos confirmados fueron de mayor edad y no se registraron muertes.

MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B: 25 ANOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN UN HOSPITAL PEDIATRICO

772

Juárez M.¹; Martínez A.²; Lucion M.³; Della Latta M.⁴; Areso S.⁵; Burgo C.⁶; Romanin V.⁷; Bakir J.⁸; Turco M.⁹; Gentile A.¹⁰

HOSPITAL DE NIÑOS "R. GUTIERREZ" ^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<mavijuarez@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Hib fue el principal agente causal de meningitis bacteriana aguda en niños menores de 5 años hasta la introducción de la vacuna en calendario en 1998. En 2012, un número inesperado de casos de enfermedad invasiva por Hib generó un alerta frente a la posibilidad de reemergencia.

OBJETIVO

Identificar tendencias en el aumento del número de casos de meningitis por Hib (HibMen) desde la introducción de la vacuna.

MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes admitidos con HibMen confirmada en el " Hospital de Niños R. Gutiérrez" durante los períodos 1992-2017 (junio). Se realizó un análisis de series temporales comparando las tasas de hospitalización de HibMen (cada 10.000 egresos) en los periodos pre vacunación (PreV) 1992-1997 y post vacunación (PostV) inmediato (1999-2004), mediato (2005-2010) y tardío (2011-2017). El año 1998 se excluyó por tratarse de un periodo de transición.

RESULTADOS

Fueron admitidos 85 pacientes con MHib (73,3% preV). Las características clínicas y sociodemográficas de los casos en ambos períodos no mostraron diferencias. PreV: 10,5 casos/año y PostV: 0,7 casos/año. A partir de 2014, se observó un aumento. Tasa de letalidad: 4,8% (todos prevacunación). Datos PostV (n=15): 40% del esquema primario completo, 40% del esquema atrasado para la edad. Reducción global de la tasa hospitalaria

de MHib de 94,7% (IC 95%: -89.8-97.3%; p<0,001) en el período PostV. Al analizar los diferentes períodos PostV se observa una caída en la reducción a lo largo del tiempo.

CONCLUSIONES

Se observó un ascenso de la tasa de hospitalización estadísticamente significativa en el PostV tardío. El impacto en la reducción de casos luego de la introducción de la vacuna muestra una tendencia en descenso.



A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUROMIELITIS ÓPTICA VERSUS ATROFIA ÓPTICA

773

Barlassina E.¹

HOSPITAL ALEJANDRO GUTIERREZ, VENADO TIERTO¹

INTRODUCCIÓN

La neuromielitis óptica (NMO) o síndrome de Devic, es una enfermedad inflamatoria, autoinmune y desmielinizante del sistema nervioso central que se caracteriza por ataques de neuritis óptica y mielitis, provoca gran invalidez neurológica, ceguera y hasta la muerte. Criterios absolutos para el diagnóstico de NMO (se requiere todos los criterios absolutos). 1. Neuritis óptica. 2. Mielitis aguda. 3. Ausencia de enfermedad clínica fuera de la médula espinal y los nervios ópticos. Criterios principales de soporte: 1. La RMN de cerebro debe ser negativa al diagnosticarse la enfermedad (sin criterios radiológicos de EM). 2. RMN de médula espinal con signos de alteraciones en T2 que se extiendan sobre tres o más segmentos vertebrales. 3. Pleiocitosis del LCR (más de 50 leucocitos/mm³ ó más de 5 neutrófilos/mm³). Criterio secundario de soporte: Neuritis óptica con agudeza visual fijada peor que 20/200 en al menos un ojo. La terapia se centra en el tratamiento de los ataques agudos, la prevención médica de las complicaciones y la rehabilitación.

OBJETIVOS

La importancia del trabajo interdisciplinario, mientras más profesionales nos aboquemos de manera comprometida en la práctica de nuestra profesión, mejores y más efectivos serán los resultados. Descripción del caso: niña de 10 años derivada de consultorio oftalmológico por disminución aguda de la agudeza visual progresiva bilateral. Curso viroso de vía aérea superior días previos. Afebril. Al ingreso se presenta con leve compromiso del estado general, vigilia, lucida, Glasgow 15/15. Se objetiva disminución de la agudeza visual OD 2/10 OI visión luz. PIRS. En el Fondo de ojo se observa Nervio

óptico de aspecto blanco nacarado con excavación 1-3/6. Presenta como antecedente Neuritis óptica año 2013 que responde de forma óptica al tratamiento con corticoides. Se realiza interconsulta con Neurología infantil y se solicitan: RMI de encéfalo-Globos oculares y Columna dorsal: normales Columna cervical: cambio de intensidad del Cordón medular cervical TAC: normal LCR: cito químico: normal Se solicitan serologías en LCR para CMV, VHS 1 y 2, Varicela, VEB, Enterovirus, Influenza, Micoplasma, los cuales resultaron negativos. Bandas oligoclonales, IgG neuromielitis óptica. Se plantan los siguientes diagnósticos diferenciales: Disminución aguda de la agudeza visual: Neuromielitis óptica/Neuritis óptica/Atrofia óptica/Esclerosis Múltiple Se comienzan con pulsos de metilprednisolona a 30mg/kg/día por 5 días, con mejoría clínica. Agudeza visual OD 5/10 OI 1/10. Se da alta hospitalaria, continúa con metilprednisolona en descenso, 25% por semana, en cuatro semanas.

CONCLUSIÓN

En todo paciente pediátrico afebril, sin antecedentes traumáticos ni infecciosos, sin compromiso de la cámara anterior ni posterior del ojo y con edema de papila en el fondo de ojo, que comienza con trastornos en la visión que progresa rápidamente a ceguera y con signos de mielitis, se debe pensar en neuritis óptica bilateral o enfermedad de Devic, para así instaurar precozmente el tratamiento con corticoides ya que cuanto antes se comience el mismo, más rápidamente recuperará sus funciones, con mayor capacidad de éxito.

INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS ACCIDENTALES EN LA INFANCIA

774

Gutte P.¹; Almara D.²; Bravo Ramirez L.³; Galvis Estrada J.⁴; Soto Angarita J.⁵; Piccolomini M.⁶

HOSPITAL DR. CLAUDIO ZIN^{1,2,3,4,5,6}

<pamelagutte@gmail.com>

El contacto con una sustancia potencialmente tóxica o los problemas derivados de éste son un motivo de consulta muy poco frecuente en pediatría. A pesar de que de manera general se trata de situaciones que revisten poca gravedad, en casos seleccionados existe riesgo de muerte o secuelas importantes para el niño.

Una intoxicación es el conjunto de signos y síntomas provocados por un tóxico, sustancia química capaz de producir la muerte u otros efectos perjudiciales en el niño. Suponen la segunda causa de accidente en niños tras los traumatismos. Pueden ser accidentales o voluntarias. Las primeras son propias de los niños pequeños y las segundas de los adolescentes. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y observacional de los pacientes ingresado en la UDP (Unidad de Diagnóstico Precoz) del Hospital Dr. Claudio Zin de Malvinas Argentinas en el periodo comprendido entre enero de 2014 hasta diciembre de 2016. Los pacientes recepcionados por intoxicación medicamentosa accidental, fueron en total 231, con una media de edad de 30 meses (con un rango de 1 mes a 12 años), de los cuales 116 fueron varones (50,2%) y 115 mujeres (49,8%). La relación varón:mujer fue 1:1. Hubo 5 pacientes que tuvieron 2 ingresos por intoxicación medicamentosa, por lo cual fueron internados para valoración por Servicio Social, del total fueron internados 22 pacientes en sala de pediatría y uno solo requirió internación en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos por intoxicación con organosfosforados.

Sustancia	Porcentaje (%) (n° de casos)
Benzodiazepinas	21.22 (49)
Otras	18,18 (42)
Raticidas	12.12 (28)
AINES	8.65 (20)
Aguarras	6.06 (14)
Lavandina	5.62 (13)
Nafta	4.76 (11)
Neuroléptico	4.32 (10)
Monóxido de carbono	3.46 (8)
Loratadina	3.03 (7)
Silicona	2.59 (6)
No sabe	2.16 (5)
Soda caustica	1.73 (4)
Cal	1.73 (4)
Antibióticos	1.73 (4)
Antihipertensivos	1.29 (3)
Sulfato ferroso	0.86 (2)

Las unidades de pediatría deben estar preparadas para realizar tratamiento precoz a las intoxicaciones medicamentosas, se debe realizar una correcta anamnesis, para encontrar la etiología más probable y el correcto tratamiento. Como pediatras debemos realizar prevención de accidentes a partir de la consulta del sexto mes, ya que a medida que el niño adquiera mas independencia, va a ser proporcional al incremento de accidentes domésticos, sea a ingestión de sustancias, como traumáticas.



UN CASO DE ESCORBUTO EN EL SIGLO XXI

Wolf M.¹; Gallardo M.²; Macchi W.³; Gonzalez A.⁴

HOSPITAL ALEMÁN^{1,2,3,4}

<mariavictoriawolf@gmail.com>

775

En el marco del congreso de pediatría con el lema “La niñez de hoy: desafío, oportunidad y esperanza”, presentamos el caso clínico de un niño con un cuadro nutricional infrecuente en el marco de una entidad clínica de prevalencia creciente en nuestros niños: trastorno generalizado del desarrollo no tipificado.

El niño consulta por el segundo episodio de un cuadro clínico caracterizado por petequias de distribución folicular en ambas piernas, ataxia, dolor en ambos miembros inferiores, gingivitis con gingivorragia. Fue estudiado en 2013 por episodio de las mismas características (panel extenso de estudios reumatológicos, neurológicos, hematológicos, todos normales). Al indagar sobre sus hábitos alimenticios llama la atención la rigidez en su alimentación, limitándose a hidratos de carbono (arroz) y proteínas (milanesas).

Frente a esto se piensa y se confirma el diagnóstico de escorbuto. Es interesante la forma de presentación clínica de esta deficiencia alimentaria, infrecuente en nuestro tiempo. Sin embargo creemos que el desafío que nos plantea este niño es claro: la selectividad y la rigidez en la alimentación de los niños que sufren TGD nos obliga a cuestionarnos que intervención podemos tener como pediatras en algo tan trascendental como su crecimiento y desarrollo. ¿Qué medidas preventivas podemos tomar?

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE SECUNDARIO A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lioi J.¹; Castellani M.²

CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA^{1,2}

<jaqueline.lioi89@gmail.com>

776

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES) es un síndrome clínico- imagenológico, caracterizada por cefalea, convulsiones, disminución del nivel de conciencia y alteraciones visuales, y leucoencefalopatía en región occipito- parietal. Presenta múltiples etiologías entre las cuales se encuentra agentes quimioterápicos específicos.

OBJETIVOS

Describir PRES como complicación poco frecuente de quimioterápicos administrados para tratamiento de LLA. Resumen: Paciente de sexo femenino, de 7 años de edad con diagnóstico de LLA-B bajo tratamiento con quimioterapia en fase de re-inducción que presenta durante su 3° pasaje de Vincristina + Doxorubicina cefalea y convulsión tónico- clónica generalizada de 5 minutos de duración la cual cede con benzodiazepinas. Luego de conseguir estabilidad hemodinámica se realiza TAC de cerebro la cual se informa normal. Presenta nueva convulsión tónico-clónica generalizada por lo que se realiza plasma fresco congelado por sospecha de trombosis cerebral secundaria a déficit de antitrombina III. La paciente permanece con tendencia al sueño, bradipsíquica, por lo que se solicita RMN de cerebro con gadolinio y Angio RMN donde se informa engrosamiento cortico- subcortical a nivel occipital derecho. Se realiza diagnóstico presuntivo de PRES. Se solicita EEG computarizado donde se evidencian ondas lentas. Comienza tratamiento con fenitoina sin presentar nuevos episodios convulsivos. Posteriormente presenta registros de HTA

de regular manejo, con requerimiento de tratamiento combinado de antihipertensivos con amlodipina + enalapril. La paciente evoluciona favorablemente. Se rota quimioterapia a Ciclofosfamida y Citarabina, sin repetir cefalea ni convulsiones.

CONCLUSIONES

A pesar de que los quimioterápicos no suelen presentar complicaciones neurológicas, ante la presencia de cefalea y convulsiones se debe sospechar en esta patología para solicitar estudios complementarios y comenzar tratamiento oportuno. Ya que un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento de las convulsiones y la hipertensión son fundamentales para evitar la aparición de secuelas a corto y largo plazo.



VÓMITOS CÍCLICOS A PROPÓSITO DE UN CASO

Grassi Llofriu N.¹; Valentini L.²; Maiolo L.³; Davenport C.⁴; Raiden S.⁵; Urtasun M.⁶
HOSPITAL MI PUEBLO FLORENCIO VARELA¹; HOSPITAL ELIZALDE^{2,3,4,5,6}

<natygra_270@hotmail.com>

777

INTRODUCCIÓN

El síndrome de vómitos cíclicos es un trastorno gastrointestinal funcional poco frecuente, que se caracteriza por episodios estereotipados, súbitos de vómitos que persisten durante horas o días ocasionando deshidratación. Seguidos de un período de buen estado general. Los episodios pueden presentar pródromos en forma de cefalea, náuseas, malestar, palidez, sudoración, taquicardia. Son autolimitados y suelen ser similares uno a otro.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de una enfermedad poco frecuente.

CASO CLINICO: Paciente de 3 años de edad que consulta por vómitos, precedidos en el día previo por decaimiento, dolor abdominal y cefalea. Se observa rechazo a tragar su propia saliva. Como antecedentes personales de importancia refiere cinco internaciones por deshidratación secundaria a intolerancia la vía oral. Al examen físico presenta signos de deshidratación moderada, abdomen doloroso difuso sin signos de reacción peritoneal, resto sin particularidades. Se interna en sala para estudio y tratamiento. De estudios complementarios cuenta con seriada esofagogastroduodenal normal, ecografía abdominal normal, anticuerpos para celiuía negativos, RNM de cerebro normal. Se completa estudio del paciente tomando muestra de orina y sangre para descartar enfermedad congénita del metabolismo. Es evaluado por servicio de salud mental quienes informan un importante componente emocional asociado

a cada una de las crisis. El paciente presenta buena evolución en su internación y se otorga egreso hospitalario con seguimiento por salud mental así como gastroenterología quienes indican benzodiacepinas en el pródromo de los vómitos.

CONCLUSION

El síndrome de vómitos cíclicos tiene una incidencia y etiología desconocida. No existen pruebas diagnósticas específicas por lo que su diagnóstico se basa en los criterios clínicos y la exclusión de otras patologías. Uno de los diagnósticos diferenciales más importantes es el de la migraña. Para no retrasar el diagnóstico es imprescindible para el pediatra conocer esta patología, realizar tratamiento sintomático y eventualmente en caso de ser necesario iniciar tratamiento preventivo.

REPORTE DE UN CASO: ENFERMEDAD CELÍACA Y EPILEPSIA

Fortes P.¹; Feroce P.²; Muro V.³; Fernie M.⁴

HTAL. BRITANICO BS AS.^{1,2,3,4}

<fortespili@gmail.com>

778

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune con una prevalencia 0,04-3,3% en la población pediátrica, de predisposición genética y generada por reacción inmunológica hacia la gliadina (proteína del gluten (G)). La epilepsia E se define como la aparición transitoria de signos y/o síntomas por actividad neuronal anómala excesiva o simultánea en el cerebro. Con una prevalencia en pediatría de 2.6 y el 5.7%. La E es una manifestación neurológica de la EC; con una frecuencia de 1,4 - 5,5%. En estos casos la dieta libre de G mejora el pronóstico y su severidad. Se presentan como crisis focales con sintomatología occipital y suelen asociarse a calcificaciones cerebrales.

OBJETIVO

A través de la descripción de un caso clínico conocer la asociación entre EC y E. Reconocer a la enfermedad neurológica como parte de las manifestaciones extra-intestinales de EC.

CASO CLINICO

Paciente de 8 años, de sexo masculino con diagnóstico de EC (controlada) desde los 3 años de vida que consulta por movimientos anormales de 8 horas de evolución, con alteración de la conducta, mutismo, alucinaciones visuales, aparente desconexión y vómitos. Se constata paciente en regular estado general, afebril, con palidez generalizada, apertura ocular espontánea, miosis y mutismo. Escala de glasgow 11/15. Presenta nistagmus bilateral hacia izquierda, desviación de la comisura labial hacia derecha y sialorrea. Hipotensión. Recibe

lorazepan endovenoso y se admite a terapia intensiva. El laboratorio fue normal. EEG: descargas parieto-occipitales izquierdas. TAC cerebral sin hallazgos patológicos. RMN que informa señal hiperintensa en T2 Flair hipocampo izquierdo probablemente asociado a status focal. Permanece 24 hs en terapia intensiva sin signos de foco neurológico, con evolución clínica favorable. Sin episodios convulsivos ni equivalentes. Se otorga egreso con levetiracetam; polisomnografía ambulatoria; control con neurología infantil. Diagnósticos diferenciales: Epilepsia Focal Sintomática asociada a EC versus Epilepsia Focal benigna. En su evolución presenta dos eventos aislados de alucinaciones visuales simples por lo que se realiza ajuste de dosis. EEG persiste con descargas aisladas a nivel temporo-occipital izquierdo.

CONCLUSIÓN

Existe una relación directa entre la presencia de EC y síntomas neurológicos caracterizados por epilepsia con descargas occipitales con alteraciones visuales que raramente tienden a la generalización secundaria. Puede llevar a una encefalopatía que puede ser originada por la calcificación vascular. Este caso se asemeja mucho a esta descripción por lo que se debería asumir como una complicación de la EC antes que una epilepsia focal benigna. La dieta libre de gluten junto a la buena adherencia a la misma reduce notablemente las complicaciones neurológicas. Es importante insistir en la educación acerca de los hábitos alimenticios en estos pacientes con síntomas neurológicos asociados.



A PROPOSITO DE UN CASO DE SHOCK TÓXICO A *STREPTOCOCCUS PYOGENES* ASOCIADO A VARICELA

Donato M.¹; Arocha S.²; Astubury M.³; Morales L.⁴; Roggeri L.⁵; Toloza E.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE^{1,2,3,4,5,6}

<mdonato117@gmail.com>

779

INTRODUCCIÓN

El síndrome de shock tóxico es una enfermedad rara pero de consecuencias fatales y de frecuencia creciente. Causado por toxina derivada del *Streptococcus pyogenes*, suele coincidir con episodio invasivo que incluye bacteriemia, celulitis, fascitis necrosante o mionecrosis. Progresa rápidamente, siendo necesaria la sospecha clínica para diagnóstico precoz y tratamiento inmediato.

OBJETIVO

Comunicar nuestra experiencia sobre el síndrome de shock tóxico a *Streptococcus pyogenes* como complicación asociada a la varicela.

DESCRIPCIÓN: Paciente de cuatro años, eutrófico, previamente sano, incompletamente inmunizado. Ingresó a unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de shock séptico, cursando cuarto día de período de estado de varicela. Se medicó con clindamicina, ceftriaxona y vancomicina, previa toma de hemocultivos. Requiere reanimación con cristaloides, inotrópicos, hidrocortisona, transfusión de glóbulos rojos y asistencia mecánica respiratoria. Se recibió resultado de hemocultivos positivos a *Streptococcus pyogenes*, reasumiéndose cuadro como shock tóxico. Durante la evolución presentó panseritis, requiriendo drenaje pleural y diuréticos.

En día siete de evolución presenta tumoración axilar y torácica izquierda con signos de flogosis y persistencia de curva febril se realiza tomografía de tórax evidenciándose múltiples colecciones en músculos de parrilla costal izquierda, por lo que se realiza drenaje quirúrgico en tres

oportunidades, con toma de cultivo. Los mismos se informan positivos a *Stafilococcus hominis* metilino resistente, con resistencia a clindamicina, por lo que se indica vancomicina. Con hemocultivos posteriores negativos, completando catorce días de tratamiento con dicho antibiótico.

Presenta franca mejoría clínica y de la curva febril, por lo que se rota antibioticoterapia a trimetoprima-sulfametoxazol, otorgándose el alta hospitalaria.

COMENTARIO

La varicela es una enfermedad exantemática frecuente en la infancia, y la infección de piel y partes blandas es la complicación bacteriana más frecuente.

La enfermedad invasiva por estreptococo beta-hemolítico del grupo A (SBHGA) puede desencadenar un cuadro de shock tóxico potencialmente fatal. Por ende, hacemos énfasis en alta sospecha clínica a fin de arribar a un diagnóstico precoz y tratamiento inmediato.

MENINGITIS ASÉPTICA POR INFUSIÓN ENDOVENOSA DE GAMAGLOBULINA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE KAWASAKI. A PROPOSITO DE UN CASO.

Marchisone M.¹; Duje A.²; Battistino V.³; Olivero J.⁴; Menalled G.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS DE SANTISIMA TRINIDAD^{1,2,3,4,5}

<cele_marchi@hotmail.com>

780

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) consiste en una vasculitis multisistémica que puede presentar complicaciones como meningitis aséptica. La infusión de inmunoglobulina intravenosa (IGIV) constituye el tratamiento de elección en pacientes con EK; sin embargo, se han descrito casos de cuadros meníngeos similares como reacción adversa infrecuente (10%). Los síntomas inician precozmente, aunque pueden aparecer hasta 7 días posteriores a la infusión. La mayoría presenta inicio brusco de cefalea, fiebre y meningismo dentro de las 24hs, que resuelve espontáneamente, sin secuelas en 3-5 días. El LCR muestra pleocitosis con neutrofilia, glucorraquia normal y proteinorraquia normal o elevada. Contrariamente en las meningitis asociadas a EK, el predominio es linfomonocitario con glucosa y proteínas normales.

OBJETIVO

Reportar un caso de meningitis aséptica tras infusión de IGIV en un paciente con EK.

CASO CLÍNICO. Paciente de 5 años, con fiebre de 7 días y decaimiento. Al examen: queratitis, adenopatía submaxilar, exantema, edema en manos, otitis media aguda. Se diagnosticó Enfermedad de Kawasaki. LBT: leucocitosis con neutrofilia, reactantes de fase aguda elevados. Cultivos negativos. Ecocardiograma normal. Inicia amoxicilina-ácido clavulánico, ácido acetilsalicílico (AAS) por vía oral e IGIV 2gr/kg en 12 hs. Tras 6 hs de finalizar infusión presenta cefalea intensa, vómitos, fotofobia, fiebre.

Para descartar complicación de OMA se realiza TAC cerebro: normal. Hemocultivo y laboratorio normal. Punción Lumbar: 850 elementos (60%PMN), hiperproteinorraquia leve (53g/dl), glucorraquia normal (60mg/dl). Se indica ceftriaxona EV. A las 72 hs cultivos y virológico negativos. Diagnóstico: meningitis aséptica. Alta sin secuelas.

CONCLUSIÓN

La administración de IGIV puede producir meningitis aséptica por lo que debemos distinguir si es secundaria a la propia enfermedad o a la administración de ésta. La aparición de síntomas bruscos tras la administración de IGIV, la citología del LCR (cifra de leucocitos más elevados y predominio de polimorfonucleares) y su evolución corta, apoyan el diagnóstico. En algunos casos podría evitarse la realización de punción lumbar.



SÍNDROME DE DRESS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pinto Merrett A.¹; Costas A.²; Mogues D.³; Ariganello G.⁴; Lamboley G.⁵; Cicero Moroni M.⁶; Molino M.⁷; Angelilli A.⁸; García L.⁹

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS MANUEL BELGRANO¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

<alvaropintomerett@hotmail.com>

781

INTRODUCCIÓN

Síndrome de DRESS: reacción alérgica grave a medicamentos caracterizada por eosinofilia y síntomas sistémicos (siglas en inglés). Incidencia de 1/1000 a 1/10000, letalidad 10% al 30%. Los medicamentos implicados con mayor frecuencia son los derivados de sulfonamidas y agentes anticonvulsivantes. Los síntomas aparecen 2 a 6 semanas después de iniciar el tratamiento con el medicamento causante.

Los pacientes pediátricos tienen mayor riesgo de desarrollar este síndrome por la mayor incidencia de convulsiones en la primera década de vida. Presentamos el caso de un paciente internado en nuestro Hospital.

CASO CLÍNICO

Paciente de 1 año 8 meses, antecedente de status convulsivo febril 2 meses atrás, en tratamiento con fenobarbital, consultó por eritema facial. Presentaba lesiones vesículo-costrosas diseminadas en torso que impresionaron varicela y, a nivel de mejillas, placas eritematosas, calientes, pruriginosas, que desaparecían a la vitropresión. Se internó bajo sospecha de síndrome de piel escaldada y se medicó con Clindamicina. Posteriormente presentó nuevas lesiones máculo-eritematosas en miembros inferiores y registros febriles asociados a acrocianosis que persistieron por 4 días, por lo que se rotó tratamiento antibiótico a Ceftriaxona-Vancomicina.

Al 6to día de internación resolvió lesiones en rostro, pero comenzó con lesiones pápulo-eritematosas, pruriginosas a nivel de tronco y extremidades. Se continuó tratamiento con TMS y difenhidramina por vía oral. Se interconsultó con:

- Neurología, quienes indicaron suspender fenobarbital, y administrar diazepam ante registro febril.
- Dermatología, quienes interpretaron cuadro como síndrome de DRESS secundario a fenobarbital. Se indicó suspender TMS e iniciar tratamiento tópico con corticoides, evaluando inicio de corticoides sistémicos una vez resuelto el período agudo.

A las 24 horas de iniciar tratamiento vía oral presentó nuevamente registros febriles, lesiones dermatológicas con desmejoría franca y se sumaron adenopatías cervicales. Presentó laboratorio con leucocitosis, eosinofilia e hiperplaquetosis. Ecocardiograma: sin compromiso estructural; presencia de edema en partes blandas. Por persistencia de cuadro febril, desmejoría de lesiones, laboratorio de riesgo, edema y adenopatías, con altas probabilidades de requerir mayor complejidad, se solicitó derivación.

CONCLUSIONES

El paciente presentó como criterios diagnósticos: erupción cutánea, anormalidades hematológicas (eosinofilia) y compromiso sistémico (adenopatías y fiebre). Las manifestaciones clínicas se produjeron 8 semanas posteriores al inicio de fenobarbital por status convulsivo.

Se debe sospechar esta entidad en todo paciente que reciba medicamentos que puedan desencadenarlo y se acompañe de sintomatología sugestiva, ya que puede comprometer la vida del paciente si se retrasa el diagnóstico y tratamiento.

SINDROME DE ACTIVACION MACROFAGICA EN DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. REPORTE DE UN CASO

Monti M.¹; Di Raimondo V.²; Rama M.³; Vanzetti N.⁴; Vidal D.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS SANTISIMA TRINIDAD DE CORDOBA¹²³⁴⁵

<marialuzmonti@gmail.com>

782

INTRODUCCION

El síndrome de Activación Macrofágica (SAM) es un evento potencialmente fatal con alta mortalidad principalmente por el diagnóstico tardío. Se debe a una disregulación inmunológica que lleva a una reacción inflamatoria sistémica intensa. El SAM como presentación inicial del Lupus Eritematoso Sistémico/LES es infrecuente en la edad pediátrica.

OBJETIVO

Reportar un caso de SAM asociado a debut de LES a fin de destacar los datos clínicos y de laboratorio que orienten al diagnóstico oportuno de esta complicación.

CASO CLINICO. Femenina de 12 años previamente sana que consulta por fiebre de 10 días de evolución, acompañada de astenia, hiporexia, mialgias, caída del cabello y pérdida de peso. Examen físico: inyección conjuntival, eritema malar, acantosis nigricans, abdomen doloroso generalizado sin peritonismo. TA:110/60mmHg Laboratorio: Hb10 gr/dl, Hto 31.2%, GOT 69 UI/L, GPT 32 UI/L, urea 64mg/dl, creatinina 1.39 mg/dl. Orina: Hb ++, proteínas +++, hematíes eumórficos, cilindros hialinos y granulosos. Indicje proteinuria/creatininuria 0.75. Ecografía abdominal: líquido libre escaso en Douglas. Ingres a sala común con sospecha de LES con afectación renal. Evolucion a desfavorablemente con shock hipovolémico (inotrópicos y Asistencia respiratoria Mecánica). Presenta C3:26 mg/dl, C4: 5mg/dl, ANA +, AntiDNA +, albúmina: 2.47gr/dl, ferritina 911ng/dl, fibrinógeno 147mg/dl, Hb 3.6 mg/dl, Plaq 70.000mg/dl, APP 54%, KPTT 37,6 seg; se

diagnostica SAM secundario a LES e inicia tratamiento con ciclofosfamida y plasmaferesis (3 sesiones), hemodiálisis durante 15 días. Punción de médula ósea: hiperplasia, algunos hemofagocitos. Biopsia renal: glomerulonefritis lúpica grado IV. Evolucion a favorablemente, alta a los 45 días. Actualmente en seguimiento por reumatología y nefrología.

CONCLUSION

Se presenta un paciente con SAM complicando el debut de un LES. Las alteraciones tanto clínicas como de laboratorio pueden verse solapadas por los síntomas de la enfermedad de base. Destacamos la importancia de tener una alta sospecha de esta grave complicación en pacientes con debut de LES.



MALTRATO INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

783

Loiácono V.¹; Laurino E.²; Tittarelli F.³; De Lillo L.⁴; Fretes N.⁵; Roldán M.⁶

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6}

<vanesaloiaco@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil (MI) es una de las formas más frecuentes e importantes de violencia familiar. Situación de creciente importancia en la práctica médica, que genera un gran desafío en términos de diagnóstico, asistencia, resolución final y seguimiento.

OBJETIVOS

Presentar y describir un caso de MI, destacando la importancia de la sospecha diagnóstica.

Caso clínico: Paciente de 4 meses, bajo tutela legal de su tía desde el nacimiento por discapacidad materna, ingresa a la sala de internación por presentar una fractura de fémur derecho, de la cual no se puede precisar la causa. En la anamnesis surge un relato poco claro, siendo modificado en múltiples ocasiones. Con sospecha de MI se realizan ecografías cerebral y abdominal y fondo de ojo, que resultan normales. En las radiografías de todo el esqueleto, se evidencian 3 fracturas costales izquierdas y una imagen de calcificación en fémur derecho, compatible con callo óseo. El centellograma muestra captación patológica en ambos húmeros, cúbito izquierdo, múltiples arcos costales y articulaciones costo-vertebrales y en fémur derecho. Se interconsulta al servicio de violencia familiar, quienes llevan a cabo entrevistas con el núcleo familiar. Se identifica a la tía del niño y a su pareja como los agresores y se da intervención al Consejo de Niñas, Niños y Adolescentes, quienes deciden guarda del niño en un hogar.

CONCLUSIONES

El MI constituye una problemática social de creciente incidencia, que puede presentarse de formas clínicas diversas. Es fundamental para su diagnóstico la alta sospecha clínica y la anamnesis exhaustiva, así como también ciertos estudios básicos como radiografías, ecografías y evaluación del fondo de ojo. Cobra igual importancia la necesidad de contar con un equipo interdisciplinario compuesto por clínicos, psicólogos y asistentes sociales, que permitan integrar el seguimiento del paciente y proporcionen los medios para lograr el adecuado resguardo del niño.

DESARROLLO DE UN MODELO DE ASMA INFANTIL EN RATONES: EFECTO DEL TRATAMIENTO CON DEXAMETASONA, BUDESONIDE, Y BUDESONIDE-FORMOTEROL

784

Figueroa J.¹; Elías F.²; Mariana L.³; Stella I.⁴

HOSPITAL DE CLÍNICAS y FUNDACIÓN P.CASSARÁ, ICYT MILSTEIN¹; FUNDACIÓN P.CASSARÁ, ICYT MILSTEIN^{2,3};

CENTRO CEBBAD UNIVERSIDAD MAIMONIDES⁴

<neumopedhclin@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los estudios en humanos muestran que la sensibilización atópica entre el primer y tercer año de vida es un factor importante en el desarrollo del asma. El asma inducida por sensibilización con ovoalbúmina (OVA) en ratones adultos es un modelo ampliamente estudiado pero son escasas las investigaciones en crías y no hay reportes sobre el efecto de tratamientos utilizados en la práctica clínica en humanos.

OBJETIVO

Describir el efecto de la sensibilización con OVA en la respuesta inmune sistémica y bronquial en ratones de 3-4 semanas de edad (correspondiente, desde el punto de vista del desarrollo pulmonar e inmunológico a los 1-3 años del humano), y evaluar en este modelo el efecto de tratamientos utilizados en humanos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Siguiendo un esquema utilizado en adultos, ratones de 3 semanas de edad (destete) fueron alergizados con OVA: se les inoculó por vía intraperitoneal (i.p.) (días 0, 7 y 14), recibiendo luego 1 dosis diaria durante 4 días de OVA 1 % intranasal (i.n.). Al finalizar este período los animales se dividieron en 2 grupos controles (a tratar con Dexametasona o placebo i.m.) y 3 grupos a tratar con Budesonide (Bud) MDI + espaciador, Budesonide-Formoterol (BF) MDI + espaciador, o placebo (propelente MDI + espaciador). Posteriormente los animales fueron desafiados con OVA i.n. y sacrificados. De todos los animales se obtuvieron muestras

de sangre para evaluar la respuesta inmune (Ig G e IgE específicas), se realizó BAL para dosaje de proteínas y citoquinas, y se extrajeron los pulmones para evaluar citología en homogenato e histopatología (scores semicuantitativo asignados por patólogo ciego al diseño de los grupos).

RESULTADOS

La sensibilización con OVA indujo una respuesta sistémica de tipo Th2, con aumento de proteínas y de TGFβ en el BAL y aumento de neutrófilos y eosinófilos en la citología. Estos resultados confirman el establecimiento de alergia bronquial en el modelo desarrollado. El tratamiento con Dx, Bud y BF disminuyó significativamente la extravasación de proteínas y los niveles de TGFβ con respecto al grupo control (p= 0.041); lo mismo ocurrió con el número de neutrófilos y eosinófilos en la citología. Igualmente disminuyó los scores de infiltración celular, metaplasia, y fibrosis en los cortes histológicos de manera significativa.

CONCLUSIONES

Se pudo desarrollar, en ratones infantiles, un modelo que se comporta en forma similar al asma en infantes humanos.



786

SÍNDROME CLÍNICO AISLADO: ¿EVENTO ÚNICO O MANIFESTACIÓN INICIAL DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE? A PROPÓSITO DE UN CASO

Lucarno M.¹; Marin J.²; Arleo L.³; Perli D.⁴; Mosca H.⁵; Pedersoli M.⁶; Sanchez A.⁷

HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA SOR MARÍA LUDOVICA^{1,2,3,4,5,6,7}

<paulalucarno@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome clínico aislado (SCA: episodio de síntomas neurológicos de origen desmielinizante) puede ser el inicio de una esclerosis múltiple (EM), aunque en algunos casos no es más que un trastorno único. El hecho de padecer un cuadro de este tipo no predice quiénes sufrirán posteriormente EM. La sumatoria de criterios clínicos e imagenológicos pueden ser de utilidad para definir aquellos pacientes con mayor riesgo. Dado el requerimiento de temporalidad para el diagnóstico de esta enfermedad y las ventajas terapéuticas que pueden obtenerse ante un diagnóstico temprano, es de vital importancia la identificación de los pacientes con este tipo de síndrome que asocian factores predisponentes para EM con el fin de realizar su correcto seguimiento.

Caso clínico: Paciente femenina de 14 años que consulta presentando bradipsiquia, compromiso de pares craneales bajos (desviación de la lengua), ataxia, cuadriparesia asimétrica de predominio derecho, dismetría. Presenta como antecedente faringoamigdalitis pultácea. Se realizó punción lumbar que arrojó un cito fisicoquímico de líquido cefalorraquídeo (LCR) con recuento de 13 elementos, resto dentro de parámetros normales. Cultivo de LCR, urocultivo y hemocultivos negativos. Serología positiva para EBNA EBV. Perfil reumatológico normal. Bandas oligoclonales (BOC) idénticas en LCR y suero. Se descarta la presencia de células atípicas en LCR. La RNM evidencia: múltiples imágenes hiperintensas en secuencias T2 y Flair en protuberancia, mesencéfalo

y bitalámicas, con realce en anillo luego de contraste. Ambos nervios ópticos de características conservadas. Recibió tratamiento antibiótico suspendido con cultivos negativos. Evidente mejoría de la sintomatología con pulsos de metilprednisolona. Al momento, la paciente no presentó nuevos episodios de similares características habiendo transcurrido un año de seguimiento.

CONCLUSIÓN

La sospecha y diagnóstico oportuno de este tipo de síndrome permite la realización de estudios imagenológicos y de laboratorio que predigan la posibilidad de sufrir posteriormente una enfermedad grave cuyo diagnóstico temprano puede cambiar la morbilidad de quien la padece. Es sumamente importante realizar un seguimiento tanto por pediatras como por especialistas neurólogos.

A PROPOSITO DE UN CASO: HIPERTENSION ARTERIAL SEVERA EN UN PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA Y SINDROME DE KLIPPEL TRENAUNAY

Nava C.¹; Wolfsteiner N.²; Ucha G.³; Santilli J.⁴; Gasser A.⁵; Morales G.⁶; Aruj A.⁷;

Acebedo V.⁸; Malfetano A.⁹; Capra D.¹⁰; Delgadillo J.¹¹; Masso D.¹²

SANATORIO TRINIDAD RAMOS MEJIA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12}

<vanesanava@hotmail.com.ar>

OBJETIVO

Presentar un caso de esclerosis tuberosa (ET) con hamartomas multisistémicos, (secundaria a mutación TSC2 del cromosoma 16p13.3) asociado a Sme de Klippel Trenaunay (SKT) con Hipertensión Arterial (HTA) resistente al tratamiento médico.

Caso clínico: varón de 5 años con antecedente de ET y SKT, tuberomas cerebrales y epilepsia, ingresa por síndrome convulsivo cursando gastroenteritis, febril. Examen físico Talla Pc10, Peso pc 50, HTA: 190-140 mmhg sin foco neurológico; aumento de tamaño de miembro inferior derecho con dilataciones varicosas y hemangiomas (SKT).

Laboratorio :alcalosis metabólica hipokalemica e hipocloremica. Urea p: 48 mg/dL, creatinina p 0,50. mg/dL; ClCreat estimado 70mL/min/1.73. (vn 90 a 120) Orina :Índice Proteína/Creatinina: 8 mg/mg (vn < 0.2) Ecografía Renal: hamartomas intrarenales bilaterales que comprimen parenquima.

Ecocardiograma: Hipertrofia septal moderada; 2 Rabdomiomas Centellograma Renal con DMSA: Riñón (R) izquierdo s/p, R derecho captación (2%).

RMN renal: R derecho : escasa captación ;múltiples quistes bilaterales y angiomiolipomas. Angio-RMN: estrechez de arteria renal derecha con flujo filiforme.

Tratamiento amlodipina, agregandose atenolol a 2 mg/k/d, enalapril a 0,5 mg/k/día, Doxazocina a 1 mg /día sin control de su HTA. Por ausencia funcional de RD se decide Nefroureterectomía, cuya Anatomía patológica informa :angiomiolipomas y quistes, escasos glomerulos;arteria renal derecha con engrosamiento fibromusculoparietal.

DISCUSION

Enfermedad renal crónica; HTA severa de origen mixto: parenquimatoso renal 2ría a angiomiolipomas - quistes y reno vascular 2ría a estenosis de arteria RD.

787



788

MENINGOENCEFALITIS AMEBIANA PRIMARIA - REPORTE DE UN CASO

Serafini A.¹; García Rubio C.²; Cuitiño M.³; Casati D.⁴; Saretto C.⁵; Gutierrez F.⁶; Martín G.⁷; Fjellerup A.⁸; Marzano M.⁹; Goyeneche R.¹⁰; Giagante E.¹¹; Ferrari E.¹²; Alessandrini V.¹³

CLÍNICA LA PEQUEÑA FAMILIA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13}

<aleserafini_88@hotmail.com>

OBJETIVO

Las infecciones del sistema nervioso central por amebas de vida libre son poco frecuentes y con alta mortalidad. Recientemente se han reconocido varias especies de amebas que pueden infectar humanos y animales, ocasionando la muerte en la mayoría de los casos.

DESCRIPCION

Paciente masculino de 8 años, con antecedente de cefalea con TAC cerebral normal de dos meses atrás. 24 horas previas a su internación comenzó con fiebre y cefalea, por lo que se solicitó hemograma, rx tórax y sedimento urinario, todos normales.

Por persistencia del cuadro clínico y agregado de vómitos, se internó en nuestra institución.

Como antecedente refirió 7 días previos bañarse en una laguna desbordada de la zona.

Al ingreso se encontraba afebril, con fotofobia, sonofobia y cefalea, Glasgow 15/15, sin foco motor, con signos meníngeos. Se realizó TAC de cerebro normal. En laboratorio presentaba GB: 15300/mm3 (N90% L8%); plaquetas: 204000/mm3; glucemia 118 mg/dl; VSG 5 mm; HIV negativo. Se efectuaron HMC, UC y PL (320 leucocitos con 90% MN; 30 hematíes/mm3; proteínas 1.5 g/L; glucosa 54 mg/dl). Gram: negativo. Se solicitó PCR para HSV.

Se inició tratamiento con ceftriaxona, dexametasona y aciclovir.

A las 24 hs del ingreso agrega dificultad respiratoria, deterioro progresivo del sensorio, hemiparesia braquio crural derecha y convulsiones. Se realizaron RMN cerebral (normal) y nueva PL (L: 2600 (PMN 55%); proteínas 2.38 g/L; glucosa 5 mg/dl). En examen microscópico en fresco se observaron elementos compatibles con amebas móviles por lo que se reinterpreto el cuadro como meningoencefalitis amebiana y se inició tratamiento con anfotericina, fluconazol y rifampicina.

Fue derivado a otra institución, falleciendo 12 hs después.

CONCLUSIONES

Varias amebas de vida libre pueden infectar al hombre con alta mortalidad causando: meningoencefalitis amebiana primaria (*Naegleria fowleri*), encefalitis amebiana granulomatosa y queratitits (*Acanthamoeba* y *Balamuthia mandrillaris*).

La meningoencefalitis amebiana primaria es una patología infrecuente, con alta mortalidad y se presenta en niños y adolescentes sanos, con antecedentes de natación en agua dulce. Los signos y síntomas aparecen durante los 2-5 días posteriores a la exposición y el curso de la enfermedad es fulminante con una mortalidad del 95% en el transcurso de la primer semana del cuadro clínico. Se presenta este caso por ser una patología infrecuente y de difícil tratamiento.

EXPERIENCIA EN OSTEOGENESIS IMPERFECTA, A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Bonetto P.¹; Arbelo M.²; Botto S.³; Canteros V.⁴; Nuñez J.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS O ALASSIA DE SANTA FE^{1 2 3 4 5}

<pamebonetto_18@hotmail.com>

790

INTRODUCCIÓN

La osteogénesis imperfecta (OI) es un grupo de enfermedades hereditarias del tejido conectivo que se caracterizan por fracturas a repetición y deformaciones esqueléticas progresivas. Se deben reconocer sus características y realizar diagnósticos diferenciales, a fin de descartar maltrato infantil, hipofosfatasa u otras entidades para realizar un tratamiento oportuno. Los bifosfonatos forman parte del mismo, disminuyen la actividad osteoclástica y aumentan la densidad mineral ósea, reduciendo las fracturas.

OBJETIVO

Describir una serie de casos atendidos en nuestro Hospital en los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODO

se detallan las historias clínicas de 3 pacientes que han concurrido a hospital de día a realizar tratamiento con bifosfonatos.

Caso 1: paciente de sexo femenino derivada de neonatología por sospecha de sepsis, sin antecedentes familiares de jerarquía. RNPT (32sem), PN 1440 Kg, parto eutócico. Al examen físico presentaba craneotabes, diástasis de suturas y escleróticas azules. En las radiografías se visualizaron múltiples fracturas: costales, de clavículas, de cúbito izquierdo y presencia de huesos wormianos en la Rx de cráneo, con deformidad de los cuatro miembros y osteopenia generalizada. El laboratorio mostraba niveles de calcio, fósforo y vitamina D normales, con FAL ligeramente elevada. Se realiza diagnóstico clínico de OI y a los 45 días de vida comienza la

primera infusión de pamidronato EV a 0,5 mg/kg, calcio y vitamina D. Continúa con seguimiento interdisciplinario en hospital de día, volviendo a presentar una fractura de fémur izquierdo secundaria a una caída accidental a los 8 meses de vida.

Caso 2: paciente de sexo masculino, a los 2 años de edad se realiza diagnóstico de OI. Presentaba antecedentes familiares de OI en 4 hermanos, madre, abuelo y tío materno. Presentó 7 fracturas desde su nacimiento (fémur, tibia, clavícula y húmero derecho). Inicia tratamiento con pamidronato 1,2 mg/kg cada 4 meses durante 8 años.

Caso 3: paciente de sexo femenino, de 5 años, hermana del caso anterior. Presentó desde el nacimiento 14 fracturas. A los 8 años comienza infusiones de pamidronato periódicamente durante 6 años. Tras discontinuar tratamiento por 2 años reingresa al hospital con fractura de tibia y muñeca derecha secundaria a traumatismo, reiniciando el tratamiento.

CONCLUSIÓN

Sospechar la enfermedad ante un paciente con fracturas reiteradas o ante mínimos traumatismos aún sin antecedentes familiares, es importante realizar un seguimiento interdisciplinario y tratamiento temprano, ya que el mismo aumenta la magnitud de respuesta, mejora el dolor y la movilidad corporal. Siendo fundamental para reducir sus discapacidades y proporcionarle al paciente una vida adulta aceptable.



A PROPÓSITO DE UN CASO DE ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA A STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN UN LACTANTE

791

Roggeri L.¹; Fernandez M.²; Astbury M.³; Arocha S.⁴; Bongarzone B.⁵; Donato M.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE^{1 2 3 4 5 6}

<roggerlu016@outlook.com>

INTRODUCCIÓN

Las infecciones osteoarticulares son una patología relativamente infrecuente en la infancia, la etiología bacteriana varía según la edad. El *Streptococcus agalactiae* (S. b) en los neonatos es un patógeno importante que causa neumonía, sepsis y meningitis con mortalidad alta. Por las implicaciones de esta infección es importante tener un alto índice de sospecha a fin de establecer diagnóstico y tratamiento oportuno y minimizar secuelas.

OBJETIVO

Comunicar nuestra experiencia acerca de la afección articular por S. b como manifestación de infección neonatal tardía.

DESCRIPCION: Paciente de cuarenta días de vida, completamente inmunizada, con antecedente personal de ictericia neonatal. Consulta por cuadro de tres días de evolución caracterizado por dolor a la movilización de cadera izquierda con limitación a la rotación y posición antálgica en flexión. Se realiza artrocentesis y posterior artrotomía de cadera, drenándose material purulento. Se indica clindamicina y ceftriaxona, previa toma de hemocultivos.

Se recibe resultado de cultivo de líquido articular positivo a S. b, reasumiéndose el cuadro como osteoartritis de cadera izquierda por siembra hematógena. Se realiza punción lumbar con toma de líquido cefalorraquídeo para cultivo y citofisicoquímico informados negativos. Se rota terapéutica antibiótica a ampicilina y gentamicina.

Con buena evolución clínica y hemocultivos negativos, completa catorce días de tratamiento endovenoso decidiéndose alta hospitalaria continuando antibioticoterapia vía oral.

COMENTARIOS

El S. b coloniza con frecuencia el tracto gastrointestinal y aparato genitourinario de la embarazada y por transmisión vertical es causante de sepsis neonatal de comienzo precoz o tardío.

La afección osteoarticular es una forma poco frecuente de presentación de la infección tardía por S. b. Su importancia radica en el hecho que se trata de una manifestación local de una infección sistémica que con frecuencia afecta al sistema nervioso central, siendo importante sospecharla a fin de iniciar tratamiento antibiótico precoz.

Cabe resaltar la importancia de la detección de gestantes portadoras del S. b, ya que permite el tratamiento profiláctico intraparto reduciendo la transmisión neonatal y sus consecuencias.

SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA AVANZADA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

792

Rodríguez Alcántara V.¹; Perosi Gamboa B.²; Peserico F.³

SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS HOSPITAL MATERNOINFANTIL SAN ROQUE^{1 2 3}

<valitarodal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

En Argentina, fallecen por año alrededor de 400 niños por Cáncer Infantil. Los cuidados paliativos pediátricos (CPP) brindan atención integral a niños y adolescentes con enfermedad amenazante para la vida y su familia, desde el diagnóstico hasta el fallecimiento y en la etapa de duelo; afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural que no intentan posponer ni acelerar. La sedación paliativa (SP) es la administración de fármacos para reducir la conciencia con el objetivo de aliviar un síntoma refractario. La SP en la agonía (SPA) es la sedación continua tan profunda como sea necesario para aliviar el sufrimiento físico o psicológico en los últimas horas o días de vida.

OBJETIVOS

Transmitir el concepto de SP como una herramienta terapéutica apropiada para algunos pacientes en el final de vida y promover la formación de CPP para brindar atención integral de calidad a los pacientes que lo requieren. Descripción: Caso 1: M.M. 9 años, sexo masculino, oriundo de nuestra ciudad, con hepatocarcinoma de 2 años de evolución con recaída sin respuesta a tratamiento quimioterápico. Radioterapia paliativa en fase avanzada terminal de enfermedad, con gran masa abdominal y metástasis pulmonares. Abordaje de CPP ambulatorio en últimos diez días de vida (Tratamiento del dolor y disnea rápidamente progresiva. Comunicación y planificación de cuidados con sus padres). Presenta crisis de disnea severa en etapa agónica requiriendo internación y SPA (Midazolam/Morfina). Fallece en brazos de sus padres, rodeado de sus familiares. Caso

2: M.P.16 años, sexo femenino, residente a 130 km de nuestra ciudad, con sarcoma sinovial de 2 años de evolución sin respuesta a tratamiento curativo. Progresión con enfermedad metastásica pulmonar no pasible de terapéutica curativa. Abordaje integral de CPP durante 6 meses (control de síntomas, talleres de expresión, medicina complementaria) Presenta disnea de manejo ambulatorio con progresión a disnea severa requiriendo internación en fin de vida para control de síntomas y contención familiar. Proceso comunicativo progresivo con consentimiento informado (CI) en la toma de decisiones. Acompañamiento emocional y espiritual. SP superficial continua (disnea refractaria. Goteo continuo Midazolam/Morfina) con progresión a SPA (Agonía 72hs). Fallece en compañía de sus familiares y del equipo de CPP.

DISCUSIÓN

Acompañar y asistir al niño muriente y su familia es un desafío para el pediatra y los equipos de salud. Ante este escenario se debe garantizar una asistencia humanizada basada en la bioética. La SPA requiere de un profundo proceso comunicativo previo con el paciente y/o familiar (CI), de la administración de dosis adecuadas de fármacos y de un proceso de evaluación continua. Los CP son un derecho incluido en el plan médico obligatorio. La formación profesional y la organización asistencial son fundamentales para alcanzar la adecuada cobertura de este grupo de pacientes en nuestro país.



SIFILIS ADQUIRIDA POR CONTACTO MATERNO DIRECTO. A PROPOSITO DE UN CASO

793

Antonelli L.¹; Moreno R.²; Porta M.³

NUEVO HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA RIO CUARTO CORDOBA^{1,2,3}

<antonelli.lu@hotmail.com>

INTRODUCCION

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, cosmopolita, crónica, sistémica y vascular causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, pudiendo afectar a cualquier órgano o sistema (incluido piel, mucosas y anexos cutáneos). La vía de transmisión puede ser congénita (transmisión transplacentaria) o adquirida a través de la piel o mucosas (por contacto sexual, transfusión de sangre contaminada y por contacto directo con tejidos infectados). Las madres infectadas con lesiones cutáneo-mucosas constituyen un riesgo, pudiendo contagiar al niño.

OBJETIVOS

Describir caso clínico de sífilis de presentación infrecuente en pediatría, adquirido por contacto directo a partir de secundarismo materno. Considerar a la sífilis dentro de las enfermedades exantemáticas en niños.

DESCRIPCION DEL CASO

Paciente masculino de un año y 9 meses que ingresa derivado por Infectología, por presentar lesiones máculo-papulares pruriginosas generalizadas de un mes de evolución sin respuesta a tratamientos. La madre presenta diagnóstico reciente de sífilis secundaria. Se revisó la historia clínica materna del embarazo y puerperio donde el resto de la serología fue no reactiva. Se constata en el niño VDRL en sangre 1/32, resto de la serología negativa. VDRL en LCR negativa. Se internó, se realizó tratamiento con Penicilina sódica 200.000 UI/Kg/ día. Ecografía abdominal, fondo de ojo, radiografía de huesos largos y cráneo todos

normales. FTA Abs positiva. Tras 10 días de tratamiento, se indicó alta hospitalaria con dosis única de penicilina benzatínica 1.200.000 UI IM. y controles periódicos con Infectología.

CONCLUSION

Si bien la sífilis es una enfermedad infectocontagiosa frecuente, es aún difícil su diagnóstico preciso en pediatría, debido a la signo-sintomatología que presenta, por lo que se la conoce como "la gran simuladora". Ello motivó el estudio y presentación de este paciente con exantema polimorfo causada por Sífilis adquirida por contacto materno. Su evolución fue favorable y debió continuar el seguimiento por Infectología.

ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA SECUNDARIA A ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

794

Beltramo E.¹; Luna Matheu F.²

CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA^{1,2}

<elianabeltramo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El reflujo gastroesofágico (RGE) es una patología frecuente en menores de un año. La forma atípica se relaciona con procesos respiratorios crónicos, neurológicos, digestivos y neuroconductuales.

OBJETIVOS

Describir las complicaciones de la enfermedad por reflujo gastroesofágico a nivel de la vía respiratoria baja.

CASO CLÍNICO

Paciente de 5 años con diagnóstico de Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Cursa internación por episodios de tos, cianosis peribucal, vómitos con expectoración de moco. Previo a la internación, interconsultan con servicio de gastroenterología quienes realizan video endoscopia digestiva alta donde se evidencia esofagitis por reflujo.

Al ingreso, la paciente presenta laboratorio de bajo riesgo infectológico, radiografía de tórax donde se evidencia infiltrado alveolo intersticial difuso bilateral. Por patología de base, se inicia tratamiento con inhibidores de bomba de protones (IBP). Se solicitan, antígenos para virus respiratorios (-), Bordetella (-). Se realiza prueba de Mantoux (-) y serología para virus (-) y test del sudor (-). Se realiza Tomografía axial computada de tórax: infiltrado alveolo intersticial predominantemente alveolar en ambos campos pulmonares. Se interconsultan con servicio de gastroenterología, solicitan Transito gastroesofágico con bario: resultado

normal. Impedanciometría: episodios de reflujo asociados a vómitos y ahogos. Inicia tratamiento con proquinéticos: Mosapride, con mala adherencia, recurrencia de los síntomas. Se realiza Fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar, se envía muestra para anatomía patológica donde se evidencian macrófagos cargados de lípidos a campo cubierto. Diagnóstico: Enfermedad pulmonar crónica por aspiración gástrica. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Un mes posterior al ingreso, se realiza cirugía de hemi-Nissen. Paciente en buena evolución clínica, seguimiento por servicio de gastroenterología y neumonología con buena respuesta al tratamiento.

CONCLUSIÓN

La Enfermedad por reflujo gastroesofágico, puede producir manifestaciones pulmonares crónicas por aspiraciones de contenido gástrico. Los Inhibidores de bomba de protones son el tratamiento de primera línea conjunto con proquinéticos. El tratamiento quirúrgico es de elección en aquellos pacientes que no responde a tratamiento médico, evidenciándose mejoría clínica e imagenológica en los 3 primeros meses de tratamiento.



DESNUTRICIÓN Y RETRASO DEL CRECIMIENTO SECUNDARIO A TUBULOPATÍA PERDEDORA DE SAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

795

Ibarra D.¹; Porporato M.²

HOSPITAL POSADAS^{1,2}

<ibarradante@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Bartter es causado por una alteración en los mecanismos de reabsorción tubular que genera alcalosis metabólica hipokalémica, con pérdida renal de Na⁺, K⁺ y Cl⁻. Como consecuencia de este defecto, se produce deshidratación grave y fallo del crecimiento.

OBJETIVOS

Describir el caso clínico de una paciente de 12 meses con deshidratación y desnutrición severa secundaria a tubulopatía.

Descripción del caso: Paciente de 12 meses, femenina, con antecedentes de prematuridad y embarazo no controlado. Es derivada a Nutrición y Endocrinología por desnutrición; constatándose score Z de peso y talla < -3, facie peculiar, tensión arterial normal, deshidratación grave y poliuria. En el laboratorio se encuentra alcalosis metabólica hipokalémica con pérdida renal de Na⁺, K⁺, Ca²⁺ y Cl⁻. Se descarta como diagnóstico la fibrosis quística mediante test del sudor y sospechando síndrome de Bartter, se inicia tratamiento con Ibuprofeno, Espironolactona y aporte de ClNa y ClK.

DISCUSIÓN

En un paciente con deshidratación y desnutrición severa, se debe descartar en primer lugar hipoaporte, patología endocrinológica y gastrointestinal. Al constatarse pérdida masiva por orina de Na⁺, K⁺ y Cl⁻ y poliuria se sospecha tubulopatía del Asa de Henle. El síndrome de Bartter se debe a mutaciones en distintos transportadores, pudiendo afectar al NKCC, ROMK, ClKb y ClKa, Bartina y receptor sensor de Ca²⁺.

CONCLUSIÓN

Dada la baja incidencia, y carácter hereditario del síndrome de Bartter, es importante que el pediatra conozca sus manifestaciones clínicas y de laboratorio, las cuales pueden aparecer en los primeros años de vida, para realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos, con posibilidad de buen pronóstico.

A PROPOSITO DE UN CASO: BRUCELOSIS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

796

Francavilla C.¹; Zappaz N.²

HOSPITAL SAN LUIS^{1,2}

<carolina_francavilla@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La brucelosis es una zoonosis producida por la bacteria Brucella más frecuente la mellitensis. Afecta 500.000 personas/año y en Argentina entre 10-20 mil casos anuales. Se notificaron 1.469 casos de enfermedad humana entre los años 2001/05 de los cuales el 41% correspondió a la región de Cuyo, representando Mendoza el 71,21%

La presentación clínica en niños puede ser sintomática o no. La fiebre es el signo más frecuente 70-90% de los casos. Se acompaña de sudoración profusa, anorexia, artralgias, malestar general, cefaleas, escalofríos, astenia y adelgazamiento. Al examen físico los hallazgos son el compromiso locomotor 85%, hepatoesplenomegalia 20-30%, linfadenopatías 10-20%, compromiso ocular 20% y lesiones en piel.

OBJETIVOS

Presentación de un caso clínico de Brucelosis con compromiso ocular como signo guion.

Descripción del caso

Paciente de 8 años, sexo femenino, sin antecedentes personales patológicos. Consulta por presentar estrabismo convergente agudo del ojo izquierdo de 48 horas de evolución. Refiere haber comenzado hace 2 meses con fiebre no constatada y cefaleas intermitentes intensas que ceden con administración de AINES. Además manifiesta astenia, inapetencia y decaimiento general. Epidemiología: conviven y consumen animales de corral y la mamá tiene serología (+) para brucelosis sin tratamiento.

Examen físico: estrabismo convergente y constante de ojo izquierdo. Se constatan solo 2 episodios de febrícula durante toda la internación. Sin otros hallazgos.

Laboratorio: hemograma y reactantes de fase aguda normales.

Fondo de ojo: edema de papila bilateral

RNM de cerebro: normal

Ecografía abdominal: normal

Serología: brucelosis IgM e IgG (+) y reacción de huddleson (1/640)

Se diagnostica brucelosis se indica Rifampicina 15mg/kg/día y TMP-SMZ 10 mg/kg/día durante 45 días presentando buena evolución clínica con resolución completa de los síntomas.

CONCLUSIÓN

La afección ocular por brucelosis suele manifestarse en estadios avanzados. Las publicaciones de las complicaciones oculares, no describen hallazgos oftalmológicos específicos de la enfermedad. En nuestra paciente la valoración clínica, tras haber descartado la presencia de tumores de SNC; la epidemiología fue clave en la orientación diagnóstica por lo que se solicitó la serología acorde y de allí el tratamiento correspondiente.



GRANULOMA ANULAR EN LA INFANCIA

Mastroeni N.¹; Lopez M.²; Pauer N.³; Pedalino M.⁴; Rejala G.⁵; Boggio P.⁶; Larralde M.⁷

HOSPITAL RAMOS MEJIA^{1,2,3,4,5,6,7}

<natalia_mastroeni@hotmail.com>

797

INTRODUCCIÓN

El granuloma anular (GA) es una dermatosis inflamatoria, de etiopatogenia desconocida. Es más frecuente en la edad escolar y tiene un leve predominio en mujeres. La presentación clínica clásica consiste en pápulas eritematosas hemisféricas que se agrupan formando placas que adoptan una configuración anular, de 1 a 5 cm de diámetro. Generalmente son asintomáticas y se localizan en las superficies de extensión de las extremidades. El diagnóstico es eminentemente clínico en las formas clásicas, pero necesita ser confirmado con el estudio anatomopatológico en los casos de presentación atípica. La resolución espontánea en alrededor de 2 años es la regla. No existe tratamiento satisfactorio.

OBJETIVO

El objetivo es describir las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas del GA en una población pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y observacional, en el que se incluyeron 71 pacientes pediátricos con diagnóstico clínico y/o histopatológico de GA, atendidos en el sector de Dermatología Pediátrica del Hospital Ramos Mejía, entre los años 2004 y 2016. Los datos se recolectaron a partir de las historias clínicas y material iconográfico. Se analizaron las variables: sexo, edad, forma clínica de GA, número y localización de las lesiones cutáneas, así como los hallazgos histopatológicos en los casos que fueron biopsiados.

RESULTADOS

Se evaluaron 71 pacientes: 49 mujeres (70%) y 22 varones (30%), relación femenino/masculino 2,5:1. Edad promedio de presentación: 5.5 años. Subtipos

clínicos: 61 pacientes presentaron GA clásico, 5 subcutáneo o profundo, en 2 coexistieron lesiones clásicas y subcutáneas y en 3 casos se observó la forma generalizada. Número de lesiones: 45 pacientes (64%) tuvieron múltiples y 26 únicas (36%). En ambos casos, la localización en miembros inferiores fue la predominante con 41 pacientes (58%). 9 (12%) se ubicaron únicamente en miembros superiores y 20 pacientes (29%) presentaron afectación de ambos miembros. Un único caso tuvo localización atípica en órbita. Un paciente presentó lesiones en abdomen, uno cuello y 3 en tronco, además de lesiones múltiples en miembros. La ubicación más frecuente fue el dorso del pie (24 casos, 34%). Se realizó biopsia en 28 casos. Uno de ellos resolvió luego del procedimiento. A nivel histológico, en 27 especímenes se encontró un patrón intersticial, descrito como el más frecuente, mientras que un único caso presentó imagen de granuloma en empalizada. Un único paciente con un GA localizado y subcutáneo presentaba diabetes e hipotiroidismo. Otros 2 tenían dermatitis atópica y uno enfermedad celíaca. Se realizó tratamiento con corticoides tópicos en 8 niños, obteniéndose respuesta favorable en 2 de ellos.

CONCLUSIÓN

El GA es una afección dermatológica relativamente común en la población pediátrica, de carácter benigno y autorresolutivo. Presenta leve predominio en el sexo femenino. Existen diferentes presentaciones clínicas, la más frecuente es el GA localizado, planteándose dudas diagnósticas cuando las presentaciones son atípicas. El diagnóstico es eminentemente clínico, pero la confirmación se obtiene a través del estudio histopatológico, indispensable en formas atípicas.

RECEN NACIDO HIPOTONICO, EN QUE DEBEMOS PENSAR?

Fritz D.¹; Minuto M.²; Yulitta H.³; Marisol T.⁴; Mendez J.⁵

HOSPITAL ALEMAN^{1,2,3,4,5}

<nico88f@hotmail.com>

798

OBJETIVO

Describir un paciente con diagnóstico de Enfermedad Peroxisomal con hipotonía como manifestación inicial.

Descripción: Niña nacida de término con peso adecuado, primera hija de padres sanos no consanguíneos, parto vaginal, APGAR: 4/8 que nace con escaso esfuerzo respiratorio requiriendo VPP, mala regulación térmica e hiporreactividad ingresando a UTIP con diagnóstico de lactante hipotónico. Examen físico: PC: 34 cm al nacer, hipotonía global con mayor compromiso axial, fontanela anterior amplia, cuello corto, pliegue nucal redundante, retromicrognatia, exoftalmia, arcos supraciliares hipoplásicos, frente amplia, soplo sistólico (CIV pequeña), hepatomegalia.

Dentro de los laboratorios inicialmente solicitados se encontró aumento de transaminasas (valores normales por tres) y leve aumento de amonio. Ante la sospecha de Enfermedad Peroxisomal, por las características fenotípicas, la marcada hipotonía, y los hallazgos de laboratorio se solicitó panel metabólico específico que arrojó los siguientes resultados: aumento de ácidos grasos de cadena muy larga, déficit de plasmalógeno y aumento de ácido fitánico confirmándose así la sospecha clínica de Enfermedad Peroxisomal (Síndrome de Zellweger).

Exámenes complementarios: Potenciales evocados auditivos y visuales alterados de forma bilateral, videodeglución: reflujo intraesofágico hasta tercio superior del esófago, ecografía de cráneo: múltiples procesos quísticos de tipo connatal situados en topografía del surco tálamo-caudado, ecografía de abdomen y renal: normal, polisomnografía: apnea obstructiva del sueño, ecocardiograma: CIV OM pequeña sin repercusión hemodinámica, RM de

cerebro: quistes periventriculares, EEG descargas de tipo espigas frontales y temporales bilaterales.

Síndrome de Zellweger:

Síndrome cerebrohepatorenal. Prototipo de trastornos peroxisomales. Se caracteriza por dismorfismo craneofacial y profundas anomalías neurológicas. La incidencia es de 1 entre 50.000 y 100.000 nacidos vivos. Herencia autosómica recesiva.

Clínica: Frente alta, fontanela anterior grande, suturas craneales marcadamente separadas, surcos supraorbitales hipoplásicos, inclinación hacia arriba de los ojos, pliegues epicantales, puente nasal bajo y ancho, paladar ojival, hepatomegalia, cirrosis, calcificaciones en rótula, enfermedad renal, cataratas y retinopatía pigmentaria, hipotonía profunda, debilidad y reflejos ausentes.

Los hallazgos bioquímicos se deben a la deficiencia de beta-oxidación de ácidos de cadena muy larga, oxidación de ácido fitánico y síntesis de plasmalógeno. No hay tratamiento efectivo disponible para el Síndrome de Zellweger. Se debe brindar asesoramiento y apoyo adecuados a la familia (asesoramiento genético).

CONCLUSIÓN

Describimos una paciente con una enfermedad metabólica de baja prevalencia que suele presentar como síntomas cardinales la hipotonía de inicio temprano asociada a dismorfias craneofaciales, signos orientadores a la hora de iniciar el estudio de un niño hipotónico.



A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA EN PEDIATRÍA

799

Almassio A.¹; Giacone A.²; Colombo F.³; Werneke A.⁴

HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS LEONIDAS LUCERO^{1,2,3,4}

<aldanaalmassio@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La encefalomiélitis diseminada aguda es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, inmunomediada, con síntomas neurológicos multifocales y encefalopatía. Ocurre como complicación postinfecciosa en el 75% de los casos. Es una patología poco frecuente en pediatría, cuya incidencia anual es de 0.2/100000 niños. Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica y en estudios de imagen ya que no existe ningún marcador biológico confirmatorio.

OBJETIVO

Presentar el caso de un niño con Encefalomiélitis Diseminada Aguda, internado en Sala de Pediatría.

Descripción del caso: Niño de 11 años, que ingresa por cefalea y deterioro agudo del nivel de conciencia. Se constata paciente con tendencia al sueño, Glasgow 13/15, y rigidez de nuca. Antecedentes de cuadro viral de vía aérea superior previo. Se realiza laboratorio completo, TAC cerebral (normal), hemocultivos y punción lumbar (pleocitosis mononuclear). Inicia tratamiento con ceftriaxona y Aciclovir. Evolución desfavorable, con persistencia de cefalea e irritabilidad. Al séptimo día, presenta convulsión tónico-clónica generalizada. Se solicita RMN de cerebro evidenciando múltiples imágenes hiperintensas en FLAIR y T2 bilaterales, simétricas con compromiso supratentorial (corticocorticales) e infratentorial (sustancia

blanca cerebelosa); y realce central con contraste. Con diagnóstico presuntivo de ADEM se inicia tratamiento con metilprednisolona evolucionando favorablemente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La encefalomiélitis diseminada aguda presenta una recuperación lenta, completa en el 60-90% de los pacientes. No existen estudios actuales que reporten mortalidad y la extensión y sitio de las lesiones no predicen los resultados clínicos. Debido a la falta de estudios diagnósticos específicos, la confirmación requiere del seguimiento a largo plazo y la exclusión de otras patologías.

Es importante sospechar esta entidad ante un cuadro de encefalopatía aguda, en especial si se asocia a déficit neurológico multifocal, una vez descartada causas infecciosas directas en SNC o estructurales de otro origen, ya que presenta un abordaje terapéutico, pronóstico y seguimiento específicos.

PITIRIASIS RUBRA PILARIS CLÁSICA JUVENIL O TIPO III: A PROPÓSITO DE UN CASO

800

Jacobo P.¹; Alperovich R.²; Boente M.³; Asial R.⁴

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS^{1,2,3}; CENTRO DE DIAGNOSTICO DERMATOLÓGICO⁴

<alijacobo@hotmail.com>

La pitiriasis rubra pilaris (PRP) es una dermatosis inflamatoria papuloescamosa infrecuente de causa desconocida. Puede manifestarse en la 1° y en la 5° a 6° década de la vida. Griffiths la clasificó en cinco tipos basado en la edad de inicio, curso clínico, características morfológicas y pronóstico, siendo el tipo III o clásico juvenil el segundo en frecuencia; a esta clasificación se ha añadido la tipo VI asociada al HIV/SIDA.

La PRP se caracteriza por queratodermia palmo plantar y pápulas foliculares queratósicas sobre una base eritematosa, recubiertas por escamas furfuráceas, con tendencia a coalescer en grandes placas escamosas rojo-anaranjadas, respetando islas de piel sana, que a menudo progresan a una eritrodermia. Se localizan en superficies extensoras de las extremidades.

Las formas familiares son más frecuentes en niños, presentando mutaciones en el gen CARD14 (activador de la vía nuclear no-caniónica del factor Kappa B) que conduce a la activación de la respuesta inflamatoria, lo cual tendría importancia en el desarrollo de terapias específicas.

El diagnóstico es clínico y se complementa con la histopatología, siendo la paraqueratosis alternante el hallazgo fundamental para diferenciarla de la psoriasis.

El tratamiento depende de la extensión de la PRP. La terapia sistémica está indicada en formas extensas, como primera línea, los retinoides sistémicos. Se presenta un caso de un varón de 4 años sin antecedentes personales de relevancia. Consulta por dermatosis de 4 meses de evolución que inicia en pies y manos, extendiéndose a rodillas, codos y cara. Al examen físico

se observa eritrodermia, placas escamosas blancas de aspecto yesoso en párpados, región perioral, orejas, codos, rodillas, glúteos, tobillos y cuero cabelludo. Pápulas foliculares eritematosas en tórax anterior. Queratodermia anaranjada palmo plantar. Se realiza biopsia de piel con hallazgos compatibles de PRP. Se trató con isotretinoína 0,5mg/Kg/día, con resolución completa luego de 6 meses.

Se presenta un caso de PRP tipo III, con compromiso generalizado y excelente respuesta al tratamiento. Se plantea la necesidad de derivación al dermatólogo pediátrico para su seguimiento. A pesar que existen casos esporádicos de mutaciones en el gen CARD 14, resulta, por falta de medios, inaccesible la realización del estudio molecular.



801

A PROPÓSITO DE UN CASO INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR COQUELUCHE GRAVE

Cocuzza A.¹

HOSPITAL GUTIERREZ¹

<>

INTRODUCCIÓN

Coqueluche es una enfermedad infecciosa, altamente contagiosa, agente etiológico Bordetella pertussis, Coqueluche Grave es la asociación de coqueluche e hipertensión pulmonar.

OBJETIVO

Comunico el presente caso con el objetivo de enfatizar la necesidad de vacunar frente a enfermedades inmunoprevenibles en la infancia, potencialmente letales. Descripción del caso: Niña de 8 meses de vida incompletamente inmunizada ingresa por cuadro de 4 días de evolución que comienza con registro febril de 38 °C que su madre medica con antitérmicos y por escasa respuesta y agregar agitación consulta decidiéndose su internación. A su ingreso se presenta Vigil, somnolienta, con moderado compromiso del estado general, FC 153 x min FR 64 x min Temp: 37,8 °C sat 89% aire ambiente con mala mecánica ventilatoria y tos disneizante, por clínica y exámenes complementarios se asumió como Hiperleucocitosis, Sospecha de Bordetella Pertusis, Dificultad respiratoria Moderada, Neumonía Aguda. Se instauran medidas de sostén, hiperhidratación y se deriva a UCIP. Por rescate de Germen en aspirado Nasofaríngeo de Bordetella Pertusis confirma diagnóstico. Requiere ARM e inotrópicos, transfusión de glóbulos rojos, exanguino transfusión en 3 oportunidades. Desarrolla Hipertensión pulmonar y posteriormente neumonía asociada a Respirador. Pasa a sala en su día 19 día de internación. Se objetiva Apneas obstructiva leve. Durante 6 meses posteriores se

encontró en plan de destete progresivo de Oxígeno con mochila domiciliaria y seguimiento en centro de salud de referencia territorial.

CONCLUSION

La Coqueluche Grave es una enfermedad poco frecuente, pero altamente letal e inmunoprevenible. Se presenta principalmente en niños bajo seis meses de edad y, en especial, en pacientes con vacunación ausente o incompleta como nuestro paciente. Es fundamental tener un alto índice de sospecha epidemiológica y clínica, ya que una vez desencadenada la Hipertensión Pulmonar, el tratamiento disponible habitualmente fracasa. Actualmente nuestro paciente cursa una recuperación casi adintegrum con buen desarrollo pondo-estatural y desarrollo neurológico acorde para la edad.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE MORGAGNI EN PACIENTE CON SINDROME DE DOWN.

Gremes Cordero M.¹; Alasia F.²; Páinzeira D.³; Vallone P.⁴; Mendez J.⁵

HOSPITAL ALEMÁN^{1,2,3,4,5}

<rochigrem@hotmail.com>

802

Paciente de 7 meses de vida con diagnóstico postnatal de Sme de Down, que al examen físico en el control de salud presenta ruidos cardíacos disminuidos y alejados sin disnea ni taquipnea, saturación 99 %, sin visceromegalias, con pulsos simétricos. Se solicita Rx de torax frente y perfil donde se observa imagen compatible con hernia diafragmática y se realiza interconsulta con cirujano infantil quien con diagnóstico de hernia diafragmática de Morgagni por hiato de Larrey, con deslizamiento importante de colon, programa cirugía.

Como antecedentes, niño RNT/BPEG (38sem/2793g), embarazo controlado, serologías negativas. Parto vaginal. Apgar 9/10, diagnóstico postnatal de Sme de Down. FEI normal. Ecocardiograma inicial FOP vs CIA chica 3,5 mm. Comenzó estimulación temprana al mes de vida.

Se realiza hernioplastia laparoscópica donde se constata hernia diafragmática con defecto de septum transversum anterior (Morgagni) ocupada por colon y lóbulo izquierdo hepático. Se secciona ligamento redondo y ligamento suspensorio para lograr descenso de hígado a abdomen. El defecto tiene buen reborde muscular diafragmático, se cierra con puntos diferidos de seda 2/0 (8 en total) sin tensión, con buena aproximación. Se refuerza con un punto desde abdomen en área central del defecto. Procedimiento bien tolerado y sin complicaciones.

En septiembre de 2016 requirió internación una semana por IRAB a Parainfluenza tipo 3. En Rx de torax frente y perfil se observa imagen

sospechosa de recidiva por lo que se solicita TAC de tórax con contraste oral y endovenoso. Informe: Se observa Hernia de Morgagni con contenido colónico en su interior. Presenta anillo herniario de 2,7 cm.

El día 12/10 se interna de manera programada para corrección quirúrgica laparoscópica en la que se identifica Hernia Diafragmática Anterior Recidivada con adherencias propias de cirugía anterior, se liberan todas las adherencias, se reseca epiplón que se encontraba deslizado, y se desplaza colon que se encontraba ocupando saco herniario, se reseca saco, se abre pleura, se realiza plástica de diafragma y se coloca malla de Goretex. Procedimiento bien tolerado. Presenta complicación con neumotórax en campo pulmonar derecho grado III IV, requiriendo colocación de tubo de avenamiento pleural que se retiró a las 48 hs con expansión pulmonar completa. Evoluciona favorablemente, al momento se encuentra en seguimiento ambulatorio.

El objetivo de este trabajo es discutir un caso de hernia diafragmática que recidiva en paciente con síndrome de Down (cromosopatía asociada a mayor incidencia de hernia diafragmática), y realizar una actualización del tema, describiendo los distintos tipos de hernia diafragmática y su prevalencia, tratamiento quirúrgico y evolución posquirúrgica.



PAROTIDITIS RECURRENTE COMO INICIO DE ENFERMEDAD DE SJÖGREN A TEMPRANA EDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO.

803

Traba S.¹; Fusoni F.²; Bruno D.³; Vela M.⁴; Rodríguez J.⁵; Rey L.⁶; Slavsky A.⁷; Galán M.⁸; Selandari J.⁹

SANATORIO GÜEMES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<sabrina_vt@hotmail.com>

INTRODUCCION

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune de causa desconocida muy rara en la infancia, con diagnóstico más frecuente durante la preadolescencia y adolescencia, con mayor incidencia en sexo femenino.

La parotiditis puede ser el único signo inicial hasta en un 60% de los pacientes. Las manifestaciones extraglandulares de la enfermedad son infrecuentes en niños.

OBJETIVO

Reportar un paciente varón con parotiditis recurrente al que se arribó al diagnóstico de síndrome de Sjögren a temprana edad.

CASO CLINICO: Niño de 7 años, con antecedentes de 4 episodios de parotiditis a lo largo de 18 meses y mal estado bucodentario. El último episodio inicia con fiebre de 3 días de evolución, con tumefacción parotídea izquierda y adenopatías submaxilares. Como antecedentes familiares refiere abuela y tía paterna con síndrome de Sjögren y tío paterno con artritis reumatoidea.

Se realizan estudios complementarios en búsqueda de causas de parotiditis recurrente: ecografía de partes blandas que informa parótidas levemente aumentadas de tamaño, de aspecto microquístico con imágenes ecogénicas puntiformes de 1 mm, ubicadas en conductillos compatibles con microlitiasis; PPD negativa; y laboratorio inmunológico

con ANA y FAN positivo con patrón moteado (título 1/160); Anti Ro , Anti La positivos, Latex AR 56.1 UI/ml, IgA 178 mg/dl, IgE 560.5 mg/dl, IgG 1953 mg/dl, IgM 112 mg/dl, proteinograma electroforético con leve aumento de fracciones alfa-2 (0,8 g/dl) y gamma (1,52 g/dl); serologías negativas. Se interconsulta con reumatología quien solicita: examen de ojo seco (negativo), sialografía parotídea sin ectasias y biopsia de labio compatible con síndrome de Sjögren. En plan de iniciar tratamiento con hidroxycloroquina.

CONCLUSION

Recordar que el síndrome de Sjögren es uno de los diagnósticos a tener en cuenta en paciente con parotiditis recurrente, pudiendo ser su único signo inicial. Considerando además que no existen criterios diagnósticos específicos que detecten la enfermedad en pediatría con gran sensibilidad como en los adultos.

EFFECTO DE POLUENTES AMBIENTALES EN UN MODELO IN VITRO DE EPITELIO ASMÁTICO: MECANISMOS DE DAÑO Y RESPUESTA A FARMACOS

804

Figuroa J.¹; Dugour A.²; Astort F.³; Calello M.⁴; Tusat D.⁵

HOSPITAL DE CLÍNICAS Y FUNDACIÓN P.CASSARÁ, ICYT MILSTEIN¹; FUNDACIÓN P.CASSARÁ, ICYT MILSTEIN²;

CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD Y MEDIO AMBIENTE-UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN^{3,5}; FUNDACIÓN P.CASSARÁ, ICYT MILSTEIN⁴

<neumopedhclin@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Diferentes estudios clínicos y epidemiológicos señalan el efecto deletéreo de la contaminación ambiental sobre la evolución de los niños asmáticos: mayor frecuencia de exacerbaciones, menor respuesta a los tratamientos habituales, etc. El humo de cigarrillo y el material particulado (MP) son los contaminantes a los que más frecuentemente están expuestos los niños. Considerando la evidencia que muestra al epitelio respiratorio como un elemento central en el asma resulta de interés el estudiar los mecanismos de estos poluentes sobre el epitelio, y evaluar el efecto de fármacos utilizados en el tratamiento de afecciones respiratorias en pediatría.

OBJETIVO

1) evaluar en un modelo in vitro de epitelio asmático el efecto de la adición de un concentrado de humo de cigarrillo (CHC) y de MP urbano (recolectado con una bomba de muestreo en una zona céntrica de Bs.As.) sobre la liberación de IL-8 (citokina proinflamatoria); 2) evaluar la respuesta a un corticoide de uso tópico inhalado Budesonide (BUD); y 3) evaluar la respuesta a la acetilcisteína (NAC-antioxidante) en este modelo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se cultivaron células de una línea de epitelio respiratorio humano en monocapa y se dividieron en grupos expuestos a diferente estimulación: 1) grupo "control" (medio de cultivo solo); 2) modelo "Asma" (inflamado por adición de IL-1β + H2O2); 3) modelo "Asma" + CHC; y 4) modelo "asma + MP. Luego de finalizado el tiempo de estímulo el medio de cultivo fue

reemplazado por medio fresco solo (control), con BUD (células tratadas), o con NAC. Luego de las diferentes manipulaciones se evaluaron los niveles de IL-8 en el sobrenadante. Se realizó el análisis estadístico mediante el Test de Comparaciones Múltiples de Newman-Keuls.

RESULTADOS

La estimulación del epitelio con IL-1β induce liberación de IL-8 (modelo Asma); la adición de CHC o de MP produjo un aumento significativamente mayor de esta citokina. El tratamiento con BUD disminuyó la IL-8 en todos los grupos, pero persistieron al final niveles elevados de ella en las células expuestas al CHC o al MP. La adición de NAC luego de la aplicación de los poluentes no tuvo efecto, en tanto su aplicación en simultáneo con los mismos bloqueó la inducción de mayor liberación de citokina tanto por el CHC como por el MP.

CONCLUSIONES

El CHC y el MP generan un mayor aumento de la liberación de IL-8 en cultivos de epitelio respiratorio humano previamente inflamados. Este efecto no responde al tratamiento con BUD y solo es inhibido por NAC cuando esta se aplica simultáneamente a los poluentes, lo que indica que la liberación de IL-8 es gatillada por stress oxidativo.

Ninguno de los fármacos estudiados resulta útil para revertir el daño de los poluentes, lo que refuerza el concepto sobre la importancia de la evitación de los mismos, en particular en los niños que presentan asma.



805

HIPOACUSIA SÚBITA PROFUNDA UNILATERAL EN PACIENTE TRATADO CON VANCOMICINA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Baeza A.¹; Gagnay J.²; Bruno D.³; Vela M.⁴; Fraga J.⁵; Morano P.⁶; Rodríguez J.⁷; Slavsky A.⁸; Ontivero P.⁹; Selandari J.¹⁰

SANATORIO GÜEMES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<andi.baeza@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La hipoacusia súbita es considerada una urgencia otorrinolaringológica, definida como la pérdida de audición de 30 dB en al menos 3 frecuencias contiguas en la audiometría tonal, en un período menor de 72 hs., en un paciente sin antecedentes otológicos previos. Las causas pueden ser: idiopática (más frecuente), infecciosas, autoinmunes, vasculares y farmacológicas.

Los fármacos ototóxicos son aquellos que causan efectos lesivos sobre estructuras del oído a nivel vestibular, coclear y del nervio acústico, pudiendo generar alteraciones transitorias o definitivas de la función auditiva y/o vestibular.

La ototoxicidad se presenta con acúfenos, vértigo, hipoacusia y/o sordera.

OBJETIVO

Reportar un caso de hipoacusia súbita profunda derecha en paciente pediátrico tratado con Vancomicina.

Caso clínico: Varón de 13 años derivado a la institución para tratamiento de osteomielitis. Al séptimo día del ingreso se evidencia, como hallazgo, hipoacusia derecha al encontrarlo escuchando música solamente con el auricular del oído izquierdo, refiriendo que el motivo era la falta de audición derecha de 10 días de evolución.

Como antecedente de la enfermedad actual, en el centro derivante recibió tratamiento antibiótico con Vancomicina- Meropenem- Rifampicina durante 6 días por osteomielitis de peroné izquierdo y bacteriemia por

SAMR, presentado además trombosis venosa profunda poplítea y femoral con buena evolución.

Es valorado por Otorrinolaringología quienes realizan: Logaudiometría, Timpanometría y Audiometría con diagnóstico de hipoacusia profunda derecha; solicitan estudios serológicos, reumatológicos (negativos), RM de ángulo ponto cerebeloso y angioRM (normales).

Se medica con Metilprednisona vía oral y transtimpánica. En controles posteriores persiste con audiometrías alteradas. Se encuentra en plan de colocación de audífono.

CONCLUSIÓN

Aunque la hipoacusia por vancomicina en niños no es frecuente y menos la afectación unilateral, la ausencia de dosajes previos de esta droga no permiten descartar su rol etiológico.

806

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE TRANSICIÓN EN EL SANATORIO GÜEMES: DE LA MEDICINA DEL NIÑO A LA DEL ADULTO

Castiñeiras A.¹; Cordeu F.²; Fantín S.³; Solís Aramayo M.⁴; Falconier A.⁵

SANATORIO GÜEMES^{1 2 3 4 5}

<avcastiñeiras@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La transición es el pasaje planificado de los adolescentes con enfermedades crónicas de un sistema de atención pediátrico a uno de adultos. Existen múltiples obstáculos por parte del equipo de salud, la familia y las instituciones para realizarla adecuadamente. Para salvar estas dificultades se postula la necesidad de crear programas de transición que mejoren la calidad de atención.

OBJETIVO

Presentar la experiencia en la conformación de un equipo de transición en nuestra institución.

Desarrollo: Se creó el equipo de transición en agosto 2016, conformado por profesionales de servicios pediátricos y de adultos. Se reciben pacientes derivados por pediatras, servicios de clínica médica, de emergencias o instituciones externas. Se cita a los pacientes y a sus cuidadores, se presenta al equipo de transición, y se evalúan sus necesidades actuales. Se realizan reuniones de equipo, organizando la atención ambulatoria y de internación, solicitando los estudios e interconsultas requeridas y comunicando los datos relevantes de la historia clínica a los médicos de adultos que realizarán el seguimiento posterior. Se recita con el equipo de transición hasta observar estabilidad clínica y la compliance entre el paciente y sus cuidadores y el equipo tratante de adultos. En ese momento se realiza el traspaso.

RESULTADOS

Desde el inicio de actividades se citaron 24 pacientes. Dos nunca concurren. Se evaluaron 22 pacientes: 9 con enfermedades neurológicas (ECNE, discapacidad intelectual, etc), 8 con enfermedades genéticas (5 con Sme de Down), 2 con enfermedades respiratorias (FQ y EPCP), y 3 con otros diagnósticos. Dos pacientes fueron derivados de hospitales pediátricos, el resto de distintos servicios del Sanatorio. La edad promedio al inicio de la transición fue de 17 años. Del total, 6 han completado ya el proceso, 1 no continuó los controles en el Sanatorio, y 15 se encuentran en transición.

CONCLUSIONES

La experiencia en este año resultó satisfactoria y prometedora. Se observó muy buena aceptación inicial por parte de los pacientes y sus cuidadores, con resultados dispares en cuanto a la adherencia posterior, el cumplimiento de las indicaciones, los estudios y las interconsultas. Creemos que la difusión de este programa dentro y fuera de nuestra institución, podría colaborar a optimizar progresivamente los resultados y favorecer la creación de equipos similares en otros nosocomios y el intercambio de experiencias con los mismos.



CONSULTORIO DE EFECTOS TARDÍOS DE PACIENTES CON CÁNCER INFANTIL TRATADO Y CURADO. EXPERIENCIA DE 2 AÑOS EN INSTITUCIÓN PEDIÁTRICA.

807

Cabana J.¹; Noboa M.²; Kolos N.³; Russo M.⁴; Bertot G.⁵; Caballero E.⁶; Murray C.⁷

HOSPITAL MATERNO INFANTIL VICTORIO TETAMANTTI^{1,2,3,4,5,6,7}

<cabana.javier@gmail.com>

Durante los últimos años hemos sido testigos de una gran mejoría en las terapias contra el cáncer infantil, habiendo logrado una sobrevida del 60% para la LLA de acuerdo a estadísticas del RHO. Los sobrevivientes a los tratamientos oncohematológicos tienen un alto riesgo de experimentar secuelas a largo plazo que ponen en riesgo su calidad de vida. Es importante concientizar a los pacientes y a sus familias sobre la importancia de un seguimiento clínico y autocuidado para detectar en forma precoz efectos tardíos. En el HIEMI funciona desde el año 2015 el consultorio de Efectos Tardíos asistiendo a pacientes luego del año de finalizado el tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Fueron evaluados 51 pacientes, 23 niñas, 28 niños en 24 meses con un tiempo promedio de finalizado el tratamiento de 4,3 años.

RESULTADOS

25% de los pacientes fueron tratados por LLA, 21% por linfoma Hodgkin, 9,8% por linfoma no Hodgkin y tumor de Wilms, 5,8% por LMA, 3,9% hepatoblastoma y rhabdomiocarcinoma, 1,9% LMA recaída, LLA recidivada, astrocitoma, meduloblastoma, histiocitosis y osteosarcoma. Dos pacientes son sobrevivientes de trasplantes de CPH (uno de ellos recibió autotrasplante y al año por recidiva un trasplante haploidéntico); 21 pacientes (41%) recibieron radioterapia, de estos, en 2 (10%) pacientes se detectó hipotiroidismo, en 2 (10%) fallo de crecimiento, dos niñas que recibieron radioterapia abdominal presentan fallo ovárico y una de ellas,

enuresis. Se detectó sobrepeso en 8 pacientes (15%). En 2 pacientes (4%) que no recibieron radioterapia se detectó hipotiroidismo. Se detectaron 2 pacientes (4%) con necrosis aséptica secundaria al tratamiento con corticoides. Con respecto a la adaptación social, 7,8% refirieron dificultad en la reinserción escolar. Dentro de las quimioterapias recibidas el 88% de los pacientes recibió antraciclinas no habiendo detectado hasta el momento alteraciones ecocardiográficas.

CONCLUSIONES

Las alteraciones del sistema endocrino aparecen como las más relevantes en nuestros pacientes, siendo la más frecuente el hipotiroidismo. Observamos que el 15% de los pacientes con sobrepeso, tuvo inconvenientes en la inserción social. Se requiere mayor tiempo de seguimiento y evaluación ya que algunas complicaciones cardiovasculares o segundos tumores pueden presentarse en la adultez.

MEGACOLON TÓXICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

808

Siri M.¹; Grillo J.²; Bruno D.³; Rodriguez J.⁴; Strático R.⁵; Vera F.⁶; Slavsky A.⁷; Selandari J.⁸

SANATORIO GÜEMES^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<marce.siri@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) incluye trastornos de etiología desconocida, los cuales se definen según criterios clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos. La mayoría se presentan entre los 20 y 30 años; 1/3 antes de los 20 años, pudiendo manifestarse de formas más severas en este período. El 30% de los pacientes con EII desarrollan megacolon tóxico en los primeros tres meses del diagnóstico y el 60% restante en los primeros 3 años, pudiendo ser la forma de presentación inicial.

OBJETIVO

Reportar el caso de un niño con megacolon tóxico como debut de EII severa.

Caso clínico: Paciente de 11 años, previamente sano, consulta por presentar dolor abdominal y diarrea de 48 horas de evolución. Al examen físico se encuentra en mal estado general, con descompensación hemodinámica, ingresando a UTIP con requerimientos de ARM e inotrópicos. Con sospecha de shock séptico a foco enteral se realiza laparotomía exploradora, observándose dilatación de asas colónicas sin evidencia de foco infeccioso. Realiza múltiples esquemas antibióticos (Meropenem, Vancomicina, Colistin, TMP-SMX, Amikacina). Laboratorio de ingreso: Hto 27%, Hb 9.1 g/dl, GB 9400/mm³ (51/4/0/32/13), Plaquetas 491000/mm³, Glucemia 76 mg/dl, Albúmina 3 g/dl, ASCA 20.2

UI/ml (indeterminado), ANCA-C negativo. Resto de laboratorio normal. A los 12 días, permaneciendo clínicamente estable, comienza con melena y proctorragia, por lo que se realiza videocolonoscopia: evidenciándose erosión mucosa y parches de fibrina compatible con pancolitis severa; y biopsia que informa EII indeterminada. Inicia tratamiento con Mesalazina, Metronidazol y Azatioprina, con buena evolución clínica.

CONCLUSIÓN

Ante la presencia de un abdomen agudo grave o de evolución tórpida, tener en cuenta a la EII como probable diagnóstico diferencial, ya que puede debutar como una complicación aguda. La sospecha precoz conjuntamente con el tratamiento adecuado, son fundamentales para influir en el pronóstico de los pacientes.



TRATAMIENTO INNOVADOR CON BEVACIZUMAB EN PAPILOMATOSIS LARINGEA

Arrieta M.¹; Defago V.²; Roldan O.³

SANATORIO DEL SALVADOR^{1,2,3}

<belen.arrieta87@gmail.com>

809

RESUMEN

La papilomatosis laríngea (PL) es una enfermedad relacionada con la infección del virus del papiloma humano (HPV). Las terapias actuales no garantizan la erradicación de la misma, por lo que es sumamente recidivante. Presentamos la utilización de Bevacizumab (BVZ) como tratamiento adyuvante.

INTRODUCCION

La PL, tiene una incidencia de 4,3:100.000 niños. Presenta lesiones de aspecto vegetante, que pueden afectar a una o ambas cuerdas vocales, como cualquier otra localización del epitelio respiratorio. Es causada por HPV.

Quienes la padecen deben someterse a múltiples intervenciones quirúrgicas, siendo muy alta su recidiva. La radio terapia cervical está contraindicada, por lo que se propone el tratamiento coadyuvante con BVZ como nueva modalidad terapéutica.

El BVZ es un anticuerpo monoclonal que bloquea el factor de crecimiento endotelial vascular. La administración no oncológica más reconocida es para tratar la retinopatía diabética y la degeneración macular.

El tratamiento intravenoso o intralesional, bloquea la angiogénesis del tejido infectado por VPH, reduciendo la carga viral en el área.

OBJETIVO

Presentar terapia coadyuvante con BVZ en PL post tratamiento quirúrgico.

CASO CLÍNICO: niña de 6 años, nacida por parto vaginal, con tos de 2

meses de evolución, y que en la última semana se agrega estridor laríngeo, con tiraje supra esternal.

Estudios complementarios:

- Rx de columna cervical en flexión y extensión: interrupción parcial de vía aérea superior en la transición infra glótica.
- Fibrobroncoscopia: tumor glótico arracimado que protruye de las cuerdas vocales y obstruye totalmente la luz subglótica.
- Biopsia: Papilomas laríngeos.

Tratamiento:

- Escisión quirúrgica de papilomas a través de fibroendoscopia coblation.
- BVZ EV 10mg/kg/dosis cada 21 días. 5 sesiones programadas.

Tras 18 meses de seguimiento: fibroendoscopia normal, sin recidiva.

CONCLUSIÓN

La PL es una enfermedad de alta recurrencia y difícil tratamiento. Este trabajo muestra la utilidad y seguridad de la resección quirúrgica única combinado con el tratamiento endovenoso con BVZ, ya que logra un control más prolongado de la enfermedad.

CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE HEPATITIS FETAL AUTOINMUNE SIN TRANSPLANTE HEPÁTICO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Ahumada L.¹; Molina M.²; Sánchez M.³; Medina M.⁴; Di Forte M.⁵; Ferreyra M.⁶; Arijón C.⁷; Campo M.⁸; Moyano C.⁹; Ortega L.¹⁰; Mladin J.¹¹; Bovo J.¹²; Strelžik I.¹³; Ligoria S.¹⁴

HOSPITAL MISERICORDIA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14}

<luisahumada@gmail.com>

810

INTRODUCCIÓN

La hepatitis fetal autoinmune (HFA) o hemocromatosis neonatal es la causa más frecuente de fallo hepático agudo (FHA) en el periodo neonatal. El reconocimiento de su particular fisiopatología permitió diferenciarla de la hemocromatosis del adulto. En la HFA, la producción de anticuerpos maternos contra Agfetales, produce un cuadro de insuficiencia hepática prenatal y acumulación de Fe en hígado y otras glándulas. El tratamiento con gammaglobulinas EV (GG) y exsangüinotransfusión ha cambiado radicalmente el pronóstico libre de trasplante. Además, el GG EV administrada durante el embarazo disminuye la tasa de recurrencia en un 70%. Se presenta con un cuadro sistémico con coagulopatía severa que puede asemejar a sepsis o metabopatía grave. Muchos niños fallecen sin un diagnóstico correcto lo que no permite realizar los tratamientos preventivos y curativos antes mencionados.

Presentamos 2 RN con coagulopatía severa y FHA y su evolución.

Caso 1. RN, fem, PN 2600 g, Apgar 8/9, EG 40 s, Serología materna negativa. A las 48 hs de vida es internado en UCIN por presentar hipotonía generalizada e hipoglucemia (31 mg%). Se sospecha Infección sistémica y se indican ATB y Aciclovir, A las 24hs: hematemesis súbita con shock hipovolémico, Se indica Plasma fresco congelado (PFC) y medidas de sostén además convulsión (FBT).Eco Abdominal: Hígado hiperecogénico. vía biliar dilatada y signos de fibrosis (septos?). Debido a la persistencia del cuadro es derivado al HMNS. Al ingreso presenta shock hipovolémico y perfil de coagulación compatible con FHA (ver tabla I). Requiere transfusiones diarias de PFC, crio precipitados, GR sedimentados y plaquetas y Vitamina K. Ante la sospecha de HFA se realiza GG. EV a los 20d. A los 33 d de vida, entra en fallo multisistémico, hemorragia pulmonar y fallece. .Biopsia hepática (posmortem) Perl +, compatible con HFA.

Caso 2. RN, masc, PN: 3.300 g. APGAR: 7/8, EG: 38 s, serología negativa, Ingresa por petequias con plaquetopenia marcada y perfil de laboratorio compatible con FHA (ver tabla I). Recibió multiples transfusiones de plaquetas, PFC, crioprecipitados

y por último, GG EV semanal por sospecha de HFA. Estuvo estable aunque con laboratorio muy alterado durante su estadía en UCIN. A los 25 d, sangrado masivo con hemorragia pulmonar ingresa a ARM. Posteriormente, insuficiencia renal e hipertensión portal. Sospecha clínica de sepsis. Eco. abd: hiperecogenicidad hepática, resto normal. Estudio metabólico normal. Biopsia de mucosa yugal: PERL + en glandula salivales confirmatorio de HFA. Se otorga alta a los 56d con función renal y hepática normal.

Tabla I: Resultados de Laboratorio al momento del ingreso al HMNS

LABORATORIO	*CASO 1	CASO 2
R. PLAQUETAS (103/ul)	82	19
FIBRINOGENO (mg/dl)	93	62
%APP	12	20
KPTT (seg)	139	72
FI (%)	16	4
FV (%)	18	13
FVII (%)	5	5
FVIII (%)	110	81
VIX (%)	8	2
FX (%)	23	5
FXI (%)	26	10
DIMERO D (ng/ml)	1536	2075
BT (mg/dl)	17,37	23,87
BD	9,90	7,20
AST (UI/L)	234	165
ALT (UI/L)	56	15
FAL	389	417
GGT	53	16
ALBUMINA (g/dl)	2,07	2,92
FERRITINA (ng/ml)	950	6568
AFP	24144	>100000
GLUCEMIA (mg/dl)	56	68
PCR mg/l	4,8	1,3

*Al momento del ingreso al HMNS ya había recibido transfusiones de PFC, Plaquetas y GRS



811

ENFERMEDAD DE KAWASAKI-A PROPÓSITO DE UN CASO

Domé T.¹; Marquez S.²; Lipka D.³; Sanchez De Bustamante M.⁴; Marti C.⁵

HTAL FALCON^{1,2,3,4,5}

<talidome@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica aguda, infrecuente, autolimitada y de etiología desconocida. Se clasifica en típica, cumpliendo criterios clínicos, y atípica, cuando se presenta con manifestaciones inespecíficas. Se presenta como fiebre de más de 5 días de evolución y al menos 4 de los 5 criterios clínicos en niños de 18 a 24 meses.

OBJETIVO

Describir la presentación, diagnóstico, tratamiento, diagnósticos diferenciales y evolución de la enfermedad de Kawasaki a propósito de un caso diagnosticado, tratado y seguido en Hospital de Pediatría Federico Falcón.

Presentación del caso: Niña de 2 años, previamente sana, sin antecedentes de relevancia que es traída a la guardia por cuadro de fiebre de 3 días de evolución, rash y lesiones peribucales. Al examen físico: eritema generalizado, lesiones peribucales y secreción conjuntival. Se realiza laboratorio: GB 20800 (67/24/6/3/0); Hb 10,9; Hto 32,8; Pla 378000; Urea 10; Crea 0,57; PCR 48; ESD 35, HMCX2, se interna para tratamiento con clindamicina + penicilina con sospecha de impétigo vs smp piel escaldada. El tercer día de internación se realiza IC con Dermatología, quien sugiere el diagnóstico de Eritema multiforme mayor y decide medicar con Metilprednisona 0,5 mg/kg/día. Al 5° día, presenta edema, tumefacción y dolor de tobillo derecho, se IC con Reumatología. Se realiza nuevo laboratorio (GB 16600 (45/25); Hb 9,4; Hto 29,5; Pla 126000; PCR 6; ESD 23), Rx de tórax, orina y Ecocardiograma: s/p por lo que se solicita gammaglobulina,

asumiendo el cuadro como Enfermedad de Kawasaki. Al 7° día, se repite Ecocardiograma: función ventricular en límite inferior normal, FA 30%, VI dilatado, IM leve, coronaria izq dilatada en origen y tercio medio de 3,1 mm. Coronaria derecha de 3 mm. Se realiza pasaje de Gammaglobulina 2 gr/kg y comienza con AAS 80 mg/kg/día. Por buena evolución clínica, se otorga egreso hospitalario con pautas de alarma, AAS 3 mg/kg/día y seguimiento por Servicio de Cardiología.

DISCUSIÓN

Ante la sospecha de Enfermedad de Kawasaki :fiebre de más de 5 días de evolución más 3 o 4 criterios mayores: cambios en las extremidades (eritema o edema de palmas y plantas; descamación de dedos de manos y / o pies), exantema polimorfo, inyección conjuntival bilateral, cambios en labios y mucosa oral (labios fisurados y eritematosos, lengua aframbuesada, e hiperemia faríngea) y adenopatía cervical (>1,5 cm), hay que recordar que el tratamiento es efectivo dentro de los 10 primeros días de la enfermedad para prevenir la aparición de compromiso cardiovascular y que este no es evidente en ecocardiograma antes del 7mo día del cuadro febril. Si el diagnóstico es aún dudoso, pero hubo espera razonable de tiempo y se arribó al máximo de certeza posible, es lícito iniciar el tratamiento.

CONCLUSIÓN

Es importante conocer los criterios diagnosticos clínicos y ante sospecha diagnostica comenzar el tratamiento adecuado para prevenir compromiso cardiovascular y así reducir morbimortalidad.

812

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE PALIVIZUMAB EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DURANTE LOS AÑOS 2014-2016

Castellano V.¹; Umido V.²; Nolte M.³; Pacchiotti A.⁴; Santoalla M.⁵; Alfaro P.⁶; Satragno D.⁷; Conejeros Parodi W.⁸; Gentile A.⁹

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<vane0108@hotmail.com>

INTRODUCCION

El Programa Nacional de prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) por Virus Sincicial Respiratorio (VSR), emplea la inmunización pasiva con el anticuerpo monoclonal específico (Palivizumab: PVZ) como una intervención para reducir la incidencia, internación y complicaciones por VSR en niños con riesgo aumentado de morbilidad por infecciones respiratorias.

En nuestro hospital el Programa se implementó en el año 2014. Los pacientes ingresan desde Neonatología y Cardiología y son seguidos en el Vacunatorio durante los meses de administración del anticuerpo.

OBJETIVO

Evaluar la experiencia de la aplicación del Programa Nacional de Palivizumab en un hospital pediátrico de tercer nivel de complejidad entre 2014 y 2016.

POBLACIÓN

Pacientes que cumplan con los criterios de inclusión del Programa Nacional entre mayo y agosto de cada año: prematuros ≤ 32 semanas, con peso < 1.500 gr, prematuros con displasia broncopulmonar y pacientes con cardiopatías congénitas con inestabilidad hemodinámica < 12 meses. DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Se realiza una descripción de los pacientes incorporados al programa entre 2014 y 2016 en el Vacunatorio. Variables analizadas: edad, sexo, nivel socioeconómico, criterio de inclusión, cobertura (pacientes que

asistieron a recibir al menos una dosis/la totalidad de pacientes incluidos en el programa), adherencia (dosis recibidas/dosis potenciales a recibir según fecha de ingreso al programa), causas de no inclusión y deserción, interurrencias, internaciones.

RESULTADOS

Se incluyeron 140 niños en el Programa, de los cuales asistieron al menos una vez 80. Eran varones 58%, cardiopatas 61,25% y prematuros 38,75%. Cobertura global: 57% (80/140). Cobertura por año: 2014: 73% (33/45), 2015: 61% (30/49), 2016: 37% (17/46). Durante el período estudiado, el 62,5% (50/80) de los pacientes recibió el total de dosis indicadas. Adherencia global: 62,5% completaron el 100% de las dosis potenciales. Las causas de no inclusión y deserción más frecuentes fueron: internaciones, falta de localización, fallecimiento. De los niños seguidos, presentaron interurrencias leves 61,67% (37/60) y requirieron internación por IRAG 11,6% (7/60), de los cuales se rescató VSR en 3 casos.

CONCLUSIONES

La cobertura y adherencia global en nuestra experiencia debe ser considerada en el marco de un programa en población de alto riesgo, dado que nuestro hospital es centro de derivación de patologías de alta complejidad.



HEMOFILIA ADQUIRIDA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO DE INICIO JUVENIL

813

Fernandez S.¹; Gomariz E.²; Quintana C.³; Pellegrini M.⁴; Isern E.⁵; Becchio J.⁶; Rios M.⁷; Medina Cortez S.⁸; Masso D.⁹; Ramos A.¹⁰; Carlopio P.¹¹; Vázquez L.¹²

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12}

<sandra.y.fnz@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es la enfermedad autoinmune con mayor espectro de presentación clínica y serológica. Hemofilia Adquirida (HA) es una entidad poco frecuente causada por autoanticuerpos contra factor VIII de coagulación. Presenta una baja incidencia (1,5 por millón/año) frecuentemente asociada a enfermedades autoinmunes (15%).

OBJETIVO

Comunicar caso clínico de una paciente con HA como presentación inicial de LES juvenil.

Caso clínico: Niña 11 años de edad previamente sana consulta por astenia epistaxis, gingivorragia, lesiones purpúricas y artralgias.

Examen físico: TA 120/65 Peso Pc>97, Talla Pc75. Alopecia difusa, purpura palpable en miembros inferiores, signos de sangrado activo y adenopatías cervicales e inguinales. Exámenes complementarios: anemia hemolítica PCD +, leucopenia, ERS acelerada, KPTT prolongado, hipergamaglobulinemia, transaminasas elevadas, orina: sin hematuria. Índice proteinuria/creatininuria (IPC) 1 mg/mg (vn<0.2) Cl Cr 139 ml/min/1.73m2. Serología Epstein Barr IgM (+) IgG 1/160. Resto Serologías no reactivas. Hipocomplementemia, FAN 1/1280 patrón moteado, anti DNA + 1/40, anti Sm, anti RNP positivos. Descenso Actividad Factor VIII 6% (vn > 50 %) con presencia Inhibidor Factor VIII 1.7 Unidades Bethesda. Valoración oftalmológica, ecografía abdominal y ecocardiograma: normal. PPD negativo. Rx tórax normal.

La paciente cumplió criterios clasificación SLICC para LES e inicio tratamiento:

pulsos endovenosos y corticoides orales hidroxicloroquina, azatioprina, Factor VII activado recombinante.

Evolución: Continuo con sangrado activo, anemia hemolítica, F VIII disminuido por lo cual se indica Rituximab (RTX) 375 mg/m2 en 4 dosis semanal con dosaje previos y posteriores de CD19-CD20. Con 3 dosis RTX presenta edemas, hipoalbuminemia, IPC 3,5 mg/mg con orina sin hematuria. Por síndrome nefrótico asociado a LES y ante la imposibilidad de realizar biopsia por alteración en coagulación se inicia tratamiento de inducción con micofenolato. Se evalúa mejoría Factor VIII 37 % y detecta ausencia del inhibidor

DISCUSIÓN

Los inhibidores adquiridos deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de episodios de sangrado inusuales en la infancia. La HA como hallazgo debe hacernos sospechar de asociaciones con entidades autoinmunes como manifestación inicial. No hay consenso sobre la elección del inmunosupresor mas adecuado; se describen en la literatura el uso de glucocorticoides, ciclofosfamida, RTX y micofenolato, solos o combinados.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD: UNA AMENAZA CRECIENTE

814

Piedra E.¹; Montes N.²; Duje M.³; Garnero A.⁴; Gomila A.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD CORDOBA^{1 2 3 4 5}

<pedraedgar@gmail.com>

INTRODUCCION

Las infecciones por Staphylococcus aureus meticilino-resistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC) constituyen un problema emergente en nuestro medio debido a su elevada virulencia y gran capacidad de diseminación. Afectan principalmente piel y partes blandas, siendo cada vez más frecuentes las infecciones invasivas. En más del 90% de los casos no existen factores predisponentes que orienten al diagnóstico etiológico. Un tratamiento adecuado puede disminuir las complicaciones y morbimortalidad.

OBJETIVO

Reportar un caso de infección invasiva severa por SAMR-AC complicado con empiema subdural y tromboflebitis séptica del seno venoso longitudinal.

CASO CLINICO

Niña de 11 años, previamente sana. Se presenta con edema y eritema hemifacial izquierdo, fiebre, cefalea y dolor ocular derecho de 24 hs de evolución. Diagnóstico: celulitis facial y periorbitaria sin puerta de entrada aparente. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, aumento PCR. Se realiza hemocultivo y punción lumbar(traumática). Tomografía Computada: pansinusitis derecha, aumento de densidad de partes blandas izquierdas, neumoencéfalo sin fractura. Se realiza drenaje sinusal. Inicia antibioticoterapia ceftriaxona-clindamicina. Por signos de shock ingresa a UTI. Se agrega vancomicina. Cultivos de drenaje sinusal:

SAMR-AC. A la semana presenta fiebre y síntomas neurológicos; Angioresonancia: colección subdural y trombosis del seno longitudinal superior. Inicia metronidazol y enoxaparina. Buena evolución, cumple 6 semanas de antibióticos. Alta a los 42 días: paresia facio-braquio-crural bajo tratamiento de neurorehabilitación.

CONCLUSIONES

Ante la presencia de una infección de piel y partes blandas, debemos aumentar el índice de sospecha de SAMR-AC para iniciar tratamiento adecuado y así disminuir la morbimortalidad.



ABSCEOS CEREBRALES MÚLTIPLES

Piedra E.¹; Gomila A.²; Vanzo C.³; Garnero A.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD CORDOBA^{1,2,3,4}

<pedraedgar@gmail.com>

815

INTRODUCCIÓN

El absceso cerebral es una patología infrecuente pero con alta tasa de morbi-mortalidad. Las manifestaciones clínicas son variadas, la tríada: fiebre, cefalea y signos focales es característica.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de infección otomastoidea con complicación intracraneana diseminada.

Descripción: Paciente masculino, 10 años, comienza el 20/12/15 con un registro diario 39°C. El día 28/12 es derivado desde hospital zonal por persistencia de la fiebre y la aparición de disartria. Examen Físico: Hemiparesia braquiocrural derecha, disartria, Glasgow 15/15. Resto del examen normal.

Laboratorio: GB 16.500 (85/9/4) Plaquetas 400.000 Hb 11.9 PCR 98.

TAC cerebral: Imágenes ocupantes de espacio que captan contraste, dos en región occipital de ambos lados y otra frontal parasagital izquierda, en relación a la hoz del cerebro, con edema perilesional y efecto de masa. Otomastoiditis izquierda con solución de continuidad de la placa sigmoidea en íntima relación con el seno venoso transverso. Sinusitis maxilar y etmoidal izquierda.

Hemocultivos: negativos. Ecografía abdominal: Normal. Ecocardiograma: normal.

Diagnóstico: Abscesos cerebrales.

Comienza tratamiento con Ceftriaxona, Vancomicina y Metronidazol.

Se realiza craneotomía con evacuación de abscesos y se envía muestra a Bacteriología.

Evolución clínica favorable con leve debilidad en MMII.

06/01/16 TAC control: Nueva colección en lóbulo temporal derecho. Persisten imágenes occipitales sin cambios. En región frontoparietal izquierda se observa una de 36mm de diámetro, otra parietal izquierda de 39mm y una parasagital izquierda de 20mm con edema perilesional. Trombosis del golfo de la yugular y seno sigmoideo izquierdo. Cultivo de material evacuado: Streptococcus anginosus. Se suspende Vancomicina.

El 07/01/16 ingresa a quirófano para nueva evacuación de abscesos y mastoidectomía.

12/01/16 TAC cerebral: sin cambios importantes respecto a estudios anteriores.

01/02/16 TAC cerebral: Ligera disminución de tamaño con respecto a imágenes previas.

Se realiza intervención quirúrgica con guía de neuronavegación para evacuación de abscesos.

15/02/16 TAC cerebro: persisten 3 lesiones pequeñas.

24/02/16 Cumple 8 semanas de tratamiento antibiótico endovenoso. Se indica egreso hospitalario con Amoxicilina por 14 días.

COMENTARIO

Se destaca la presencia de múltiples abscesos piógenos a punto de partida de un foco otomastoideo, con escasas manifestaciones clínicas en relación a la necesidad de reiteradas intervenciones neuroquirúrgica

PANCREATITIS AGUDA: REPORTE DE CASOS

Roqué M.¹; Moreira I.²; Fierro C.³; Elman J.⁴; Fresco Senz P.⁵; Saenz J.⁶; Fernandez Sasso D.⁷; Ortega L.⁸

I.A.D.T^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<marinesroque@hotmail.com>

817

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria aguda del páncreas de etiología diversa, destacándose los casos secundarios a traumatismos, infecciones, anomalías estructurales, colelitiasis y medicamentos. Se caracteriza por una variada presentación clínica, desde cuadros leves y autolimitados, hasta cuadros complicados con alta morbimortalidad. Es una patología poco frecuente en pediatría pero en los últimos años hemos percibido un aumento en el número de casos de pancreatitis aguda asistidos en nuestra institución. Describimos aquí los últimos dos casos internados durante el año 2017 y seguidos en nuestro servicio.

Casos Clínicos: Presentamos dos pacientes de sexo femenino. La edad media fue de 14.58 años. Como síntoma principal ambas presentaron vómitos persistentes, seguidos de dolor abdominal. El valor medio de amilasa al inicio del episodio fue de 719,5 U/l y de lipasa de 7068 U/l. Una de las pacientes presentó valores de amilasa levemente por encima del valor máximo normal pero con lipasa elevada. Ambas pacientes presentaron al diagnóstico ecografías abdominales normales pero con tomografías computadas de abdomen con hallazgos compatibles con pancreatitis aguda (Páncreas de tamaño aumentado en todos sus segmentos, con edema y líquido laminar peri orgánico, atribuible a cambios inflamatorios). Una de las pacientes presentó colelitiasis como etiología requiriendo intervención quirúrgica en forma diferida y un pseudoquistes de 12 mm como complicación. En la otra paciente se

descartaron etiologías infecciosas, medicamentosas, traumática y litiasica por lo que se asumió como idiopática. No hubo mortalidad atribuible a la pancreatitis aguda.

CONCLUSIONES

La pancreatitis aguda en la infancia presenta etiología y clínica muy variada. por lo que es fundamental la sospecha clínica temprana y la determinación de amilasa y lipasa pancreáticas junto con los estudios por imágenes pertinentes. Creemos que es necesario realizar estudios prospectivos para poder evaluar la incidencia de pancreatitis aguda en pacientes pediátricos en nuestro país y la forma de abordarlos.



NEUROBLASTOMA Y COMPRESIÓN DE VÍA AÉREA

Brusadin M.¹; Otarola M.²; Pretz D.³; Rogé H.⁴

HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA^{1,2,3,4}

<marianabrusadin@gmail.com>

818

INTRODUCCIÓN

El Neuroblastoma neonatal representa el 4% de todos los neuroblastomas. Es el tumor sólido extracranial más frecuente en la primera infancia. En las distintas series publicadas se ha demostrado un pronóstico muy favorable en aquellos tumores que afectan a lactantes, con una supervivencia a largo plazo del 90% tras la cirugía como único tratamiento, además de haberse descrito casos de regresión espontánea.

Presentación del caso

Acude a guardia de nuestro nosocomio recién nacido de 38 semanas de edad gestacional y peso adecuado, con el relato parental de ALTE mayor que requirió reanimación en su domicilio, ingresa a asistencia respiratoria mecánica. Presenta en la radiografía de tórax imagen radiopaca de condensación parenquimatosa pulmonar, redondeada en región media de tórax derecho a nivel de la carina traqueal. A las 24 horas de evolución el paciente requiere ventilación de alta frecuencia, con eventos de desaturación, mantiene presiones medias en vía aérea bajas con sobredistensión en radiografías, pCO₂ elevadas lo que orientaba a compresión de vía aérea. Se realiza Tomografía de cerebro, tórax y abdomen. Las imágenes en tórax muestran formación expansiva de bordes lobulados, heterogénea, predominantemente isodensa con calcificación interna. Ocupa principalmente el vértice pulmonar derecho y región paravertebral, impresiona originada en mediastino posterior presentando base amplia con el mismo. La misma produce

desplazamiento y compresión de la tráquea a nivel de la bifurcación y bronquio derecho disminuyendo el calibre del mismo. Los hallazgos tomográficos sugieren en primer término se trate de neuroblastoma. A los 23 días de vida se realiza punción biopsia por toracoscopia y broncoscopia, con toma de muestra para anatomía patológica y marcadores tumorales.

DISCUSIÓN

La compresión de vía aérea determinó la inestabilidad clínica del paciente, lo que acortó los tiempos diagnósticos. La evolución del neuroblastoma en este caso estuvo condicionada por su localización, no fue posible completar su estudio. El compromiso respiratorio fue apremiante y determinó la conducta quirúrgica precoz.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI: REVISIÓN CLÍNICA DE UNA SERIE DE 52 PACIENTES. FACTORES DE RIESGO PARA ANEURISMA CORONARIO.

Maciel D.¹; Battagliotti C.²

HOSPITAL DE NIÑOS ORLANDO ALASSIA^{1,2}

<david.maciel@live.com>

819

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis que puede ocasionar coronariopatías.

OBJETIVO

Conocer las manifestaciones clínicas y las complicaciones de la enfermedad en nuestro medio. Buscar los factores relacionados con las lesiones coronarias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de 52 pacientes con enfermedad de Kawasaki desde enero de 1989 hasta diciembre de 2015.

RESULTADOS

55 % fueron varones, la edad media 23,5 meses (r: 19 días - 7 años). El 100 % tuvo fiebre, con una media de duración de 7,6 días (r: 5 días - 17 días). Un 65 % (39) presentó la forma completa de la enfermedad. Las manifestaciones clínicas fueron exantema y afeción bucal (49) 94 %, cambio en las extremidades (47) 90 %, conjuntivitis (33) 63 %, adenopatía cervical (12) 23 %. Otras: piuria abacteriana (22) 55 %, irritabilidad (9) 23 %, artralgia (6) 15 %, y diarrea (5) 12 %. El laboratorio mostró leucocitosis, trombocitosis, anemia y velocidad de eritrosedimentación globular elevada. Hubo incremento de las transaminasas en (17) 43 %.

Diez pacientes (5,2 %) tuvieron afeción coronaria. Siendo en 7 ectasia coronaria difusa. Los otros casos correspondieron a un aneurisma gigante, aneurismas múltiples con estenosis en ambas coronaria y trombosis coronaria. Se identificaron como factores de riesgo para coronariopatías la duración de la fiebre (p = 0,013) y el retardo en la aplicación de la gammaglobulina (p = 0,0001).

CONCLUSIÓN

Todos los pacientes presentaron las manifestaciones clínicas típicas de la enfermedad. Las lesiones coronarias se relacionaron con la duración de la fiebre y el retardo en la aplicación del tratamiento adecuado.



LUPUS ERITEMATOSO NEONATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pérez Peralta M.¹; Espinoza J.²; Rapetti G.³

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA^{1,2,3}

<guadapp66@gmail.com>

820

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso neonatal (LEN) es una enfermedad del recién nacido, infradiagnosticada, que cursa con afectación cutánea, cardíaca, hepática y/o hematológica. Se asocia a la presencia de autoanticuerpos maternos en la sangre del niño, frecuentemente anti-Ro. La incidencia estimada es de 1 por cada 20.000 recién nacidos.

OBJETIVO

Describir un caso de LEN a fin de considerarlo como diagnóstico diferencial en niños con sintomatología compatible, para un diagnóstico y seguimiento correctos.

Descripción del caso: Niña de 1 mes de vida, remitida a nuestro Hospital por presentar dermatopatía desde el nacimiento. Primera hija de padres no consanguíneos. Embarazo normal. Nace de término, peso adecuado, internación y alta conjuntas. Presenta pápulas-placas eritemato-purpúricas, palpables, en cara, cuero cabelludo, tronco y miembros, descamativas, equimosis bipalpebral. Compromiso de mucosa oral, pabellones auriculares, pliegues y genitales externos. Con sospecha de síndrome de Blueberry Muffin Baby, se interna para estudios. En analítica: plaquetopenia severa y anemia normocítica normocrómica, LDH y transaminasas elevadas. Serologías negativas para TORCH. Sin compromiso cardiológico ni oftalmológico. Biopsia de piel: epidermis con hiperqueratosis, en dermis infiltrados

inflamatorios linfocitarios perivasculares. Extravasación eritrocitaria. Sin lesiones neoplásicas. Recibió transfusiones de plaquetas, glóbulos rojos e infusión de Gammaglobulina. Se deriva a Hospital Garrahan donde se diagnostica LEN: FAN 1/500, Anti Ro y Anti La positivos. Madre con FAN y Anti ENAS positivos. PAMO: celularidad aumentada, serie megacariocítica disminuida, serie eritroide displásica. Pendiente inmunomarcación y citogenética. Reingresa a nuestra institución, requiere internación en UTIP por hemorragia alveolar. Intercurrencias infecciosas, con aislamiento de Influenza A. En control de serologías: Citomegalovirus positivo, carga viral de 825000 copias. Cumplió tratamiento con Ganciclovir. Actualmente con mejoría clínica, disminución de lesiones en piel, placas claras, descamativas, sin sangrados activos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El LEN es poco frecuente. Las lesiones cutáneas se controlan mediante fotoprotección y/o corticoides tópicos de baja potencia. La enfermedad cutánea evoluciona a la curación hacia el séptimo mes de vida, coincidiendo con el aclaramiento de los anticuerpos maternos del suero del niño. Se recomienda seguir a estos niños a largo plazo, se han publicado algunos casos de evolución a lupus eritematoso sistémico.

¿CÓMO SE COMPORTAN NUESTROS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO AL NACER?

Brusadin M.¹; Abdala D.²; Agost D.³; Gamboa L.⁴; Guida M.⁵; Otarola M.⁶; Pretz D.⁷; Rogé H.⁸; Rogé I.⁹

HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<marianabrasadin@gmail.com>

821

INTRODUCCIÓN

El nacimiento antes de término es la causa más importante de mortalidad y morbilidad perinatal en países desarrollados. Analizamos su comportamiento en la población de recién nacidos de muy bajo peso al nacer de un Hospital privado de Mendoza con un número 2700 partos al año.

OBJETIVO PRIMARIO

Determinar la mortalidad y morbilidades mayores al alta como Hemorragia Intracerebral, Displasia Broncopulmonar, Retinopatía del Prematuro, Enterocolitis Necrotizante, Sepsis tardía en RNMBPN de 400 a 1500 gramos al nacer, en un servicio de Neonatología de nivel III-B. En el periodo 2015-2016.

OBJETIVO SECUNDARIO

Comparar los resultados obtenidos de nuestro centro con una red colaborativa en América Latina.

MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional; los datos fueron recolectados entre el 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre del 2016 en una UCIN. Se incluyeron todos los RN vivos con peso al nacer entre 400 y 1500 gramos. Se registró: Edad gestacional, peso, talla y circunferencia craneal al nacer y al alta, control materno pre natal, uso de corticoides previo. Uso de oxigenoterapia, CPAP y Ventilación Mecánica, nutrición enteral, curso de ATB, sobreviviente o fallecido.

Análisis estadístico: Los datos cuantitativos se expresan como medias \pm desvío estándar (DE) y para su análisis se utilizó U de Mann Whitney. Los datos cualitativos se expresan como porcentajes o proporciones con sus respectivos intervalos de confianza 95% (IC95%), según corresponda. Fueron analizados mediante Chi cuadrado (X²) o diferencia de proporciones. Se consideró significativa $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 48 pacientes. La mortalidad global observada en este grupo de pacientes fue del 18,7%, (IC95% 10,1 a 31,9). No se encontró diferencia significativa entre la mortalidad de nuestro Servicio vs el grupo Neocosur; Neo H.E.M. 18,7% vs Neocosur 25,8%; $p = NS$.

CONCLUSIONES

La mortalidad global observada se ajusta a la mortalidad esperada por nivel de gravedad. No hubo diferencia en mortalidad global de Neo H.E.M. vs grupo Neocosur. En cuanto a morbilidades mayores se encontró una diferencia significativa en la prevalencia local de sepsis tardía, la cual fue mayor que en el grupo colaborativo.



CO-MORBILIDAD DE PÚRPURA DE SHÖNLEIN HENOCH Y PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

822

Luna Matheu F.¹; Beltramo E.²; Selva V.³; Inchaurregui E.⁴

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA^{1,2,3,4}

<flavialunamatheu@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Púrpura de Shönlein Henoch (PSH) es una vasculitis mediada por IgA de etiología desconocida y la Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) es una trombocitopenia aislada asociada a alteración en la inmunidad celular inespecífica.

OBJETIVO

Describir un caso de co-morbilidad de Púrpura de Shönlein Henoch y Púrpura Trombocitopénica idiopática, no descrita en la literatura.

DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo masculino con antecedente de PTI diagnosticada a los 2 años, al no responder al tratamiento médico, dos pasajes de gammaglobulina y corticoterapia prolongada, a los 7 años se realiza esplenectomía, después de la cual no tiene mas recaídas.

A los 12 años presenta cuadro de gastroenteritis, a los siete días comienza con dolor articular, petequias y equimosis en miembros inferiores, se diagnostica Púrpura de Schönlein Henoch con compromiso renal: hematuria, proteinuria masiva con función renal, complemento y colagenograma normal.

Se realiza biopsia renal: glomerulonefritis mensangioproliferativa con depósitos de IgA en la inmunofluorescencia, confirmando nefropatía por IgA. Se indican corticoides, dieta hiposodica, enalapril y losartan, después de un año de corticoterapia negativiza proteinuria manteniendo enalapril como nefroprotector.

A los 4 meses de suspender el tratamiento presenta un cuadro de otitis media supurada y 5 días despues consulta por petequias generalizadas constatando plaquetopenia con recuento de 11.000 cel/mm3 por lo que se decide su internación, el servicio de hematología diagnostica recaída de púrpura trombocitopénica idiopática, retomando el tratamiento con meprednisona 1mg/kg/día con buena respuesta, presentando proteinuria y hematuria en controles subsiguientes por lo que se prolonga corticoterapia con descenso progresivo durante 7 meses tras negativizar la misma.

Actualmente sin proteinuria y con recuento plaquetario normal, continua con dieta hiposodica y Enalapril

CONCLUSIÓN

Se presenta la co-morbilidad de PTI y PSH sin correlación etiológica demostrada a pesar de múltiples estudios y búsqueda bibliográfica, se destaca la respuesta a la corticoterapia en ambas patologías, sin presentar enfermedad autoinmune demostrada por análisis clínicos, lo que hace suponer una posible causalidad.

A PROPÓSITO DE UN CASO ENDOCARDITIS POR ESCHERICHIA COLI

824

Rossiter M.¹; Martignetti C.²; Diaz F.³; Bickham D.⁴; Lepetic S.⁵; Longueira S.⁶

HOSPITAL OÑATIVIA^{1,2,3,4,5,6}

<mjulir@hotmail.com>

La endocarditis infecciosa (EI) es una infección del endocardio predominantemente valvular, secundaria a la colonización por vía hematogena de microorganismos como bacterias, clamidias, rickettsias, micoplasmas, hongos o virus. Puede ser súbita y aguda, pero más frecuentemente es subaguda, lo que retrasa el diagnóstico. Rara en la infancia, mortal sin tratamiento, y su morbimortalidad sigue creciendo a pesar de los avances en antimicrobianos y de la difusión de su profilaxis entre los niños susceptibles. Crecientes grupos de riesgo son los supervivientes de cirugías cardiacas complejas y de cuidados intensivos que precisan catéteres intravasculares, especialmente neonatos. Dentro de los principales agentes bacterianos que dan la etiología son más frecuentes los cocos Gram positivos, siendo el principal agente streptococo y luego el staphilococo sp., y en porcentaje casi insignificante la Escherichia Coli (EC), sobretudo en niños expuestos a terapia neonatal prolongada.

OBJETIVOS

Describir un caso de endocarditis infecciosa de etiología poco frecuente en pediatría.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 4 meses de vida (2 meses edad gestacional corregida), ingresa a la guardia por haber presentado cianosis peribucal y distal con hipotermia. Al ingreso se constata palidez generalizada, mal estado general, hiporreactiva, apneas que revierten con colocación de oxígeno a alto flujo. Se pancultiva por sospecha de sepsis y se medica

con ceftriaxona 100 mg/kg/dia. Presenta plaquetopenia que requiere transfusión de plaquetas, pcr 37 ug/l y resto del laboratorio de bajo riesgo. Citoquímico de LCR con hiperproteinorraquia y pleocitosis.

Antecedentes previos de recién nacida pretermino gemelar de 31 semanas, internación prolongada en neonatología y luego pediatría de otro hospital zonal, infección congénita por herpes simplex, hidranencefalia, trastorno deglutorio e hipertensión pulmonar leve.

Comienza con registros febriles, tras lo cual presenta leucocitosis (28570), Urocultivo y Hemocultivos x 2 positivos a EC. Se inicia búsqueda de focos profundos tras lo cual se realiza Ecocardiograma que informa vegetaciones en válvulas tricuspídea, pulmonar y aórtica, insuficiencia moderada a severa mitral e hipertensión pulmonar leve. Se interpreta cuadro de endocarditis a EC con foco urinario y se rota medicación a amikacina, piperacilina tazbactam. Se deriva la paciente a centro de mayor complejidad, donde presenta intercurencia respiratoria con acidosis persistente tras lo que la paciente fallece.

DISCUSIÓN

La endocarditis infecciosa es poco frecuente en nuestra población pediátrica, mucho menos aún a este germen. En todo paciente con mala evolución y bacteriemia constatada deben buscarse focos profundos ocultos, más aún en pacientes que fueron sometidos a procedimientos invasivos. Se inicia en primer lugar tratamiento médico para luego evaluar tratamiento quirúrgico de reemplazo valvular.



MASCOTAS EN EL HOGAR

Aresca M.¹; Albiol P.²; Dueñas K.³; Latronico B.⁴; Salimena L.⁵; Sancilio A.⁶

EVITA LANUS^{1,2,3,4,5,6}

<arescalaura@gmail.com>

825

INTRODUCCIÓN

El 78% de los argentinos tienen mascota, en su mayoría perros. Ellas suponen fuente de bienestar psicológico y social para los niños, además una excelente oportunidad para desarrollar el sentido de responsabilidad. A los tres o cuatro años se pueden asignar pequeñas tareas, siempre bajo la supervisión de un adulto, puesto que aún no controla sus impulsos. A partir de los diez nos encontramos en el momento ideal para aumentar la responsabilidad con tareas como darle de comer o llevarlo a pasear.

OBJETIVOS

- Conocer prevalencia y tipo de mascotas en los hogares.
- Evaluar asesoramiento de los padres sobre tenencia de mascotas en el entorno familiar.
- Evaluar conocimiento sobre la edad oportuna para adquirirla y el rol que juega la misma en el hogar.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo y observacional. Se analizaron 300 encuestas sobre tenencia de mascotas en el hogar, tipo elegidas, asesoramiento previo a la tenencia y cuidados de las mismas; realizadas a padres de niños entre 0 y 14 años en salas de espera de consultorios pediátricos de Alte Brown y Lanús, desde 1 de Febrero al 30 de Marzo de 2017. La misma era autollenada de 12 preguntas de opción múltiple.

RESULTADOS

De las 300 encuestas se observó que el 75% tienen mascotas, el 86% eligen al perro, refiriendo ser esta la mascota más adecuada. El 44% recibió asesoramiento previo a la introducción de las mismas en su hogar, pero solo el 8% lo hizo con un pediatra. Un 38% considera que la edad oportuna para la incorporación de las mascotas es desde el nacimiento, el 55% desde el año de vida y un 7% a partir de los 12 años. Los cuidados de las mascotas son compartidos en el 58% de los casos. En cuanto al rol e importancia de las mascotas, 21% de los padres creen que favorece la autoestima, 30% que promueve el desarrollo de responsabilidad, 13% facilita la relación con sus pares, 19% para recreación, 7.5% con fin terapéutico.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta que dos tercios de la población encuestada tienen mascotas, podemos concluir que es un tema de gran importancia para la dinámica familiar. De todos los animales, es el perro la mascota que prefiere la mayoría. Si bien gran parte de la población encuestada recibió asesoramiento previo, un bajo porcentaje se asesoró con un pediatra. Se observa en gran medida desconocimiento de la edad oportuna de incorporación. Creemos que la adecuada intervención del pediatra ayudará a la mejor decisión frente a tenencia y cuidados de mascotas en el hogar.

ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO EN TELEMEDICINA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CONSULTAS RECIBIDAS A TRAVÉS DE OFICINA DE COMUNICACIÓN A DISTANCIA EN EL HOSPITAL GARRAHAN

Leguizamón M.¹

HOSPITAL GARRAHAN¹

<>

INTRODUCCIÓN

La telemedicina es una manera de proveer servicios de salud a pacientes en los que el acceso a los mismos está limitado por la geografía o por la falta de recursos tecnológicos y/o médicos específicos.

En el caso de Errores Congénitos del Metabolismo (E.C.M.), que es una especialidad de patologías poco frecuentes que cuenta con pocos referentes en Argentina, la telemedicina asegura el acceso igualitario a todo el país a la tecnología y conocimiento que dispone el Hospital Garrahan, para realizar diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades poco conocidas.

OBJETIVO

Realizar un análisis descriptivo sobre las consultas a distancia recibidas por el servicio de Errores Congénitos del Metabolismo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión de consultas a distancia recibidas por servicio de Errores Congénitos del Metabolismo desde el mes de octubre de 2016 hasta mayo de 2017.

RESULTADOS

Se recibieron 390 consultas a distancia desde Octubre de 2016 hasta Mayo de 2017, de las cuales el 15% corresponde a Capital Federal y el 12% a la provincia de Bs As, conformando la mayoría de consultas. Se llegó a un diagnóstico en el 9% de los casos. El 27% fueron enviadas por residentes de pediatría y el 75% del total de consultas requirió enviarse más de

una vez, por aportar información insuficiente. Se realizó la derivación de pacientes a este hospital en 6% de los casos, la mayoría fue sin criterio para evaluación por esta especialidad, desde su lugar de origen.

CONCLUSIONES

El haber llegado a un diagnóstico certero en el 9% de los casos, resulta similar a lo reportado en la literatura, cuando se estudian pacientes con criterios de riesgo para E.C.M., 22 pacientes pudieron acceder a un tratamiento y seguimiento por este servicio gracias a esta herramienta, durante el periodo analizado (8 meses). Entre los aspectos a mejorar, se encuentra el aporte insuficiente de datos en las consultas, (debido posiblemente al desconocimiento de estas patologías), que llevan a una demora en la respuesta adecuada; y la derivación de pacientes a este hospital, que no reúnen criterios para ser evaluados por el servicio de E.C.M., lo que implica un estrés para el paciente y un gasto innecesario de recursos médicos y económicos.

826



LACTANTE HIPOTÓNICO DE ETIOLOGÍA GENÉTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Castro D.¹; Ferrin M.²; Alva Grimaldi L.³; Cora N.⁴

HOSPITAL LUCIO MELENDEZ DE ADROGUE^{1,2,3,4}

<danielafernandacastro@yahoo.com.ar>

827

INTRODUCCIÓN

La hipotonía en el lactante puede ser de origen central, periférico ó mixto. Luego de haber descartado etiologías frecuentes de hipotonía de origen central como hipoxia-isquemia perinatal, hipotiroidismo, hipocalcemia, hipoglucemia, sepsis y efectos adversos de fármacos deben considerarse entidades de etiología genética, de baja prevalencia, como el Síndrome de Prader Willi (SPW), causado por la delección en el cromosoma 15q11-13 paterno. Su frecuencia es de 1: 16000-25000 recién nacidos vivos.

OBJETIVO

Describir el cuadro clínico y la evolución de un paciente que ingresa presentando hipotonía generalizada de etiología poco frecuente.

CASO CLÍNICO

Paciente de 2 meses de edad portador de hipotonía generalizada derivado a sala de pediatría desde neonatología para estudio y tratamiento.

Antecedentes de parto pre-término (36 semanas) con peso adecuado para edad gestacional, Apgar: 8-9. Nacido por cesárea, por rotura prematura de membranas, en el Hospital L. Melendez de Adrogue. Embarazo normal y controlado, con serologías maternas negativas.

Ingres a UTIN a la hora de vida presentando hipotonía generalizada e hipoglucemia (31mg/dl). Se realiza corrección por vía endovenosa. Comienza aporte enteral por SOG a las 48 hs.

Persiste hiporreactivo, con hipotonía generalizada y succión débil, ROT disminuidos, facies peculiares con hipomimia facial, succión débil e imposibilidad de alimentarse por vía oral.

Con sospecha de SPW se interconsulta al Servicio de Neurología del Hospital Garrahan que solicita estudio molecular con resultado positivo.

DISCUSIÓN

El SPW es poco frecuente pero debe considerarse ante un lactante con hipotonía generalizada y succión débil de presentación neonatal, con antecedentes de embarazo con reducción de la actividad fetal, polihidramnios y ocasionalmente presentación en podálica.

En los hospitales del Conurbano Bonaerense el diagnóstico temprano es dificultoso ya que carecemos de una red para acceder a los estudios complementarios. El SPW no posee tratamiento específico, siendo el mismo sintomático y de soporte, involucrando a distintas disciplinas.

CONCLUSIÓN

Es importante destacar las características clínicas del SPW para poder sospecharlo, a pesar de su baja frecuencia, en el lactante hipotónico. El diagnóstico temprano nos permite el adecuado abordaje del paciente y el asesoramiento genético a los padres.

COMPARACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS NEUMONÍAS VIRALES POR AGENTE ÚNICO Y BIASOCIADO

Silva P.¹; Prudencio Robres J.²; Valle Leiva B.³; Sepulveda M.⁴; Lizama Morales P.⁵; Prudencio Robres R.⁶; Mulchandani Mulchandani V.⁷; Salinas Villagra M.⁸; Araya Rojas F.⁹; Huaiquilao Aroyo E.¹⁰

HOSPITAL DE MAIPU, UNIVERSIDAD FINIS TERRAE, DOCENTE DE SALUD PUBLICA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

<psilvat@gmail.com>

828

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una patología de gran importancia por su alta carga de enfermedad a nivel mundial. En Chile es responsable del 47- 52% de los egresos hospitalarios en < de 2 años y la tasa de mortalidad varía entre 0,5-4 por 1.000/RN vivos.

OBJETIVOS

Comparar el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados por NAC IFI positiva por un agente y biasociadas.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, de todos los pacientes egresados con diagnóstico de NAC viral IFI positivo el año 2016 en el Hospital El Carmen. Los datos fueron recopilados de la ficha electrónica. Se evaluaron dos grupos: con un agente viral y el segundo con dos virus, de ellos se analizó: sexo, edad, requerimiento unidad de paciente crítico pediátrico (UPCP), estadía hospitalaria, peso al nacer y necesidad de antibióticos. Los datos fueron evaluados mediante T de student, Chi cuadrado y estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se analizaron 87/ 195 pacientes con neumonía, (46%), de estas, 91,3% fue por un agente y 8,69% fue por 2 virus. La edad promedio fue 1,05 años, sin diferencias significativas, (Ds + 2,12). La estadía hospitalaria en el grupo de un virus fue de 5,14 días (Ds + 2,61) y en el grupo de dos virus de 6,25, siendo su diferencia no significativa. La edad de los pacientes que ingresaron a UPCP en el grupo de un virus fue de 0,38 años y en el

grupo de dos virus 1,23, diferencia significativa. El peso al nacer fue en promedio 3,22 kilos sin diferencias entre ambos grupos.

Del total de NAC viral simple: 29 hombres, 50 mujeres, 73,8 % VRS, 7,14 % Adenovirus, 8,33% metaneumovirus, 5,95 % Parainfluenza 3 y el resto Influenza. Tuvieron en promedio 4,18 días de oxígeno y 4,45 días de antibióticos. 10% requirió UPCP. 52,8% no recibió antibióticos.

Del total de NAC por 2 virus: 5 hombres, 3 mujeres, no hubo patrones de coinfección repetidos, promedio de 5 días de oxígeno y 3,6 días de antibióticos. Ningún paciente requirió UPCP. El 40% no recibió antibióticos.

DISCUSIÓN

Al comparar al grupo de pacientes NAC IFI viral única versus biasociado se obtuvo una diferencia significativa en la edad de hospitalización en el servicio de UPC, sin embargo no se obtuvo diferencias significativas en la edad, estadía hospitalaria, peso al nacer al comparar ambos grupos. Este resultado podría estar influenciado por la baja incidencia de NAC viral biasociada y se concide con los trabajos a nivel internacional.



SINDROME DE WUNDERLICH. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gagñay Flores J.¹; Nuñez J.²; Bruno D.³; Vela M.⁴; Rodríguez J.⁵; Alonso M.⁶; Morano P.⁷; Slavsky A.⁸; Selandari J.⁹

SANATORIO GÜEMES¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

<jesy_qwe@hotmail.com>

829

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Wunderlich es una malformación congénita rara de los conductos müllerianos, con etiología y patogenia desconocida. Una de las hipótesis es la anomalía del desarrollo Mülleriano y Wolffiano, pudiendo presentar agenesia renal unilateral, hemi vagina imperforada, útero didelfo.

El diagnóstico es tardío, luego de varios ciclos menstruales puede aparecer dolor abdominal como único síntoma, pudiéndose observar también desórdenes menstruales, endometriosis, infertilidad, retención urinaria; y al examen físico se podría palpar una masa abdominal.

OBJETIVO

Presentar un caso de Síndrome de Wunderlich como forma de presentación de abdomen agudo.

Caso clínico: Niña de 11 años, consulta por dolor abdominal de moderada intensidad localizado en hemiabdomen izquierdo de 3 días de evolución. Antecedentes: diagnóstico prenatal de agenesia renal izquierda, menarca 3 meses previos, con dismenorrea.

Examen físico: palidez cutáneo mucosa, abdomen tenso, doloroso, masa palpable en hemiabdomen izquierdo e hipogastrio. Cursando tercer día de menstruación. Ecografía abdominal y ginecológica: hacia cuello e íntimo formación heterogénea, imagen quística con áreas sólidas en su interior de 93 x 64 mm, no pudiendo determinar su origen estructural. Ovario izquierdo no visualizado. TC de abdomen y pelvis con contraste:

imagen quística en pelvis de 175 x 103 mm de contenido líquido hipodenso, tabicado, realza tenuemente con contraste y desplaza útero y vejiga. Marcadores tumorales: negativos (BHCG, alfa fetoproteína, ag. carcinoembrionario, ca 19-9, ca 125). Anemia (Hto 26.5% Hb 8,2g/dl). Es evaluada por cirugía, que por antecedente de agenesia renal y sintomatología ginecológica sospechan anomalía del conducto de Müller. Realizan laparoscopia constatándose hematosalpinx y duplicación uterina con cuello de hemiútero izquierdo obstruido, drenando el contenido hemático; por vía vaginal realizan comunicación de hemiútero izquierdo con hemivagina derecha.

El curso del postquirúrgico fue favorable, manteniendo inhibición farmacológica de ciclos menstruales por tres meses para favorecer la consolidación de la corrección quirúrgica.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Wunderlich es una patología infrecuente, sin embargo, la importancia del diagnóstico precoz es evitar las secuelas de una obstrucción prolongada en etapas post menárquicas. Sospecharlo especialmente en pacientes con agenesia renal unilateral y dolor abdominal.

INMUNODEFICIENCIA COMBINADA SEVERA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Perez Oblitas E.¹; Castro A.²; Zapata V.³; Peppe A.⁴; Messano M.⁵; Regairaz L.⁶

HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA SOR MARIA LUDOVICA¹²³⁴⁵;

UNIDAD DE INMUNOLOGIA DEL HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA SOR MARIA LUDOVICA⁶

<erikaperezoblitas@me.com>

830

INTRODUCCIÓN

La inmunodeficiencia combinada severa (IDCS) comprende un grupo heterogéneo de inmunodeficiencias primarias caracterizadas por defectos en el desarrollo y/o función de los linfocitos T con compromiso variable del desarrollo de linfocitos B y NK. Se presenta en los primeros meses de vida con diarrea crónica, infecciones recurrentes y oportunistas, complicaciones por vacunas a virus vivos y retraso ponderal. Constituye una urgencia diagnóstica ya que de no recibir rápidamente un trasplante de precursores hematopoyéticos (HSCT), el paciente fallece antes de los 2 años de vida.

OBJETIVO

Describir las características clínicas e inmunológicas de un paciente con IDCS asistido en un Hospital Público.

Caso clínico: Varón de 11 meses de edad, que ingresa a nuestro hospital con antecedente de cuadros infecciosos a repetición desde los 3 meses de vida (muguet, bronquiolitis, varicela asociada a neumonitis, sepsis asociada a infección pulmonar por virus Parainfluenza III, infección del tracto urinario a E. coli), dermatitis herpetiforme, diarrea crónica y fallo de medro. De los antecedentes familiares se destaca hermano mayor fallecido a los 8 meses de edad, dos tíos y dos primos (rama materna) fallecidos entre los 6 y los 13 meses de vida con diagnóstico de IDCS ligada al X confirmada por la presencia de la mutación (p.Arg222Cys) en gen de la cadena gamma común a los receptores de IL2,4,7,9,15 y 21. Los laboratorios solicitados

durante su internación informan: Glóbulos blancos 21600 (neutrófilos 80%, linfocitos 10%, cayados neutrófilos 5%), hemoglobina 9,7mg/dl; plaquetas 294000. Inmunoglobulinas: IgG 6,22 g/L; IgA <0,066g/L, IgM 0,187g/L, Ig E <5g/L. PCR para VIH, CMV, EBV y Mycobacterium tuberculosis negativas. Fenotipo linfocitario: CD3 20%, CD4 18%, CD8 1%, CD19 64%, CD56-NK 12,7%; interpretándose como disminución de linfocitos T y NK e hipogammaglobulinemia. Actualmente en buen estado clínico, recibiendo tratamiento de sostén (profilaxis antibiótica, profilaxis antimicobacteriana, profilaxis antifúngica y gamaglobulina sustitutiva) esperando HSCT de hermano de 1 mes de vida.

CONCLUSIÓN

La historia de infecciones recurrentes, infecciones oportunistas y de antecedentes familiares de muertes tempranas deben alertar al pediatra acerca de la posibilidad de IDCS. El retraso diagnóstico aumenta la probabilidad de infecciones previas a trasplante y de muerte.



QUILOTÓRAX SECUNDARIO A TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA YUGULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

831

Ibarra D.¹

HOSPITAL POSADAS¹



INTRODUCCIÓN

El quilotorax, causa infrecuente de derrame pleural en pediatría, en neonatos es la forma más común. Puede clasificarse en congénito o adquirido e implica morbilidad respiratoria, nutricional e inmunológica.

OBJETIVOS

Describir un caso de quilotorax adquirido, su diagnóstico, terapéutica y evolución.

Descripción del caso: RNPT/BPEG (35 s/1545 g), RCIU secundario a HTA crónica materna. Ingres a UTIN, evoluciona con mala tolerancia enteral, se asume enteritis clínica. Se coloca acceso venoso percutáneo en miembro superior derecho e inicia antibióticos y NPT. Luego de 25d presenta edema en hemicuello y taquicardia. Se retira acceso percutáneo y luego de 72h, por mala mecánica ventilatoria, hipoventilación de todo hemitórax derecho y desaturación ingresa en ARM. Radiografía de tórax: radio-opacidad de todo el hemitórax derecho. Se asume neumonía. Ecografía pleural: despegamiento pleural bilateral. Se realiza toracocentesis bilateral. Citoquímico de líquido pleural: ligeramente turbio con leucocitosis, sin piocitos. Eco Doppler de vasos de cuello: trombo en tronco venoso braquiocefálico derecho. Se indica anticoagulación con Enoxaparina. Requiere toracocentesis evacuatorias periódicas. Se confirma quilotorax por citoquímico de líquido pleural (leucocitosis a predominio mononuclear, alto contenido de triglicéridos). Recibe aporte con fórmula enteral con alto contenido de TCM + Octreótide

con escasa mejoría; por lo que se opta por ayuno + NPT. Por oliguria, hipoalbuminemia y balance hidrosalino positivo, se indican expansiones con albúmina + furosemida. Presenta hipogammaglobulinemia y múltiples infecciones oportunistas. A los 4 meses de vida se realiza pleurodesis química a través de TAP derecho. Disminuyen colecciones pleurales, aunque persiste edema en esclavina grave. Considerando la mala evolución, a pesar de las sucesivas medidas terapéuticas, se decide considerar fútil la incorporación de nuevos tratamientos con intención curativa, falleciendo a los 5 meses de vida con cuidados de confort.

DISCUSIÓN

De las causas adquiridas de quilotorax, el aumento de presión del sistema venoso superior es de las más infrecuentes y con peor pronóstico. En el manejo de este paciente se indicaron las diferentes alternativas terapéuticas médicas y quirúrgicas descriptas, sin éxito. Representó un desafío para el equipo tratante, incluso en la toma de decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico y cuidado paliativo.

CAUSA POCO FRECUENTE DE ANEMIA

832

Forti V.¹; Alvarado J.²; D'Alia P.³; Fernández V.⁴; Reartes A.⁵; Sommaruga H.⁶; Quintana C.⁷

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7}

<vale_forti@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La hernia hiatal (HH) es el deslizamiento de una parte del estómago desde el abdomen hacia el tórax a través de un orificio natural situado a nivel del diafragma. Puede manifestarse por vómitos, dolor abdominal, melena, disfagia, anemia o cuadros respiratorios como consecuencia del reflujo gastroesofágico. En ocasiones es un hallazgo casual en estudios por otras patologías.

La anemia ferropénica (AF) es frecuente en pediatría, ya sea secundaria a dietas pobres en hierro o a pérdidas hemáticas ocultas. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye diversas patologías, algunas de las cuales son de gravedad considerable. La anemia microcítica hipocrómica, sin causa clínica aparente, nos lleva a investigar la existencia de HH, en los que el estudio radiológico confirma la sospecha. El tratamiento es quirúrgico y suele asociarse a cirugía antirreflujo.

OBJETIVOS

Presentar un caso de anemia como manifestación inicial de una HH para reforzar esta entidad dentro de los diagnósticos diferenciales de AF

PRESENTACIÓN DE CASO

Niña de 2 años, previamente sana, que consulta por palidez cutáneo-mucosa de días de evolución. Refiere cuadro de gastroenteritis aguda febril días previos sin sangrados aparentes. Al examen físico se constata palidez cutáneo-mucosa, taquicardia, buen relleno capilar, taquipnea leve con buena entrada de aire bilateral, abdomen sin particularidades.

Se realiza laboratorio con hemoglobina de 3mg/dl como único hallazgo a destacar. En la radiografía de tórax (RxTx) se visualiza burbuja aérea en mediastino, campos pulmonares conservados. Se indica TGRD y se solicita SEG D que informa: cardias, fundus y mitad superior de cuerpo gástrico por encima del diafragma con adecuado pasaje de contraste a duodeno. Durante la internación presenta un episodio de melena, requiriendo nueva TGRD. Se realiza VEDA donde se constata HH y esofagitis en tercio distal. Se observan en duodeno múltiples imágenes sobreelevadas con mucosa respetada. Se toman biopsias. En mismo acto se realiza corrección de la HH con cirugía antirreflujo. Se indica IBP. Buena evolución.

CONCLUSIÓN

Dentro del estudio de AF sin causa aparente se debe considerar a la HH como diagnóstico diferencial. En el caso presentado no se había constatado sangrado digestivo macroscópico previo a la consulta, arribándose al diagnóstico de manera incidental por la RxTx solicitada. Se resalta en el caso clínico a la anemia como única manifestación de HH.



FUSARIOSIS INVASIVA: EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE? A PROPÓSITO DE UN CASO

834

Pinela G.¹

HOSPITAL DE NIÑOS EVA PERÓN - CATAMARCA¹



INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado un aumento de la incidencia de infecciones por hongos filamentosos distintos de *Aspergillus*, siendo *Fusarium* la 2ª causa. Generalmente producen infección luego de una exposición ambiental, sin embargo ha sido aislado en faringe de portadores sanos y en los sistemas de agua de los hospitales. Se asocia más frecuentemente a inmunocomprometidos, especialmente en neoplasias hematológicas, o trasplantados de progenitores hematopoyéticos. El principal factor implicado es la neutropenia prolongada. Se reportaron casos aislados en inmunocompetentes post-trauma, quemaduras o cirugía mayor. Aumentando su incidencia la nutrición parenteral total (NPT), la asistencia respiratoria mecánica (ARM), catéteres venosos centrales (CVC), corticoterapia y tratamiento prolongado con antibióticos (ATB). Afecta en un 90% piel, pulmón y senos paranasales (SPN), pudiendo afectar otros órganos. La supervivencia está en clara relación con la recuperación del recuento de neutrófilos. Las lesiones cutáneas diseminadas son un indicador de mal pronóstico en pacientes sin neutropenia.

OBJETIVO

Describir el caso de una fusariosis invasiva en un paciente inusual.

Caso: Varón de 2 años, con diagnóstico de shock séptico por peritonitis apendicular y daño neurológico 2º a paro cardiorrespiratorio intraoperatorio. Internado en cuidados intensivos 2 semanas con ATB

de amplio espectro, ARM, NPT y CVC. Fiebre persistente y exantema generalizado. Hemocultivo 1 de 2 (+): *Fusarium* spp. Screening inmunológico: HIV negativo, dosaje de Inmunoglobulinas y poblaciones leucocitarias normales. TAC: sinusitis y neumonía cavitada en pulmón derecho. SNC y abdomen sin lesiones. Ecocardiograma normal. Lavado broncoalveolar (BAL): *Fusarium* spp. Tratado inicialmente con anfotericina y voriconazol; continuando con éste último por 12 semanas. Buena evolución, continúa con neurorehabilitación. Pendiente estudios inmunológicos más específicos.

CONCLUSIONES

La emergencia de hongos menos frecuentes pero de importancia médica está en aumento, generando un desafío para la práctica, y requiriendo de actualización médica continua. El paciente descrito presenta múltiples factores que podrían contribuir para la adquisición de *Fusarium*, sin embargo el recuento de neutrófilos fue normal, así como el screening inmunológico inicial.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE MENINGOCOCCEMIA"

835

Armella A.¹; Haddad C.²; Vega E.³

HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE TDF^{1,2,3}

<ELIANA.VEGA.C@GMAIL.COM>

INTRODUCCIÓN

La Meningococemia (M), producida por *Neisseria meningitidis*, de reservorio humano (adolescente y adultos jóvenes), con al menos 13 serogrupos identificables. Se trasmite a través de secreciones respiratorias o aerosoles. La clínica se precede de síntomas inespecíficos de vías aéreas superiores, pero puede ser rápidamente progresiva con desenlace fatal en las primeras 12 hs tras el diagnóstico. Son factores de mal pronóstico las petequias de menos de 12 hs de evolución, shock, leucocitos menos 10000/mm³, ERS normal, LCR normal, trombocitopenia y fiebre mayor a 40°C. El tratamiento debe iniciarse precozmente con antibióticos (Ceftriaxona o Cefotaxime). En Argentina los serogrupos B y W son los más frecuentes en los últimos años.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de Enfermedad Inmunoprevenible.

Descripción del caso: Varón de 2 años, con vacunas completas según calendario 2016, sin antecedentes de relevancia, que consulta por fiebre persistente (40°C) de 3 horas de evolución que no cede con antipiréticos. Evaluado en guardia febril, asociado a cuadro respiratorio alto. Se solicitan estudios complementarios (GB 2190 ml³/RAN 503/hb11g/% Plaquetas 91000/ml³). Recibe expansión por descompensación hemodinámica. Se re-examina observando petequias generalizadas, se medica con Ceftriaxona e hidrocortisona EV. Se traslada a UTIP. Se realiza Punción Lumbar (DLN). Hemocultivos por 2 positivos para *Neisseria meningitidis*,

serotipo W135. Evoluciona a shock séptico, inicia inotrópicos y medidas de RCP avanzada. Paciente ingresa en ARM, evoluciona a shock refractario. Presenta paro cardiorrespiratorio tras 12 hs de iniciado el cuadro, se realiza reanimación. Se constata óbito.

CONCLUSIÓN

La M es una patología Inmunoprevenible. Los grupos más vulnerables son los menores de 5 años. La Comisión Nacional de Inmunizaciones del Ministerio de Salud aprobó a partir de enero del presente año la vacunación contra Meningococo cuadrivalente en la cohorte de 3 y 5 meses y a los 11 años. En el 2018 serán las cohortes de 3-5-15 meses y 11 años. El caso expuesto no presentaba vacunación antimeningococcica, a su vez presentaba factores de mal pronóstico para la patología.



837

A PROPÓSITO DE UN CASO ESTENOSIS ESOFÁGICA CONGÉNITA

Mamani Aguilar E.¹; Vega E.²; Senn N.³
HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE TDF^{1,2,3}
<VANE_0203@HOTMAIL.COM>

INTRODUCCIÓN

Las estenosis esofágica pueden ser congénitas o adquiridas. La Estenosis Esofágica Congénita (EEC) es una estenosis intrínseca, asociada a una malformación de la arquitectura de la pared. Su incidencia 1/25000-50000 nacidos vivos. Se clasifican histológicamente en: restos traqueo-bronquiales; hipertrofia fibromuscular; y diafragma membranoso. La mayoría de los casos se diagnostican durante el primer año de vida, con el comienzo de la deglución de semisólidos o sólidos, cuando la regurgitación y/o vómitos alimentarios se convierten en una característica clínica destacable.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico con motivo de consulta habitual en pediatría, "vómitos", con un diagnóstico poco frecuente. Descripción del caso: Paciente de 7 meses, varón, sin antecedentes perinatólogicos relevantes, FEI normal, sibilante recurrente. Con vómitos desde el 1er mes. LME. Presento 1er internación por bronquiolitis y vómitos. ASNF negativo. Presenta desnutrición crónica reagudizada. Inicia estudios por sospecha de ERGE y APLV: SOMF NEGATIVO; IC gastroenterología infantil; PHmetría y SEG. Inicia tratamiento anti reflujo. Reingresa por vómitos y agudización respiratoria. PHmetría normal. Tratamiento anti reflujo suspendido. Se repite pHmetría, test de deglución: normal. Pendientes: VEDA; Test del sudor; estudios metabólicos y RMN cerebral. ECG y ecocardiograma normales. Colocación

difícil de sonda transpilórica para alimentación. SEG. Esofago de morfología ligeramente elongada, dilatado, con presencia de contenido en su interior a expensas de estenosis de la unión esofagogastrica sin pasaje de contraste hacia el estomago con reflujo esófago-oro faríngeo. Se deriva paciente a HNRG, con diagnóstico de EEC dilatada.

CONCLUSIÓN

La EEC es una patología infrecuente de sospecha tardía, presentándose con un signo síntoma habitual en pediatría, el vómito. Generalmente no responde a tratamiento anti reflujo. Con repercusión en el estado nutricional del paciente, por lo que es necesario el diagnóstico y tratamiento oportuno. El estudio de elección es el esofagograma y el diagnóstico definitivo, histológico. El pronóstico generalmente es bueno. El tratamiento quirúrgico puede ser resección del tejido estenosado y anastomosis término-terminal, o dilatación con balón. Siendo esta reconocida como tratamiento inicial seguro y eficaz.

SUSTANCIA BLANCA: DIANA DE AUTOANTICUERPOS EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pinela G.¹
HOSPITAL DE NIÑOS EVA PERÓN - CATAMARCA¹
◇

838

INTRODUCCIÓN

La encefalomielititis diseminada aguda (ADEM) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante del Sistema Nervioso Central (SNC) con defectos neurológicos multifocales, de curso monofásico y se acompaña típicamente de encefalopatía. Ocurre habitualmente tras inmunización o infección vírica sistémica reciente, por un mecanismo autoinmune. Es más frecuente entre los 5-8 años. El diagnóstico se basa en el antecedente, la clínica y los hallazgos en Resonancia Magnética Nuclear (RMN). Los corticoides sistémicos constituyen el tratamiento de primera línea.

OBJETIVOS

- Incluir al ADEM entre diagnósticos diferenciales en niños con encefalopatía y/o defectos neurológicos multifocales.
- Destacar la importancia de inmunizaciones e infecciones recientes.

Caso: Niña de 2 años con antecedente de parotiditis infecciosa y vacunación triple viral en los 45 días previos, que presenta en 24 horas hemiparesia derecha, lateralización del cuello hacia el mismo lado, ataxia y vómitos. No refiere fiebre, traumatismos ni ingesta de tóxicos. Laboratorio: Glóbulos blancos 8.900/mm³ (NS 60/ L 29 / M 7), glucemia: 93mg/dl, resto sin particularidades. Fondo de ojo: normal, TAC cerebral: sin lesión ocupante de espacio. Punción lumbar: líquido límpido, glucorraquia 0,80 g/L, células 2/mm³ (linfocitos), proteinorraquia 25 mg/dl, RMN cerebral: focos de desmielinización y reacción inflamatoria. Diagnóstico presuntivo ADEM, se

inicia metilprednisolona 30 mg/kg/día por 5 días. En 24 horas recuperación parcial de fuerza y tonicidad, no lateralización del cuello y leve ataxia. Alta hospitalaria con descenso gradual en 1 mes con Meprednisona (vía oral) y seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIÓN

Ante un niño con defectos neurológicos multifocales y/o encefalopatía debemos indagar sobre inmunizaciones e infecciones recientes, ya que orientan a ADEM. Su diagnóstico y tratamiento oportuno posibilita muchas veces una recuperación completa como en este paciente.



AGITACIÓN PSICOMOTRIZ: PRESENTACIÓN DE CASOS.

Reyna J.¹; Denardo P.²; Bonfiglio P.³; Botto S.⁴; Druetta G.⁵; De Iriondo A.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS DR ORLANDO ALASSIA¹²³⁴⁵⁶

<jesica.reyna@hotmail.com>

839

OBJETIVO

Describir la etiología, presentación clínica, conducta diagnóstica y terapéutica que presentan los 4 pacientes ingresados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de historias clínicas de cuatro pacientes internados en el período 2016/17 con agitación psicomotriz, que recibieron sedantes mayores y antipsicóticos.

INTRODUCCIÓN

La agitación psicomotriz es un estado de hiperactividad caracterizado por actividad verbal o motora aumentada o inadecuada (respuesta exagerada a estímulos, inquietud, miedo, ansiedad, agitación, irritabilidad, impulsividad, deambulación constante, auto o heteroagresión) y/o alteración de las funciones psíquicas (alucinaciones, delirios, alteraciones de la conciencia, del juicio, la memoria, insomnio), su etiología es muy variada y responde a causas orgánicas, psiquiátricas y psicológicas.

Caso1: Varón 14 años, presentó crisis de agitación, irritabilidad, auto y heteroagresión, con antecedente de vulnerabilidad social y abuso de sustancias ilícitas. Diagnóstico final de trastorno de la personalidad de tipo impulsivo.

Se deriva a clínica psiquiátrica.

Caso 2: Varón 12 años, hospitalizado por obesidad mórbida, presentó crisis de temblor, agitación, heteroagresión y llanto inmotivado.

Diagnóstico final de crisis conductual. Psicoterapia ambulatoria y ansiolíticos.

Caso 3: Varón 14 años, antecedente de crisis conversiva, presenta episodio de pensamiento incoherente, ideas delirantes, alucinaciones auditivas, auto y heteroagresión y agitación. Diagnóstico final de esquizofrenia. Tratamiento con antipsicóticos.

Caso 4: Varón 14 años, con antecedente de encefalitis aguda 7 días previos, que presenta crisis de ansiedad, agitación, irritabilidad, impulsividad, afasia, paresia braquial derecha, trastornos cognitivos. Diagnóstico final de encefalitis inmunomediada con anticuerpos NMDA +. Tratamiento específico con gammaglobulina, pulsos de corticoides y plasmaféresis. Rehabilitación ambulatoria.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico etiológico de la crisis de excitación psicomotriz constituye un gran desafío debido a su multicausalidad. Requiriendo internación prolongada y abordaje interdisciplinario.

ANEMIA CONGÉNITA, TRASTORNO DEL DESARROLLO CEREBRAL Y RETRASO DE CRECIMIENTO SECUNDARIOS A MITOCONDRIOPATÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ibarra D.¹; Veiga M.²

HOSPITAL POSADAS¹²

<ibarradante@yahoo.com.ar>

840

INTRODUCCIÓN

Las mitocondriopatías son un grupo heterogéneo e infrecuente de enfermedades causadas por defectos genéticos que alteran la función mitocondrial. Exhiben un patrón de herencia y manifestaciones fenotípicas complejas.

OBJETIVOS

Describir el caso clínico de una paciente con anemia, trastorno del desarrollo cerebral y retraso de crecimiento con delección constatada de ADN mitocondrial.

Descripción del caso: Lactante femenina de 4 meses, sin antecedentes, presenta anemia congénita con requerimiento transfusional periódico.

Al examen físico: palidez generalizada, microcefalia, asimetría craneana, soplo cardíaco y hepatomegalia. Hemograma con pancitopenia, índice reticulocitario 2. Neuroimágenes: asimetría de ambos hemisferios cerebrales, hipoplasia del hemisferio izquierdo; agenesis parcial del cuerpo calloso. Ecocardiograma: CIA ostium secundum moderada. Ecografía de abdomen: Hepatomegalia heterogénea. Se amplía estudio de anemia arregenerativa. PAMO: Células con núcleo de monocito, con citoplasma azul y vacuolas, resto normal. Biopsia de médula ósea: dishematopoyesis e hipoplasia de serie roja. Se descarta Anemia de Fanconi con cariotipo+DEB y mutación SLX4 negativas. Laboratorio de errores congénitos del metabolismo con patrón de ácidos orgánicos compatible con trastorno en cadena de transporte de electrones

mitocondrial (acidosis láctica, lactato/piruvato 20). Inicia tratamiento con L-Carnitina, Co-Q y Tiamina. Se realiza estudio de genoma mitocondrial que evidencia delección de tamaño 25 kb. Evolucionando con mala progresión de peso, retraso en pautas de desarrollo y requerimiento transfusional cada 40 días.

DISCUSIÓN

Las mitocondriopatías se expresan clínicamente con afecciones de sistema nervioso y muscular fundamentalmente, aunque también de corazón, hígado, retina, médula ósea y páncreas. Esto se debe a la heteroplasmia y segregación mitótica características de las mitocondrias. Dentro del grupo de mitocondriopatías descritas por delección de ADNmt, la presentación clínica de esta paciente asemeja al síndrome de Pearson que se manifiesta tempranamente con insuficiencia de médula ósea, vacuolización de la serie roja e insuficiencia de páncreas exocrino. No existe tratamiento curativo y tiene un corto pronóstico de vida.

CONCLUSIÓN

Se requiere mayor conocimiento e investigación sobre este tipo de enfermedades de gran heterogeneidad clínica y genética. Debe tratarse de manera interdisciplinaria para ofrecer la mejor calidad de vida posible.



A PROPÓSITO DE UN CASO: EMPIEMA CEREBRAL POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE

Acosta M.¹; Escudero J.²; Cosentini M.³; Caruso A.⁴

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR. HECTOR QUINTANA^{1,2,3,4}

<mariaagustinaacosta10@gmail.com>

841

INTRODUCCIÓN

La sepsis neonatal es uno de los principales problemas de salud, siendo la meningitis la manifestación clínica más frecuente de sepsis tardía. Hasta los años 90, el principal agente causal fue el *Streptococcus Agalactiae* (SBHB), fecha en la que el CDC implementa la profilaxis antibiótica intraparto a toda embarazada que tenga factores de riesgo de enfermedad invasiva neonatal, con lo cual se observó una disminución significativa en la incidencia de sepsis gracias a la aplicación de esta medida.

OBJETIVOS

Describir un caso de empiema cerebral por *streptococcus agalactiae* para enfatizar y promover la detección en toda embarazada, como estrategia de impacto en la prevención de sepsis tardía y sus complicaciones.

Descripción del caso: Paciente masculino de 50 días de vida, nace de embarazo controlado, sin pesquisa para SBHB, parto vaginal, NT/PAEG, con vacunas completas. Consulta por irritabilidad, fiebre no constatada, rechazo alimentario y vómitos. Se valora afebril, taquicárdico, quejoso, fontanela bombeada. Laboratorio con leucocitosis, VSG acelerada, medio interno y orina completa normal. LCR: de aspecto turbio, glucosa 9 mg/dl, Albumina 2,1g/l, células 200/campo, 60% neutrófilos, 40% linfocitos. Se realizan cultivos e inicia Ampicilina y Ceftriaxona a dosis meningea. A las 48 hs se recibe informe de hemocultivos y LCR positivos para SBHB, se suspende Ceftriaxona continuándose tratamiento con Ampicilina. Al día 12 de antibiótico (atb), presenta fiebre, y se rota a Ceftazidima tras toma de nuevos cultivos. LCR

persiste alterado sin rescate de germen. Setenta y dos hs. más tarde por presentar convulsiones, se solicita TAC cerebral que revela Empiema Cisternal Izquierdo. Con 10 días del nuevo esquema, se repite PL con normalización del LCR. Cumple 21 días de atb, con fondo de ojo y EEG normal; se programa completar vacunas, OEA y seguimiento con Neurología.

CONCLUSIÓN

Si bien el uso de la profilaxis antibiótica intraparto, así como la pesquisa en las semanas 35-37 de edad gestacional se ha universalizado, el porcentaje de implementación real continúa siendo insuficiente. Esto se evidencia con la aparición de casos esporádicos de sepsis tardía, lo cual obliga a replantearnos reforzar la calidad del seguimiento actual en embarazadas.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO SISTÉMICA A PROPÓSITO DE UN CASO.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Romero J.¹; Burgos M.²; Conde F.³; Ponce M.⁴; Zea C.⁵; Lorusso A.⁶

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6}

<romerojuana948@yahoo.com.ar>

842

INTRODUCCIÓN

Enfermedad por arañazo de gato (EAG), zoonosis producida por *Bartonella Henselae* por inoculación de la bacteria tras mordedura, lamido o arañazo generalmente de gatos. Afecta niños y adultos jóvenes. Puede presentarse como forma clínica típica, autolimitada, linfadenopatía regional c/sin fiebre o como forma atípica, diseminadas (5-25%), multisistémica y lesiones hepatoesplénicas.

OBJETIVOS

Presentar un paciente con forma atípica de EAG e inmunocompromiso por déficit de vitamina B12 y revisión de la literatura. DESCRIPCIÓN: Niño 19 meses de edad, síndrome febril prolongado, pancitopenia, compromiso neurológico y desnutrición. Regular estado general, pálido, edemas generalizados. Lesión pápulo eritematosa en escroto con adenomegalias regionales. Hipoventilación base de hemitórax derecho. Sin visceromegalia. Apraxia oculomotora. Retraso global del desarrollo, alteración de la percepción sensorial. Neutropenia, anemia, plaquetopenia e hipoalbuminemia. Función renal, hepática y dosaje de inmunoglobulinas normales. Serologías negativas. Rx de tórax: neumonía base derecha, derrame paraneumónico. Ecografía abdominal: ascitis, lesiones esplénicas avasculares, algunas centro ecogénico. Conglomerado ganglionar en región inguinal. Tomografía SNC y fondo de ojos: normal. PAMO: freno medular. Anemia ferropénica, dosaje de ácido fólico y vitamina B12 bajo. Inició tratamiento con complejo B con mejoría del status neurológico y hemograma. Cultivos de sangre, orina, LCR y biopsia lesión

escroto negativos. Recibe piperacilina tazobactam + Vancomicina. Persiste febril, aparecen imágenes hepatoesplénicas sugestivas de microabscesos. Conglomerado ganglionar inguinal sin cambios. Sospecha clínica de EAG, confirmación serológica, seroconversión a 14 días. Inicia azitromicina oral sin respuesta. Se rota a claritromicina endovenosa + rifampicina oral por 4 semanas y luego vía oral 2. Recuperación total.

CONCLUSIONES

Los granulomas hepatoesplénicos constituyen una forma de presentación poco frecuente de EAG. Se utilizaron los criterios diagnósticos de Margileth. La evidencia en relación a su tratamiento es escasa, pacientes con manifestaciones sistémicas requieren tratamientos combinados y prolongados. El inmunocompromiso por déficit de vitB12 en nuestro paciente impactó en la forma de presentación.



HÁBITOS ORALES NO SALUDABLES EN NIÑOS CON DENTICIÓN TEMPORARIA

844

De Cicco M.¹; De La Cruz M.²

LA CASA DE RONALD MC DONALD^{1,2}

deciccojimena@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los HONs traen como consecuencia la afectación de funciones importantes como: Respiración, Masticación, Deglución, Succión y Fonación. En un niño en crecimiento dichas funciones realizadas correctamente generan un desarrollo normal orofacial. Al instalarse un hábito se altera la función y la forma. Se observó una frecuencia elevada de HONs en la población en la que la UPM trabaja diariamente. Es necesario impartir técnicas de promoción y educación para la salud con el fin de evitar la instalación o erradicar HonS que luego dadas las carencias e inaccesibilidad al sistema de salud podrían no ser tratados.

OBJETIVOS

Estimar prevalencia de HONs en población de estudio
Medir el impacto de la información brindada en la modificación del hábito
Evaluar conocimiento de los padres de los HONs y medir el impacto de intervenciones en adquisición de conocimiento

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio quasi experimental antes y después sin grupo control
C. inclusión
Niños/as de 3 a 5 años de escuelas de barrios de bajos recursos. Dentición temporaria completa
C. exclusión
Atención odontológica previa. Agencias. Anomalías de tamaño y forma dentaria Malformaciones maxilofaciales
Definiciones
HonS: Uso de mamadera; Uso de chupete; Onicofagia; R. Bucal; D. Atípica; S. Digital
Estos son definidos por afirmación de su acción en cuestionario y dx clínico.
Descripción de técnicas
Variables: Edad. Sexo
HonS Inicial y final
Cuestionario Inicial y final
Tipo de análisis Test de Mc Nemar

Selección aleatoria y por clusters de pacientes. Se realiza Dx clínico de HonS al niño y se realiza cuestionario de HonS al padre.

Taller para niños orientado a abandonar hábitos

Taller para padres sobre HonS

Los talleres fueron realizados para toda la población escolar

Recitación 3 meses luego de la primera consulta

Se realiza nuevamente cuestionario al padre y nuevo dx clínico.

Se considera abandono del hábito cuando el cuestionario realizado al padre indica la no continuidad.

RESULTADOS

Muestra de 342 niños. 100 con hábitos. De ellos 17 excluidos y 83 incluidos: 47 mujeres y 36 varones. Prevalencia 29,2%

	n Inicial	% Inicial	n Final	% Final	n Abandonó	% Abandonó	Cambio OR - p
Onicofagia	40	38,83	31	34,83	10	32,25	2,24 (<0,0001)
Mamadera	26	25,24	26	29,21	18	69,23	4,4 (<0,0001)
D. atípica	14	13,59	12	13,48	0	0	NS
S. digital	12	11,65	11	12,35	2	18,18	0,19 (0,5)
R. bucal	6	5,82	4	4,49	0	0	NS
Chupete	5	4,85	5	5,61	4	80	0,66 (0,13)

Conoc. Inicial

426 (57,1%) respuestas correctas de un total de 746

Conoc. final

507(80,5%) respuestas correctas de un total de 630

Alcanza significancia estadística: 3,1 (p<0,0001)

CONCLUSIÓN

La promoción y educación para la salud bucal son recursos de bajo costo que generan un impacto positivo en el abandono del hábito y en la adquisición de conocimiento de HonS.

Son necesarias mayores intervenciones y un trabajo multi e interdisciplinarios para obtener mejores resultados.

A PROPÓSITO DE UN CASO. NEUROBLASTOMA COMO CAUSA DE ATAXIA EN PEDIATRÍA.

845

Leza M.¹; Mercuri B.²; Brandi M.³; Olinik D.⁴; Melo R.⁵; Iovanna V.⁶; Venialgo G.⁷; Zalazar A.⁸; Mezzabotta V.⁹; Livio A.¹⁰

HOSPITAL DEL NIÑO SAN JUSTO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<majo.leZA@gmail.com>

OBJETIVOS

Reconocer signos clínicos que sugieran la presencia de tumor neural para diagnóstico y tratamiento oportuno. Sistematizar estudio del paciente con ataxia y sospechar al Neuroblastoma (NB) como diagnóstico diferencial. Identificar al Síndrome opsoclonus-mioclonus (SOM) como signo paraneoplásico de NB.

INTRODUCCIÓN

El NB es un tumor maligno del sistema nervioso simpático. Cuarto del total de las neoplasias infantiles y el más frecuente de los tumores sólidos extracraniales. Se ubica en abdomen, suprarrenal, tórax y región cervical. Los síntomas son resultado del efecto de masa. Puede diseminarse a médula ósea dando citopenias y dolor óseo. El SOM se caracteriza por irritabilidad, movimientos oculares caóticos, mioclonías y ataxia. Del 1-3% de los niños con NB lo manifiestan (asociación de mejor pronóstico, con alta tasa de sobrevida).

Caso clínico: Masculino, 2 años, presenta 14 días previos a la consulta traumatismo de cráneo en región frontal izquierda sin pérdida de conciencia. Luego temblor en miembros superiores y ataxia con cambios de comportamiento. Fractura frontal sin otros signos patológicos en Tomografía axial computada (TAC) cerebro. Se consulta a varios especialistas que descartan patología aguda, entre ellos neurología quien comienza abordaje. Presenta laboratorio ampliado, líquido cefalorraquídeo normal y serologías negativas. Se realiza radiografía de tórax, electroencefalograma

de sueño y resonancia magnética nuclear de cerebro normales. Evoluciona tórpidamente con mayor ataxia, irritabilidad e hiperquinesia, hipotonía de miembros inferiores y pérdida de pautas madurativas. Aparecen movimientos oculares caóticos y polimiclonias generalizadas. En TAC de abdomen-pelvis, se evidencia masa tumoral con densidad de partes blandas heterogénea en topografía paravertebral derecha. Por sospecha de NB se deriva a centro de mayor complejidad.

DISCUSIÓN

La ataxia aguda es una urgencia neurológica; sus principales causas (cerebelitis postinfecciosa e intoxicación) tienen curso benigno. Se diagnóstica con anamnesis y examen neurológico detallados. Realizar TAC encéfalo-craneana, si es normal hacer punción lumbar. Ampliar estudios en función de resultados y sospecha diagnóstica.

CONCLUSIÓN

Como causas de ataxia aguda en pediatría según edad, hasta los 5 años predominan la postinfecciosa, intoxicación, traumatismo craneal y encefalopatía opsclono-mioclonica. Entre 5 y 10 años, encefalitis y tumores. Teniendo en cuenta características del SOM, su incidencia (más frecuente en menores de 2 años) y su relación con NB oculto, se debe seguir el algoritmo, ampliar estudios con imagen tóraco-abdominal y determinación Ácido homovanílico y vanilmandelico.



Por un niño sano en un mundo mejor

NIÑA DE 10 AÑOS CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO (EMTC)

Dolce J.¹; Contona C.²; Defazio E.³; Eiras C.⁴; Medlej N.⁵; Isnado A.⁶; Mosquera G.⁷; Winter L.⁸

HIGA EVA PERON DE SAN MARTIN, PCIA DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<julidolce@hotmail.com>

846

INTRODUCCIÓN

La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) se caracteriza por la combinación de manifestaciones propias de lupus eritematoso sistémico (LES), de esclerosis sistémica (ES) y de polimiositis (PM) asociadas a la presencia del anticuerpo U1-RNP. Varias revisiones discuten la posibilidad de considerarla una entidad clínica específica, o una etapa en la evolución de una entidad definida (LES, ESP). Existen criterios diagnósticos propuestos para su clasificación: presencia de anticuerpo RNP y tres de los siguientes: fenómeno de Raynaud, edema de las manos, acrosclerosis, miositis y sinovitis, siendo obligatoria la presencia uno de estos últimos. Entre el 7 y el 17% de los casos la enfermedad mixta del tejido conectivo tiene inicio en la infancia, pero no hay estudios que muestren la validez de estos criterios en ese grupo etario. En general en la edad pediátrica predominan las manifestaciones simil LES.

OBJETIVO

Describir el caso de una niña de 10 años que ingresa por fiebre de un mes de evolución acompañado de artralgias, alopecia, linfadenopatías generalizadas, astenia y alteraciones mucocutáneas que nos oriente a pensar en enfermedad reumática entre ellas la EMTC cuando presentan el gen U1-RNP.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 10 años de edad, sin antecedentes relevantes, consulta por fiebre de un mes de evolución, artralgias, astenia y alopecia. Se constata regular estado general, adenopatías generalizadas, livedo reticularis, enantema, edema malar y polo de bazo palpable. Serologías

VHA, VHC, VHB, HIV, CMV, EBV y toxoplasmosis negativas. En el laboratorio se evidencia anemia, GPT, GOT, FAL y LDH aumentadas, disminución de C3 y C4, IgG elevada y FAN positivo. Ecografía abdominal y pelvis informa adenopatías generalizadas. TAC de tórax informa compromiso pulmonar intersticial y adenopatías mediastinales. PPD negativa. Ecocardiograma normal. Ante la sospecha de enfermedad reumatoidea se consulta con servicio de reumatología infantil del hospital Elizalde quienes deciden la derivación de la paciente para diagnóstico y tratamiento. Solicitan dosaje de anticuerpos: Ro, La, Sm, RNP con resultado positivo. Durante su internación evoluciona con registros febriles diarios, persistencia del compromiso articular, alopecia difusa, presenta episodio de acrocianosis (fenómeno de Raynaud), disnea y compromiso digestivo (disfagia, vómitos) Se inicia tratamiento con pulsos de corticoides con buena respuesta.

CONCLUSIÓN

Es importante tener elevada sospecha de enfermedad reumatológica ante la presencia de síndrome febril prolongado asociado a compromiso musculoesquelético y mucocutáneo, adenopatías generalizadas, compromiso del estado general y serologías negativas con el fin de realizar la interconsulta pertinente con el servicio de reumatología y búsqueda de anticuerpos específicos para conectivopatías ya que un diagnóstico precoz nos permite instaurar un tratamiento específico mejorando la evolución del cuadro. Teniendo en cuenta que la EMTC abarca características de varias entidades reumatológicas, las cuales también pueden presentar anti RNP positivo, es importante considerarla cuando este último se encuentra en títulos elevados.

SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS EN PEDIATRÍA : A PROPOSITO DE UN CASO

Quiroga O.¹; Clerc Berestein M.²; Mosca H.³; Perli D.⁴; Bucceli A.⁵; Belardinelli A.⁶; Fabi M.⁷; Cabanillas D.⁸; Regairaz L.⁹

HOSPITAL SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<oriela84@gmail.com>

847

INTRODUCCIÓN

Los síndromes autoinflamatorios son un grupo de enfermedades genéticas caracterizadas por eventos recurrentes o persistentes de inflamación generalizada sin causa infecciosa o autoinmune demostrada. Son enfermedades raras que se presentan con fiebre, rash cutáneo, artropatía, dolor abdominal y manifestaciones del sistema nervioso central (SNC), acompañado de intensa reacción inflamatoria en el laboratorio.

La sospecha diagnóstica precoz por parte del pediatra es indispensable para instaurar un adecuado tratamiento.

OBJETIVO

Describir las características clínicas e inmunológicas de un paciente con diagnóstico de síndrome autoinflamatorio.

Caso clínico: Varón de 5 años que consulta por cefalea y vómitos matinales de 5 meses de evolución. Refiere como antecedentes exantema maculopapular generalizado a partir de la primera semana luego de su nacimiento y eventos recurrentes de fiebre desde el primer mes de vida asociados a artralgia y tumefacción de grandes articulaciones. Al examen físico presenta fascies peculiar con abombamiento frontal y nariz en silla de montar, inyección conjuntival e hipertrofia rotuliana. En el fondo de ojo se observa papiledema bilateral. La RMN de encéfalo fue normal y la punción lumbar mostró presión de apertura de 40cm H2O. El líquido cefalorraquídeo mostró aumento del número de elementos, con proteínas y glucosa normales, sin aislamiento de germen. Se interpretó inicialmente como pseudotumor cerebri y se medicó con acetazolamida sin respuesta.

En el laboratorio se constató ERS= 40, IgG e IgM normales e IgE e IgA elevadas. Fue evaluado por servicios de inmunología y reumatología arribándose al diagnóstico de síndrome autoinflamatorio. Dadas las características clínicas, el comienzo temprano y el compromiso del SNC, se arriba con alta sospecha al diagnóstico de CINCA (chronic infantile neurological cutaneous articular syndrome). Se inició la administración de corticoides observándose respuesta parcial, por lo que actualmente se planea comenzar tratamiento con anti-IL1.

CONCLUSIÓN

Los síndromes autoinflamatorios son poco frecuentes, pero deben ser sospechados frente a cuadros febriles recurrentes asociados a síntomas inflamatorios sistémicos, sin otra causa que lo explique. El diagnóstico oportuno y el tratamiento precoz reducen el riesgo de desarrollo de complicaciones, principalmente la discapacidad intelectual severa y la amiloidosis.



TRIQUINOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Doria V.¹; Martínez J.²; López N.³; Calabrese M.⁴; Ciubiz L.⁵; Mercuri B.⁶

HOSPITAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO^{1,2,3,4,5,6}

<vane9011@gmail.com>

848

La Triquinosis, es una enfermedad zoonótica de importancia epidemiológica en Argentina.

OBJETIVOS

Pensar en Triquinosis como diagnóstico inicial, ante un cuadro clínico compatible, con eosinofilia y epidemiología concordante. Conocer estudios complementarios necesarios para su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Caso Clínico: Niña de 7 años, previamente sana, con necesidades básicas insatisfechas y domicilio rural, ingresa a sala de internación por fiebre y mialgias generalizadas de 48 horas de evolución. Presenta edema bupalpebral y de miembros, impotencia funcional, debilidad muscular. Laboratorio con eosinofilia, aumento de CPK, LDH y enzimas hepáticas. Se indica tratamiento de sostén. Descartándose inicialmente diagnósticos de miositis viral aguda y dermatomiositis, se plantea diagnóstico de triquinosis, el cual se confirma mediante serología. Presenta buena evolución clínica, con normalización de valores de laboratorio. Dado que el diagnóstico de realiza superada la etapa aguda de la enfermedad, no se indica tratamiento con antihelmínticos.

DISCUSIÓN

La triquinosis es una zoonosis transmitida por alimentos, fundamentalmente carne de cerdo, causada por nematodos intestinales del género *Trichinella*, siendo el hombre huésped accidental. Ingeridos los quistes, las larvas ingresan por el intestino y a través del torrente sanguíneo migran al músculo estriado, donde se enquistan. Inicialmente existen síntomas digestivos inespecíficos y transitorios. Posteriormente

fiebre, mialgias y edema facial, desapareciendo alrededor de la octava semana. Pueden ocurrir complicaciones cardiológicas y en sistema nervioso central. Suele haber eosinofilia y elevación de enzimas musculares. Para su diagnóstico se utiliza serología específica. La biopsia muscular, se reserva para casos atípicos o con serología no concluyente. En cuanto al tratamiento, se utilizan antiparasitarios asociados a corticoides en formas graves y AINES, en casos leves. Prevención: consumir carne de cerdo y sus derivados, elaborados por establecimientos autorizados. No consumir productos caseros. La cocción mayor a 77°C durante 30 minutos, la congelación y la radiación, inactivan el parásito.

CONCLUSIONES

La triquinosis requiere mayor difusión y habilidad por parte del médico clínico para recabar los datos epidemiológicos de importancia, correlacionarlos con las manifestaciones clínicas, e indicar las pruebas diagnósticas pertinentes que establezcan un diagnóstico precoz y preciso.

DIAGNOSTICO DE UROPATÍAS EN PACIENTES INTERNADOS MENORES DE UN AÑO CON INFECCIÓN URINARIA.

Rojas Molina C.¹; Miguelissi M.²; Gay D.³; Parada M.⁴; Rodriguez C.⁵

HOSPITAL CHURRUCU^{1,2,3,4,5}

<vmolina@intramed.net>

849

INTRODUCCION

El manejo de los lactantes menores de un año con infección del tracto urinario (ITU) sigue siendo controvertido. El diagnóstico y tratamiento adecuado condiciona el pronóstico de la patología estructural y funcional de la vía urinaria. Los estudios por imágenes contribuyen al diagnóstico precoz y toma de conductas con el fin de evitar el daño renal consecuente.

OBJETIVOS

Evaluar la presencia de alteraciones de la vía urinaria en pacientes menores de un año internados con diagnóstico de infección del tracto urinario.

MATERIAL Y METODO

Revisión de historias clínicas de pacientes internados menores de un año con diagnóstico de ITU febriles en el periodo enero de 2015 a diciembre de 2016 a quienes se realizó ecografía renal, vesical y de vías urinarias. Se define urocultivo positivo al que presenta 104 - 105 UFC/ml y sedimento urinario patológico al que contiene más de 10 leucocitos por campo en muestras tomadas con sonda vesical. ITU se define a la presencia de ambos. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, realización de ecografía renal, vesical y vías urinarias, tiempo de tratamiento antibiótico y días de internación.

RESULTADOS

El total de pacientes analizados fueron 25, el 68% (17) varones. Todos menores de 1 año (rango 1 a 12 meses). Se realizó ecografía a 21 de

ellos resultando 8 (38%) patológicas. Las alteraciones de la vía urinaria encontradas fueron: 5 dilataciones pielocalicial, 1 ectasia piélica, 1 ureterohidronefrosis bilateral, 1 doble sistema con dilatación piélica izquierdo leve. El tiempo de internación promedio fue de 6 días (2 a 22 días), con un promedio de tratamiento de 6 días (2 a 14 días). El 68% (17 pacientes) con ITU fueron menores de tres meses de los cuales el 35% (6) presentaba alteración de la vía urinaria por ecografía con predominio en varones.

CONCLUSIONES

Se observó un moderado número de alteraciones de la vía urinaria en el grupo de pacientes internados con el mayor predominio en los lactantes menores de tres meses por lo que consideramos de gran utilidad el uso de la ecografía en estos casos con el fin de diagnosticar precozmente dichas alteraciones y tomar conducta para evitar el daño renal posterior.



850

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Marega A.¹; Escobar Mieres L.²; Karakachoff M.³; Battagliotti C.⁴

HOSPITAL O. ALASSIA^{1,2,3,4}

<andres.marega@outlook.com>

INTRODUCCION

La histoplasmosis es una micosis sistémica endémica de la Pampa Húmeda Argentina causada por *Histoplasma Capsulatum*. Se presenta de forma pulmonar o diseminada; siendo más frecuente la afectación respiratoria por inhalación de conidias.

OBJETIVO

Describir tres casos con Histoplasmosis diseminada.

CASO CLINICO 1: Masculino de 1 año 8 meses. Oriundo de San Gerónimo del Sauce (Santa Fe). RNT sin antecedentes patológicos. Consulta por cuadro de fiebre de 3 días de evolución con distensión y dolor abdominal. Examen físico: palidez cutáneo-mucosa generalizada, hepatoesplenomegalia marcada y fiebre. Laboratorio: GB 2310 (RAN 877), Hb 7.3mg/dl, Hto 22.4%, Plaquetas 112.000, GOT 152UI/L GPT 95UI/L. Recibe transfusión y comienza antibioteoterapia con Ceftriaxona EV, rotándose luego esquema a Vancomicina/Meropenem, sin respuesta. Serologías incluyendo histoplasmosis, negativas. Positivo Parvovirus IgM 1/50. Se realiza PAMO con inmunomarcación normal. Por persistir febril se repite PAMO a los 11 días, confirmándose cultivo positivo para *Histoplasma Capsulatum*. Persistió 25 días pancitopénico febril, sin agregar otra sintomatología.

CASO CLINICO 2: Masculino de 5 años. Oriundo de Gobernador Crespo (Santa Fe). RNT, PAEG, sin antecedentes patológicos. Ingresada derivado por cuadro de fiebre de 3 días de evolución, distensión abdominal, anemia, plaquetopenia y hepatoesplenomegalia. Examen físico: fiebre, palidez

cutáneo-mucosa, taquicardia y taquipnea. Hígado a 8cm y bazo a 9cm del reborde costal. Sin adenomegalias. Laboratorio: GB 2200 (RAN 1056), Hb 8,6mg/dl, Hto 25%, Plaquetas 74000, LDH 725UI/L, GOT 53UI/L GPT 26UI/L. Se pancultiva y medica con Ceftriaxona EV. Por persistir febril se rota a Cefazidima-Amikacina. Se realizó PAMO y biopsia hepática con resultados negativos. Serologías negativas. Se deriva a Hospital Garrahan, donde repiten PAMO y confirman cultivo + a *Histoplasma Capsulatum*. **CASO CLINICO 3:** Niña de 13 años. Oriunda de Santa Fe, consulta: dolor abdominal, vómitos y pérdida de peso. Al ingreso: distrófica, relación peso/talla con déficit del 20%, afebril, dolor en hipocondrio derecho. Laboratorio :anemia. TAC: lesiones pulmonares parcheadas en vidrio esmerilado. Vía biliar extra e intrahepática dilatada. Adenopatías en hilio hepático. Biopsia duodenal: duodenitis granulomatosa con levaduras; serología positiva para *Histoplasma Capsulatum*, realiza tratamiento con Anfotericina durante 1 mes, luego Itraconazol. Reingresa por síndrome coledociano a estenosis duodenal, requiere gastroenteroanastomosis con colecistotomía. Mala evolución, permanece en UTI, requiere craniectomía por edema encefálico y ARM. Evolucionada favorablemente, completa tratamiento con Itraconazol.

CONCLUSIONES

Al pertenecer a una zona endémica (Pampa Húmeda) debemos pensar en esta micosis aún en niños inmunocompetentes, con alteración en el laboratorio (anemias-pancitopenias) y cuadro abdominal de tórpida evolución.

CARACTERIZACIÓN DE LA CONSULTA POR INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE BAHÍA BLANCA.

Buffone I.¹; Fortunatti E.²; Irazabal C.³; Marlia R.⁴; Mujica D.⁵; Parrou M.⁶; Romano M.⁷; Speciale G.⁸

HOSPITAL MUNICIPAL BAHIA BLANCA^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<nacho_b89@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La consulta por intoxicación medicamentosa en niños se da con frecuencia en los servicios de urgencias médicas. Las formas accidentales se presentan principalmente en la infancia temprana, mientras que las intencionales suelen ocurrir en la pubertad y la adolescencia, siendo los intentos de autoeliminación la principal causa y uno de los problemas más preocupantes que acarrea los niños de este grupo etario.

OBJETIVO

Caracterizar los patrones epidemiológicos generales de la intoxicación medicamentosa ocurrida en adolescentes ingresados al servicio de urgencias del Hospital Municipal de Agudos "Leónidas Lucero" (HMALL) de la ciudad de Bahía Blanca.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes de 10 a 19 años, que consultaron al Servicio de Emergencias del HMALL por intoxicación medicamentosa, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2016. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tipo de fármaco consumido, intención suicida, antecedente de intento de autoeliminación, manifestaciones clínicas, necesidad de hospitalización, días de internación, número de ingresos por año, motivo que llevó a realizar el evento y seguimiento posterior. Para el análisis de datos se utilizó el software SPSS versión 17.0.

RESULTADOS

Se recopilaron 72 pacientes, la edad media fue de 16 años, con un rango de entre 10 y 19 años, el 72 % correspondió al sexo femenino (52), razón mujer-hombre 2,5:1 (p=0,001). Predominaron las intoxicaciones por ansiolíticos (30%), seguido de las polimedamentosas (25%). El 54 % no presentó síntomas, mientras que el 33% tuvieron síntomas neurológicos. El 95% (68) manifestaron intención suicida, de los cuales el 49% tenían antecedentes de tentativas de autoeliminación. El 42% (30) requirió hospitalización, siendo la estadía promedio de 2,5 días. No se registraron óbitos.

CONCLUSIÓN

La intoxicación medicamentosa voluntaria en adolescentes es un problema creciente en salud pública. El presente estudio arroja datos similares a la bibliografía existente. Consideramos que para ofrecer una adecuada atención se debe trabajar en forma interdisciplinaria, mejorar los conocimientos del personal sanitario y fomentar políticas preventivas.

851



HIV CONGENITO CON PATRON DE PRESENTACION CLINICA "PROGRESOR LENTO": DESAFIO DIAGNÓSTICO PARA EL PEDIATRA - REPORTE DE UN CASO DETECTADO EN NUESTRO HOSPITAL

852

Franciosi P.¹; Arbones R.²

HOSPITAL PEDIATRICO DEL NIÑO JESUS^{1,2}

<pau.gfranciosi@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El control prenatal, se define como adecuado cuando se reportan cinco controles o mas y su comienzo es el primero o segundo trimestre. No obstante en Argentina se observa que más del 57% de mujeres, presentan mal control del mismo. La transmisión perinatal del VIH puede producirse durante la gestación, el parto o la lactancia. Si no se realiza ninguna intervención preventiva en la madre o el niño, el porcentaje de infección en el niño oscila entre el 15 y el 35%. Con intervención adecuada puede disminuir al 2%.

OBJETIVOS

Presentar un caso de SIDA en un paciente de 13 años, diagnosticado en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús.

CASO

Paciente de 13 años ingresa al internado de nuestro hospital con diagnóstico de neumonía lobar y bajo peso. (Desnutrición severa- indicador P/E entre <3DE-T/E <PC 3- IMC 12.4<PC3)

Antecedentes perinatológicos: embarazo controlado, RNT/AEG, nacido por parto vaginal, alta conjunta. Lactancia materna hasta los 4 años. Antecedentes patológicos: A los 7 años requirió internación por cuadro de varicela impetiginizada, a partir de los 8 años episodios de OMA supurada recurrente. A los 10 años neumonía aguda de la comunidad. A la edad de 11 años fue estudiado en otra institución por diarrea crónica, durante el transcurso de la misma muguet bucal de más de un mes de evolución. Se constata candidiasis intestinal, anemia (Hb 8,2 Hto 26,3%) VSG 100 mm. PCR 4,8 IgG 1485, resto s/p.

Ante los antecedentes del paciente sumados a estado actual y el resultado del laboratorio inicial se decide investigar inmunodeficiencia; se recibe: 1° muestra HIV (ELISA) REACTIVA. Recuento de linfocitos CD 4: 6 células/mm3 (VN 771-1180) - 0,8% (VN 32-38,5%) Relación CD4/CD8: 0.0 (VN 1-1.4) 2° muestra HIV (ELISA) REACTIVA. WESTERN BLOT REACTIVO.

Diagnóstico: HIV CONGÉNITO-PROGRESOR LENTO-SIDA (CATEGORIA CLINICA C - INMUNOLÓGICA 3) Inicia antirretrovirales AZT + 3TC + LOPINAVIR/RITONAVIR. Además de antibioticoterapia y fluconazol por otitis, neumonía y candidiasis intestinal; profilaxis para P. Jiroveci (TMP/SMX), ácido fólico.

Evolución favorable, curva ponderal en ascenso. Continua seguimiento por servicio de Infectología, carga viral menos de 40 copias y CD 4 en aumento. Madre seropositiva bajo tratamiento.

CONCLUSIÓN

La presentación clínica de cuadros infecciosos reiterados y compromiso del estado nutricional debe hacernos sospechar de esta patología. Es importante tener signos de alerta para el diagnóstico en este grupo de pacientes: "progresores lentos" ya que constituyen más del 50% de los casos de HIV congénito. Los mismos pueden permanecer asintomáticos hasta el segundo o tercer año de vida o más, y los signos clínicos progresan lentamente.

INVAGINACION INTESTINAL COMO DEBUT DE APVL: A PROPOSITO DE UN CASO

853

Falco Ferreira M.¹; Godoy A.²

CLINICA CERHU^{1,2}

<bel_falco@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

APLV es una de las reacciones alérgicas alimentarias más comunes dentro de la medicina pediátrica. La exposición a diversos alérgenos en un sistema inmune inmaduro con escasa barrera intestinal, pueden determinar un desarrollo de la tolerancia en ciertos organismos, o producir manifestaciones clínicas como consecuencia de un mecanismo inmune específico mediado por IGE, células T o mixto. Por lo que la prevalencia se ve afectada en edades tempranas y países desarrollados.

OBJETIVO

Describir la presentación clínica y evolución de un paciente con invaginación intestinal como debut de APLV.

Caso clínico: paciente de sexo masculino de 17 meses, sin antecedentes perinatológicos de relevancia. Bajo peso para la edad. Se alimenta con lactancia materna, leche entera desde los 5 meses de edad junto con alimentos sólidos. Ingresa al servicio de pediatría con diagnóstico de deshidratación moderada secundaria a GEA de 48 hs de evolución. Mal estado general, aspecto pálido, somnolencia marcada. Abdomen distendido, doloroso a la palpación. RHA disminuidos. Catarsis negativas desde el ingreso. Se realiza RX de abdomen de pie donde se evidencian niveles y ecografía abdominal compatible con oclusión intestinal. Se ingresa a quirófano, se realiza abordaje ingresando a cavidad abdominal, se observa líquido turbio, se objetiva lesión en recto sigma con múltiples placas de fibrina y necrosis. Se realiza colostomía en colon sigmoide alta en caña de

escopeta. Se toman muestras de lesiones de mucosas y recto para anatomía patológica. Por características de las piezas anatómicas, se avisa a servicio de gastroenterología. Con alta sospecha de debut atípico de APLV. Paciente se recupera lentamente de cirugía. Permanece con colostomía varios meses post internación. Bajo tratamiento para APLV.

CONCLUSIÓN

La introducción temprana de alimentos produce una respuesta del sistema inmune inmaduro, asociado en este caso a una predisposición genética y a factores socioambientales. Este paciente presento respuesta inmune inmediata y retardada por células T. manifestando clínica de invaginación como presentación de debut de APLV.



854

DIABETES INSÍPIDA NEFROGÉNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Di Giorgio A.¹; Vulcano V.²

HIAEP SML^{1,2}

<digiorgio.ag@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Insípida Nefrogénica es una patología infrecuente en pediatría caracterizada por la resistencia, parcial o total, de los túbulos renales a la acción de la hormona antidiurética (ADH). Puede ser de presentación esporádica o familiar. Debido a que las manifestaciones clínicas iniciales son inespecíficas, es fundamental tener un alto índice de sospecha de la patología, ya que su diagnóstico tardío puede acarrear graves consecuencias, tales como, retardo pondoestatural, deshidratación grave, daño neurológico y convulsiones secundario a hipernatremia.

OBJETIVO

Describir las características clínicas de un paciente con diabetes insípida nefrogénica diagnosticada y tratada en conjunto con el servicio de Pediatría y Nefrología del HIAEP Sor María Ludovica.

Caso: paciente masculino de 2 meses de edad, sin antecedentes, que ingresa por presentar registro febril hace 6 horas, vómitos alimentarios de 3 días de evolución asociado a mal progreso ponderal. Al examen físico se encuentra en mal estado general con tendencia al sueño, hemodinámicamente compensado, impresiona normohidratado, abdomen distendido con intolerancia oral parcial. Presenta hemograma de bajo riesgo infectológico con sedimento urinario y citofisicoquímico de LCR dentro de parámetros normales, alcalosis metabólica sin alcalemia e hipernatremia (Sodio Plasmático: 170mmol/l). Se realiza balance hídrico constatándose poliuria (ritmo diurético 5 ml/kg/h) con densidad urinaria 1005, Sodio Urinario: 35

mmol/l, Osmolaridad Urinaria 166 mosm/kg, Osm Plasmática: 347Mosm/l. Ante sospecha de Diabetes Insípida se realiza prueba con Desmopresina resultando negativa. Se diagnostica Diabetes Insípida Nefrogénica y se inicia tratamiento con hidratación vía parenteral y posteriormente vía oral (agua libre + leche de fórmula) e indometacina (2mg/kg/día) con respuesta favorable. Actualmente el paciente se encuentra en buen estado general, con buen progreso ponderal, en seguimiento ambulatorio por servicio de Nefrología; al igual que su madre, quien fue diagnosticada de DI Nefrogénica a partir del diagnóstico de su hijo.

CONCLUSIÓN

En el paciente reportado la sospecha clínica y el diagnóstico precoz de diabetes insípida nefrogénica permitió la instauración de tratamiento oportuno y una buena evolución clínica. La falla de medro, deshidratación hipernatremica e hipertermia en el lactante pueden ser sugestivos de Diabetes Insípida.

PERCEPCION DE LA RESPUESTA BRONCODILATADORA CON SALBUTAMOL EN NIÑOS ASMATICOS

Figueroa J.¹; Andrada G.²; Roque M.³; Primrose D.⁴; Velazco Suarez C.⁵; Vocos M.⁶; Oliva C.⁷; Kruger A.⁸; Donth Leger G.⁹

HOSPITAL DE CLÍNICAS Y FUNDACIÓN P.CASSARÁ, ICYT MILSTEIN^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<neumopedhclin@gmail.com>

857

INTRODUCCIÓN

Las guías para el manejo del asma se basan principalmente en los síntomas referidos por los pacientes y en el uso de medicación de rescate. Se ha postulado que muchos asmáticos no perciben adecuadamente la obstrucción bronquial, lo que podría impactar en el manejo según síntomas.

OBJETIVO

Evaluar la percepción de disnea en relación al grado de obstrucción bronquial y de la broncodilatación producida por salbutamol en niños asmáticos asintomáticos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron 75 niños asmáticos, asintomáticos, bajo tratamiento antiinflamatorio, seguidos en un servicio de Neumonología Infantil. Los niños completaron dos escalas de evaluación de disnea (una visual-analógica y otra gráfica) antes y después de realizar la espirometría con evaluación de la respuesta al salbutamol. Se analizaron los cambios entre las escalas visuales pre y post salbutamol comparando niños que partían de espirometrías obstructivas vs. Normales y niños con respuesta broncodilatadora positiva vs. negativa. Para el análisis se utilizó el Test de Mann-Whitney para datos no paramétricos.

RESULTADOS

Se incluyeron 75 niños. 23 mostraron una espirometría basal obstructiva (VEF1 < 80 % + FMF < 70%). En la comparación de la percepción de obstrucción bronquial no se observó diferencia estadísticamente significativa con los que presentaban espirometría normal (p: 0,66). Al comparar los pacientes con respuesta positiva al salbutamol en el VEF1 (>12%) y el FMF (>30%) (N= 13) no observamos tampoco diferencias significativas (p: 0,93).

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes asmáticos controlados y en tratamiento antiinflamatorio la percepción de cambios en la sensación de obstrucción bronquial no guarda relación con los datos espirométricos.



DETECCIÓN DE INFECCIÓN URINARIA EN LACTANTES EN SALA DE INTERNACIÓN

Castro N.¹; Cesarone J.²; Matsuyama M.³; Arean C.⁴; Dive E.⁵; Liporace M.⁶; Prieto M.⁷; Sigal S.⁸; Villarreal Re M.⁹

HIGA PEDRO FIORITO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<natypr_bentucorazon@hotmail.com>

858

INTRODUCCIÓN

La infección del tracto urinario (ITU) se define como la presencia de bacterias en orina, acompañada de reacción inflamatoria y con sintomatología clínica. En lactantes tiene una prevalencia estimada del 5%. Su signo-sintomatología en lactantes es imprecisa ante lo cual se describen casos sin sospecha clínica previa. La ITU es la primera manifestación de malformaciones renales y de las vías urinarias, por ello el diagnóstico y tratamiento precoz de la misma ha demostrado ser determinante en evitar la aparición de cicatrices renales y su progresión a insuficiencia renal crónica.

OBJETIVOS

Determinar en qué grado la indicación sistemática de sedimento urinario y tira reactiva de orina en lactantes internados es útil para detectar infección urinaria como primera manifestación de malformación renal y de vías urinarias. Adoptar medidas preventivas para progresión y recurrencia de ITU y el consiguiente daño renal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, analítico, semicuantitativo realizado en sala de internación de Pediatría del HIGA Pedro Fiorito en el período comprendido entre enero 2016 y junio 2017. Se consideraron, además como criterios de inclusión, pacientes de un mes a dos años que se internaron por causas no relacionadas ni sospechosas de infección del tracto urinario. Sin alteraciones nutricionales de base ni otros factores de riesgo para dicha entidad y sin tratamiento antibiótico previo. Se excluyeron lactantes febriles sin foco. Se utilizó como técnica diagnóstica inicial la recolección de orina al acecho con técnica estéril y la realización

de tira reactiva de orina y sedimento urinario por microscopía óptica, de dichos resultados se consideraron patológicos aquellos con leucocitos más de diez por campo, gérmenes más de diez por campo, hematies más de cinco por campo, cilindros leucocitarios presentes y densidad menor a 1015. Se realizó urocultivo a las muestras que cumplían dichos criterios y se consideraron positivos los que presentaron bacteriuria significativa. En dichos casos se realizaron estudios por imágenes para seguimiento posterior.

RESULTADOS

De un N=786 pacientes internados se obtuvieron 366 sedimentos patológicos (46,5%). Se realizó cultivo obteniéndose rescate de germen con recuento significativo de colonias en el 92% (336 pacientes). Esto arroja un total de 8% de falsos positivos. Del 92% con cultivo positivo el 92% presentó ITU baja que corresponde a 309 pacientes y el 8% presentó ITU alta (27 pacientes) con rescate de germen, en orden de frecuencia escherichia coli, proteus mirabilis, klebsiella. De 336 pacientes con urocultivo positivo el 20% (68 pacientes) presentó como causa de base malformación renal y/o de vías urinarias, no diagnosticadas en período prenatal ó posnatal previo al ingreso.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos recomendamos fuertemente en esta población etaria realizar de forma rutinaria al ingreso a sala de internación solicitud de sedimento urinario y tira reactiva de orina a fin de arribar a un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Más aún considerando el progreso de la infección y la presencia de malformaciones renales y de vías urinarias y su peor pronóstico ante la interurrencia de ITU.

INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN HOSPITAL DE NIÑOS DE CÓRDOBA PERIODO 2010-2016

Piedra E.¹; Vanzo C.²; Gomila A.³; Garnero A.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD CORDOBA^{1 2 3 4}

<pedraedgar@gmail.com>

859

INTRODUCCIÓN

El Streptococcus pyogenes (SGA) causa diversas manifestaciones clínicas, una forma de presentación es la infección invasiva. Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de infecciones invasivas por SGA en pacientes internados en el hospital de Niños de Córdoba, entre 01 de enero de 2010 hasta el 30 de abril de 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes de ambos sexos, de 1 mes a 15 años, con cultivos para SGA de sitios estériles. Se describieron variables epidemiológicas, características de la infección, días de internación y tratamiento antibiótico.

RESULTADOS

Se obtuvieron 24 registros. La media de edad fue 5,9 ± 3,73 años. Prevalencia levemente el género masculino (54%) sobre el femenino (46%). Los factores de riesgo fueron varicela, influenza H1N1, quemadura de piel, traumatismos, inmunodeficiencia primaria, herida cortante, LLA y artritis reumatoidea juvenil. Las manifestaciones clínicas fueron celulitis con bacteriemia 33%, neumonía complicada con derrame pleural y shock séptico 17%, artritis 13%, osteomielitis 13%, abscesos profundos y exantema escarlatiniforme con bacteriemia se correspondieron a un 13% respectivamente. Se aisló frecuentemente en hemocultivo (54%). Los días de internación promedio fueron 11,46 ± 8,42. Se utilizó con mayor frecuencia penicilina G sódica y cefalosporinas de 1° generación como tratamiento antibiótico.

CONCLUSIÓN

Estas infecciones afectan a pacientes independientemente del género y edad, siendo el compromiso de piel y partes blandas manifestaciones clínicas más frecuentes. En nuestra serie los pacientes presentaron una estadía hospitalaria prolongada lo que implica un alto impacto social y económico para la familia y el entorno hospitalario.



CHEQUEO DE SISTEMAS DE RETENCIÓN INFANTIL (SRI) EN SANTA FE.

Navarro L.¹; Dell'olio A.²

HOSPITAL DE NIÑOS DR. O. ALASSIA¹; MAMÁS Y NIÑOS SEGUROS²

<drlucasnavarro@yahoo.com.ar>

862

INTRODUCCIÓN

Según OMS, la correcta sujeción de pasajeros de automóviles es esencial para disminuir lesiones y muertes por tránsito. En Argentina, 7 de cada 10 niños menores de 4 años, viajan en auto sin la protección correcta. En ciudad de Santa Fe 30 % de menores viajan en asiento delantero, del otro 70% solo algunos viajan en sistemas de retención infantil. El uso de SRI es una medida de probada eficacia ante colisiones de tránsito. Instalar correctamente una sillita con los cinturones del automóvil no es tarea fácil para los padres.

OBJETIVO

Evaluar sistemas de retención infantil instalados en automóviles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron 2 puntos de chequeo SRI, punto 1 el 31/08/2016 en estacionamiento del Hospital de Niños Dr. O. Alassia de Sta Fe y punto 2 el 07/06/2017 en estacionamiento de Municipalidad de Sta Fe. Cada uno duró 4 horas, estuvo a cargo de 2 profesionales, se evaluó: grupo de SRI, fecha de fabricación, homologación, instalación: ubicación, orientación, sujeción (cinturones de 2 o 3 puntos) y tiempo del chequeo; de sillitas instaladas en automóviles de empleados de 2 instituciones que concurren de manera voluntaria.

RESULTADOS

Punto 1, SRI evaluados N=12, grupo 0+=3, grupo1=5, grupo3=4, sujetos con cinturones n=12, cinturones de 2 puntos n=2, buena sujeción n=2, mala

sujeción se mueve lateralmente n=9, bien ubicada n=8, bien orientada n=12, sello de homologación n=9, fecha de vencimiento más de 5 años o sin fecha n=4, tiempo promedio de chequeo 26 minutos por dispositivo. Punto 2, SRI evaluados N=9, grupo 0+=2, grupo1=5, grupo2=2, sujetos con cinturones n=9, cinturón de 2 puntos n=1, buena sujeción n=0, mala sujeción se mueve lateralmente n=9, bien ubicada n=8, bien orientada n=9, sello de homologación n=8, fecha de vencimiento más de 5 años o sin fecha n=3, tiempo promedio de chequeo 16 minutos por dispositivo.

DISCUSIÓN

El 100% de los SRI fueron sujetos con los cinturones de los automóviles, lo cual se asoció a un 90% de sillitas mal sujetadas. Se comercializan dispositivos sin homologación y sin fecha de vencimiento. Evaluar la correcta instalación de un SRI tomó en promedio 21 minutos. De nada sirve tener una buena butaca si no está bien instalada. Las causas externas en Argentina, seguirán siendo la primera causa de muerte en mayores de 1 año, hasta tanto se tomen medidas basadas en la evidencia para su prevención.

FALLO MULTIORGÁNICO SECUNDARIO A GOLPE DE CALOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Bellofatto L.¹; Vela M.²; Bruno D.³; Rodríguez J.⁴; Miauro J.⁵; Ravagnani E.⁶; Svalsky A.⁷; Rivello G.⁸; Selandari J.⁹

SANATORIO GUEMES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<luciabellofatto@yahoo.com.ar>

863

INTRODUCCIÓN

El golpe de calor se define como una elevación de la temperatura corporal mayor a 40°C, acompañada por signos de disfunción neurológica que resulta en delirio, convulsiones o coma. Es causado por una falla en el sistema de la termorregulación. Es una entidad poco frecuente y subdiagnosticada con elevada morbimortalidad.

OBJETIVO

Tener presente como diagnóstico diferencial al golpe de calor ante todo paciente con fiebre y alteraciones neurológicas luego de estar expuesto al calor, para diagnóstico oportuno y tratamiento precoz.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 14 años de edad, sano, presenta episodio de vómito y convulsión tónico clónica generalizada durante la práctica de ejercicio intenso a alta temperatura ambiental. Ingresó al servicio de urgencias febril (39.5°C) y con signos de deshidratación. Los resultados de laboratorio evidenciaron rabdomiólisis (LDH 22661 U/L, CPK 975 U/L) con falla hepática aguda (GPT 7415 U/L, GOT 6256 U/L, Factor V 12%), insuficiencia renal (creatinina 8.7 mg/dl, Urea 98 mg/dl) y coagulación intravascular diseminada (TP 33%, KPTT 94", RIN 2.2- plaquetas 42.000/mm³, DD>3mg/l, PDF>40 ug/ml, fibrinógeno 98 mg%). Requirió 4 días de hemodiálisis. Permaneció en asistencia respiratoria mecánica por 48 horas. Según los diagnósticos diferenciales se realizaron: ecografía abdominal (esteatosis leve), neuroimagen (normal), cultivos (negativos) y se solicitaron serologías para virus hepatotrofos para descartar etiología infecciosa. Además, presentó examen toxicológico y estudios metabólicos sin resultados concluyentes. El paciente es derivado

por eventual requerimiento de trasplante hepático. Se realizó punción biopsia hepática con colestasis con necrosis centrolobulillar. Luego de 17 días de internación el paciente presentó mejoría clínica y de parámetros de laboratorio, otorgándose el alta sin secuelas.

CONCLUSIÓN

El golpe de calor, especialmente asociado al ejercicio extenuante, es una enfermedad poco conocida y tan grave que puede llevar al fallo multiorgánico, el trasplante hepático o al óbito. Su prevención y su rápido reconocimiento son fundamentales para evitar su morbimortalidad.



INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

864

Herresuelo M.¹; Pedraza C.²; Veloso E.³

HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL^{1,2,3}

<mariajoseherresuelo@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El aumento mundial de infecciones por Staphylococcus aureus meticilino resistente de la comunidad (SAMR-co) lo convierte en uno de los principales patógenos emergentes. Causa infecciones a nivel de piel y partes blandas (IPPB), siendo los abscesos localizados el foco prevalente. En un 10% produce infección invasiva y la neumonía necrotizante es su expresión más grave. En menos del 1% ocasiona la muerte. Una de las principales dificultades para el abordaje de esta problemática es un bajo nivel de sospecha de la presencia de gérmenes resistentes provenientes de la comunidad como causante de dichas infecciones.

OBJETIVOS

- Presentar casos de IPPB por SAMR-co que requirieron internación
- Subrayar la emergencia de infecciones de piel y partes blandas causadas por SAMR-co.
- Enfatizar sobre la necesidad de tener una alta sospecha de SAMR-co como agente etiológico en IPPB.

Caso 1: Femenino de 4 años, consulta por fiebre y dolor lumbar de 10 días de evolución luego de traumatismo. TAC con contraste EV: absceso del psoas. Se interna, se realiza drenaje quirúrgico con toma de muestra para cultivo: SAMR-co. Cumple 4 días de clindamicina EV, evolución favorable, alta con antibiótico vía oral.

Caso 2: Masculino de 4 años, consulta por fiebre y tumoración dorsal de 10 días de evolución. Ecografía: absceso paravertebral izquierdo. Se interna, se efectúa punción aspiración y toma de muestra para cultivo: SAMR-co. Realiza clindamicina EV, evolución favorable, egresa el día 7 con antibiótico vía oral.

Caso 3: Femenino de 8 años, consulta por presentar dolor de cadera izquierda y fiebre de 24 hs de evolución. Ecografía de caderas: Despegamiento sinovial izquierdo. Por sospecha de artritis séptica de cadera izquierda se interna, se realiza artrotomía y toma de muestra para cultivo, se indica cefalotina. A las 48 hs presenta shock séptico con fallo multiorgánico. Ingres a UTI con requerimientos de ARM e inotrópicos, vancomicina-rifampicina. Cultivo líquido sinovial: SAMR-co. Al séptimo presenta desmejoría y persistencia febril, se diagnostica pnoneumotórax bilateral y neumonía necrotizante, se indica linezolid-clindamicina. Requiere múltiples toilette quirúrgicas de cadera y pleura. Alta a los 30 días.

Ninguno de los pacientes presentaba enfermedad de base, empero sus grupos familiares estaban colonizados por SAMR-co y tenían antecedentes de IPPB. A todos se realizó decolonización personal y familiar.

DISCUSIÓN

Las infecciones causadas por SAMR-co son un problema importante de salud pública. La emergencia de cepas resistentes de S. Aureus a los antibióticos utilizados de forma empírica (con porcentajes que oscilan entre el 42% y el 60-70% según estudios nacionales) dificulta el manejo clínico de los pacientes con IPPB provenientes de la comunidad y plantea controversias al momento de la elección del tratamiento antibiótico empírico. Ante ésta situación es aconsejable tomar muestras microbiológicas de las lesiones potencialmente cultivables. Debido en que más del 90% de los casos no se reconoce ningún factor predisponente es prioritario poseer un alto nivel de sospecha diagnóstica y de ésta manera brindar de forma precoz el tratamiento empírico inicial adecuado.

SEPSIS A ENTEROBACTER EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

865

Aparicio A.¹

HOSPITAL JUSTO JOSÉ DE URQUIZA¹



INTRODUCCIÓN

La sepsis es la respuesta sistémica a la infección. La etiología primaria, por lo tanto, se puede atribuir tanto al patógeno infectante como a la respuesta del huésped. Los patógenos más comunes son las bacterias, los virus y los hongos. El tipo de patógeno varía según los factores del huésped, como la edad, la comorbilidad y la ubicación geográfica. Dentro de las bacterias, en el niño sano, de la comunidad, los agentes más frecuentes, causales de sepsis son S. pneumoniae, S. pyogenes, S. aureus, y los gram negativos son N. meningitidis, E. coli, salmonella sp. En el niño hospitalizado, sano, los más frecuentes son S. aureus MR, S. coagulasa negativo, K. Pneumoniae, E. coli, Enterobacter sp, y P. aeruginosa. En niños inmunocomprometidos los agentes más comunes son S. aureus, K. Pneumoniae, S. coagulasa negativo, P. aeruginosa y Enterobacter sp.

OBJETIVOS

Se decidió presentar el caso debido a la presentación atípica de la enfermedad y a la baja frecuencia de sepsis a enterobacter sp en pacientes inmunocompetentes. Descripción del caso: Paciente varón de 13 años y 8 meses de edad, con antecedente de obesidad y forunculosis a repetición, sin otros antecedentes de jerarquía, que comienza 7 días previos con tumefacción en raíz del muslo derecho, 48 hs posteriores a los síntomas consulta por primera vez y le indican cefalexina 1500 mg/día cada 8hs y trimetoprima sulfametoxazol 800mg/160 mg cada 12 hs, que cumple por 5 días. Re-consulta por aumento de la tumefacción y haber presentado dos registros febriles. Durante su internación se comienza con tratamiento antibiótico empírico,

con cefalotina más clindamicina EV. Luego de 24 hs de internación presenta episodio de bacteriemia, por lo que se realizan dos HMC (sin registro febril en ese momento, presentando un registro de 38.8 por la tarde). A las 48 hs de internación se realiza laboratorio de control que presenta leucocitosis de 82.000/mm³, con alteración del hepatograma, por lo que se decide derivar a centro de mayor complejidad. A las 48 hs del ingreso de los HMC, servicio de bacteriología informa crecimiento en el 1er HMC de enterobacter sp, cepa BLEE +, resistente a gentamicina y sensible a PTZ e imipenem. El paciente a pesar de los registros febriles presentó buen estado general sin alteración de los signos vitales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se presenta el caso debido a la presentación inusual de sepsis, con marcada leucocitosis y rescate de enterobacter en HMC en paciente inmunocompetente.



866

EFICACIA DE LOS CARTELES ADHESIVOS DE IDENTIFICACIÓN DE ROLES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO DEL TRABAJO EN EQUIPO EN REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR. ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO.

Falk N.¹; Fernández Díaz J.²; Robledo C.³; Iglesias A.⁴; Fernández Achaval M.⁵; Pascual C.⁶; Enríquez D.⁷; Elías Costa C.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5,6,8}; CENTRO DE SIMULACIÓN MÉDICA ROEMMERS (SIMMER)⁷

<nicofalk@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Un equipo de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) exitoso se caracteriza entre otras cosas por tener una dinámica de trabajo eficaz. La mayoría de los equipos de RCP tienen roles predeterminados.

La simulación de alta fidelidad proporciona un ámbito seguro, ideal para la evaluación y formación de los equipos de RCP.

Desde un Comité de Docencia e Investigación diseñamos Carteles Adhesivos de Identificación del Rol de los miembros del equipo de RCP (CAIR). (Líder, Vía Aérea, Compresiones, Accesos y drogas, Monitor y DEM y Registro).

OBJETIVO PRIMARIO

Evaluar la utilidad de los CAIR para la distribución y el desempeño de los roles durante la RCP. Secundarios: Evaluar la utilidad de los CAIR en la percepción de la calidad del desempeño del trabajo en equipo y en la reducción del tiempo entre el diagnóstico de paro cardio respiratorio (PCR) hasta el inicio de compresiones (C), la administración de adrenalina (AA) y el uso de desfibrilador manual (DEM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un ensayo clínico controlado aleatorizado con residentes de 1° y 3° año un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires durante las Jornadas de simulación médica anuales. Participaron 12 grupos compuestos por 5 a 7 residentes. Se utilizó un caso clínico de un paciente con shock hipovolémico y PCR. Se les asignó aleatoriamente a 5 de los 12 grupos los CAIR con una charla instructiva de cómo utilizarlos antes del caso clínico.

Las variables analizadas fueron el tiempo transcurrido desde el diagnóstico

de PCR hasta C, AA y DEM. Mediante una encuesta anónima, individual y autoadministrada se evaluó si el participante tenía un rol asignado previo al caso, si el rol que cumplió coincidió con el rol asignado y la percepción del desempeño del trabajo en equipo de su grupo.

RESULTADOS

Participaron 79 residentes divididos en 12 equipos. 5 utilizaron CAIR y 7 no. La distribución de residentes de 1° y 3° año no mostró diferencias significativas entre ambos grupos.

Los residentes que tenían CAIR tuvieron un 46% más de asignación de roles previo al caso (P=0,002). También mantuvieron durante la reanimación el rol que tenían previamente asignado un 87% más (P=0.004).

No hubo evidencia para demostrar que la percepción de la valoración del desempeño del trabajo en equipo por parte de los participantes fue diferente entre los grupos.

No hubo evidencia para demostrar que la utilización de CAIR modificó el tiempo hasta el comienzo de C, AA o DEM.

DISCUSIÓN

La utilización de CAIR mejoró la distribución de tareas y el cumplimiento de los roles asignados de los participantes del equipo durante la RCP, por lo que serían útiles para el desarrollo de un buen trabajo en equipo. No se encontraron diferencias en los tiempos de comienzo de C, AA y DEM. Debido al bajo poder del estudio para estos objetivos no se pudo obtener conclusiones en este punto. Son necesarios más estudios para evaluar si el uso de CAIR disminuyen los tiempos en la toma de decisiones durante la emergencia.

¿CONOCEN LAS MADRES LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?

Redondo F.¹; De Martini S.²; Carrera L.³; Falco O.⁴

CENTRO PERINATOLÓGICO DE SANTA FE^{1,2,4}; AREA PEDIATRÍA, FCM, UNL³

<drredondo@gmail.com>

867

INTRODUCCIÓN

Los beneficios de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) como alimentación apropiada en los primeros seis meses de vida, han sido bien demostrados, pero a pesar de ello, se observa un descenso de la práctica.

OBJETIVO

Conocer el nivel de información de las madres sobre LME.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional de corte transversal utilizando entrevistas y encuestas con preguntas dirigidas de respuesta múltiple referidas a los beneficios de la LME, realizada a madres de niños asistidos en los CAPS de Santa Fe desde febrero de 2016 hasta marzo de 2017.

RESULTADOS

Sobre 503 encuestas se observaron: a) 60,6% (n: 305) sostuvieron que debe ser exclusiva hasta los seis meses de vida y luego agregar alimentación complementaria, b) 65,4% (n: 301) sabían que protege contra infecciones respiratorias y diarrea, b), c) 74,55% (n: 375) conocían que el calostro aporta fundamentalmente defensas para el bebé, d) 73,75% (n: 371) sabían que se puede conservar la leche después de extraída.

Las fuentes de información referidas fueron: a) en su paso por la Maternidad, b) en los Centros de Atención Primaria de la Salud y c) por los medios de comunicación clásicos.

CONCLUSIONES

La mayoría de las madres de nuestro estudio tienen conocimientos claros sobre los beneficios de la LME, especialmente su capacidad inmunológica y de la posibilidad de conservación, pero contrasta con que solo el 26,04% de este grupo logró LME.

Evidentemente tener información no garantiza resultados exitosos, es muy factible que con las consejerías oportunas se obtenga mayor impacto para lograr LME.



868

MORBILIDAD NEONATAL ASOCIADA A LA DIABETES GESTACIONAL

Redondo F.¹; Agüero J.²; Carrera L.³; Falco O.⁴

CENTRO PERINATOLÓGICO DE SANTA FE^{1,2}; AREA PEDIATRÍA, FCM, UNL³; CENTRO PERINATOLÓGICO DE SANTA FE⁴
<drredondo@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Gestacional (DG) constituye la alteración más frecuente del embarazo y se asocia a resultados maternos y neonatales adversos como alteraciones metabólicas, macrosomía y defectos congénitos. Las madres diabéticas que no tienen un correcto control glucémico durante el primer trimestre del embarazo son más propensas a que sus hijos desarrollen defectos congénitos.

OBJETIVO

Describir la morbilidad y determinar la prevalencia de alteraciones neonatales en RN de madres con DG.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de casos y controles conformados por 80 hijos de madres con DG y 237 controles consecutivos nacidos en el Centro Perinatólogico de Santa Fe durante 2016. Fuente: Sistema Informático Perinatal, se obtuvieron los OR con un intervalo de confianza del 95% con Epi Info7.

RESULTADOS

La prevalencia de alteraciones neonatales en DG fue de 17,3% (IC: 8,6-26,1) vs 5,9% (IC: 2,9-8,9) en los controles, con significación estadística (OR: 2,92). Los trastornos neonatales de mayor frecuencia de presentación se describen en cuadro:

Morbilidad neonatal

OR (IC: 95%)

-Hipoglucemia	15,7 (1,89-27,3)
-Ictericia	3,68 (1,20-11,2)
-Prematurez total	4,08 (2,33-7,15)
-Prematurez tardía	5,17 (5,17-9,75)

No encontramos diferencias de significación cuando evaluamos Defectos Congénitos y especialmente cardiopatías congénitas en nuestro estudio.

CONCLUSIONES

Los RN de madres con DG presentan mayor probabilidad de trastornos neonatales, algunos severos y con secuelas a largo plazo. El control apropiado del embarazo diabético disminuye notablemente la frecuencia y severidad de alteraciones neonatales, incluida la prevalencia de defectos congénitos. Dada la frecuencia de presentación es necesario disponer de equipos perinatales entrenados en Diabetes Gestacional.

ESCORPIONISMO DE UNA COHORTE DE PACIENTES DEL SERVICIO DE TOXICOLOGÍA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESÚS

Franciosi P.¹; Díaz E.²; Quiroga N.³; Mercado S.⁴

HOSPITAL PEDIATRICO DEL NIÑO JESUS^{1,2,3,4}

<pau.gfranciosi@gmail.com>

INTRODUCCION

El escorpionismo, es producto de inoculación del veneno de alacrán provocando síntomas y signos potencialmente graves. Llama la atención el aumento de la incidencia del escorpionismo en zonas urbanas. Abarca desde manifestaciones locales hasta sistémicas que definen la gravedad clínica y pueden conducir a la muerte. La importancia del tratamiento con suero antialacran radica en la administración temprana.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia anual de casos escorpionismo en pacientes pediátricos del hospital Pediátrico del Niño Jesús durante el periodo 2014 -2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Relacionar la incidencia-gravedad de casos de escorpionismo.

Describir la relación edad-gravedad de los casos de escorpionismo.

Establecer la relación intensidad de los síntomas generales-tiempo demorado en recibir el suero antiveneno.

Valorar los síntomas generales más frecuentes en relación a la gravedad.

Conocer la distribución geográfica de la población estudiada.

MATERIALES Y METODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo, de las consultas en el departamento de emergencias, por medio de fichas de notificación de accidentes por animales ponzoñosos, y las historias clínicas. La población a estudiar son todos los pacientes pediátricos que consultaron por picadura de Tityus trivittatus desde enero 2014 hasta abril del 2017, criterios de exclusión: picaduras diferentes al Tityus trivittatus, y pacientes menores de 1 mes y mayores de 16 años. Se evaluaron las variables: edad, año, localización geográfica, síntomas, gravedad, suero antiveneno.

RESULTADOS

Los casos leves 53% distribuido en los años 2016-2017; casos moderados, el mayor número entre 2015- 2016, un 30% entre 2016-2017. Casos graves, el 100% se produjeron en el último año. Lactantes y preescolares 40% (n=82) de la muestra, categoría leves 84% (n=69), moderados 11% (n=9) y severos 5%, representando el 100% de la categoría; Escolares 35% (n=68) del total, los leves 94%, moderados 6% sin registro de casos severos. Adolescentes 23% de la muestra, el 100% casos leves. Pacientes sintomáticos moderados que recibieron tratamiento, 38% se administró antes de los 40 minutos, y 46% antes de los 60 minutos; pacientes sintomáticos severos, el 75% recibió el tratamiento antes de los 60 minutos, 25% entre los 60 a 300 minutos. Clínicamente, los síntomas guiaron casos moderados (n=13) son vómitos (19%), taquicardia (14,4%), depresión del sensorio (12,2%) y palidez (11%). Y en los severos (n=4) vómitos (20%), taquicardia (14,2%). La distribución geográfica del total (n=192) el 36% zona cerro; el 20% zona oeste, siendo el 15% y 13% las zona noroeste y centro.

CONCLUSIONES

Aumento incidencia anual relativa al periodo 2014-2017 de escorpionismo sin diferenciar gravedad. Relación edad/gravedad, casos leves presentan una simetría en distribución con tendencia a menores de 3 años. Casos moderados y severos en menores de 5 años. No se objetiva, disminución en la categoría de gravedad aún recibiendo tratamiento específico oportuno antes de los 40 minutos. Sospechar escorpionismo, sin información epidemiológica con síntomas vómitos, taquicardia, depresión del sensorio y palidez. Predominio del área noroeste de consultas e internaciones derivadas.

869



INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC) SECUNDARIA A PERICARDITIS AGUDA POR PARVOVIRUS B19, A PROPÓSITO DE UN CASO.

871

Sabugal E.¹; Carluccio V.²; Cuneo C.³; Sanchez G.⁴

HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO ECAY^{1,2,3,4}

<eliasasabugal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La pericarditis tiene diversas etiologías y su complicación más importante es el Derrame Pericárdico (DP). Si bien en niños es infrecuente, la pericarditis aguda por Parvovirus B19, puede generar ICC.

OBJETIVOS

Considerar a las infecciones vírales en niños como productoras de pericarditis y sus complicaciones.

Descripción del caso: Paciente de 10 años de edad, previamente sana.

Consulta por fiebre, tos seca, náuseas y dolor abdominal intenso.

Al examinarla presenta mal estado general, palidez cutánea, abdomen doloroso generalizado, hepatomegalia leve. Ruidos cardíacos hipofonéticos, hipoventilación en base pulmonar derecha. Se solicitan estudios complementarios presentando: anemia y leucocitosis predominio PMN, ecografía con ascitis y derrame pleural derecho leve, Rx Tórax con agrandamiento masivo de la silueta cardíaca. Ecocardiograma con derrame pericárdico severo y colapso biventricular.

Ingresa a UTIP, se realiza pericardiocentesis, se toman cultivos y PCR virales del líquido y se medica con Ceftriaxona. Se solicita perfil para colágenopatías y serologías vírales.

A las 48 hs recidiva el derrame pericárdico, se coloca tubo de drenaje y se toma biopsia pericárdica que informó signos inflamatorios. Se obtiene PCR + para Parvovirus B19 en líquido pericárdico que confirma la etiología. Se indica al alta AAS 100 mg/día, ranitidina y restricción de actividad física. Presenta Ecocardiograma normal al mes postexternación.

DISCUSIÓN

Las causas de DP pueden ser neoplásicas, bacterianas, fungicas, secundario a procesos inflamatorios, idiopáticas y virales.

El Parvovirus B19 tiene como huéspedes a las células endoteliales vasculares, produciendo inflamación y trombosis. Además estimula la producción de citoquinas capaces de lesionar estructural y funcionalmente a las células miocárdicas, por lo que también puede causar miocarditis.

La gravedad de las consecuencias del DP y el desarrollo de ICC dependerán principalmente de la velocidad de instauración del mismo.

CONCLUSIONES

Ante la aparición de ICC en un niño previamente sano en el contexto de un cuadro febril, tener presente la patología infecciosa viral y su relación con miocarditis y pericarditis aguda. La pericarditis viral a veces es subestimada por la dificultad de confirmar el diagnóstico. La técnica de PCR permite identificar la etiología viral específica.

ENCEFALOPATÍA HIPERAMONIEMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

872

Gogorza M.¹; Suarez A.²; Spizzirri A.³; Lombardi L.⁴; De Rose E.⁵; Ruscasso J.⁶; Cobeñas C.⁷; Bresso P.⁸; Amoreo O.⁹; Zalba J.¹⁰; Rahman R.¹¹

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA - LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}

<majogogorza@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La encefalopatía hiperamoniémica (EH) es un cuadro clínico que se produce debido a un exceso de amonio en sangre. Las principales causas de esta entidad son la insuficiencia hepática, los trastornos del ciclo de la urea, y otras menos frecuentes como drogas, e infección urinaria (ITU). La ITU asociada a EH es desarrollada más frecuentemente por gérmenes productores de ureasa; también hay descritos casos ureasa negativo e incluso, cultivos negativos. Se presenta en pacientes con vejiga disfuncional/neurogénica, asociado a cuadros de retención aguda de orina.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de un paciente que desarrolló encefalopatía en el contexto de una ITU.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 12 años de edad con antecedentes de enfermedad renal crónica (ERC) estadio 2, secundaria a uropatía compleja. Ingresa por presentar decaimiento, vómitos y agudización de la ERC. Se encontraba en regular estado, afebril, lúcido. Ante la sospecha de ITU se realiza urocultivo e inicia tratamiento con ceftriaxona. A las 6 horas de su ingreso, comienza con alteración súbita de la visión y del habla, desorientación, deterioro progresivo del sensorio y al examen físico se constata globo vesical.

Se indica oxigenoterapia, sonda vesical, y luego de una TAC de encéfalo normal se realiza punción lumbar. Ante el diagnóstico presuntivo de encefalitis aguda, comienza con aciclovir.

El paciente comienza a mejorar rápidamente, con recuperación total del estado neurológico a las 10 horas de haber iniciado el cuadro.

Los datos relevantes de laboratorio fueron: Orina: pH 8 densidad 1025-Amoniemia: 122 mg% y Urocultivo: positivo a Escherichia coli. Debido a las características clínicas, laboratorios (orina alcalina, amonio incrementado y urocultivo positivo a E. coli), habiéndose descartado causas más frecuentes de encefalitis e hiperamoniemia y mejoría notable luego de la desobstrucción de la vía urinaria, se realiza el diagnóstico de EH.

CONCLUSIÓN

La EH es una causa poco frecuente de hiperamoniemia. Debe existir una alta sospecha ante pacientes que presentan trastornos de la vía urinaria y cuadros neurológicos agudos.

El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, con desobstrucción de la vía urinaria, reduce la morbilidad y mortalidad.



HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS (HCL), FORMAS DE PRESENTACIÓN DE UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

873

Dragovetzky A.¹; Solari Moro A.²; Felizzia G.³; Martinitto R.⁴; Pabon N.⁵; Iglesias V.⁶; Messina J.⁷; Reynoso J.⁸

HOSPITAL J. P. GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<anaford2@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La HCL es una patología infrecuente con incidencia de 2-10 casos/106/año en menores de 15 años (pico entre 1 y 3 años). Se caracteriza por la proliferación de células de Langerhans CD1a/CD207+. Puede ser uni/multisistémica, con afectación ósea en el 80% y cutánea en el 33% de los casos. El compromiso de médula ósea (MO), bazo o hígado se considera órgano de riesgo (OR) y tiene valor pronóstico. La afectación de ciertos huesos del cráneo aumenta el riesgo de diabetes insípida y/o enfermedad neurodegenerativa.

OBJETIVO

Exponer 2 formas de presentación y el desafío diagnóstico que representa.

CASO 1. Niña de 14 meses internada por sepsis a foco urinario por E. Coli. Evoluciona con síndrome febril prolongado, anemia severa, plaquetopenia y hepatoesplenomegalia. Dolor óseo generalizado. Lesiones purpúricas a predominio inguinal.

Planteos etiológicos: hematooncológico, infeccioso o reumatológico.

Se realizó laboratorio con neutrofilia, VSG-PCR aumentadas, hipoalbuminemia.

Serologías negativas.

Radiografía cuerpo entero: imágenes líticas en calota, pelvis, humero y costillas.

Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia. Adenopatías en hilio esplénico.

Con sospecha de HCL se biopsia piel y MO: inmunomarcación+CD1a.

RMN: neurohipófisis presente.

Se diagnostica HCL multisistémica con OR inicia protocolo correspondiente con buena respuesta.

CASO 2. Niña de 19 meses. Convulsiva desde los 6 meses, medicada con Fenobarbital. Cursa celulitis preseptal izquierda medicada con Clindamicina. Hemocultivos negativos. Laboratorio con neutrofilia y anemia leve. Evoluciona favorablemente llamando la atención tumoración próxima a celulitis. Se solicita Radiografía de cráneo con imágenes líticas biparietales y arco superciliar derecho. Se sospechó HCL, realizando resto de estudios correspondientes (normales). Biopsia de lesión osteolítica: inmunomarcación+CD1a. Se diagnostica HCL unisistémica con sitio de riesgo de SNC inicia protocolo correspondiente con buena respuesta.

DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial de HCL es con patologías infecciosas, reumatológicas y otras enfermedades oncológicas. Ante la sospecha realizar radiografías de cuerpo entero, ecografía abdominal, he-mograma, VSG y PCR, proteinograma, hepatograma, io-nograma y función renal para orientación diagnóstica. Se confirmará con biopsia con inmunomarcación CD1a/CD207+

CONCLUSION

Conocer las múltiples presentaciones de esta enfermedad permitirá la sospecha y el estudio inicial para derivar al especialista quien confirmará el diagnóstico.

INTERNACIONES POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS PREMATUROS DE ALTO RIESGO, CON Y SIN CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL PROGRAMA DE PALIVIZUMAB, 2012 - 2016 EN MATERNIDAD PUBLICA DE CABA-ARGENTINA.

874

Plachco T.¹; Bossi L.²; Kasten L.³; Piombo V.⁴; Caputto A.⁵; Cimbraro Canella R.⁶; Brundi M.⁷

HOSPITAL MATERNO INFANTIL "RAMON SARDA"^{1,2,3,4,5,6,7}

<tplachco@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Virus Sincicial Respiratorio (VSR) es agente causal más importante de infección respiratoria baja (IRAB) severa en lactantes, especialmente en prematuros (PT). A partir del año 2011 el Ministerio de Salud de la Nación implemento un programa de prevención de infección respiratoria aguda (IRA) en PT de alto riesgo administrando palivizumab (PVZ). Desde el comienzo de la utilización PVZ se observó una disminución de reinternaciones (RI) por IRAB.

OBJETIVO

Evaluar si existen diferencias entre RI y días de internación en época invernal, entre el grupo de PT con y sin criterios de inclusión al programa de PVZ 2012 al 2016, durante el primer año de vida. Evaluar la existencia de otros factores que podrían asociarse. Diseño: estudio observacional, transversal y retrospectivo de dos cohortes de prematuros. Descripción de valores medios y de dispersión. Análisis de variables cuantitativas por Test T de Student y cualitativas mediante Chi2. Software estadístico SPSS. Ingresaron PT del Programa de Seguimiento (PS), con y sin criterios de inclusión al Programa de PVZ. Grupo 1(G1): con criterios de inclusión: PT≤32 semanas de edad gestacional (EG) y/o peso al nacimiento (PN) ≤ 1.500g, hasta los 6 meses de edad cronológica (EC) al inicio de la temporada (IT) de PVZ, y prematuros con diagnóstico de displasia broncopulmonar(DBP) y requerimiento de oxígeno hasta los 12 meses de vida IT PVZ. En el año 2016 se incluyeron los PT<29 sem EG y < 1000g hasta el año de EC IT. Grupo 2(G2):

PT menores de 32sem EG y/o PN ≤1500g > de 6 meses de EC hasta el año de EC al IT. Revisión retrospectiva de Historias clínicas de PT nacidos entre los años 2011 al 2016, recogiendo datos clínicos, demográficos y RI por IRA.

RESULTADOS

422 PT ingresaron; G1: 283 PT, G2: 139 PT. Características G1: media EG 29 ±2 sem, PN 1308 ± 344g, sexo:53%, DBP:17%, lactancia(LM):84%, NBI:25%, Educación Materna(Edu.M) ≤7años:10%, Hermanos:58%, Numero RI:21.2%. G2: media d EG30 ±2 sem, PN 1269 ± 279g, sexo:42%, DBP:21%, LM:75%, NBI:34% Edu.M ≤7años:18%, Hermanos:60%, Numero RI:22.3%. No existe diferencia significativa en la mayoría de las variables salvo en: sexo OR 0.65(0.43-0.97)p:0.035, Edu.M ≤7años: OR 1.9(1.07-3.4) p:0.03 y Lactancia: OR 1.99(1.11-3.53)p:0.023. Comparando RI la falta de LM es el único que se comportó como factor de riesgo para RI con OR 1.99(1.11-3.54)p:0.023. La Edu.Mat ≤7años y DBP asociados a falta de LM OR 3.24(1.69-6.18)p:0.001 y OR 3.67(2.08-6.48)p<0.001 respectivamente.

CONCLUSIONES

No existe diferencia significativa entre las RI y días de internación entre los grupos. Hay diferencia significativa en los grupos en cuanto a LM como factor protector para evitar las RI en estos bebés. Lo que nos lleva destacar el rol protector de la lactancia materna para reforzar los programas de promoción. Sería necesario realizar estudios de costo beneficio para ampliar el programa PVZ y evaluar así la inclusión de estos niños con factores de vulnerabilidad tan significativos.



875

A PROPÓSITO DE UN CASO DE MENINGITIS POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*

Lopez Orozco M.¹
CURF¹



INTRODUCCIÓN

Las meningitis producidas por *Streptococcus pneumoniae* tienen una alta morbimortalidad en la infancia, lográndose disminuir la misma con la correcta vacunación tridecavalente y un correcto esquema antibiótico al momento del diagnóstico.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de meningitis pneumocócica con resistencia a Ceftriaxona en paciente vacunado.

Niña de 3 años de edad con carnet de vacunación completo con dos episodios de OMA previos que comienza con fiebre de 48 hs de evolución y otalgia, consultan con servicio de ORL quienes diagnostican OMA e inician tratamiento antibiótico VO. Persiste febril a lo que se asocia depresión del sensorio seguido de episodio convulsivo de 20 minutos de duración por lo que ingresa a UTIPed. Tras ceder dicho evento persiste con Glasgow disminuido (5/15) por lo que se coloca en ARM. Se realiza TAC cerebral con informe normal, posteriormente hemocultivo y PL (FQ: 400 cel-N80%) iniciando tratamiento con Ceftriaxona, Aciclovir y Difenilhidantoina. Permanece en ARM, extubándose a las 48hs. Se aísla del Hemocultivo y cultivo de LCR *Streptococcus Pneumoniae*, se suspende Aciclovir. Persiste con sensorio alternante, rigidez de nuca pero sin signos de foco neurológico (Glasgow 9/15). Se realiza EEG y RMN con gadolinio ambos estudios normales. En su cuarto día de internación presenta episodio de bacteriemia. Bacteriología informa resistencia a Ceftriaxona del microorganismo aislado por lo que se

agrega Vancomicina. Se repite PL persistiendo LCR positivo para *Pneumococo* y nuevo hemocultivo (negativo). Paciente con evolución lenta pero favorable, Glasgow 15/15, cumple tratamiento antibiótico endovenoso durante 14 días en total y se indica alta institucional.

CONCLUSIÓN

En pacientes con diagnóstico de Meningitis Bacteriana por *Streptococcus Pneumoniae* se debe tener en cuenta la existencia de resistencia a Cefalosporinas. Esta paciente con vacunación completa con tridecavalente padeció una infección por neumococo serotipo 19A. El cual fue uno de los 6 que se añadieron a la heptavalente, con la preocupación del aumento de casos notificados por este serotipo. Es de interés conocer que el serotipo causante de la infección Neumocócica invasiva en esta paciente sea el 19A, siendo también el que mayor incidencia de resistencia a Ceftriaxona posee.

PROCALCITONINA COMO BIOMARCADOR PARA DIAGNOSTICO PRECOZ DE INFECCION BACTERIANA GRAVE EN PEDIATRIA.

Zelaya P.¹; Porrino G.²; Baez M.³; Martinez R.⁴; Polola P.⁵

HIGA EVA PERON^{1,2,3,4,5}

<paola.g.zelaya@gmail.com>

La procalcitonina (PCT) es un mediador de inflamación sistémica, se eleva precozmente y sus concentraciones altas es un indicativo de gravedad. Con un valor de corte de 1ng/dl presenta una sensibilidad y especificidad elevada, y un valor predictivo positivo mayor del 90% en diagnóstico de infecciones graves. Es considerado específico para infecciones bacterianas graves, ya que en las virales la PCT se encuentra atenuada por interferón gama.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad de la PCT y su importancia para detectar precozmente las infecciones bacterianas graves (IBG) en pacientes pediátricos y su relación con el rescate en cultivos.

POBLACIÓN ESTUDIADA:

45 pacientes internados en sala de pediatría en nuestro hospital general de agudos, entre septiembre 2016 y marzo 2017, entre 1 mes y 13 años, con diagnóstico de ingreso IRAB grave, sepsis, bacteriemia, meningitis, lactante febril sin foco y sospecha de enfermedad bacteriana invasiva.

MATERIAL Y MÉTODO

Un estudio retrospectivo observacional basado en los datos obtenidos de las historias clínicas.

Para ello se evaluaron los valores plasmáticos de PCT obtenidos; su correlación con el diagnóstico, rescate de cultivos, requerimientos de antibioticoterapia, y evolución clínica.

RESULTADO

De los 45 pacientes analizados, el 40%(18) con valor mayor a 1ng/dl y de esos el 50%(9) tuvieron un rescate bacteriano en los cultivos vs.un 11,2%(2) de rescate viral.

De los pacientes con PCT positiva y rescate bacteriano en cultivos un 44%(8) requirió tratamiento con antibióticos de amplio espectro y la mitad también cuidados intensivos pediátricos.

De los 27 pacientes con valores de PCT menor a 0,5 ng/dl, el 26%(7) obtuvieron rescate viral y el 74%(20) sin rescate de germen.

CONCLUSIÓN

Podemos inferir que los valores plasmáticos de PCT son un marcador de infección precoz, sensible y específico, capaz de diferenciar IBG de las virales. Los resultados obtenidos demuestran que dentro de los valores negativos no hubo rescate bacteriano en ninguno de los casos, mientras que entre los positivos el porcentaje de rescate fue mayor.

Dentro de los marcadores de laboratorio la PCT, es el más representativo para IBG, aunque la muestra no es lo suficientemente representativa para utilizarla como única herramienta.

876



VALORACIÓN CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO CON TALLA BAJA: A PROPÓSITO DE UN CASO

879

Hernandez M.¹; Moreda Martinez L.²; Zalba B.³; Martinoli M.⁴

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4}

<v_sole@live.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Se define talla baja en pediatría como aquella que se encuentra por debajo del P3 o menor a - 2 DS para la edad poblacional de referencia. El análisis de los segmentos corporales en un recién nacido resultaran de gran orientación. Las formas disarmónicas indicaran la existencia de displasias esqueléticas (acrodropsia). En recién nacidos armónicos considerar injurias fetales por enfermedades maternas, infecciones perinatales o trastornos cromosómicos.

OBJETIVOS

Describir el caso de un recién nacido de talla baja disarmónica como forma de presentación de la acondroplasia punctata.

Caso clínico: Se recibe recién nacida de término (37 semanas) producto de embarazo insuficientemente controlado y con diagnóstico prenatal ecográfico de probable acondroplasia. Segunda hija de padres no consanguíneos. Antecedentes maternos de obesidad, fumadora, el embarazo actual corresponde a tercera gesta con historia de un aborto y una cesárea previa, serologías maternas negativas. Nace por cesárea por presentación pelviana, APGAR 7/9. Peso al nacimiento 2,500 gr (P 3); talla 42 cm (P < 3); perímetro cefálico 32 cm (P 10). Al examen físico se aprecia dermatitis ictiosiforme generalizada y facies peculiar: puente nasal ancho y bajo, hendiduras palpebrales pequeñas, frente amplia, pabellones auriculares con lobulación defectuosa, leucocoria unilateral en ojo izquierdo, cabello ralo con áreas alopécicas. Cuello corto y tórax pequeño con aumento del diámetro

anteroposterior. Las extremidades eran cortas a expensas del segmento proximal, con actitud en flexión y rotación externa del miembro inferior derecho y del pie derecho. Dentro de las exploraciones complementarias la analítica en sangre, serologías y errores congénitos del metabolismo resultaron normales. La valoración cardiológica, ecografía cerebral, renal y de caderas no mostraron alteraciones. La radiología de esqueleto evidenció acortamiento proximal bilateral de los huesos de miembros superiores e inferiores, con fémures incurvados y engrosados. Las epífisis, de conformación irregular, presentaban calcificaciones puntiformes, a modo de perdigones, a nivel de grandes articulaciones (caderas, rodillas, tobillos), así como a nivel paravertebral. En el estudio oftalmológico se apreciaron cataratas en ojo izquierdo. Debido a los hallazgos clínico-radiológicos compatibles con acondroplasia punctata la paciente es derivada para su seguimiento por los servicios de genética, dermatología, traumatología y oftalmología.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico prenatal por examen ultrasonográfico exhaustivo, el examen físico integral con búsqueda de malformaciones asociadas, y el asesoramiento genético constituyen pilares fundamentales para la realización de una adecuada intervención temprana en pacientes con acondroplasia, mejorando así el pronóstico de sus discapacidades.

CONCEPCIÓN ACTUAL DE LA FIEBRE

880

Cardetti M.¹; Benavidez R.²; Maldonado J.³; Hernandez F.⁴; Coccio A.⁵

CLÍNICA Y MATERNIDAD CERHU¹; UNIVERSIDAD CATÓLICA CUYO SEDE SAN LUIS^{2,3,4,5}

<mcardetti@hotmail.com>

INTRODUCCION

La fiebre es uno de los principales motivos de consulta pediátrica, representando en consulta externa el 30% y un 60% en urgencia, siendo una causa de gran preocupación e incertidumbre para los padres contribuidas por distintas circunstancias como lo son el desconocimiento y la falsas creencias lo que lleva a una situación denominada "fiebre fobia. Se ha llegado al consenso internacional para considerar fiebre a la temperatura corporal central igual o mayor a 38°C.

Este estudio se basó en evaluar los conocimientos y actitudes que tienen los padres sobre la fiebre así como también la comparación de la concepción de la misma con el trabajo realizado por Crocetti en el año 2000.

METODOS

Se realizó un estudio con diseño transversal en la clínica privada Cerhu de la ciudad de San Luis en el periodo del 1 de mayo al 1 de junio del año 2017. La población de estudio fueron los padres de niños mayores de 28 días de vida que acudieron a la consulta pediátrica, guardia y sector de internación, a quienes se les otorgo un cuestionario conformado por 21 ítems las cuales estaban basadas en el modelo realizado en el trabajo de investigación por Crocetti. Los datos se ingresaron a Excel y fueron evaluados por epi-info.

RESULTADOS

Se realizaron 162 encuestas. Ante la preocupación por la fiebre de su hijo/a el 85% se mostró muy preocupada. El 64% consideró fiebre un valor menor a 38°C y entre éstos el 47,4% 37,5°C o menos. Si uno no trata la

fiebre 48% consideró que puede llegar hasta 40°C y un 19% que puede llegar hasta 45°C. Con respecto a las complicaciones que puede producir la fiebre las más importantes fueron: Convulsiones 92%, Deshidratación 52,7%, Delirio 29,6%, Daño cerebral 24,7%, Coma 12,3% y Muerte 9,9%. Con respecto al tratamiento el 91,6% trata la fiebre en la casa, un 44,4% con una temperatura <38°C, un 45,6% con 38°C y un 10% con >38°C. El 96% utiliza métodos físicos para bajar la fiebre, de los cuales el 76% usa trapos fríos, 34% baño ducha fría, 43% ducha a temperatura normal, 3% trapos con alcohol y 19% baño inmersión temperatura normal. En cuanto a la medicación 45% utiliza ibuprofeno y 33,3% Utiliza combinación de antitérmicos, de los cuales 47% utiliza ibuprofeno/dipirona, y 38% Ibuprofeno/paracetamol. El 85% refiere haber recibido información de la fiebre por su médico de cabecera y el 73% en la consulta por guardia.

CONCLUSIONES

A 17 años del trabajo de Crocetti la preocupación por la fiebre de los padres no se ha modificado, los cuidadores continúan muy preocupados por la fiebre y sostienen complicaciones en un alto índice de convulsiones y deshidratación. La mayoría de los cuidadores continua medicando a sus hijos tanto con métodos físicos de distinta índole como con medicamentos. En un alta proporción utilizan 2 antifebriles en forma conjunta indicado por los profesionales. Si bien la mayoría ha recibido información sobre la fiebre tanto en consulta como guardia los resultados hacen ver la falta de intervenciones educativas para no tener conceptos erróneos de los cuidadores sobre la fiebre.



LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA Y CHAGAS CONGÉNITO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Argañaraz C.¹; Sandoval A.²; Miranda M.³

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR. HECTOR QUINTANA^{1,2,3}

<mar_a87@hotmail.com>

881

INTRODUCCIÓN

El Chagas continúa siendo prevalente, a pesar del control vectorial, ya que la principal forma de transmisión es transplacentaria; el tratamiento tiene complicaciones hematológicas. La quimioterapia usada en enfermedades oncohematológicas provoca citopenias transitorias. En este caso un paciente con ambos diagnósticos recibe ambos tratamientos.

OBJETIVO

Presentación de un caso clínico de un paciente con LLA y Chagas congénito con tratamiento perinatal incompleto; con el diagnóstico de LLA se reinicia el mismo, el cual debe interrumpirse por complicaciones hematológicas. Descripción del caso: Paciente de sexo masculino de 3 años, del interior de la provincia de Jujuy, consulta por cuadro febril, petequias y hematomas de 4 días de evolución, laboratorio inicial con leucocitosis y predominio de blastos. Se confirma diagnóstico de LLA tipo B común con riesgo aumentado. Madre refiere serología positiva para Chagas durante el embarazo, microhematocrito positivo, el niño cumple tratamiento con Benznidazol por 35 días, se suspende con serología negativa en hospital zonal. Presenta Chagas positivo por tres métodos (1 parasitológico indirecto PCR y dos serológicos HAI y ELISA), inicia tratamiento específico mientras se encontraba con quimioterapia en fase de Inducción. Presenta intercurencia: diarrea sanguinolenta de 14 días de evolución y pancitopenia, por lo que no recibió quimioterapia correspondiente; al persistir pancitopenia severa y regular estado clínico del paciente, se decide suspender Benznidazol al día 52 de tratamiento. El

paciente no regresa a controles posteriores por Infectología; este año se cita y concurre; a la fecha se han realizado serologías en 2 oportunidades, siendo la última de ellas negativa.

CONCLUSIÓN

En nuestra provincia la forma más frecuente de Chagas es transplacentaria, habiéndose eliminado la forma vectorial; sin embargo, existe un subdiagnóstico y en algunos casos tratamiento incompleto o falta del mismo y falta de seguimiento serológico posterior. En este caso particular pudo reiniciarse el tratamiento debido al debut de LLA y realización de serologías de rutina. Con las complicaciones propias del antiparasitario sumadas a quimioterapia, se planteó la suspensión anticipada del mismo con resultado presuntivo favorable. Para poder llegar a un resultado negativo, aun se deben realizar más estudios serológicos al paciente en forma periódica para obtener dos estudios serológicos negativos consecutivos.

HACIA LA ELIMINACIÓN DE LA INFECCIÓN PERINATAL DE VIH. ¿QUE PODEMOS MEJORAR LOS PEDIATRAS?

Bruno M.¹; Vulcano S.²; Gaiano A.³; Levite V.⁴; Kaynar V.⁵; Suarez Ornani L.⁶; Barbás M.⁷; Falistoco C.⁸

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<miriamebruno@gmail.com>

882

INTRODUCCIÓN

La meta de eliminación de la transmisión vertical del VIH es alcanzar que el 2% o menos de los niños adquieran la infección. Si bien la mayor eficacia para disminuir la infección perinatal está relacionada con la profilaxis durante el embarazo y el parto, el rol del pediatra es importante para evaluar las situaciones de riesgo e implementar el diagnóstico precoz de los niños expuestos.

OBJETIVO

Analizar los posibles determinantes relacionados a la transmisión perinatal del VIH en niños infectados nacidos en el período 2013-2015.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda activa de los niños con diagnóstico de infección por VIH nacidos en el período 2013-2015. Se analizó la información recibida en una ficha diseñada para la evaluación de posibles determinantes relacionados con la transmisión. Se consideraron variables sociodemográficas, factores de riesgo durante el embarazo, el parto y la lactancia, edad al diagnóstico de la infección y evolución.

RESULTADOS

Se registraron 4252 niños que iniciaron el proceso de evaluación de diagnóstico virológico, de los cuales 3158 (74,3%) tuvieron completaron la evaluación dentro del primer año de vida. Se detectaron 164 niños infectados y se recibió información de 103 casos (62,8). El 46,6% tenían residencia en Área metropolitana de Buenos Aires y el 79,7% (63/79)

de las madres tenían secundaria incompleta o menos. El diagnóstico materno se realizó previamente al embarazo en el 24,3% de las mujeres, durante la gestación del niño en 27,2%, en el parto en el 30,1% y durante la lactancia o posterior en el 12,6%. El 45,6% de las parejas tenían infección por VIH, mientras que en 43,7% (45/103) se desconocía su serología y sólo un 10,7% eran negativas. El 90,7% (78/86) de los niños expuestos recibieron profilaxis y en el grupo con mayor riesgo por profilaxis materna inadecuada el 59,3% (35/59) recibió esquema combinado. Tuvieron lactancia materna el 20,4% (21/103) de los niños, relacionada principalmente con el diagnóstico materno tardío luego del parto (17/21) y en 8 niños la madre tuvo la primo infección al final del embarazo o durante la lactancia. El diagnóstico de infección de los niños fue dentro de los primeros 6 meses de vida en 79,6% (82/103) de los casos y tardía en 17 niños, de los cuales en 9 el diagnóstico materno fue durante la lactancia o posterior. Continuaron en seguimiento el 77,7% (80/103) de los niños, 9 fallecieron y se desconoce en la evolución de 14 niños.

CONCLUSIONES

El diagnóstico materno tardío fue uno de los principales determinantes detectados. Es importante la evaluación de la serología en la pareja para implementar medidas de prevención durante la lactancia. Sería necesario reforzar los circuitos de diagnóstico en los niños expuestos para el inicio precoz del tratamiento.



DISTRIBUCION HISTOPATOLOGICA DE LAS APENDICITIS AGUDAS Y SU RELACION CON EL TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS SINTOMAS.

883

Deschutter E.¹; Barbieri A.²; Chiossone E.³; Fain M.⁴; Garibay C.⁵; Gimenez T.⁶; Cabeza M.⁷

HOSPITAL V. J. VILELA^{1,2,3,4,5,6,7}

<verodeschu@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo en niños. La clínica es la base para el diagnóstico. Existe una relación directamente proporcional entre el tiempo de evolución de los síntomas y el tipo histopatológico. Sin embargo, en la práctica médica y en estudios de investigación, esto no siempre se evidencia.

OBJETIVO

Mostrar la frecuencia de presentación de las formas histopatológicas y evidenciar la correlación entre el tiempo de evolución de los síntomas y la histopatología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se incluyeron pacientes de 1 a 15 años de edad con diagnóstico de apendicitis aguda internados desde el 1 de Enero de 2016 hasta el 31 de Diciembre de 2016. Se recabaron datos a partir de las historias clínicas. Las variables fueron: edad, sexo, tiempo de evolución de los síntomas, diagnóstico macroscópico y anatomía patológica. Se utilizó el programa SPSS para los análisis estadísticos.

RESULTADOS

Se estudiaron 130 pacientes. La mayoría fueron varones en un 58.5% y las mujeres representaron un 41.5%. La media de la edad fue de 8.6 años, con mayor frecuencia de 4 a 14 años. La mayoría consultó dentro de las 12 horas de evolución (27,7%) seguido por los que consultaron entre las 12-24 hs (26,2%). Por macroscopía, las apendicitis gangrenosas fueron

las más prevalentes (50,8%). Los pacientes con diagnóstico de anatomía patológica fueron 110 (84.6%) en donde prevaleció la apendicitis supurada (42,7%). Entre los pacientes con síntomas de menos de 12 horas de evolución y los resultados de anatomía patológica se observó asociación significativa con apendicitis gangrenosa ($p < 0.04$). También se observó asociación estadísticamente significativa entre la presencia de apendicitis gangrenosa y pacientes con síntomas de 48 a 52 horas ($p < 0.05$) y con más de 52 horas de evolución ($p < 0.01$). El riesgo de éstos últimos de desarrollar apendicitis gangrenosa es tres veces mayor (OR=3, 95% IC 1,1-8) con respecto a los pacientes con menos horas de evolución.

CONCLUSIONES

El mayor porcentaje de pacientes consultó con síntomas de menos de 24 hs de evolución. Por macroscopía fue más frecuente la apendicitis gangrenosa, mientras que según la anatomía patológica fue la supurada. Se obtuvo asociación entre el tipo histopatológico gangrenoso y cuadros clínicos de menos de 12 horas y más de 48 horas de evolución, interpretándose esto como una entidad independiente del tiempo. Consideramos importante un diagnóstico precoz y una intervención quirúrgica oportuna para evitar formas evolutivas más graves.

EXPERIENCIA EN EL SEGUIMIENTO DE RECIEN NACIDOS EXPUESTOS DE MADRES EMBARAZADAS CON LÚES EN UN HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO DEL CONURBANO BONAERENSE

884

Chocron I.¹; Pebe Florian V.²; Pari M.³

HOSPITAL GANDULFO¹; HOSPITAL LUISA C DE GANDULFO – LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES^{2,3}

<Nahia8@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La sífilis constituye uno de los problemas más importantes para la salud mundial. Es una epidemia de transmisión sexual. Una embarazada con Sífilis, tiene un riesgo > 50% de afectar al feto dando como consecuencia un recién nacido con Sífilis, mortinato o aborto espontáneo. Si bien se elaboró guías para el manejo de las enfermedades de transmisión vertical a nivel nacional

Objetivos

1. Determinar la prevalencia de Sífilis en la embarazada.
2. Comparar la tasa de sífilis congénita (SC) con los reportes del SNVS y OMS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio Prospectivo, descriptivo, observacional. Se incluyeron los recién nacidos (RN) expuestos de madres embarazadas con pruebas no treponémicas (PNT) y pruebas treponémicas (PT) positivas que se siguieron en el hospital de día Pediátrico (HDDP) durante el periodo comprendido entre el 1/10/2015 al 30/09/2016. Los datos fueron volcados en un protocolo previamente diseñado al momento de la admisión, la evaluación se realizó siguiendo las guías nacionales de ITS.

RESULTADOS

Recién Nacidos: 2908. Embarazadas con PNT y PT positivas: 83

- RN con madres con PNT Y PT en seguimiento en hospital de día pediátrico n=36
- RN con Lues Congénita n=8 ,casos sospechosos n=75
- Casos confirmados:8; mortinatos: 4 , nuerolues n=1

- Tasa de incidencia: 9.6/1000

- Madres con tratamiento adecuado: 26, tratamiento no adecuado 9, madres con tratamiento incompleto=7, se desconocen datos: 41.
- valoración del recién nacido con madres sin tratamiento adecuado n=9, no recibieron tratamiento=1, recibieron tratamiento=8
- valoración del recién nacido con madres tratamiento adecuado n=20, no recibieron tratamiento:16, recibieron tratamiento=4

CONCLUSIONES

La prevalencia de Sífilis en la embarazada es elevada comparada con la media de los reportes de SNVS (2,3% 2015) – OMS 1,5 %.

El seguimiento de los RN expuestos fue bajo (43%) en el HDDP.

La tasa de SC es elevada (2,7/1000 NV).

Debemos mejorar las estrategias de comunicación entre los servicios y subsectores para optimizar el seguimiento de estos pacientes.



887

A PROPÓSITO DE UN CASO: ALTE MAYOR

Fuentes K.¹; Manini P.²; Pensa P.³; Raitano P.⁴; Lamberti F.⁵; Tuccillo P.⁶
HNPM^{1,2,3,4,5,6}

<kevinfuentes_clan@hotmail.com>

INTRODUCCION

Episodio de aparente amenaza de muerte siendo súbito e inesperado, que aterroriza al observador. Se presenta con modificación del tono muscular, cambio de color, ahogo y/o arcadas. Se divide en ALTE mayor y menor. No es una enfermedad en sí misma, sino una forma de presentación de diferentes patologías (gastrointestinales, respiratorias, cardiovasculares, neurológicas).

OBJETIVO

Exponer un caso de ALTE mayor en paciente con acondroplasia.

MATERIAL Y METODOS

Rx de tórax, ecocardiograma, ecografía abdominal y cerebral, phmetría, laboratorio y rinoscopia con resultados normales. PSG, RMN de encéfalo y columna con resultados patológicos. RMN de encéfalo y columna post quirúrgico.

RESULTADOS

Paciente de 3 meses con diagnóstico de acondroplasia consulta en guardia por presentar episodio de pausa respiratoria y cianosis que requiere reanimación vigorosa. En la guardia se repite el episodio de apnea y se decide la intubación. Se comienza estudios de primera línea para ALTE mayor y por la asociación de ALTE con la patología de base se realiza rinoscopia con resultado dentro de parámetros normales; PSG: aumento de episodios de apneas-hipopneas obstructivas/índice de apneas centrales 1 y se solicita RMN de cerebro y columna por la asociación de apneas centrales a su patología de base y se

visualiza: estrechez del agujero magno con compresión de centros neurales respiratorios. Resolución quirúrgica: ampliación del foramen magno y laminectomía de C1 para que no avance la patología.

CONCLUSION

Ante la presencia de un episodio de ALTE como pediatras debemos pensar en las patologías mas frecuentes que lo originan y tener en cuenta los factores de riesgo en cada caso en particular, como por ejemplo, nuestro paciente con acondroplasia y sus asociaciones con las apneas centrales y obstructivas ya que tiene peligro de vida la omisión de las asociaciones en muchas situaciones.

DESCENDENCIA CON REARREGLO CROMOSOMICO 3P25 Y 10Q26 EN PORTADORES CON TRASLOCACION (3;10) EN UN PEDIGREE DE TRES GENERACIONES

Montes C.¹; Chaves A.²; Sturich A.³; Pabletich F.⁴; Jure R.⁵; Rossi N.⁶

DIVISION GENETICA MEDICA HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA^{1,2,3,4,6};
CENTRO DE NEUROLOGIA INFANTIL WERNICKE CORDOBA⁵

<ceciliamontes69@hotmail.com>

La deleción 3p es un síndrome de genes contiguos, caracterizado por Blefarofimosis, Ptosis y Epicantus Inversus (BEPS), Déficit intelectual (DI) y dismorfias, se ha definido la región crítica para este síndrome en 3p25.3. La deleción 10q es rara, presenta dismorfias faciales, DI, retraso de crecimiento y amplia variabilidad clínica. Reportamos 4 niños emparentados, tres con deleción(3p25) y duplicación(10q26) y uno con deleción(10q26) y duplicación(3p25) resultado de una traslocación(3;10), segregada familiarmente, en tres generaciones. Diagnosticados con técnica de citogenética clásica.

OBJETIVO

Reportar una gran familia con niños con DI, y dismorfias, por rearreglo cromosómico 3 p25 y 10q16, heredada.

Resaltar la citogenética clásica como herramienta diagnóstica.

CASOS CLÍNICOS

Niña 1: 4 años, BEPS, estenosis pulmonar, DI y epilepsia. Cariotipo 46,XX,der(3)t(3;10)(p25q26)materna. Única hija, pareja no consanguínea, con fallo reproductivo, embarazo gemelar logrado por ICSI; un embrión detenido en semana 8. Prima hermana por línea materna del niño 2.

Niño 2: 13 años con afasia, dismorfias, hábito longilíneo y DI. Cariotipo 46,XY,der(10)t(3;10)(p25q26)paterna. Unico hijo, pareja no consanguínea, dos hermanos fallecidos, un feto muerto masculino y una mujer con fenotipo similar a 1, 3 y 4.

Niño 3: 12 años, BEPS, autismo, DI. Cariotipo 46,XY,der(3)t(3;10)(p25q26) materna. 3 y 4 son hermanos, hijos de pareja no consanguínea; un hermano fallecido al nacer por cardiopatía congénita, tres hermanas asintomáticas. Primos segundos de 1 y 2, por línea materna.

Niña 4: 4 años, BEPS, dismorfias, DI. Cariotipo 46,XX,der(3)t(3;10)(p25q26) materna.

Dos abuelos son hermanos, ambos con cariotipo 46,XY,t(3;10)(p25q26). Los niños presentaron fenotipo de síndrome de genes contiguos, tres con deleción(3p25) y uno deleción(10q26).

Los desequilibrios cromosómicos en la descendencia son el resultado de segregación adyacente-1 generando duplicación/deleción.

Se destaca la citogenética clásica como herramienta diagnóstica.

889



VARIACIÓN EN LA COBERTURA DE VACUNACIÓN OPORTUNA DE NIÑOS DESPUÉS DE APLICAR UNA INTERVENCIÓN BASADA EN EL SEGUIMIENTO Y BÚSQUEDA ACTIVA

890

Bossio J.¹; Sanchis I.²; Jure H.³

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONTI", ANLIS "CARLOS MALBRÁN"¹; CÁTEDRA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE BIOQUÍMICA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL²; SECRETARÍA DE SALUD, MUNICIPALIDAD DE VILLA MARÍA, CÓRDOBA³
<jcbossio29@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La vacunación es una de las acciones sanitarias más exitosas y rentables. Los esquemas atrasados de vacunación son un problema importante ya que aumentan el riesgo de enfermedades inmunoprevenibles.

OBJETIVO

Analizar la variación de la cobertura de vacunación oportuna en niños de Villa María, Córdoba, después del uso de una estrategia de seguimiento y búsqueda activa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se identificaron los nacidos vivos (NV) en 2016 vacunados en los centros de salud (CAPS) de Villa María y se confeccionaron los carnés de vacunación. Se determinó si tenían vacunas atrasadas y las fechas en que debían colocarse sus próximas vacunas, teniendo en cuenta el Calendario Nacional de Vacunación y el intervalo mínimo entre dosis en aquellos que tenían dosis previas atrasadas. En agosto 2016 se implementó una estrategia de identificación de niños que no concurrían a vacunarse en la fecha indicada, citación y búsqueda activa para vacunación en los que no concurrían luego de una semana. Se calculó la proporción de NV, por mes de nacimiento, con vacunación oportuna de 3° dosis de quintuple (dentro de los 14 días de la fecha indicada). Se confeccionó una serie cronológica previa y posterior a la intervención para los NV entre 1/2015 y 10/2016, que debían vacunarse entre 7/2015 y 4/2017. Se analizó la serie con

un modelo de regresión Join Point para identificar puntos de quiebre. Se calcularon las medias de cobertura antes y después de la intervención, se compararon mediante una prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales. Se utilizó el Join Point 4.2.0.2, Epidat 3.1, Excel 2016 y datos del SIGIPSA.

RESULTADOS

De los 1413 NV entre 1/2015 y 10/2016, 606 recibieron vacunación oportuna: 42,89%; entre 21,82% de los NV de 4/2015 y 77,19% de los de 9/2016.

Se detectaron dos puntos de quiebre: uno en los NV de 2/2016, que corresponde al mes en que comenzó la intervención y otro en los NV de 5/2016.

La cobertura de vacunación oportuna aumentó 1,43 veces, de 29,9% a 72,7% ($p < 0,0001$). El análisis gráfico de la serie muestra que el cambio se mantiene en los meses posteriores a la intervención.

CONCLUSIONES

La estrategia implementada mejoró la vacunación oportuna de los niños de manera estadísticamente significativa con un aumento de 1,43 veces entre antes y después de la intervención.

Se considera de gran importancia el desarrollo e implementación de estrategias de seguimiento, búsqueda y captación activa de los niños para su vacunación.

INVAGINACION INTESTINAL RECURRENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

891

Chuit M.¹; Sanchez C.²; Pires M.³

HOSPITAL ITALIANO^{1,2,3}
<florchuit@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal entre los 3 meses y los 6 años de edad. En el 90% de los casos su etiología es idiopática, y sólo en el 5% restante presenta un punto invaginante. Las recurrencias se presentan en un 8 a 10% de los casos, y pueden asociarse a múltiples causas en niños mayores, mientras que en menores de 12 meses se sigue postulando el origen idiopático. Los signos y síntomas son menos específicos que en los cuadros clásicos de invaginación intestinal. Cuando la historia clínica y la exploración son sugestivas, se efectúa una ecografía que nos brinda una eficacia del 100% en el diagnóstico.

OBJETIVO

Presentación de un paciente con invaginación intestinal recurrente. Describir las características relevantes que nos permitan diferenciar entre una invaginación idiopática o secundaria para definir estudio y seguimiento.

Caso clínico: paciente de sexo femenino de 3 m. de edad, sin antecedentes patológicos de importancia que consulta por guardia por vómitos, con ex. físico normal, cat. neg. Ecografía abdominal con imagen en pseudoriñón. Se realiza colon por enema con reducción exitosa. Dos meses más tarde reconsulta por vómitos con ecografía compatible con invaginación intestinal. Colon por enema sin lograr adecuada reducción se realiza laparoscopia exploratoria con reducción en forma completa. A los 6 meses de vida presenta 1 vomito consultan por guardia, presentado ecografía patológica se realiza desobstrucción mediante colon por enema.

DISCUSIÓN

Resulta un desafío diagnóstico diferenciar si se trata de una invaginación intestinal idiopática o secundaria y su importancia clínica radica en el enfrentamiento terapéutico que se realizará en uno u otro caso. En nuestro caso el paciente presentó sintomatología e imágenes compatibles en tres oportunidades, aunque la presentación clínica fue diferente entre ellas. La edad fue uno de los factores más importantes a considerar, ya que las invaginaciones idiopáticas se presentan generalmente entre los 3 y 12 meses de vida.

CONCLUSIÓN

El 90% de las invaginaciones intestinales son de causa idiopática y más aún en menores de 12 meses y tiene una recurrencia del 10% después de una reducción no operatoria exitosa. A pesar de esto, aun no se ha logrado un consenso sobre el número de recurrencias y en que pacientes son necesarios estudios etiológicos complementarios para descartar otras causas.



DESCRIPCIÓN DE UN CASO DE PARÁLISIS FLÁCCIDA POR ENTEROVIRUS

892

Ramos Mejía L.¹; Rivera Zapata P.²; Pena R.³; Gaiano A.⁴

HOSPITAL MUNICIPAL MATERNO INFANTIL SAN ISIDRO^{1,2,3,4}

<lujanramosmejia83@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los enterovirus (EV) pertenecen a la familia picornavirus. Se transmite por vía fecal oral. Son causantes de enfermedades como meningitis aséptica, miocarditis, cuadros febriles exantemáticos y parálisis flácida. La mayoría de sus infecciones son asintomáticas. En un estudio realizado en argentina en 2007 publicado en MEDICINA (Buenos Aires) 2007; 67: 113-119 muestra que la frecuencia de detección de EV en parálisis flácida aguda fue 19.5% y de poliovirus Sabin 5.4%; de los que producen parálisis flácida el poliovirus es el más conocido. A nivel mundial la mayor prevalencia es por enterovirus D68; hay escasos reportes de enterovirus C.

OBJETIVOS

Describir la forma clínica y evolución de un caso de parálisis flácida por enterovirus C.

Descripción del caso: Paciente de 2 años, que ingresa por neumonía, síndrome de dificultad respiratoria y alteración del sensorio. Refería antecedente de debilidad muscular ascendente de 7 días de evolución. Se obtuvieron hemocultivos, y punción lumbar: leucocitos 3/mm³ predominio mononuclear, proteínas 2 g/l, con disociación albúmino citológica. Se solicita reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (rtPCR) para Enterovirus y herpes simplex en LCR y PCR en materia fecal para enterovirus, se realiza la denuncia epidemiológica. Se indicó ceftriaxone y se derivó a terapia intensiva de este hospital por requerimiento de ARM.

Se constata arreflexia con hipotonía generalizada, con diagnóstico presuntivo de S° de Guillen Barre, recibió 5 días de gammaglobulinas con escasa respuesta. Se solicitó serologías IgG e IgM para: Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae y C. psittaci (Negativo en suero y secreciones nasofaríngeas); Clostridium Botulinum Negativo (materia fecal y suero); EBV y CMV Ig M Negativo; Perfil Tiroideo: Normal. Se realizó RMN de cerebro y columna con imagen hiperintensa anterior en médula; EMG con compromiso de motoneurona inferior. Se realiza traquesotomía por ARM prolongado. Se recibe PCR + LCR para Enterovirus especie C, no contiene al HEV – D68. El paciente evoluciona al mes con recupero parcial de la tonicidad muscular: no deambula, persiste con importante esfuerzo de la mecánica ventilatoria sin requerimientos de oxígeno, alimentándose por sonda naso-gástrica.

CONCLUSIÓN

La disponibilidad de la PCR como método de diagnóstico permite detectar mayor número de patologías provocadas por distintas especies de Enterovirus. Hay escasos casos confirmados de parálisis flácidas por enterovirus C en Argentina. Es fundamental realizar estudios diagnósticos para enterovirus en todos los casos de parálisis flácida en pediatría como herramienta de vigilancia de la circulación de enterovirus en general poliovirus en particular y de virus Sabin derivados.

COBERTURAS DE VACUNACIÓN ANTIGRIपाल EN NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS EN LA CIUDAD DE VILLA MARÍA, CÓRDOBA, ARGENTINA, EN 2015 Y 2016

893

Bossio J.¹; Sanchis I.²; Jure H.³

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONTI", ANLIS "CARLOS MALBRÁN"¹;

CÁTEDRA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE BIOQUÍMICA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS,

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL²; SECRETARÍA DE SALUD, MUNICIPALIDAD DE VILLA MARÍA, CÓRDOBA³

<jcbossio29@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los casos de gripe se recuperan en una o dos semanas, pero en los niños pequeños la gripe puede conllevar graves complicaciones, prevenibles mediante la vacunación.

OBJETIVOS

Determinar la cobertura de vacunación antigripal en niños de seis meses hasta dos años residentes en Villa María, Córdoba, Argentina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron del Sistema Integral de Gestión de la Información de Programas de Salud (SIGIPSA) 13.095 vacunaciones realizadas entre el 1/7 de 2015 y el 24/1 de 2017 a residentes de Villa María, con fecha de nacimiento entre el 1/1 de 2015 y el 29/2 de 2016.

Para cada mes de nacimiento, se identificó el número total de nacidos vivos que recibieron por lo menos una vacuna, que fue el denominador en el cálculo de las coberturas.

Se estratificó a los nacidos por mes de nacimiento, se determinó la aplicación de las dos dosis de vacuna antigripal, en 2015, en los nacidos entre enero y abril, y, en 2016, en los nacidos entre mayo de 2015 y febrero de 2016.

Se calculó el porcentaje de vacunación con primera y segunda dosis de antigripal por mes de nacimiento.

Para los nacidos en enero y febrero, se comparó la cobertura en 2015 y

2016 utilizando el test del chi cuadrado, se consideraron estadísticamente significativas las diferencias con $p < 0,05$.

Se utilizó el SIGIPSA y los programas Excel 2016 y Epidat 3.1.

RESULTADOS

Se identificaron 1364 niños. Para los nacidos entre julio de 2015 y febrero de 2016, el porcentaje con una dosis antigripal varió entre 46,2% para los de diciembre de 2015 y 67,1% para los de febrero de 2016.

Comparando las coberturas de enero y febrero de 2015 y 2016 se observa que en enero la cobertura fue mayor en 2015 (57,5% y 56,6%, respectivamente) y en febrero en 2016 (57,0% y 67,1%, respectivamente); no hubo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,90$ y $p=0,17$).

Las coberturas de segunda dosis fueron más bajas en ambos años para los mismos meses: variaron entre 24,4% en febrero de 2015 y 44,3% en febrero de 2016. En ambos meses las coberturas fueron superiores en 2016 que en 2015; la diferencia fue estadísticamente significativa solo en febrero ($p < 0,0001$) y no en enero ($p=0,1687$).

CONCLUSIONES

Las coberturas de vacunación antigripal en los niños fueron bajas, aunque se observó un aumento en la segunda dosis. La falta de protección con esta vacuna en un grupo de alta vulnerabilidad no solo aumenta el riesgo individual sino también el riesgo poblacional de mayor transmisión de la gripe.



MAGNITUD, DISTRIBUCIÓN Y DESIGUALDAD DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA REGIÓN DEL NORESTE ARGENTINO

894

Bossio J.¹; Sanchis I.²; Larroza G.³; Sandoval M.⁴; Said Rucker P.⁵; Arias S.⁶
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI"¹, ANLIS "CARLOS MALBRÁN"^{2,6};
CÁTEDRA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE BIOQUÍMICA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS,
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL³; FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE^{4,5}
<jcbossio29@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La tasa mortalidad infantil es clave para valorar la condición de salud de los menores de un año y de la situación de salud general. Su distribución y desigualdad es fundamental para identificar áreas y grupos de población prioritarios.

OBJETIVO

Describir la magnitud y distribución de la mortalidad infantil en la Región del Noreste Argentino (NEA) y en sus cuatro provincias y analizar la desigualdad entre departamentos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron las cifras de nacidos vivos y muertes menores de un año de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) para las provincias del NEA: Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones, y para el total de la Región para el trienio 2013-2015.

Se calcularon las tasas de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos anuales y para el trienio, para la Región, provincias y departamentos. Se compararon las tasas provinciales y por departamento; se calculó la diferencia porcentual y la razón.

Para analizar la desigualdad se calculó el índice de Gini con intervalo de confianza del 95% (IC95) para el NEA y provincias utilizando tasas trianuales. Se utilizaron los programas Excel 2016 y Epidat 3.1.

RESULTADOS

En 2015 la tasa del NEA fue 11,6, 20,0% mayor al valor nacional, y varió entre 9,0 en Misiones y 14,5 en Corrientes, cifra 61,7% mayor. La razón de tasas de Corrientes y Misiones fue 1,62 (1,37; 1,61, p<<0,001).

En 2013-2015 la razón entre la mayor y menor tasa (Corrientes, 15,1 y Misiones, 9,7) fue 1,58 (1,43; 1,73, p<<0,001). La diferencia entre los departamentos fue mayor que entre provincias. La razón entre la mayor y menor (Bermejo en Formosa, 21,8, 24 muertes y Tapenaga en Chaco, 4,48, una muerte) fue 4,77 (0,65; 35,08); no estadísticamente significativa. Comparando con el segundo departamento con menor tasa (Sergento Cabral en Chaco, tasa 4,57, 5 muertes), la razón fue 4,68 (1,79;12,2), estadísticamente significativa (p=0,0005).

El índice de Gini por departamento fue de 0,435 (0,355; 0,515), y tuvo variaciones entre las provincias. La mayor desigualdad fue en Misiones con Gini de 0,165 (0,120; 0,209); el menor valor se registró en Formosa: 0,113 (0,028; 0,127); los IC 95 de ambos índices se superponen y el primero fue 46,0% más elevado.

CONCLUSIÓN

La magnitud de la mortalidad infantil en el NEA es elevada y su valor es aún mayor en algunas de sus provincias. Hay una importante desigualdad entre departamentos que requiere un análisis de sus causas, para identificar las acciones que puedan contribuir a su reducción.

ENCEFALOPATÍA SECUNDARIA A GLOMERULONEFRITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

895

**Castro N.¹; Llaser M.²; Abrego S.³; Cacace A.⁴; Cevasco L.⁵; Clerici L.⁶; Galagovsky L.⁷; Higa R.⁸;
López Girons V.⁹; Galarza M.¹⁰; Olaizola M.¹¹**
HIGA PEDRO FIORITO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}
<natypr_bentucorazon@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La encefalopatía es una emergencia hipertensiva que se caracteriza por aumento agudo de la tensión arterial con daño de órgano blanco. Presenta una prevalencia estimada en la población pediátrica del 1% y se trata de un cuadro grave, potencialmente reversible. De allí deriva la importancia de su reconocimiento precoz y tratamiento oportuno.

OBJETIVOS

Plantear diagnósticos diferenciales ante el cuadro clínico presentado, considerando a la crisis hipertensiva como uno de ellos a pesar de su infrecuencia. Realizar el tratamiento en forma y tiempo adecuados

Descripción de caso: Paciente de 12 años, sexo masculino, previamente sano, sin antecedentes familiares de relevancia. Antecedentes de enfermedad actual: tratamiento con amoxicilina por patología respiratoria finalizado el día anterior. Ingres a guardia por presentar dos episodios de movimientos tónico-clónicos de segundos de duración, cefalea intensa y vómitos. Al examen físico presenta regular estado general, afebril, con cefalea intensa. Durante el mismo comienza con movimientos tónico clónicos generalizados que ceden bajo la administración de diazepam. Diagnósticos diferenciales: Sepsis - Meningitis viral - bacteriana (TBC, no TBC) -Encefalitis -Encefalopatías (urémica, hepática). Laboratorios de ingreso: GB 30500 (N: 83.7) Plaquetas 349.000 Hemocultivos por dos, coagulograma, EAB, Ionograma s/p. Función Renal Urea: 113 mg/d creatinina 3,6 .TAC Cerebro s/p. Con laboratorio más clínica se realiza PL e inicia tratamiento empírico con ceftriaxona 100mg/kg/d y aciclovir 30mg/kg/d. Posteriormente presenta sensorio alternante Glasgow 10/15 TA: 183/147

(TAM 154). Persiste hipertenso con registros de TA por encima de 200/160, sensorio alternante, se indica Furosemida 1mg/kg/d. Con LCR NORMAL, Serologías negativas. Orina: proteínas +++, hematíes dismórficos, aislados cilindros granulados. Se realiza diagnóstico de ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA SECUNDARIA A GLOMERULONEFRITIS. Comienza goteo con Nitroglicerina 0,4 mg/h que aumenta hasta los 38 mg/hs. Momento en el cual se deriva a UTIP. Diagnóstico de biopsia renal: Nefritis crónica intersticial/Glomeruloesclerosis global (8/15)/Glomeruloesclerosis segmentaria (5/15). Nefritis intersticial. Tratamiento: hemodiálisis.

CONCLUSIONES

Las crisis hipertensivas son emergencias médicas que requieren evaluación exhaustiva y meticoloso manejo. Es necesario un acceso vascular en las situaciones de emergencia hipertensiva, en las urgencias puede ser suficiente la medicación oral. No existe un plan terapéutico único de la CHT, siendo necesaria una aproximación individualizada y adaptada a cada una de las posibles situaciones clínicas. Se debe evitar la peligrosa disminución del flujo sanguíneo cerebral que se produce con la caída rápida de la TA en situaciones en las que las cifras se han mantenido por encima de la normalidad de manera prolongada



MASA TORÁCICA EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Kavaliauskas C.¹; Gorza P.²; Tapia Veintemillas W.³

HIAEP SML^{1,2,3}

<carla_kavaliauskas@hotmail.com>

896

INTRODUCCIÓN

Existen diferentes causas de masa torácica en niños, como infecciosas, congénitas o tumorales. La etiología infecciosa es la más frecuente, incluyendo neumonías, quistes, abscesos y TBC. Tanto los tumores, como las malformaciones congénitas y los cuerpos extraños pueden dar sus primeros síntomas debido a una sobreinfección. Dentro de las malformaciones congénitas se presentan: secuestro pulmonar, malformación adenomatosa Quística (MAQ), enfisema pulmonar congénito y quiste broncogénico.

OBJETIVO

Evaluar los diagnósticos diferenciales de masa torácica en pediatría y sus métodos diagnósticos.

RESULTADOS

Paciente masculino de 2 años de edad que ingresa por presentar síndrome de repercusión general, fiebre intermitente, y tos de 6 meses de evolución. AL examen físico: tórax asimétrico, pectum carinatum y síndrome de condensación. Radiografía de tórax: masa en campo medio pulmonar derecho. Se interpretó como neumonía redonda y debido a no presentar mejoría con tratamiento convencional se solicita lavado gástrico seriado para BAAR (negativo), PPD anérgica., TAC de tórax: lesión pulmonar con aumento de atenuación parenquimatosa, bronquios centrales dilatados, de contenido hipodenso, compromiso mediastinal derecho con adenopatías. Con este método no se pudo determinar si la etiología era infecciosa (secundaria a cuerpo extraño, MAQ) o neoplásica, por lo que se realiza cirugía exploratoria

con lobectomía inferior derecha. Mediante anatomía patológica se diagnostica: malformación adenomatosa quística tipo II, asociada a bronconeumonía intersticial inespecífica.

CONCLUSIÓN

Las manifestaciones clínicas de MAQ van desde dificultad respiratoria en el período neonatal a tos, fiebre y neumonía recurrente en niños mayores. Raramente son asintomáticas. El diagnóstico se puede realizar en el período prenatal con ecografía; en el posnatal la Rx de tórax revela una formación quística, y/o sólida. En la TAC se observan imágenes de mayor o menor densidad en el lóbulo afecto; el ecodoppler y la angiografía sirven para demostrar o descartar la presencia de vasos anómalos hacia el parénquima pulmonar. El tratamiento de elección es la toracotomía con resección del lóbulo afecto, a pesar de ser asintomático, dado el riesgo de complicaciones (infecciosas, tumorales, etc).

CANDIDIASIS SISTEMICA EN UN RECIEN NACIDO CON SINDROME DE PIEL ESCALDADA: UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA EN LA SOSPECHA DIAGNOSTICA.

Chocron I.¹; Pebe V.²; Facente A.³; Rossi A.⁴

HOSPITAL LUISA C DE GANDULFO - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES^{1,3,4}; HOSPITAL GANDULFO²

<Nahia8@hotmail.com>

899

PRESENTACION DE CASO CLINICO

Recién nacido internado en el servicio de neonatología de con diagnóstico de pretermo (30 semanas), PAEG (1,200), sospecha de sepsis por RPM, distres respiratorio (Antecedentes maternos: GV PIII AI, embarazo no controlado, serologías no reactivas, presenta RPM de 23 hs por ITU) A los 12 ddv, presenta lesión con costra mielicelica en región peri bucal, se indica aplicación de ácido fusídico local. A las 48 hs Se encuentra en regular estado general, con coloración terrosa Presenta, lesiones ampollares destechadas en región peri bucal, miembros inferiores y superiores, apneas, ingresa a ARM. Se indica vancomicina + meropenem . Desarrolla en dos hemocultivos y punta de cateter Staphylococcus aureus metilicilino sensible. A las 72 hs , en estado crítico con drogas inotrópicas y vasoactivas, pálido mala perfusión periférica, presenta 4 paros cardiorespiratorio, que requieren RCP recuperando fc>100, sat>90 y color.Ecografía renal con imágenes compatibles con bola fúngica. Se agrega al esquema ATB amikacina + anfotericina B. Desarrolla en 2/2 hemocultivo Candida albicans, se rota a Fluconazol ev, completando 3 semanas via oral. El paciente egresa a los 70 días de vida con evolución favorable.

CONCLUSIONES

Es de utilidad la Ecografía y la pericia del quien la realiza para sospechar esta entidad, valorar el recurso humano y el trabajo en equipo fue una enseñanza en este caso clínico.



SINDROME DE BEHÇET. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Nuñez J.¹; Gagñay J.²; Bruno D.³; Vela M.⁴; Rodriguez J.⁵; Alonso M.⁶; Morano P.⁷; Slavsky A.⁸; Selandari J.⁹

SANATORIO GÜEMES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<juanpablomercader@hotmail.com>

900

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Behçet es una vasculitis, producida por una actividad inmune aberrante desencadenada por la exposición a un agente infeccioso o por predisposición genética. Se presenta con estomatitis aftosa, úlceras mucocutáneas recurrentes, compromiso ocular y lesiones cutáneas. Se observa mayor morbi-mortalidad cuando existe afectación ocular, vascular y/o enfermedad del sistema nervioso central. Afecta mayormente a adultos jóvenes de 20-40 años y cuando ocurre en niños en general comienza a los 8-12 años de edad. Suele ser más severa en niños y en el sexo masculino. Los neonatos hijos de madre con S. Behçet pueden presentar manifestaciones de esta enfermedad.

OBJETIVO

Presentar un caso de Sme. de Behçet, patología infrecuente en pediatría. Caso clínico: Niña de 12 años con antecedentes de aftas bucales desde los 5 años y forunculosis (algunos de localización perianal) que recibió múltiples tratamientos sintomáticos ambulatorios en diversos centros, consulta en nuestra institución por presentar lesión ulcerativa de 10 días de evolución en vulva que dificulta la deambulación.

Examen físico: Forúnculos aislados en miembros superiores e inferiores, aftas bucales dolorosas. A nivel genital se evidencia lesión ulcerativa en labio mayor izquierdo, de bordes irregulares, centro amarillento, halo eritematoso y escasa secreción.

Se decide su internación para manejo del dolor, diagnóstico y tratamiento. Se realiza: laboratorio (inmunológico, reumatológico: normales y serologías

en búsqueda de patología infecciosa: negativas); ecografía abdominal y ginecológica (normales); valoración por ginecología quienes indican tratamiento antibiótico para la celulitis circundante a las úlceras genitales; valoración por dermatología infantil quien realiza biopsia de la lesión vulvar, la cual informa: inflamación crónica activa en dermis, inespecífica; y reumatología quien solicita prueba de patergia (positiva).

Reuniendo criterios clínicos se llega al diagnóstico de Sme. de Behçet e inicia tratamiento con Colchicina + Meprednisona, con buena respuesta.

CONCLUSIÓN

Sospechar Sme. de Behçet frente a lesiones ulcerativas orales recurrentes, especialmente si también aparecen en genitales. El diagnóstico y tratamiento precoz contribuyen fuertemente en mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y LOGRO DEL OBJETIVO PARA EL DESARROLLO DEL MILENIO EN LA REGIÓN DEL NORESTE ARGENTINO

Bossio J.¹; Sanchís I.²; Larroza G.³; Sandoval M.⁴; Said Rucker P.⁵; Arias S.⁶

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONTI", ANLIS "CARLOS MALBRÁN"^{1,6}; CÁTEDRA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE BIOQUÍMICA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL²; FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE^{3,4,5}

<jcbossio29@gmail.com>

902

INTRODUCCIÓN

La reducción de la mortalidad infantil es una prioridad y ha sido objeto de compromisos específicos en los últimos decenios para acelerar su descenso y reducir la brecha entre países.

OBJETIVO

Estimar la tendencia de la mortalidad infantil y evaluar el logro del compromiso adoptado en los Objetivos para el Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015 en la Región del Noreste Argentino (NEA) y sus cuatro provincias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis de las cifras de nacidos vivos y muertes menores de un año de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) para las provincias del NEA: Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones y para el total de la Región; se calcularon las tasas de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos.

Se calculó el porcentaje de reducción total de las tasas para el NEA y por provincia, para el período 1980-2015; y para el período del ODM 2015 (1990-2015), se aplicó un modelo de regresión lineal para ambos períodos, se calculó el coeficiente de determinación R², el porcentaje de error de la regresión y el valor p; y se calculó el coeficiente de regresión, con intervalo de confianza del 95% (IC95), que se expresó como variación anual promedio (VAP) de la tasa.

Se evaluó el logro del ODM 2015 comparando los valores obtenidos con los propuestos: 66,7% de reducción total y VAP de -4,3% anual, en 1990-2015.

Programas: R v3.2.2, Excel 2016.

RESULTADOS

En el período 1980-2015, la tasa del NEA se redujo 75,6% y esta reducción varió entre 66,4% en Formosa y 81,9% en Misiones. La VAP fue -3,6% (-3,8; -3,4; p<<0,001) para la Región, y varió entre -4,2% (-4,4; -3,9; p<<0,001) en Misiones y -2,7% (-3,1; -2,3; p<<0,001) en Formosa.

En el período 1990-2015, la reducción total de la tasa del NEA fue 65,0%, y varió entre 62,2% en Formosa y 71,8% en Misiones. Todo el NEA y las provincias de Formosa y Corrientes, con una reducción total de 54,2% no alcanzaron el ODM 2015. La VAP fue -4,0% (-4,3; -3,6; p<<0,001) para el NEA y varió entre -3,0% (-3,7; -2,4; p<<0,001) en Formosa y -4,7% (-5,3; -4,1; p<<0,001) en Chaco que, junto con Misiones, sí lograron la reducción propuesta por la meta. Respecto a la VAP, la Región podría haber logrado el ODM 2015 ya que la requerida coincide con el límite inferior del IC95; pero ni Formosa ni Corrientes, con VAP de -3,1% (-3,6; -2,6; p<<0,001) lograron el ODM 2015.

CONCLUSIÓN

Aunque la mortalidad infantil se redujo en el NEA y en sus provincias, dos de ellas no lograron la reducción propuesta en ODM 2015. Es importante fortalecer las acciones necesarias para acelerar la reducción de este indicador.



EVALUACIÓN DEL LOGRO DEL OBJETIVO PARA EL DESARROLLO DEL MILENIO DE REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL, EN ARGENTINA Y SUS JURISDICCIONES, 1990-2015

903

Bossio J.¹; Arias S.²; Armando G.³

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI", ANLIS "CARLOS MALBRÁN"^{1,2,3}

<jcbossio29@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

En el año 2000, la Organización de las Naciones Unidas propuso la reducción en dos tercios de la mortalidad infantil para 2015 con respecto a los valores registrados en 1990 dentro del ODM 4.

OBJETIVO

Evaluar el logro del ODM 4 en Argentina y en sus 24 jurisdicciones.

METODOLOGÍA

Se analizaron las cifras oficiales de mortalidad y nacidos vivos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) para el total del país y por jurisdicción. Se determinó el número de muertes y de nacidos vivos y se calcularon tasas por 1.000. La evaluación del logro de la reducción de dos tercios en la mortalidad infantil entre 1990 y 2015 se analizó mediante tres procedimientos. El primero comparó la tasa propuesta en el ODM (Meta 2015) con la tasa registrada en ese año y se consideró que había sido alcanzada cuando la tasa registrada fue igual o inferior. Para el segundo y tercer procedimiento se calculó la variación anual promedio (VAP) con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%), para 1990-2015, a partir del coeficiente de regresión de un modelo lineal de las tasas registradas. En el segundo procedimiento se comparó la VAP requerida por la meta (-4,3%) con la VAP estimada del modelo, y se consideró que la meta se había logrado cuando la VAP requerida se ubicaba por encima del límite inferior del IC 95% de la VAP estimada. En el tercer procedimiento se utilizó la VAP estimada del modelo para calcular la tasa estimada en 2015 y su IC 95%; se consideró que la meta se había logrado cuando la Meta 2015 se ubicaba por encima del límite inferior del IC 95% de la tasa estimada.

Se empleó el programa R, versión 3.3.3.

RESULTADOS

El país no alcanzó la meta 2015 con ninguno de los tres procedimientos empleados: la TMI registrada en 2015 fue 9,67 por 1.000, 12,2% más alta de Meta 2015 (8,62 por 1.000), la VAP 1990-2015 fue -3,83% (-4,02; -3,64) 10,9% por encima de lo que se debía lograr y la TMI estimada con la VAP 1990-2015 fue 9,71 (8,96; 10,53). Seis jurisdicciones (Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa y Neuquén), al igual que Argentina, tampoco habrían logrado la meta con ninguno de los tres procedimientos. Solamente siete de las 24 jurisdicciones (Catamarca, Chaco, Jujuy, Misiones, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego) habrían logrado la meta utilizando los tres procedimientos de evaluación. Seis jurisdicciones (Chubut, Río Negro, Salta, San Juan, Santa Fe y Tucumán) habrían logrado la meta según dos de los procedimientos empleados. Cinco jurisdicciones adicionales (Ciudad autónoma de Buenos Aires, La Pampa, La Rioja, Mendoza y Santa Cruz) la habrían logrado según uno solo de los procedimientos empleados.

CONCLUSIONES

Si bien la mortalidad infantil se redujo en el país y en todas sus jurisdicciones, solamente seis de ellas habrían alcanzado la reducción de dos tercios propuesta para 2015 con respecto a 1990. Entre las provincias que no habrían logrado la meta de acuerdo con los tres procedimientos empleados para la evaluación, se encuentran algunas con las tasas más elevadas de mortalidad infantil, lo que indica la necesidad de orientar esfuerzos adicionales para reducir el problema.

PREVALENCIA DE TRAUMA EN LA GUARDIA DE PEDIATRÍA DEL HIGEAYC. DR. ALEJANDRO KORN EN EL PERIODO 2015-2016.

904

Martínez L.¹; Gurrieri J.²

HOSPITAL DR. ALEJANDRO KORN^{1,2}

<lorenaamartinez@yahoo.com.ar>

OBJETIVOS

General: Conocer la prevalencia de Trauma en la Guardia del Servicio de Pediatría en el periodo 2015-2016. Específicos: 1. Conocer la prevalencia según causas de trauma por sexo y edad. 2. Conocer cuántos pacientes asistidos por Trauma requieren derivación por falta de complejidad. 3. Conocer el registro de los pacientes traumatizados en el Servicio. 4. Conocer la mortalidad por Trauma.

MATERIAL Y METODO

Libros de Actas de Guardia del 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2016. Estudio estadístico descriptivo retrospectivo.

DISCUSIÓN

El Trauma, las lesiones por causas externas o enfermedad accidente, continúa siendo en nuestro país la causa más frecuente de muerte e incapacidades entre 1 y 45 años, y el problema más serio de salud pública y de atención en la población pediátrica. Conociendo la cantidad de pacientes asistidos por trauma, la prevalencia según causas por sexo y edad, y el total de derivaciones, podemos establecer medidas y proyectos en pro de las necesidades asistenciales.

CONCLUSIONES

En el periodo 2015-2016 fueron asistidos 20.297 pacientes, en 1,38% no se obtuvieron datos por error de registro, quedando 20.017 para estudio. De los mismos se obtuvo: consultaron por algún tipo de trauma 4.904 (24,50%), 1.884 (38,42%) del sexo femenino y 3.020 (61,58%) del masculino. El 5,08% sufrió lesión en la vía pública, un 57,43% por impactos entre vehículos, (57,34%

varones, en los 4 grupos etarios); el 9,64% como peatón, (79,16% varones, predominando en 5-9 años) y el 32,93% en bicicleta/moto (59,76% varones, en 5-9 años, con ligero predominio en mujeres en 10-14 años, relación 1,4-1). El 4,87% fueron quemaduras (54,40% varones, en 1-4 años), el 2,89% intoxicaciones (58,45% varones, en los 4 grupos), el 1,71% caídas de altura, (55,95% varones, en 1-4 años), el 1,32% agresiones (60% mujeres en los 4 grupos aumentando la prevalencia a mayor edad), el 0,22% electrocución (72,73% varones, en 10-14 años), el 0,08% asfixia (75% varones de 1-4 años), y el 83,83% restante fue asistido por otras causas, predominando los TEC simples, caídas de propia altura y mordeduras de animales, (62,52% varones, en los 4 grupos). El 1,45% de los pacientes requirieron derivación a Centros de Mayor Complejidad, correspondiendo el 9,85% a traumas graves por LVP, siendo 95,77% recibido por el sistema público y 4,23% por el privado. La mortalidad fue del 0,10% del total de traumas, 0,40% del total de LVP y 80% en pacientes de sexo masculino. SINTESIS: Fueron analizados los pacientes asistidos por Trauma, dividiendo por causas (LVP, Caída de altura, Asfixia, Quemadura, Electrocución, Agresión, Intoxicación y Otros), sexo (masculino, femenino) y edad (menores de 1 año, 1-4, 5-9, 10-14) obteniendo 94,92% de lesiones en el hogar, predominando en el sexo masculino, entre 1 y 4 años. Es indispensable realizar acciones de prevención con la comunidad, asistir al paciente con un equipo multidisciplinario, mejorar la calidad de registro para recabar el 100% de los datos, obtener datos de la atención prehospitalaria y conocer la morbimortalidad post derivación. La respuesta del servicio a la demanda de la población fue favorable, resolviendo el 98,55% de las consultas realizadas.



TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES.

Echavarría B.¹; Del Fabro M.²; Latini M.³

LOS ALERCES^{1,2,3}

<betianaecha86@live.com.ar>

905

INTRODUCCIÓN

Los tumores de células gigantes son agresivos y se caracterizan por presentar tejido muy vascularizado constituido por células ovoides o fisiformes y la presencia de numerosas células gigantes de tipo osteoclastico uniformemente distribuida por todo el tejido tumoral.

Representa el 5% de todos los tumores óseos primarios, y el 20% de las neoplasias óseas benigna. Tiene un ligero predominio femenino y los sitios donde más frecuentemente se le localiza son, en orden decreciente, el extremo distal del fémur, la tibia proximal y el radio distal (10%).

Son lesiones propias de las regiones metaepifisarias en los huesos largos, aunque también se les puede encontrar en el esqueleto axial, pero con mucho menor frecuencia.

OBJETIVO

Paciente femenina de 11 años con diagnóstico de Tumor de células gigantes. DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 11 años, sin antecedentes de jerarquías correctamente inmunizada, derivada de Entre Ríos que presentar tumoración sacra dolorosa de 1 año de evolución aumentando su impotencia funcional hace 1 semana, en las últimas de 48hs agrega dolor de mayor intensidad irradiado a la parte posterior de muslo izquierdo.

Se solicita: TAC de abdomen y pelvis: MOE que compromete sacro con osteólisis y aspecto de masa ocupante. Mide 90 mmL X 54 mm AP X 68mmT. Protruye en pelvis. Sin invadir vísceras. No se observa compromiso de iliacos. Las vísceras abdomino-pelvianas se hallan

conservadas. No líquido libre. RMI de columna sacra con sedación: Lesión ocupante de espacio a nivel sacro-coxígea, polilobulada, heterogénea que realiza tras la administración del contraste con un centro hipointenso (necrosis) e invade las estructuras óseas, los músculos y el canal medular en dicha región. Centello grama óseo: Hiper captación patológica a nivel del hueso y del sector lateral izquierdo del arco posterior de L5. Diagnóstico definitivo por anatomía patológica: Tumor de células gigantes.

CONCLUSIÓN

El TCG es una neoplasia infrecuente en pacientes esqueléticamente inmaduros. Cuando se presenta en pacientes más jóvenes a la edad habitual para esta condición patológica, lo hace con características propias, sustancialmente diferentes a las de la presentación habitual para esta neoplasia, siendo definitivamente la más significativa el importante predominio femenino.

A PROPOSITO DE UN CASO: ENCEFALITIS INMUNOMEDIADA POR ANTICUERPOS ANTI RECEPTORES NMDA

Müleck D.¹; Savid I.²

HOSPITAL ALEJANDRO GUTIERREZ^{1,2}

<daneymuleck@gmail.com>

906

INTRODUCCIÓN

El concepto de encefalitis ha incluido en los últimos años a fenómenos inflamatorios de origen autoinmune. Desde entonces se identificaron anticuerpos antineuronales intracelulares, asociados con una gran variedad de enfermedades neoplásicas y síntomas neuropsiquiátricos. El ataque inmunológico al receptor NMDA produce un trastorno grave caracterizado por síntomas neuropsiquiátricos que evolucionan hacia una encefalopatía severa y es acompañado por movimientos involuntarios, convulsiones e inestabilidad autonómica. El curso de la enfermedad usualmente se prolonga y necesita tratamiento inmunomodulador agresivo.

OBJETIVOS

Enfatizar en la sospecha diagnóstica y tratamiento precoz de esta entidad no tan rara, sino probablemente infradiagnosticada, que está siendo reconocida más frecuentemente en niños en los últimos años. Descripción del caso: Paciente de 3 años sin antecedentes de jerarquía con neurodesarrollo acorde, ingresó por crisis epiléptica focal secundariamente generalizada que evolucionó a status febril con buena recuperación. A las 72 hs comenzó con dificultad en la marcha por hemiparesia derecha. Al mes de evolución, presentó disquinesias orofaciales, distonía en miembros inferiores, movimientos coreoatetósicos en superiores, estereotipias manuales, crisis de excitación psicomotriz con labilidad emocional auto y heteroagresividad, afasia, sialorrea e insomnio con pérdida de pautas adquiridos. Por sospecha de Encefalitis Inmunomediada se realizó screening neoplásico y neuroimágenes sin alteraciones. Se indicó

gammaglobulina EV con escasa respuesta clínica. Cursando segundo mes de evolución por persistir sintomática se indicó pulsos de meprednisolona con buen control de la enfermedad. Se realizó determinación sérica para Ac anti NMDA con resultado positivo. En la actualidad la niña recupera pautas de desarrollo de forma progresiva sin recaídas.

CONCLUSIÓN

La encefalitis anti-NMDAR debe considerarse en pacientes jóvenes con manifestaciones psiquiátricas agudas, movimientos anormales y alteraciones autonómicas. Es imprescindible que durante la práctica médica se realice su sospecha diagnóstica y tratamiento precoz modificando favorablemente el pronóstico del paciente.



908

EPIDEMIOLOGÍA DE PATOLOGÍA APENDICULAR QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL REGIONAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA EN UN PERÍODO DE 2 AÑOS.

Canet T.¹; Clemente S.²
HOSPITAL VICTOR SANGUINETTI^{1,2}
<tomislav.canet@gmail.com>

INTRODUCCION

Los cuadros de dolor abdominal agudo constituyen un importante motivo de consulta pediátrico, siendo muchas veces un desafío dado lo inespecífico de la clínica y la analítica. Es por esto que a la hora de descartar estos cuadros el pediatra muchas veces se halla en una encrucijada. Dentro de este síndrome, la patología apendicular quirúrgica adquiere crucial relevancia.

OBJETIVOS

Realizar un análisis estadístico de la evolución clínica de una cohorte de niños operados con de patología apendicular quirúrgica en el periodo que va desde Marzo de 2014 a Marzo de 2016 dentro de un Servicio de Pediatría en un Hospital Regional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en base a los ingresos al Servicio de Internación de Pediatría incluyendo todos los pacientes ingresados por cuadros de "Abdomen agudo médico vs quirúrgico", tras lo cual se recurre a las historias clínicas de los mismos. Quedan excluidos niños mayores de 15 años, provenientes de otras localidades de la provincia, niños cuyo diagnóstico de egreso haya sido Abdomen Agudo Médico. Se confecciona una base de datos que incluye: sexo, edad, síntomas, si han realizado consultas previas al Sistema de Salud, diagnóstico posquirúrgico, días de evolución, antibioterapia utilizada, presencia de complicaciones tempranas y días de internación.

RESULTADOS

En un período de 2 años se realizaron 101 cirugías por patología apendicular

aguda, Varones 56%, Días de Evolución: 1,96 días (Max. 7 días), Edad promedio: 9,33 años, 29% habían realizado una consulta previa, de estos 75,8% habían consultado en el Sistema de Salud Público. De los intervenidos, el 89,1% requirió antibioterapia, el esquema más usado fue Ampicilina + Sulbactam (52,%) seguido de Ampicilina + Gentamicina + Metronidazol (25,7%) y Ceftriaxona + Metronidazol (7%), dependiendo de los hallazgos quirúrgicos y derivados del consenso entre el Servicio de Pediatría y el cirujano interviniente. Sólo el 17% tuvo como complicación el Absceso de Pared. Los días totales de internación fueron 5,72 días, relacionados con la necesidad de antibióticos endovenosos y la evolución clínica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Dentro de este síndrome cobran trascendencia los cuadros apendiculares, por la carga emocional que implica para la familia una cirugía en un niño, los costos para el Sistema de Salud, y los costos económicos sociales en referencia a ausencia laboral. Es imprescindible que el pediatra conserve un agudo estado de alerta ante la posibilidad de estar delante de un niño con patología quirúrgica, ya que la agudeza clínica es la mejor herramienta en pos de no retrasar el diagnóstico, indicar algún tratamiento que enmascare la evolución del cuadro y, por lo tanto, evitar formas graves de esta patología. En este sentido este es el primer análisis estadístico de la población pediátrica que experimenta esta patología en la Ciudad más poblada de la Patagonia Argentina.

909

NEFROMA MESOBLASTICO. A PROPOSITO DE UN CASO

Abdala A.¹; Gabai P.²; Perez Z.³; Alburquerque H.⁴; Forenza N.⁵
HOSPITAL DEL NIÑO JESUS^{1,2,3,4,5}
<alee_abdala@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El nefroma mesoblastico congénico (MNC), es un tumor renal raro el más frecuente en el recién nacido, seguido por el tumor de Wilms en el primer año de vida.

Clínicamente se presenta como una masa detectada en la exploración o como hematuria, vómitos, hipertensión pulmonar o ictericia.

Afecta más frecuente al riñón derecho siempre unilateral, el diagnóstico es con imagen en los primeros seis meses de vida y el tratamiento es la nefrectomía, se asocia a polihidramnios y prematuridad. Incidencia de 8x1000000

Representa el 2,5 al 7% de todos los tumores perinatales

Existen dos tipos. El clásico se caracteriza por pocas mitosis y ausencia de necrosis, y el celular por translocación del cromosoma 15

OBJETIVOS

Incentivar su estudio, promover su detección precoz, discutir aspectos importantes

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan historia clínica (HC) materna y perinatal retrospectivamente
El caso:

HC materna: 25 años conviviente G1 P1, ingresa a maternidad por preeclampsia. HIV positivo.

HC recién nacido pretérmino (26 semanas) femenino, apgar: 2,3,7

Displasia broncopulmonar leve, hemorragia intraventricular grado 3 bilateral,

cumple tratamiento con AZT y continúa con trimetoprima/sulfametoxazol, en seguimiento infectológico.

En la semana 52, se solicita ecografía renal de rutina, la cual informa riñón izquierdo aumentado, con imagen nodular sólida hiperecogénica vascularizada de 62x40x50

Se deriva a servicio de cirugía, se interna para estudio

Se realiza exploración quirúrgica: se realiza incisión subcostal izquierda, se aborda hilio renal izquierdo, se realiza nefrectomía más grasa se reseca uréter izquierdo completo, se deja drenaje por contraabertura por tres días La anatomía patológica informa: NMC de tipo clásico de riñón izquierdo de 8x6x4,5. Estadio local II se extiende a grasa perirrenal, de bajo riesgo, margen de resección sin infiltración, glándula suprarrenal sin alteración Adenitis reactiva inespecífica de ganglio linfático mesentérico. Uréter sin infiltración.

La paciente presenta buena evolución en unidad de cuidados intermedios, se solicita estudio cromosómico

CONCLUSIÓN

El MNC es un tumor de buen pronóstico, debe realizarse diagnóstico diferencial. El MNC produce una masa con incremento de peso y tamaño, el tratamiento es quirúrgico sin radioterapia o quimioterapia.

El manejo clínico-quirúrgico que se dio en el presente caso coincidió con otras publicaciones consultadas



DESCRIPCIÓN DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO (RGD) EVALUADOS EN LA CLÍNICA DE MADURACIÓN DEL SERVICIO DE CLÍNICAS INTERDISCIPLINARIAS

910

Alsina M.¹; Pedernera Bradichansky P.²; Lejarraga C.³; Napoli S.⁴; Cafiero P.⁵; Rodríguez E.⁶

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6}

<vallecurioso@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Retraso Global del Desarrollo (RGD) se define como un déficit significativo (menor a -2DS con herramientas diagnósticas estandarizadas) en la adquisición de pautas en dos o más áreas del desarrollo. Afecta a 1 a 3% de los menores de 5 años y se trata de un grupo heterogéneo en su expresión clínica, etiología, comorbilidades asociadas, sistemas de apoyo requeridos y pronóstico. El rendimiento de la evaluación etiológica es variable (10-81%) y depende, entre otros, de la severidad del retraso y del nivel de complejidad del centro donde se realice. Las causas más frecuentes son: desórdenes genéticos/cromosómicos, factores perinatales, disgenesia cerebral, factores medioambientales y exposición a tóxicos intraútero. La detección e intervención oportunas son de gran importancia para el manejo clínico, el abordaje terapéutico y el pronóstico.

OBJETIVO

Describir la población de pacientes con RGD evaluados en la Clínica de Maduración de nuestro servicio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional de una población de menores de 5 años evaluados desde febrero 2016 en la Clínica de Maduración con RGD. Se consideraron datos filiatorios, socioambientales, antecedentes personales y familiares, preocupación de los padres, examen físico, exámenes complementarios, evaluación del desarrollo, escolaridad y sistemas de apoyo.

RESULTADOS

Se evaluaron 194 pacientes. La relación varón/mujer fue 1.2/1 y la mediana de edad 39 meses. El 55.7% provenía del Conurbano Bs As y más del 50% no contaban con trabajo formal. El 55.7% tenía CUD y 42% cobertura de Obra Social. El motivo de preocupación más frecuente fue el retraso del lenguaje (41.8%). Se encontraron antecedentes familiares de trastornos del neurodesarrollo en el 25%, exposición a tóxicos intraútero en el 5%, prematuridad en el 23% y bajo peso al nacer en el 20%. En cuanto a la severidad, 55% mostró una forma leve. Se logró el diagnóstico etiológico o alta sospecha en la mitad de los pacientes, siendo las alteraciones genéticas/cromosómicas la principal causa. El 27% se encontraba en edad de escolaridad obligatoria, de los cuales 36% no estaba escolarizado. El 57.2% pudo acceder a tratamiento.

CONCLUSIÓN

El RGD es una condición frecuente e influida por factores genéticos y medioambientales. Su etiología es heterogénea. Los datos de nuestro trabajo coinciden con la literatura en distribución por sexo, nivel de compromiso y diagnóstico etiológico.

CLORHIDRORREA CONGÉNITA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

911

Nani V.¹; Cascón V.²; Angelleti L.³; Rubiños M.⁴; Spilotti M.⁵; Rebollo M.⁶; Navia M.⁷; Palladino M.⁸

HTAL. DE PEDIATRÍA JUAN P GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<veronani@hotmail.com>

Se presenta el caso de un lactante de 4 meses de edad que consulta al servicio de Emergencias por cuadro de shock hipovolémico secundario a deshidratación grave y diarrea acuosa. Antecedentes de polihidramnios durante el embarazo, prematuridad (34sem/PN 2.4 kg) y 2 internaciones previas a los 2 y a los 3 meses de vida por episodios de deshidratación grave secundarios a gastroenteritis y CVAS, en los que se pesquiza alcalosis metabólica con hipokalemia, hiponatremia e hipocloremia de difícil manejo, egresando de la última internación con diagnóstico presuntivo de Sme de Bartter. Al ingreso a nuestro hospital se constatan nuevamente los trastornos de medio interno e hidroelectrolíticos antes mencionados. Se suma al abanico de diagnósticos diferenciales la clorhidrorrea congénita, el cual se confirma a través de la obtención de 2 ionogramas de materia fecal con resultados patológicos (valores de Cloro elevados por encima de lo normal). El estado del paciente pudo compensarse luego de la reposición agresiva con fluidos endovenosos y varias correcciones de Na y K, logrando valores en sangre normales para la edad luego de indicar aportes reglados. No se evidenciaron ningún tipo de secuelas.

La Clorhidrorrea congénita es una enfermedad autosómica recesiva de comienzo prenatal caracterizada por la presencia de diarrea secretora con alto contenido de cloro. Es causada por mutaciones a nivel del cromosoma 7, y es secundaria a la ausencia o disminución del intercambio activo de cloro y bicarbonato a nivel del ileon terminal y colon, lo cual conlleva a importantes pérdidas de Cl, Na y K por materia fecal.

Es importante destacar que en todos los casos descriptos en la literatura se refieren antecedentes de polihidramnios y prematuridad.

Nos pareció interesante e importante reportar este caso clínico dado que los síntomas y signos a través de los cuales se manifiesta esta enfermedad son altamente frecuentes y pueden confundirse fácilmente con episodios de gastroenteritis infecciosas. Si bien esta entidad tiene una incidencia muy baja, de no mediar un adecuado tratamiento la mortalidad en los primeros meses de vida es alta. Sólo con un diagnóstico precoz y con terapia de reemplazo agresiva estos niños podrán lograr un adecuado nivel de desarrollo neurológico y psicomotor. Por eso destacamos: 1) la importancia de realizar un correcto interrogatorio que recabe antecedentes pre y perinatólogicos dada la alta frecuencia del antecedente de prematuridad y polihidramnios; 2) la necesidad de realizar laboratorio con estado ácido-base e ionograma en los casos de deshidratación severa; 3) la urgencia de instaurar un tratamiento adecuado y agresivo una vez hecho el diagnóstico para disminuir el riesgo de secuelas a largo plazo.



Por un niño sano en un mundo mejor

HIPOVENTILACIÓN CENTRAL CONGÉNITA, UN RETO DIAGNÓSTICO EN LA PEDIATRÍA, REPORTE DE UN CASO

Paiva Suárez K.¹; Roldán O.²; Ferreyra M.³

SANATORIO DEL SALVADOR^{1,2,3}

<karolpaivas@hotmail.com>

912

INTRODUCCIÓN

La hipoventilación central congénita (CCHS) es un trastorno del sistema nervioso central, con control autonómico respiratorio ausente o deteriorado en ausencia de otra enfermedad. Presenta déficit de sensibilidad a la hipercapnia e hipoxia durante el sueño. Es de herencia autosómica recesiva con mutaciones del gen RET tirosinkinasa. Su incidencia es de 1 por 200.000 nacimientos. El tratamiento consiste en una adecuada ventilación/asistencia respiratoria.

OBJETIVO

Describir una paciente con Hipoventilación Central Congénita, su diagnóstico y evolución clínica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino, con antecedente de prematuridad (35 semanas), hermano mayor con CCHS confirmada.

Nace por cesárea como producto de embarazo gemelar. Requiere de oxígeno por halo cefálico sin posibilidad de destete, presenta pausas y apneas a repetición, por lo que se realizan:

- Gasometrías con Pco₂ > 55 mmHg
- Screening metabólico: Normal
- Ecocardiograma: Normal
- Ecografía cerebral: Normal.
- Tránsito Esofágico Gastro- Duodenal: Normal
- Fibrolaringoscopia alta: laringomalacia leve.
- Impedanciometría: RGE leve
- RMN Cerebral: Normal

- Polisomnografía: apneas centrales, hipoxemia, hipercapnia sostenida, sin paroxismos.
- Estudio Molecular: EXÓN DEL GEN PHOX 2B, Hipoventilación alveolar central con igual mutación que hermano.

Presenta trastornos sucso-deglutorios y durante su evolución presentó 2 paros cardio-respiratorios. A pesar de Ventilación no Invasiva durante el sueño la evolución fue desfavorable, por lo que se realizó traqueostomía, durante el sueño es asistida con Ventilación a presión positiva. Se realizó también gastrostomía y Nissen.

DISCUSIÓN

Hasta el 2010 fueron publicados 4 casos en Argentina, el 90% asociado a mutación del gen phox2B.

En nuestra paciente ante la presencia de pausas, apneas, hipoxemia, hipercapnia sostenida, se realizaron en primera instancia estudios descartando enfermedades del tronco encefálico, neuromuscular, metabólico y cardiopulmonar.

Por el Antecedente familiar y alta sospecha clínica se consideró realizar estudio genético. El enfoque diagnóstico y terapéutico fue multidisciplinario.

CONCLUSIÓN

La CCHS es una entidad poco frecuente, con riesgo de vida por lo que su diagnóstico es fundamental para su abordaje terapéutico y disminución así de secuelas asociadas a eventos hipercapnicos e hipoxémicos graves.

SECUNDARISMO SIFILÍTICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Molino M.¹; Pinto merett A.²; Mogues D.³; Ariganello G.⁴; Lamboley G.⁵; Alvarez M.⁶; Foti S.⁷; Lauriente A.⁸; Cicero Moroni S.⁹; Angellili A.¹⁰; García L.¹¹

HTAL ZONAL GRAL DE AGUDOS MANUEL BELGRANO^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}

<molinomarcela89@gmail.com>

913

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa cosmopolita, que puede transmitirse por vía sexual, transfusional o vertical.

La probabilidad de ésta última está relacionada con el estadio de la sífilis materna durante el embarazo o el estadio del embarazo al adquirir la infección. En el área pediátrica, la población de riesgo son los recién nacidos de madres infectadas, niños abusados y adolescentes sexualmente activos.

OBJETIVO

Destacar la importancia de sospechar sífilis como diagnóstico diferencial en lesiones cutáneas.

Caso Clínico: Paciente de 17 meses previamente sana, consulta a la guardia por presentar lesiones vesico-pápulo costrosas generalizadas y pruriginosas. 48hs previas a la consulta había sido evaluada en sala periférica donde se indicó tratamiento con cefalexina. Por empeoramiento consulta nuevamente. Al ingreso paciente en buen estado general, febril, malas condiciones de higiene. En cuero cabelludo lesiones alopecias, lesiones vesiculares y pápulo-costrosas generalizadas, compatibles con escabiosis impetiginizada. A su vez lesiones ulceradas de bordes blanquecinos y centro eritematoso en región perianal y sacra compatibles con condilomas planos y adenopatía inguinal izquierda. Se sospecha sífilis primaria vs secundarismo sifilítico. Estudios complementarios: Laboratorio presenta leucocitosis, eosinofilia severa y trombocitosis, VDRL 512 dil; HIV, HMC x2 y campo oscuro de lesiones perianales negativos. Rx. de huesos largos sin particularidades;

ecografía abdomino inguinal con múltiples imágenes ganglionares en región inguinal bilateral de aspecto inflamatorio. Se estudia a la madre y se descarta transmisión vertical.

Se interconsulta con servicios de dermatología e infectología infantil quienes diagnostican escabiosis impetiginizada y condilomas planos perianales compatibles con secundarismo sifilítico, por lo que se inicia el tratamiento correspondiente. Se realiza FTA-Abs 1280, se da tratamiento para ETS y se notifica al Servicio Local de Promoción y Protección de niños, niñas y adolescentes ante la sospecha de abuso.

Durante su internación las lesiones en piel y perianales involucraron dejando reacción cicatrizal y la alopecia en cuero cabelludo se recuperó parcialmente.

CONCLUSIÓN

Si bien el diagnóstico clínico de escabiosis era claro, es mandatorio realizar examen físico completo y abordaje integral del paciente ya que pueden surgir otros hallazgos que nos orienten a patologías no tan frecuentes como la sífilis secundaria.



SÍNDROME POSTROMBÓTICO EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

914

Laso A.¹; Baldisera J.²; Ramos A.³; Veiga M.⁴
HOSPITAL NACIONAL PROFESOR A. POSADAS^{1,2,3,4}
<ailinlaso@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome post-trombótico (SPT) es una complicación que desarrolla el 20-50% de los pacientes luego de una TVP. Afecta la calidad de vida y conduce a una discapacidad funcional crónica. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor y pesadez en miembros inferiores, edema, eritema, telangiectasias, várices, hiperpigmentación, engrosamiento de la piel y en casos severos úlceras.

OBJETIVOS

Se presenta una paciente con diagnóstico de SPT, con el objetivo de tener en cuenta esta patología en la edad pediátrica. Con el aumento de la sobrevida en las unidades de cuidados intensivos y el uso de catéteres centrales, el SPT es cada vez más frecuente, por lo que debe sospecharse, ya que sin el tratamiento y seguimiento adecuado conlleva un deterioro importante en la calidad de vida.

Descripción del caso: Niña de 6 años, sin antecedentes familiares de relevancia, con antecedente de prematuridad y estadía prolongada en terapia neonatal, y requerimiento en múltiples ocasiones accesos venosos centrales.

Actualmente ingresa a sala de Pediatría con diagnóstico de bacteriemia clínica. Al ingreso se constatan vasos tortuosos dilatados palpables en región inguinal y de muslo inferior izquierdo, y aumento de diámetro del miembro inferior derecho. Presenta también circulación colateral en región yugular. Se realiza ecografía-doppler de vasos de cuello y femorales que informa: vena yugular derecha no visible. Vasos femorales izquierdos con ausencia de

señal doppler venoso; y se consulta al servicio de Hematología Pediátrica.

CONCLUSIÓN

La utilización de catéteres centrales se encuentra estandarizado en el tratamiento de diversas enfermedades agudas y crónicas. Su uso puede asociarse a numerosas complicaciones (trombosis de punta de catéter, oclusión de grandes venas) las cuales predisponen a los niños a presentar SPT.

Un incremento significativo de la incidencia de TVP se ha descrito en neonatos y niños hospitalizados en centros de alta complejidad relacionado a una mayor sospecha clínica y avances en la atención de niños en estado crítico o con enfermedades crónicas. El TEV en pacientes pediátricos ocasiona mortalidad y morbilidad elevadas.

DESCRIPCIÓN DE 21 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) QUE RECIBIERON EL ALTA DEL SERVICIO DE CLÍNICAS INTERDISCIPLINARIAS

915

Pedernera Bradichansky P.¹; Alsina M.²; Lejarraga C.³; Napoli S.⁴; Cafiero P.⁵; Rodríguez E.⁶
HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6}
<paupeder@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El TEA se define como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por impedimentos en la comunicación social, conductas e intereses repetitivos y restrictivos y déficits en integración sensorial. Las manifestaciones clínicas varían en cada individuo y de acuerdo a la edad, además pueden modificarse con el tiempo y las demandas del ambiente.

En el consultorio de seguimiento de la Clínica de Maduración del Servicio de Clínicas Interdisciplinarias se lleva el registro de pacientes con diagnóstico de TEA; en 2016 se definieron criterios de alta del servicio, pasarán a esta instancia pacientes que luego de 2 años de haber recibido el diagnóstico cuenten con tratamiento adecuado, pediatra de cabecera, escolaridad estable y que hayan completado las interconsultas y evaluaciones pertinentes.

OBJETIVOS

Conocer las características del grupo de pacientes con diagnóstico de TEA que recibieron el alta de nuestro servicio.

Materiales y métodos: estudio transversal y descriptivo. Se incluyeron 21 pacientes con diagnóstico de TEA según criterios del DSM a quienes se otorgó el alta de nuestro servicio. En la evaluación se emplearon historia clínica orientada al desarrollo, lectura de informes y Cuestionario sobre la comunicación social (SCQ), situación actual.

RESULTADOS

La mediana de edad al diagnóstico fue 49 meses y al alta 108 meses. El 90% tiene lenguaje y 43% evaluación cognitiva normal. El 62% asiste

a escuela común, de los cuales 85% recibe ayuda en el aula a través de acompañante y/o maestra integradora; 86% recibe tratamiento. Sólo 5 pacientes (24%) reciben medicación, en 4 casos indicada para el manejo de la conducta; el mismo porcentaje de niños se encuentra en seguimiento por otro servicio del hospital.

CONCLUSIÓN

La mediana de edad al diagnóstico fue similar a la obtenida de la base de datos general de TEA de nuestro servicio. Se otorgó el alta a 12% de los pacientes en seguimiento. Creemos que estas familias se enfrentan a varios desafíos en las transiciones de la vida por lo que el acompañamiento es imprescindible, deberíamos abogar para que éste se lleve a cabo en la comunidad a la que el niño pertenece, con profesionales que conozcan a las familias, su entorno y terapeutas. Son necesarias más investigaciones de este tipo para poder definir la asociación entre determinados perfiles clínicos y evolutivos con otros factores de riesgo con el fin de optimizar los recursos diagnósticos y terapéuticos en este grupo de pacientes.



ASOCIACIÓN ENTRE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE HERPES ZÓSTER ATÍPICO Y VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

916

Nicolás G.1; Giacomossi P.2; Rabahía N.3; Barrego A.4; Címbaro Canella R.5; Barabini L.6; Suarez X.7; Barboni G.8; Cancellara A.9; Grees S.10; Svartz A.11

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS DR PEDRO DE ELIZALDE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
<nicolasarielgrisolia@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Herpes Zóster (HZ) es una enfermedad neurocutánea causada por la reactivación del virus varicela zoster. Las series internacionales registran una incidencia entre 42 y 238 por 100 000 personas por año. En Latinoamérica y Argentina no existen datos estadísticos representativos en la población pediátrica. La infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una causa importante de morbilidad a nivel mundial. Existe un aumento de la incidencia de HZ en relación inversamente proporcional al recuento de CD4 en VIH positivos.

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar si existe asociación entre la presentación atípica de Herpes Zóster e infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio Transversal. Analítico. Con recolección de datos retrospectiva realizado con historias clínicas de niños atendidos en el Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde.

RESULTADOS PRELIMINARES

82 de 209 historias clínicas presentaron resultado de Elisa VIH. La media de años de edad fué significativamente mayor en los casos de resultados positivos del test [12,76 (DS 4,6) vs 6,97 (DS 4,2) p=0,009]. La presencia de más de un dermatoma se asoció con la positividad del test ELISA VIH [OR 9,57 (IC 95% 1,95-46,92) p=0,01].

La atipia en la presentación clínica no se vinculó a la presencia de VIH [OR 7,8 (0,91-66,66) p=0,058].

CONCLUSIÓN

Aunque se observa una clara tendencia entre la presencia de VIH y HZ con características atípicas no hemos hallado una asociación estadísticamente significativa.

La presencia de compromiso de más de un dermatoma ha sido un factor asociado para presentar VIH.

COMPLICACIÓN CEREBROVASCULAR EN UN ADOLESCENTE CON MENINGITIS NEUMOCÓCCICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

917

Nuñez J.¹; Russ E.²; Pitón M.³; Silberkasten M.⁴; Padilla E.⁵; Dartiguelongue J.⁶

HNRG^{1 2 3 4 5 6}
<joia.nunez@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La meningitis es una causa importante de morbilidad. Tras la introducción de las vacunas, el S. pneumoniae es el responsable del 47% de los casos. Las complicaciones cerebrovasculares ocurren aproximadamente en el 10 a 30% de los episodios, especialmente en poblaciones susceptibles.

OBJETIVO

Describir el caso de un adolescente inmunocompetente con complicaciones cerebrovasculares post meningitis neumocócica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente de 15 años de edad, con vacunación desconocida y sin antecedentes relevantes, consultó por cefalea y fiebre. Se encontraba en regular estado general, con rigidez de nuca y fotofobia. El estudio citoquímico del LCR fue patológico, por lo que inició tratamiento empírico con ceftriaxona a dosis máxima. El cultivo de LCR y los HMCx2 fueron positivos para S. pneumoniae. La serología para HIV fue negativa y el dosaje de inmunoglobulinas y complemento fue normal.

Al octavo día de evolución presentó paresia facio-cranial izquierda leve y del III par craneal derecho moderada, con reflejo fotomotor enlentecido, fotofobia y rigidez de nuca. La RMN de SNC evidenció múltiples imágenes sugestivas de isquemia subaguda a nivel de los ganglios de la base, la cápsula interna y la unión córtico-subcortical. La angiografía de SNC y la RMN cervical fueron normales. El EEG fue normal. Los cultivos control fueron negativos. Se agregó aspirina a dosis antiagregante, que suspendió con coagulograma, ecocardiograma y ecodoppler de MMII

y vasos de cuello normales. Continuó con ceftriaxona por 6 semanas interpretándose el cuadro como una complicación cerebrovascular de origen infeccioso. Inició rehabilitación kinésica motora con excelente recuperación clínica. La RMN de SNC control mostró imágenes patológicas con franca reducción de tamaño.

DISCUSIÓN

Las complicaciones de la meningitis neumocócica se asocian a factores predisponentes anatómicos, genéticos, inmunológicos y etarios o a ciertas comorbilidades. Este paciente previamente sano e inmunocompetente agregó complicaciones cerebrovasculares que probablemente se debieron a impacto séptico en SNC. Si bien la curva febril y los parámetros inflamatorios de laboratorio mejoraron rápidamente con el tratamiento antibiótico, los hallazgos en la RMN fueron compatibles con este tipo complicación. Otras causas de complicaciones cerebrovasculares, como las vasculitis y los fenómenos vasculares de tipo tromboembólicos, fueron descartadas por la ausencia de imágenes características y por el resto de los estudios complementarios.

CONCLUSIÓN

Si bien las complicaciones cerebrovasculares de la meningitis neumocócica son más frecuentes en pacientes inmunocomprometidos o con otras causas predisponentes, deben ser sospechadas en pacientes previamente sanos ante la aparición de signos y síntomas de compromiso del SNC en el curso del tratamiento antibiótico.



ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA NATIVA EN PEDIATRÍA: PERFIL Y PREDICTORES DE MORTALIDAD

916

Lafuente María Victoria¹; Villalba Claudia Natalia²; Tasat Laila Tamara³;
Stelmaszewski Erica Victoria⁴; Mariela Mouratian⁵; Capelli Horacio⁶

HOSPITAL J P GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6}

viquilafuente@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN:

La endocarditis infecciosa (EI) es una infección del endocardio, las válvulas o las estructuras relacionadas

OBJETIVOS:

Describir distribución demográfica general, condiciones cardíacas, características epidemiológicas, complicaciones y determinar los factores predictores de mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre 1987-2016 se evaluaron 175 pacientes menores de 18 años con diagnóstico de EI valvular nativa definitiva según los criterios modificados de Duke.

Se subdividieron de acuerdo a la edad de presentación en menores de 3 meses 28 pacientes y mayores de 3 meses 147 pacientes.

RESULTADOS:

Se identificaron 175 pacientes EI, con una edad media de 84,87 +/- 67,58 meses.

En la tabla 1 se describen las condiciones cardíacas, las características de las vegetaciones y los gérmenes más frecuentes.

En ambos grupos el germen más frecuente fue el estafilococo aureus. En los menores de 3 meses le sigue en frecuencia EI por *Candida* (p0.0000) y en los mayores de 3 meses el estreptococo viridans (p0.001).

Las complicaciones más frecuentes en los mayores de 3 meses fueron embolia sistémica en 48 pacientes (p0.01) y perforación valvular en 70 pacientes (p0.003) mientras que en los menores de 3 meses fue la infección no controlada (p0.0000).

La presencia de embolia sistémica se asoció a estafilococo aureus (p0.01) y la infección no controlada a *Candida* (p0.00000).

Se indicó tratamiento quirúrgico a 54 pacientes, a 10 pacientes (35,7%) de los menores de 3 meses y a 44 pacientes (29,9%) mayores de 3 meses.

La mortalidad fue de 12% (21p). En el análisis univariado la mortalidad se asoció a la edad menor a 3 meses (p0.0001), infección no controlada (p0.003) y al estafilococo aureus (p0.03).

En el análisis multivariado la mortalidad se relacionó a edad menor de 3 meses (p0.005 Odds ratio 4.68 IC95% 1.59- 13.79) y la infección por estafilococo aureus (p0.05 Odds ratio 2.75 IC 95% 0.-7.70).

CONCLUSIONES:

El 44 % de los pacientes no tenía cardiopatía congénita previa.

En los menores de 3 meses la endocarditis afectó predominantemente a las cavidades derechas y en este subgrupo se observó con mayor frecuencia infección no controlada.

En los mayores de 3 meses el compromiso mayor fue del lado izquierdo siendo los eventos más frecuentes las embolias sistémicas y la perforación valvular.

Alrededor del 30% requiere de tratamiento quirúrgico y deben ser tratados en centros de alta complejidad.

Los predictores de mortalidad fueron la edad menor de 3 meses y la infección por estafilococo aureus.



SINDROME HEMOFAGOCITICO. A PROPOSITO DE UN CASO

Dalessandro M.¹; Nuñez Trujillo K.²; Romero A.³; Gonzalez B.⁴; Fiore M.⁵; Diaz Pumara C.⁶; Janer A.⁷; Tursarkisian R.⁸; Vacarezza S.⁹; Gonzalez F.¹⁰; Paganini A.¹¹; Sosa R.¹²; Morales L.¹³; Rosso D.¹⁴

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14}

<ydalessandro@gmail.com>

El Síndrome Hemofagocítico (SH) se debe a una activación inmunológica desmedida. Se presenta con fiebre, hipertrigliceridemia, coagulopatías, hipofibrinogenemia, disfunción hepática, aumento de ferritina y transaminasas. 2 formas: primaria o genética, y secundaria. Las formas primarias se subdividen en linfocitosis hemofagocítica familiar y en síndromes de inmunodeficiencia. Los procesos infecciosos pueden actuar como desencadenante en un SH primario, y puede ser difícil la distinción de las formas de SH secundario. Dentro de las formas de SH secundario se destacan el SH asociado a infección, el SH asociado a neoplasia y el SH asociado a enfermedades autoinmunitarias.

Presentación de un caso grave con desenlace ominoso en un paciente previamente sano.

Paciente 4 años, masculino, previamente sano que comienza 15 días con dolor abdominal y vómitos, febril los últimos 5 días. Al examen físico buen estado general con hipoventilación en base derecha. Se interpreta como neumonía atípica se medica con Claritromicina. Evolución desfavorable febril persistente, hipoventilación bibasal, requerimientos de oxígeno, tendencia al sueño, anasarca. Laboratorio con leve aumento de transaminasas, hipoalbuminemia, alteración de tiempo de coagulación. Ecografía abdominal: líquido libre, hepatomegalia. Derrame pleural bilateral y pericárdico. Evoluciona con pancitopenia, hipofibrinogenemia, ferritina elevada. Se realiza PAMO con signos de hemofagocitosis. Inicia tratamiento con corticoterapia. A los 11 días de internación ingresa en UTIP. Serologías virales negativas. EBNA positivo con VEB carga viral

203.000 copias. PPD negativa. Neumonología reinterpreta Rx Tx de ingreso compatible con TBC miliar. Inicia esquema antituberculoso con cuatro drogas. Aspirado traqueal PCR para Mycobacterium Tuberculosis negativo. Evolución desfavorable con falla multiorgánica y óbito. Post mortem se recibe carga viral Epstein barr 600.000 copias. Cultivo de aspirado traqueal para TBC positivo.

Tanto el VEB como el Mycobacterium tuberculosis pueden ser desencadenantes de un Síndrome Hemofagocítico. Ambos pueden actuar tanto como gatillo de una forma primaria o como una forma secundaria de tipo infecciosa. En el caso de nuestro paciente no logró esclarecerse de que forma se trataba. La falta de epidemiología y el hallazgo de una posible causa viral demoraron el tratamiento para tuberculosis. Se destaca la importancia del diagnóstico precoz a fin de evitar evolución desfavorable.

919

LA INFECCIÓN URINARIA COMO RESPONSABLE DE INFECCIONES POTENCIALMENTE GRAVES EN LACTANTES MENORES DE 3 MESES CON SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO

Landi Fraguglia M.¹; Barrere Quiroga M.²; Bonardo V.³; Fernie M.⁴

HOSPITAL BRITANICO^{1,2,3,4}

<landisofia@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El abordaje diagnóstico y terapéutico en lactantes febriles (LF) de 29-90 días de vida ha sido motivo de discusión.

Es un desafío en menores de 90 días con fiebre sin foco, diagnosticar y tratar la infección bacteriana severa (IBS). Por escasa sintomatología, es importante determinar qué datos clínico-analíticos son útiles para predecir una IBS e instaurar un tratamiento eficaz ya que tienen mayor riesgo de presentar una IBS comparado con lactantes de mayor edad.

OBJETIVOS

Describir las características clínico-epidemiológicas de LF de 29-90 días de vida evaluando los estudios complementarios y el tratamiento indicado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes internados como LF en el Hospital Británico desde enero 2011 hasta diciembre 2016.

La población estudiada se dividió en 2 grupos: pacientes con rescate de germen (PCRG) y sin rescate de germen (PSRG). Se analizaron datos y se compararon con test de Fisher, P significativo <0,05.

RESULTADOS

Se incluyeron 152 pacientes de 52,5±1,4 días de edad (Rango 29-88), 70% varones. 6% prematuros, 9% requirió luminoterapia (LMT) y 9% presentó otros antecedentes patológicos de relevancia (APR).

La mayoría presentó calendario de vacunación completo y no tuvo evidencia de medio epidemiológico positivo (76% vs 35% respectivamente).

Se obtuvo mayor rescate de germen en los UC (25%) en comparación a HMC y cultivo de LCR (1% vs 9%). E. Coli predominó en los UC (81%), luego E. Faecalis (10%) y Pseudomona (3%). 80% de las ITU correspondían a pacientes sin foco infeccioso.

El grupo PCRG presentó mayor porcentaje de pacientes con Gb>15000 y APR comparado con el grupo PSRG (43vs11%; p<0.001 y 20vs6%; p<0,05 respectivamente). No se obtuvieron valores significativos en recuento de plaquetas, valor de PCR, VSG, antecedente de prematuridad y LMT.

83% recibió tratamiento EV (67% Ampicilina-Cefotaxime, 18% Ceftriaxona, 9% Ampicilina-Gentamicina, 1% Aciclovir). 21% ajustó tratamiento según rescate. La media de tratamiento fue de 2,9±0,2 días (Rango 0-10).

CONCLUSIÓN

En nuestra población, el aumento de Gb sería el único valor capaz de predecir una IBS. Concordando con la bibliografía, la ITU fue la infección potencialmente grave (IPG) más frecuente siendo la E. Coli la bacteria con mayor rescate. La incidencia del rescate en HMC fue del 1%, siendo 2 veces mayor que lo descrito en lactantes mayores a 3 meses (<0.5%). Hipotetizamos que el recuento de Gb contribuiría a una detección temprana de una IBS y que la ITU es responsable de las IPG en los LF sin foco.

920



ACANTOSIS NIGRICANS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES OBESOS

Houdek A.¹; Castilla I.²; Principiano L.³; Sanchez C.⁴; Barrozo R.⁵; Rivas M.⁶; Musolino F.⁷; Digiambattista C.⁸

CENTRO DE SALUD 29 GODOY CRUZ^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<ana_houdek@hotmail.com>

921

INTRODUCCIÓN

La acantosis nigricans es una enfermedad benigna que predomina en el sexo femenino, puede ser hereditaria (esta desde la primera infancia) o esporádica asociada a obesidad, alteraciones endocrinas o drogas, se caracteriza por el engrosamiento e hiperpigmentación de la piel, que adquiere un aspecto aterciopelado formando bandas paralelas, onduladas y proyecciones polipoides (acrocordones). Compromete fundamentalmente los pliegues axilares, inguinales, cervicales, submamaros y la región perianal.

Raramente afecta la cara (mejillas, frente y nariz) y las mucosas (en la forma maligna).

Histologicamente se caracteriza por hiperqueratosis, acantosis irregular leve y papilomatosis.

OBJETIVOS

Determinar la asociación entre la presencia de acantosis nigricans y obesidad infantil y/o síndrome metabólico.

POBLACIÓN

30 niños derivados de la consulta pediátrica, entre 5 y 12 años, que asisten a la consulta pediátrica, en el centro de salud 29- Villa Jovita- Área departamental de salud Godoy Cruz, en el periodo de abril del 2016 a junio del 2017.

METODOLOGÍA

Pacientes ingresados en el programa de sobrepeso y obesidad a través de la derivación pediátrica, con la interacción del equipo multidisciplinario:

nutrición, psicología, agente sanitario, dermatología, profesora de gimnasia. Se realiza en la consulta pediátrica la toma de peso, talla, IMC, tensión arterial, perímetro de cintura. Se solicita analítica general completa para evaluar síndrome metabólico y perfil tiroideo e insulinemia. Se cita a los padres a talleres semanales para concientizarlos sobre el cuidado de la salud de sus hijos.

RESULTADOS

Se observa la presencia de pseudoacantosis nigricans en 5 de los 30 niños evaluados, asociados a obesidad moderada a grave. La edad de aparición es en promedio 6 años, a predominio del sexo femenino. Las lesiones se observan en región axilar y nuca.

Se presentan los datos de laboratorio solicitados, aunque la mayoría de los niños no traen la analítica pedida, ya que los padres no toman conciencia de enfermedad en el presente inmediato.

CONCLUSIONES

Debido al poco compromiso y ausentismo de los padres a las citas, a través de la búsqueda activa, se intenta dar seguimiento a la evolución del paciente. La participación del equipo de salud permite, contener a la familia y al paciente, tratando de inculcar estilos de vida saludable, para evitar la aparición a temprana edad de enfermedades crónicas no transmisibles que lleven a una morbimortalidad temprana.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Dalzotto A.¹; Mancera A.²; Dalzotto A.³; Bickham D.⁴; Corigliano C.⁵

HZGA DR. ARTURO OÑATIVIA^{1,2,3,4,5}

<agustinadalzotto@gmail.com>

922

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es producida por Bartonella Henselae (BH) y se caracteriza por linfadenopatía regional. Es de evolución benigna y autolimitada. El diagnóstico suele demorarse luego de varias evaluaciones clínicas y de laboratorio. Alrededor del 90% tiene antecedentes de contacto con gatos y/o arañazo.

OBJETIVOS

Elevar el índice de sospecha de la EAG como diagnóstico diferencial en adenitis. Instaurar tempranamente el tratamiento antibiótico para acortar los tiempos de evolución.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 7 años que consulta por adenopatía inguinal izquierda de 19 días de evolución, cumplió tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol sin mejoría. Se decide su internación. Presenta resto de examen clínico normal. Se realiza ecografía de la región, laboratorio, serologías, hemocultivos y se medica con clindamicina. Por persistir febril, se realiza resonancia magnética nuclear en la cual se observa colección tras lo cual se ingresa a quirófano para drenar y obtener muestra para cultivos y anatomía patológica. Se rota antibiótico a vancomicina.

Habiendo descartado otras patologías, con cultivos negativos, se solicita serología para BH por medio epidemiológico positivo. Cumple tratamiento con vancomicina y luego de 28 días de internación se otorga egreso hospitalario. Al control la paciente presenta mejoría, momento en el que se confirma por serología el diagnóstico de EAG.

El segundo caso es una paciente de 4 años con tumoración submaxilar y fiebre que se interna por fracaso al tratamiento ambulatorio con amoxicilina-ácido clavulánico. Por clínica, laboratorio de ingreso y ecografía se plantea adenitis infecciosa abscedada se hemocultiva y se rota a clindamicina. Se toma muestra para cultivo y anatomía patológica. Al persistir febril, sin mejoría, con cultivos negativos, se investigan otras causas, entre ellas serología para BH, siendo la misma positiva por lo que se rota antibiótico a claritromicina. Luego de dos días con buena evolución, se otorga egreso hospitalario completando tratamiento ambulatorio.

CONCLUSION

La EAG debe plantearse entre los diagnósticos diferenciales en pacientes con adenopatía regional, destacando la importancia de la anamnesis dirigida en búsqueda del antecedente epidemiológico. Un alto índice de sospecha facilita un diagnóstico precoz evitando procedimientos y terapéuticos innecesarios. Si bien se trata de una patología autolimitada, el tratamiento antibiótico acorta su evolución natural.



RELACIONES INTERPERSONALES, UN TÓPICO INELUDIBLE EN LA CONSULTA ADOLESCENTE.

Lauriente A.¹; Alvarez M.²; Mogues D.³; Ariganello G.⁴; Perez M.⁵; Lamboley G.⁶

HOSPITAL BELGRANO^{1 2 3 4 5 6}

<ailu.laurien@gmail.com>

923

INTRODUCCIÓN

El bullying es una forma de discriminación de unos estudiantes hacia otro u otros por sus características o su forma de vida. Se manifiesta en comportamientos o conductas repetidas y abusivas con la intención de infringir daño por parte de una o varias personas hacia otra, que no es capaz de defenderse a sí misma. Puede ser violencia verbal, física, psicológica, de índole sexual, material, o cibernética.

El bullying afecta a toda la comunidad educativa: deteriora la convivencia.

OBJETIVO

El objetivo de la presente exposición es remarcar la importancia del abordaje de las relaciones interpersonales de forma rutinaria en la consulta pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODO

Como material se utiliza la historia clínica del servicio de pediatría del hospital y como metodología es una presentación del tipo descriptiva.

Caso clínico: Paciente femenina de 12 años. Consulta a la guardia por dificultad respiratoria. Previamente sana, en este último año había comenzado con "ataques de asma", por lo que debió retirarse de la escuela en reiteradas oportunidades.

Al examen físico no presenta signos de bronco-obstrucción, por lo que se reinterroga a la paciente y a su madre para intentar comprender cuál es el real motivo de consulta.

En un marco de mayor confidencialidad y comodidad la madre refiere que estos episodios comenzaron con el cambio de escuela de la adolescente. Entonces la paciente relata según sus compañeras era "la distinta de otro barrio" y la agredían por ello y en esos momentos presentaba episodios en los que "no podía respirar y necesitaba retirarse de la escuela".

CONCLUSIONES

El bullying es una violación de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Esta forma de discriminación agrupa a los actores en tres grupos, el alumno que es violentado, el que violenta y el que observa.

El cambio de paradigma en la atención médica respecto al abordaje integral del paciente es evidente. Se debe considerar a la salud como el bienestar no sólo físico sino también social y mental, por lo que nunca se debería dejar de abordar el tema de relaciones interpersonales en la consulta. De esta forma el médico podría trabajar de forma temprana no sólo con las instituciones educativas sino también con las familias para cortar rápidamente con este sistema violento que pone en peligro tanto la continuidad de la educación, como también el desarrollo de la personalidad del adolescente.

HALLAZGOS CUTÁNEOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA: REPORTE DE 5 CASOS

Landi Fraguglia M.¹; Fortes P.²; Bonardo V.³; Cervetto V.⁴; Formisano S.⁵; Flores R.⁶; Greco F.⁷; Fernie M.⁸

HOSPITAL BRITANICO^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<landisofia@gmail.com>

924

INTRODUCCIÓN

El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una enfermedad infrecuente, con una incidencia de 1 caso por millón de niños, de evolución tórpida y potencialmente fatal. Se produce una activación de histiocitos con hemofagocitosis en médula ósea y otros sistemas linfoides, generando una respuesta alteración en la respuesta inflamatoria. Existe una alteración de la regulación inmune presentando fiebre y hepatoesplenomegalia, junto con citopenia, coagulopatía, hipertrigliceridemia y hemofagocitosis. El 58% de los pacientes presenta una erupción polimorfa, maculopapular eritematosa difusa o petequiral.

OBJETIVO

Presentar el compromiso cutáneo en pacientes con diagnóstico de SAM del servicio de pediatría del Hospital Británico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo con revisión de base de datos de historias clínicas de 5 casos con diagnóstico de SAM internados en el servicio de pediatría del Hospital Británico desde el año 2001 al 2017.

RESULTADOS

Se obtuvieron 5 pacientes con diagnóstico de SAM. La edad promedio de presentación fue de 3,6 años (0,08-11 años).

Dos pacientes (40%) presentaron una enfermedad genética de base: Síndrome de Down (SD) y Enfermedad de Chediak Higashi. Un paciente se diagnosticó simultáneamente una enfermedad autoinmune: Lupus eritematoso sistémico

(LES). Otro está en estudio por SAM de origen primario.

Dos pacientes obtuvieron rescate infectológico: uno presentó infección aguda por Mycoplasma y el otro, con antecedente de SD, rescató en HMC Streptococcus Pneumoniae y Haemophilus Influenzae, en UC Enterobacter Cloacae Complex y serologías para Parvovirus.

En todos se constató algún hallazgo cutáneo: dos pacientes presentaron rash urticariforme pruriginoso; uno eritema malar y rash macular eritemato-violáceo en área de escote adjudicado al diagnóstico de LES y en los otros dos se constató erupción eritemato-purpúrica en placas y generalizada. No se realizó biopsia cutánea a ningún paciente por la morbilidad que presentaban.

Todos los pacientes fueron tratados para SAM con gammaglobulina EV asociado o no a corticoides sistémicos. De los 5 pacientes, dos fallecieron; uno en el proceso agudo del SAM y el otro durante el tratamiento de su patología de base. El resto evolucionó favorablemente con manejo ambulatorio.

CONCLUSIÓN

El SAM es una entidad de evolución rápida y su sospecha diagnóstica es clave para iniciar tratamiento temprano. Si bien se describe compromiso cutáneo del 58 %, en nuestro medio la prevalencia fue más elevada (80%), facilitando así, el diagnóstico de estos pacientes.



FRAGILIDAD DEL X Y OTRAS ENTIDADES ASOCIADAS AL GEN FMR1: ESTUDIO DE 28 FAMILIAS AFECTADAS

925

Ormazabal M.¹; Solari A.²; Espeche L.³; Buzzalino N.⁴

CENTRO NACIONAL DE GENÉTICA MÉDICA^{1,2,3,4}

<mariel.ormazabal@yahoo.com.ar>

La presencia de mutaciones en el gen FMR1 se asocia a fragilidad del X (SFX), tremor/ataxia (FXTAS) e insuficiencia ovárica primaria (FXPOI). En más del 99% de los casos dicha mutación es causada por un incremento patológico en el número de repeticiones de trinucleótidos CGG en la región 5' no traducible del gen.

En el presente estudio se analizan el modo de presentación, segregación familiar y correlación clínico-molecular de los pacientes que consultaron en el Centro Nacional de Genética Médica con mutaciones en el gen FMR1 detectadas mediante técnicas de PCR y eventual Southern blot.

Para cada individuo que presentaba la mutación se evaluó motivo de consulta, características fenotípicas, sexo, edad y rango de expansión de trinucleótidos.

El motivo de consulta principal fue deficiencia intelectual (DI)/ trastorno del espectro autista (TEA) 21/28 familias (75%), seguido por antecedentes familiares de SFX 6/28 (21.4%) y por último FXPOI 2/28 (7.1%).

En total se hallaron 55 individuos con expansión del gen cuyas edades comprendían de 3 a 74 años. En rango de mutación completa 18 varones y 5 mujeres con DI y 4 mujeres sin DI, de premutación 3 varones y 19 mujeres (3 de ellas con FXPOI) y en zona Gris 3 varones y 3 mujeres.

El 44,4% de los varones con mutación completa presentaban características de TEA (8/18), pero ninguna de las 9 mujeres de este grupo. De las nueve mujeres con mutación completa el 55,5% (5/9) presentaba DI.

El 15,7% (3/19) de las mujeres premutadas tenían diagnóstico de FXPOI. No se constataron casos de FXTAS en los individuos estudiados.

En el presente estudio se observó variabilidad de expresión en las mutaciones del gen FMR1 dentro de un mismo grupo familiar. Esto recalca la importancia en la consulta pediátrica de interrogar sobre antecedentes de TEA, POI y FXTAS en las familias que consultan por un niño con DI.

Ante un paciente con DI la consulta con el genetista debe formar parte de su evaluación integral. Si bien existen indicaciones específicas para realizar el estudio molecular de SFX, dado que las anomalías cromosómicas (de novo o heredadas) han sido identificadas más frecuentemente que las mutaciones del FMR1, el cariotipo suele ser el primer estudio en solicitarse.

El SFX es la causa más frecuente de DI heredable. Un diagnóstico temprano de esta entidad permite una terapia adecuada y un asesoramiento familiar correcto.

MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD AL DIAGNÓSTICO DE VIH EN NIÑOS EXPUESTOS. DISMINUCIÓN DE OPORTUNIDADES PERDIDAS.

928

Alvarez L.¹; Bruno M.²; Cañizal A.³; Zeltman C.⁴; Theaux C.⁵; Notaristefano G.⁶; Serrano N.⁷; Rivas M.⁸; Puca M.⁹; Erviti A.¹⁰; Marciano G.¹¹

HOSPITAL DURAND^{1,2,4,5,6,7,8,9,10,11}; HOSPITAL MUÑIZ³

<laura_v_alvarez@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico temprano de la infección por VIH en los niños con exposición perinatal es importante para el inicio del tratamiento antirretroviral. A partir del 2016 se dispone de tecnología en el hospital para realizar la detección de RNA plasmático que podría disminuir oportunidades perdidas de diagnóstico.

OBJETIVO

Evaluar el proceso de diagnóstico de infección por VIH en los niños expuestos nacidos en el Hospital C. G. Durand en el periodo enero 2013 y junio 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Se incluyeron los niños hijos de madres con VIH. Se comparó el período previo (2013-2015) donde se realizaba DNA proviral y RNA plasmático en el laboratorio de referencia y posterior (2016/2017) cuando se suma la posibilidad de realizar RNA plasmático en nuestro hospital (Cobas Taqman® HIV-1 Test v2.0). Se analizó la proporción de niños con primer estudio virológico <7 días de vida y la proporción de niños con diagnóstico final considerado las muestras analizadas a >12 semanas de vida.

RESULTADOS

Nacieron en el hospital 90 niños hijos de madres con VIH. Residían en la CABA 49 (54,4%) y 41 (45,6%) en Provincia de Bs. As. Se incluyeron 88 niños en el seguimiento.

Año	N	1a muestra < 7 días	1a muestra > 7 días	Diagnóstico final
2013	27	6 (22,2%)	21 (77,7%)	16 (59,3%)
2014	16	3 (18,7%)	13 (81,3%)	13 (81,3%)
2015	23	7 (30,4%)	16 (69,6%)	21 (91,3%)
2016	17	5 (29,4%)	12 (70,6%)	17 (100%)
06-2017	5	3 (60,0%)	2 (40,0%)	5 (100%)
Total	88	24 (27,3%)	64 (72,7%)	72 (81,8%)

No se detectó diferencia significativa en los estudios realizados en el segundo período en <7 días de vida OR 1.7 (IC95% 0.63-5.03), observándose un incremento de la proporción de estudios realizados el último año. La posibilidad de completar el diagnóstico virológico fue estadísticamente significativa en segundo período OR 1.3 (IC95% 1.15-1.51). Las principales dificultades para realizar los estudios virológicos en los primeros días se relacionaron con la cantidad de sangre necesaria y la logística para la derivación al laboratorio de referencia.

CONCLUSIÓN

La disponibilidad de tecnología para realizar la detección de RNA plasmático permitió mejorar el proceso de diagnóstico en los niños hijos de madres con VIH nacidos en el hospital y disminuir oportunidades perdidas. Los cambios en la logística para la derivación podría optimizar el procesamiento de la primera muestra dentro de los primeros días de vida.



INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. COMPORTAMIENTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

929

Guerra M.¹; Liberman P.²; Eilert M.³; Zapata Martínez A.⁴; Honikman W.⁵; Farfan S.⁶; Gaiano A.⁷; Reynoso N.⁸

HOSPITAL MUNICIPAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<draluciaguerra@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las infecciones invasivas por Staphylococcus aureus (SA) son causa de internación y morbi-mortalidad en niños. Producen infecciones de piel y partes blandas, neumonía, empiema, osteomielitis y sepsis con considerable mortalidad.

Algunas cepas de SA presentan resistencia a meticilina, con variable resistencia a eritromicina/clindamicina y baja resistencia a trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMZ). Estas cepas se definen como Staphylococcus aureus meticilino resistente de la comunidad (SAMRco) a diferencia de las cepas intrahospitalarias que son multirresistentes.

OBJETIVO

Describir clínica, complicaciones, mortalidad y resistencia antibiótica de cepas de SA en niños internados.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron historias clínicas de niños de 28 días a 15 años, internados en el Hospital Materno infantil de San Isidro, con infección confirmada por SA, entre el 01/04/2015 y el 30/04/2017

RESULTADOS

Se incluyeron 41 niños. Edad: de 2 a 179 meses, mediana 48 m. 61% varones. Las internaciones por SA representaron un 0,85% del total (4893) en ese período, y un 88% fueron SAMR; mediana de internación 7 días (3 a 70 días). El 100% de los pacientes eran inmunocompetentes. El 65% de los pacientes tuvo fiebre, 48% celulitis, 14% adenitis; 7%

abscesos profundos y miositis 9,6% supuración pleuropulmonar; 1 IRAB con influenza A+, 7% infecciones osteoarticulares; 4,8% colecciones abdominales, 1 absceso psoas con meningitis y derrame pericárdico y 1 shock séptico por SAMR que falleció (1/41) 2,4%

Se rescató SA en 8 (19,5%) Hemocultivos (6 SAMR), en 28 cultivos de lesión de los cuales 10 requirieron drenaje quirúrgico de colecciones purulentas, 3 en líquido pleural (3 SAMR), en 2 cirugías de abscesos abdominales, 2 en hueso y en 1 líquido cefalorraquídeo.

SA resistente a Eritromicina 12%; SAMR 88% (37/41):10,8% resistentes a Clindamicina, todos sensibles a Vancomicina. 32/32 sensibles a TMP SMZ Requirieron procedimientos invasivos 13/41 (10 SAMR) y drenaje pleural 4/41

CONCLUSIONES

Las infecciones de piel y partes blandas fueron las más frecuentes, requiriendo drenaje quirúrgico un número elevado. De los niños internados con infección invasiva por SA predominó el SAMRco como agente causal. Si bien son necesarios estudios multicéntricos, el 90% de los SA fueron sensibles a clindamicina, lo cual permitiría continuar utilizándolo en forma empírica en niños que requieran internación. Es fundamental un alto índice de sospecha con respecto al SAMRco como agente etiológico en estos cuadros clínicos y obtener cultivos de todos los materiales posibles para guiar el tratamiento antimicrobiano adecuado.

COR TRIATRIATUM REPORTE DE UN CASO

930

Donet M.¹; Zanotto I.²; Nieves G.³

HOSPITAL NUEVO RIO CUARTO^{1,2,3}

<marilindonet@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Cor Triatriatum (CT) es una cardiopatía congénita poco frecuente (0,1%), en la que la aurícula izquierda (AI) está dividida por un septum fibromuscular en una cámara posterior ó accesoria que recibe las venas pulmonares, y una cámara anterior ó AI verdadera que está en relación con la válvula mitral. El septum puede tener uno ó varios orificios pequeños. Las manifestaciones clínicas dependen del tamaño del orificio. Defectos asociados: CIA, CIV, Anomalía del retorno venoso pulmonar, VCS Izquierda persistente, Co Aorta, Fallot y DAP. El 30% no tiene asociación. Puede cursar asintomática y ser diagnosticada por ecocardiografía. Los signos y síntomas más frecuentes de presentación son: soplo, disnea, infección respiratoria, insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar y EAP; en el ECG desviación del eje a la derecha e HAD y en Rx de tórax cardiomegalia, congestión venosa o edema pulmonar, arteria pulmonar prominente o hipertrofia de cavidades derechas. El diagnóstico es ecocardiográfico y el tratamiento es quirúrgico.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de una enfermedad poco frecuente, en un paciente con dificultad respiratoria secundaria a síndrome bronquiolítico y cardiomegalia en la radiografía; conocer su evolución, complicaciones y seguimiento.

Caso clínico: Paciente masculino de 9 meses de edad sin antecedentes. Consulta en guardia por dificultad respiratoria y cianosis. Mala mecánica

respiratoria, crépitos bibasales, soplo tubario en base izquierda. Sat de O2 78%. Ingres a UTIP. Taquicárdico, febril, pulsos periféricos presentes, hepatomegalia, soplo sistólico 2/6, 2º ruido aumentado. Rx tórax: cardiomegalia moderada e infiltrado basal izquierdo. ECG: HAD e HVD. Sat de O2 90% (máscara reservorio). Ecocardiograma: Cor Triatriatum, cavidades derechas severamente dilatadas e HTP. Inicia tratamiento con Ceftriaxona, Furosemida EV, O2, Hidratación parenteral y SNG. Viroológico: VRS +. Hemocultivos negativos. Internado 15 días en UTI y 4 días en Sala pediátrica requiriendo O2 por cánula nasal. Se deriva a centro de mayor complejidad para resolución quirúrgica.

CONCLUSIÓN

CT en una patología infrecuente. El ecocardiograma es clave para realizar el diagnóstico y definir la anatomía. El diagnóstico y tratamiento oportuno de ésta cardiopatía es fundamental para la sobrevida de los pacientes.



NEFRITIS POR SHUNT: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ledesma F.¹; Visconti P.²; Aguilera Á.³

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CORDOBA^{1,2,3}

<facu099@hotmail.com>

931

INTRODUCCION

La nefritis por shunt es una glomerulonefritis mediada por inmunocomplejos asociada a infección crónica de válvulas de derivación ventriculoatrial.

OBJETIVO

Descripción de un caso clínico inusual: complicación infecciosa relacionada con válvula de derivación ventriculoatrial.

CASO CLINICO: Paciente femenina de 3 años con diagnóstico de mielomeningocele e hidrocefalia congénita con válvula de derivación ventrículo atrial. Ingresa por síndrome febril, fallo renal y anemia severa. Presenta antecedentes de hematuria macroscópica de 4 meses y fiebre recurrente de 1 año de evolución. Manifestaciones renales al ingreso: hematuria macroscópica, proteinuria, hipertensión arterial y edemas periféricos. Se pancultiva, rescatando Estafilococo epidermidis en hemocultivo y líquido cefalorraquídeo y Escherichia Coli en urocultivo. Requiere múltiples transfusiones de glóbulos rojos. Recibe antibioticoterapia dirigida. Estudios complementarios: creatinina: 2.39 mg/dl, urea: 173 mg/dl, complemento: C3: 40 mg/dl, C4: 6 mg/dl. ANCA: Positivo PR3, crioglobulinas negativas. Se realiza biopsia renal donde se constata glomerulonefritis crescentica, necrosis tubular aguda y necrosis tubulointerstitial con depósitos de IgG, IgM y C3. Se decide recambio de válvula de derivación ventriculoatrial a derivación ventriculoperitoneal,

previa colocación de drenaje ventricular externo hasta negativización de cultivos. Se indican pulsos de corticoides por 3 días con descenso progresivo. Evoluciona favorablemente con recuperación completa de la función renal.

CONCLUSIONES

En la presentación de esta patología poco frecuente es necesaria la sospecha diagnóstica y el tratamiento temprano basado en antibioticoterapia endovenosa, remoción inmediata de la válvula de derivación ventriculoatrial, y terapia de inmunosupresión con corticoides para evitar el deterioro de la función renal.

SINDROME DE SWEET - A PROPÓSITO DE UN CASO

Agüero L.¹; Zabaljauregui C.²; Argañaraz B.³; Zamora V.⁴; Sauer E.⁵; Corgnali M.⁶; Vildoza C.⁷; Lopez Cruz M.⁸

CEPSI EVA PERON^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<lauriaguri@hotmail.com>

932

OBJETIVO

Presentar caso clínico de baja frecuencia en pediatría.

INTRODUCCIÓN

El síndrome Sweet o dermatosis neutrofilica febril fue descrito por primera vez en 1964 y se caracteriza por la tríada de fiebre, lesiones cutáneas eritematosas dolorosas y leucocitosis con neutrofilia. De rara presentación en pediatría.

Descripción: Lactante de 8 meses sin antecedentes patológicos de importancia; cursa cuadro clínico de 5 días de evolución caracterizado por CVAS y fiebre, recibiendo tratamiento sintomático. Presenta deposiciones diarreicas sanguinolentas, consulta y se le indica tratamiento con cefalexina. Continúa decaído, con compromiso del estado general. Se interna. Comienza aparición de placas eritematosas, nódulos de 1 cm de diámetro, intensamente dolorosos a la palpación y vesículas, distribuidas en región de la cara, miembros y abdomen. En laboratorio leucocitosis con reactantes de fase aguda aumentados. Descompensación hemodinámica, pasa a UTIP. Se intuba, ARM, shock descompensado, sensible a catecolaminas, mejorando en 48 horas. ATB triple esquema (Vancomicina/Imipenem/Amikacina). Compromiso multiorgánico (renal, hepático, cardiovascular). Ic con dermatología, biopsia de piel. Vesículas evolucionan a úlceras cubiertas de costras necróticas. Serologías y PCR en orina para CMV +, LCR negativo. Cultivos piel, hemocultivos negativos. Resultado de biopsia infiltrado de neutrofilos en dermis papilar y reticular que invade hipodermis, sin signos de vasculitis. Considerando

clínica, laboratorio y biopsia se asume cuadro como Síndrome de Sweet, comenzando tratamiento con corticoides a 1 mg/kg/día con rápida mejoría clínica. Dicho tratamiento se realizó por 3 semanas, en las cuales no se observó recidiva de la enfermedad. Alta hospitalaria a los 32 días. Control ambulatorio con mejoría gradual de lesiones cutáneas.

CONCLUSIÓN

Esta patología es una entidad clínica de escasa frecuencia en pediatría la cual reúne todos los criterios diagnósticos. Destacar la importancia del manejo multidisciplinario de esta patología compleja.



ASOCIACIÓN DE COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES MENORES DE 2 AÑOS CON LA PRESENCIA O AUSENCIA DEL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HIGA EVA PERÓN SAN MARTÍN

934

Encinas C.¹; Winter L.²; Caputi L.³; Choque W.⁴; Ferreres L.⁵; Solis Y.⁶; Ventura E.⁷

HIGA EVA PERÓN DE SAN MARTÍN^{1,2,3,4,5,6,7}

<nayla.encinas@gmail.com>

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

El virus sincicial respiratorio (VSR) es la causa más importante de infecciones respiratorias agudas bajas (bronquiolitis y neumonía) en lactantes y niños pequeños, contribuyen a casi un 25% de las hospitalizaciones y un 1% de la mortalidad. Se conoce que la evolución de los síntomas puede ser muy rápida, manifestando complicaciones y culminando en el deceso del paciente que presenta dicho virus.

El objetivo de nuestro trabajo es evaluar las complicaciones de los pacientes menores de 2 años con virológico de secreciones nasofaríngeas (VSNF) positivos y negativos para el VSR del Servicio de Pediatría del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón de San Martín (Pcia. Bs As-Argentina), y determinar si los que presentan virológico negativo tienen menos complicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se tomó a la población pediátrica de 0 a 2 años de edad que requirió internación en el servicio de pediatría del HIGA Eva Perón de San Martín desde el mes de mayo hasta el mes de agosto del año 2016, en donde se revisó de manera minuciosa cada historia clínica para poder cuantificar los pacientes que solamente presentaron VSNF negativo y positivo para VSR.

RESULTADOS

Del total de los pacientes (345), un 53,05% presentaron VSNF positivo para VSR. Un 43,18% del total, presentó complicaciones, siendo en su mayoría neumonía (54,46%), derrame pleural (0.29%) y derrame pericárdico (0.29%).

CONCLUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio, revelaron que el rescate del VSR, no es condicionante para la evolución tórpida del paciente pediátrico, ya que un 22,31% de la población con VSNF negativo, presentó complicaciones, en comparación al 20.87% de pacientes con VSR (quienes en un 56,25% requirieron cuidados intensivos pediátricos por dicho evento).

BIOMARCADORES EN EL AIRE EXHALADO DE NIÑOS ASMÁTICOS: UNA NUEVA APROXIMACIÓN AL ESTADO DE LAS VÍAS AÉREAS

935

Figuroa J.¹; Vocos M.²; Roque M.³; Primrose D.⁴; Donth Leger G.⁵; Oliva C.⁶; Velasco Suarez C.⁷; Andrada G.⁸; Balazat A.⁹

HOSPITAL DE CLÍNICAS Y FUNDACIÓN P.CASSARÁ, ICYT MILSTEIN^{1,2}; HOSPITAL DE CLÍNICAS^{3,4,5,6,8,9}

<neumopedhclin@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La descripción de que el aire exhalado lleva moléculas gaseosas o particuladas producidas en el tejido bronquial que pueden ser muestreadas y medidas con metodología no invasiva ha producido prometedores adelantos en la posibilidad de aproximarse a los mecanismos involucrados en la evolución de los pacientes. Si bien no está aún claro el lugar que pueden ocupar estas mediciones creemos de interés presentar al pediatra esta nueva metodología.

OBJETIVOS

Describir líneas y resultados de investigación basados en la valoración de biomoléculas en el aire exhalado de niños asmáticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

1) Fracción de Oxido Nítrico Exhalado (FENO): la liberación de NO bronquial aumenta con la inflamación eosinofílica. Se midió La FENO en 130 niños asmáticos y se evaluó la correlación con el Test de Control del Asma-ACT, la espirometría basal y la respuesta al broncodilatador (β_2). El aumento de la FENO correlaciona con la respuesta a β_2 , marcador de hiperreactividad. Por otro lado se midió la FENO en 45 niños que realizaron un test de broncoprovocación por carrera para definir si presentaban broncoespasmo por ejercicio. Una FENO alta se asoció con test positivo; una FENO <50 predijo respuesta negativa con un 98 % de sensibilidad. 2)pH en el condensado del aire exhalado (CAE): se ha descrito que un menor pH en el CAE indica inflamación.

Estudiamos niños asmáticos tratados con corticoides inhalados en quienes se disminuyeron los mismos según criterios de la guía GINA. En ese momento se les tomó ACT, espirometría pre y post β_2 , y FENO; luego fueron seguidos cada tres meses por un año registrando exacerbaciones. Se incluyeron 131 niños, el 33% presentó exacerbaciones; estos pacientes tuvieron un pH más bajo en el CAE (7,80 vs 7,95; $p = 0,027$). 3) IL-6 en el CAE. Se ha descrito el aumento sérico esta citoquina proinflamatoria en el asma. Dado que el epitelio bronquial produce IL-6 medimos sus niveles en el CAE de 45 niños con asma controlada y espirometría normal en quienes se había descendido o suspendido el corticoide inhalado. IL-6 solo fue dosable (3,1-8,8 pcgr/ml) en el CAE del 15 % de los niños y esto se asoció con respuesta al broncodilatador ($p0.08$) y suspensión del corticoide inhalado ($p0.0001$), por lo que interpretamos que IL-6 elevada puede ser signo precoz de inflamación.

CONCLUSIONES

Las valoraciones de diferentes biomoléculas en el aire exhalado podrían llegar a ser de utilidad en la toma de decisiones clínicas.



EL ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN UN PACIENTE CON ALTO RIESGO SOCIAL.

Alvarez M.¹; Lauriente A.²; Mogues D.³; Ariganello G.⁴; Perez M.⁵

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL MANUEL BELGRANO^{1,2,3,4,5}

<marialasalvarez1984@gmail.com>

936

INTRODUCCIÓN

La interdisciplina en medicina se da cuando diversas áreas trabajan asociadas para resolver las problemáticas del paciente, "el abordaje holístico del mismo y no como una suma de situaciones independientes".

OBJETIVO

Destacar la importancia del abordaje interdisciplinario en la atención diaria. Caso clínico: Ingresa paciente femenino de 11 meses con livideces. Refieren antecedentes de NPT, ECN con colostomía y cierre secundario. Egreso hospitalario 24 hs antes.

A las 4 hs ingresa a la guardia el gemelo de la niña con un cuadro febril en mal estado general traído por su hermana mayor (20 años) quien refiere descuido por parte de sus padres y explica no poder encargarse. Se decide su internación pero al no contar con un tutor se da aviso al Servicio Local de Protección y Promoción de derechos de niños, niñas y adolescentes (en adelante SL).

Horas más tarde se apersona la madre y las medidas legales se suspenden. Antecedentes personales: NPT de embarazo gemelar, sin controles médicos previos, cursando CVAS; familiares: Madre: 14 hijos, la mayor 20 años, los menores 11 meses; los últimos 4 hijos del mismo padre y a cargo de ambos, con antecedentes de consumo de sustancias de abuso e hijos judicializados. Padre antecedentes de abuso de alcohol.

Valoración integral del paciente: presenta retraso neuromadurativo y desnutrición secundarias al hipoestímulo y al hipoaporte respectivamente cuyos padres atravesaban un duelo.

Luego de mediar los informes solicitados el SL decreta una medida de abrigo por asumir negligencia por parte de los tutores y permanece internado en el Servicio de Pediatría a la espera de una familia de tránsito. Durante la misma: mejora el vínculo con los padres; seguimiento nutricional estricto; estimulación temprana semanal; seguimiento con salud mental para el grupo familiar y los padres individualmente.

Luego de un mes se reevalúa la situación individual y familiar. Se informa al SL los avances desde los Servicios de Pediatría, Salud Mental y Servicio Social. Se decide el cese del abrigo y se pauta seguimiento trisemanal con Salud Mental y semanal con Estimulación temprana y Pediatría.

Al cabo de unos meses se constata la normalización del peso y pautas neuromadurativas y el seguimiento con Salud Mental se lleva a quincenal para el grupo familiar.

CONCLUSIÓN

Dado el trabajo interdisciplinario entre los Servicios de Pediatría, Social y Salud Mental se logró que el paciente pueda continuar al cuidado de sus padres en un entorno saludable.

A PROPÓSITO DE UN CASO...

Denegri Berdini A.¹

CLINICA DEL SOL¹



937

INTRODUCCION

El neuroblastoma es el tumor sólido extracraneal más frecuente en la infancia y el cuarto en frecuencia del total de neoplasias infantiles después de las leucemias, los tumores del sistema nervioso central (SNC) y linfomas. Las localizaciones más comunes son abdomen y mediastino. La edad media de aparición es en menores de 2 años. La incidencia del neuroblastoma oscila entre 8 y 10 casos por millón de niños por año.

OBJETIVO

Mostrar presentación atípica de neuroblastoma.

PRESENTACION DE CASO: Paciente masculino, 2 meses de edad sin antecedentes, presenta pequeña lesión nodular en margen anal sin síntomas acompañantes. El pediatra de cabecera sugiere conducta expectante y control. Al constatar aumento del tamaño en pocos días, deriva a centro de complejidad para su evaluación. En la ecografía se detecta lesión vascularizada que se profundiza. Se realiza RMN sacra, descubriéndose lesión sólida, paravertebral de 27x36x19 mm a nivel de S1 y S2, en contacto con estructuras vasculares, pero sin invadirlas. Se descartó contacto con canal medular. Las catecolaminas en orina y los marcadores tumorales estaban elevados. Se realiza exéresis de la lesión en margen anal y punción de médula ósea. El resultado de la biopsia: tejido inflamatorio inespecífico. Se realiza junta médica y se decide extirpación del tumor sacro, el cual se extrae en forma completa. Biopsia: Neuroblastoma poco diferenciado, con células en roseta. No pudo demostrarse continuidad física con la lesión perianal.

CONCLUSION

Un buen examen físico, contar con los padres como aliados, el seguimiento y control de lesiones y la derivación oportuna son las claves para la detección de patologías poco frecuentes.



INFECCION BACTERIANA GRAVE POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMRCo) A PROPÓSITO DE UN CASO

939

Doval N.¹; Chipana D.²; Carlá P.³; Gómez L.⁴; Jorge C.⁵; Almirón M.⁶; Ruiz S.⁷; Mirada A.⁸; Trybiaz I.⁹; Colombo F.¹⁰; Macías C.¹¹; Schianni M.¹²; Fernández A.¹³

HTAL MERCANTE-JOSE C. PAZ-BS. AS.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13}

<noeliadoval1@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

Las infecciones por SAMRco se presentan en general como infecciones superficiales de piel y partes blandas, que son motivo de consultas médicas frecuentes y de tratamiento ambulatorio, pero puede provocar infecciones graves. Las formas invasivas habituales son osteoarticulares y pleuropulmonares, las menos frecuentes meningea. Los factores de riesgo más comunes para desarrollar este tipo de infecciones son internaciones en sala y unidad de cuidados intensivos, uso de catéteres, neurocirugías. Desde hace 10 años, en distintos países del mundo, se han detectado casos de infecciones por SAMR en pacientes sin factores de riesgo. El SAMR-co suele identificarse en el cultivo de las lesiones supuradas; sin embargo, no es infrecuente la bacteriemia en niños con infecciones graves. La frecuencia reportada de hemocultivos positivos en los pacientes sin enfermedad subyacente con infecciones producidas por SA es del 5%.

OBJETIVO

Considerar en pacientes con infecciones de piel y partes blandas, sin enfermedades subyacentes ni antecedentes de internaciones, el SAMRCo como probable causa de infección bacteriana grave.

MATERIAL Y METODO

Paciente de 12 años ingresa por fiebre de 48hs de evolución, celulitis abscedada en nariz y celulitis preseptal bilateral. Se interna, se realizan hemocultivos x 2, se medica con clindamicina y ceftriaxona. A las 24 hs de internación, rigidez de nuca, parálisis VI par, arreflexia, ataxia. TAC de orbita y cerebro sin particularidades. Punción lumbar, físico-químico patológico.

Se asume meningoencefalitis, se indica ceftriaxona a dosis menígea más clindamicina. A las 48 hs, resultado de 1ros hemocultivos x 2 cocos +, se realizan hemocultivos x 2, se rota clindamicina por vancomicina dosis menígea. 5 día de internación: paciente febril con lesiones herpéticas en cara. Resultado de 1ros hemocultivos x 2 SAMR 2:2. Se realiza nueva punción lumbar (físico-químico patológico) se indica Aciclovir EV. 6 día de internación: Neumonía bibasal con derrame pleural más ecografía abdominal con líquido en Fondo de Saco de Douglas. PPD negativa. HIV negativo. 9 día de internación: 2dos hemocultivos x 2 SAMR 1:2, se realizan nuevos hemocultivos x 2. 14 día de internación: 3ros hemocultivos x 2 bacilos neg. Se suspende ceftriaxona, se realizan hemocultivos x 2 y se indica Imipenem. Líquido cefaloraquídeo cultivos neg, virológicos herpes neg, se realiza 14 días totales de aciclovir. 16 día de internación: por persistir febril, se descarta foco profundo (TAC abdomen y senos paranasales, Fonde de Ojo, ECO cardiograma). Inteconsulta con neurología, solicita resonancia magnética cerebro con y sin contraste en tiempo arterial y venoso (se descarta enfermedad desmielinizante y trombosis de seno venoso). 23 día de internación: resultado 3ros hemocultivos x 2 Sphingomona Paucimobilis 1:2. Realiza con Vancomicina 14 días e Imipenem 10 días totales desde hemocultivos x 2 neg. 29 día de internación: Egresada.

CONCLUSION

No subestimar lesiones localizadas de piel y partes blandas, en pacientes inmunocompetentes, dado la incidencia del SAMRco y su asociación con infección bacteriana grave.

CUANDO UNA ADECUADA ANAMNESIS SALVA VIDAS. REVISIÓN DE TERAPÉUTICA EN EL MANEJO DE LA SIFILIS CONGÉNITA.

940

Estevanel A.¹; Ratti V.²; Tula C.³; AgÜero N.⁴

HOSPITAL Y MATERNIDAD SANTA ROSA VTE.LOPEZ^{1,2,3,4}

<amestevanel@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La incidencia de casos de Sífilis Congénita (S.C) en Argentina, ha mostrado en los últimos años un marcado incremento, a pesar de las políticas de control infectológico implementadas a través del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (M.S.N.A) y cumplidas en las distintas instancias de atención de la embarazada en los Centros de Salud. En el año 2010 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) aprobó la Estrategia y Plan de acción de la transmisión del VIH y de la S.C en las Américas proponiéndose lograr para el 2015 llegar a una tasa de 0,5 casos de S.C por 1000 recién nacidos vivos. Lejos de lograrse la meta, los datos del año 2013 del M.S.N.A arrojan un registro de 1,05 de casos por 1000 R.N vivos, cifra que sigue en aumento. Evidentemente estamos ante una problemática infectológica que lejos de mejorar, empeora.

OBJETIVOS

Se plantea como resultado de un caso clínico, la necesidad de incluir en el seguimiento infectológico de la embarazada con sífilis, los datos serológicos y el cumplimiento del tratamiento de las parejas involucradas, el registro escrito de las pautas dadas con respecto a los riesgos de re-infección de la gestante en el caso de incumplimiento de las parejas, y la re-evaluación por anamnesis dirigida en la puérpera en la internación conjunta de fallas en el cuidado en el embarazo, emponderando la función del Médico Pediatra, como médico de la Familia, responsable directo de la salud infantil y el bienestar del RN.

CASO CLÍNICO: Se presenta RNTPAEG, producto de embarazo de madre de 22 años G1P0, controlado, inmunizado, con serología en el 2º trimestre positiva para Sífilis – VDRL 32 DILS y FTA abs positiva – tratada con 3 dosis de penicilina dadas en el tiempo y forma adecuada, con certificación escrita en Historia Clínica de la paciente. Al momento del embarazo consta en el control del 3º trimestre: VDRL negativa. El bebé nace por parto eutócico, vaginal, REM intraparto, PN: 3,5 Kg Edad gestacional 39 semanas, Apgar 9/10. En internación conjunta, al efectuar interrogatorio a la madre, comenta que su pareja no retiró los resultados de la VDRL solicitada y que continuó las relaciones sin medidas de barrera. Ante la sospecha de re infección, aún con VDRL materna al momento del parto NEGATIVA, se efectúa VDRL en sangre del RN siendo el resultado de 2 DILS VDRL del L.C.R negativa.. Se asume Sífilis congénita y se actúa según normas en el tratamiento del RN.

COMENTARIO

De no haber existido el re-interrogatorio a la madre, probablemente con la constancia escrita de seguimiento infectológico, se hubiera considerado tratamiento completo, ya que tenía VDRL de 15 días previos al parto Negativa, con RN asintomático, dando de alta un niño con S.C.



RETARSO GLOBAL DEL DESARROLLO Y ALGO MÁS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

941

Bouso C.¹; Romaris M.²; Andersen A.³; Fontenla A.⁴

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4}

<carolina.bouso@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El retraso global del desarrollo (RGD) puede estar causado por diversas etiologías; hallar la causa constituye un desafío. Si bien es conocida la asociación entre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la encefalopatía, no se lo suele asociar con el diagnóstico de RGD. A pesar de ello, la prevalencia del RGD en niños con VIH en países con recursos se reportó entre 13-23%.

OBJETIVO

Describir un caso de RGD secundario a infección por VIH de transmisión vertical.

Descripción del caso: paciente masculino de 1 año concurre a la consulta por RGD, esplenomegalia, anemia y plaquetopenia.

Antecedentes perinatales: RNT 41 sem/PAEG 3155 g, serologías del embarazo negativas, parto vaginal, Apgar 9/10. OEAs, fondo de ojo, pesquiza neonatal normales.

Al momento de la consulta el niño contaba con valoración por Neurología y por Hematología, con punción aspiración de médula ósea con buena celularidad, hiperplasia megacariocítica y sin células de depósito.

Del interrogatorio surgen múltiples antecedentes infectológicos a destacar: síndrome febril prolongado postvacunal a los 2 meses de vida, dos internaciones por neumonía con hipoxemia sin rescate de germen, OMA en dos oportunidades y muguet refractario al tratamiento.

A la examinación se constata esplenomegalia, contacto visual y sonrisa social, cuadriparesia espástica leve, hipotonía de tronco con ausencia de sostén cefálico, clonus y Babinski bilaterales, muguet. Índices antropométricos de desnutrición crónica con perímetro cefálico normal.

De los resultados de los laboratorios realizados surge bicitopenia asociada a hipergammaglobulinemia.

Por sospecha de inmunodeficiencia se decide iniciar estudios al binomio madre-hijo reiterándole las serologías, resultando VIH positivo de transmisión vertical. Debido a lo tardío del diagnóstico el paciente se encuentra en estadio SIDA C3, asumiendo el RGD secundario a encefalopatía por VIH. Se inicia tratamiento con antirretrovirales lográndose un descenso progresivo de la carga viral y ascenso del recuento de CD4.

CONCLUSIÓN

La encefalopatía por VIH es una complicación frecuente. Son factores de riesgo para su desarrollo la falta de tratamiento antirretroviral, el diagnóstico tardío y estadios avanzados de la enfermedad. El uso combinado de los nuevos antirretrovirales ha reducido enormemente las secuelas neurocognitivas. La edad y el momento en que se inicia el tratamiento constituyen importantes determinantes en el desarrollo de su evolución.

PROTECTEA: CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE NIÑOS EN EL PROGRAMA DE AUTISMO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

942

Grañana N.¹; Chirila C.²; Sameghini J.³; Amitrano C.⁴; Rother G.⁵; Sanchez N.⁶; Rouvier M.⁷; Bertinat M.⁸; Bula A.⁹

HOSPITAL DURAND¹; HOSPITAL P PIÑERO Y PROTECTEA²; HOSPITAL RMEJIA Y PROTECTEA^{3,4,5};

HOSPITAL DURAND Y PROTECTEA^{6,7}; HOSPITAL ELIZALDE Y PROTECTEA^{8,9}

<ngranana@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los estudios de evaluación de poblaciones con espectro autista requieren especificar sobre que características poblacionales se investiga para poder establecer intervenciones adecuadas para mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS

Evaluar las características sociodemográficas la primer cohorte de pacientes en evaluación en centros de diagnóstico y orientación de autismo PROTECTEA durante el último año en la Ciudad de Buenos Aires.

MÉTODOS

Analizamos retrospectivamente las historias clínicas de un grupo de 180 pacientes evaluados por sospecha de trastorno en el espectro autista, con un protocolo que incluyó los datos personales de edad, sexo y características sociodemográficas según la escala Graffar-Mendez. Los niños tenían un rango de edad entre 2 y 18 años. Se completó la evaluación neuropsicológica con criterios diagnósticos y nivel adaptativo.

RESULTADOS

Encontramos en la población una media de edad de 5 años, con predominio de varones sobre mujeres. Las características sociodemográficas mostraron un predominio de estratos sociales bajos en alrededor del 60% de la muestra, un tercio de estrato 3 o medio y el 10% restante de estratos 1 y 2, estratos medio alto y alto.

CONCLUSIONES

Encontramos un predominio en la población hospitalaria de estratos sociodemográficos bajos, que implica que pueden completar las evaluaciones diagnósticas y requieren adaptar estrategias de intervención a las características de esta población.



DISPLASIA SEPTO-ÓPTICA COMO CAUSA DE DISFUNCIÓN ENDÓCRINA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

943

Carrillo Asis N.¹; Galetto D.²; Poos M.³

HOSPITAL INFANTIL DE CÓRDOBA^{1,2,3}

<ncarrilloasis@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Displasia Septo-Óptica (DSO), es una condición congénita caracterizada por al menos dos de las siguientes características que componen la tríada clásica: anomalías de la línea media cerebral (aplasia/hipoplasia del septum pellucidum o cuerpo calloso), hipoplasia de los nervios ópticos e insuficiencia hipotálamo-hipofisaria. Su incidencia relativa es de 1/10000 habitantes, sólo el 30% presenta la tríada.

OBJETIVOS

1. Reportar dos casos de DSO en lactantes pequeños con importante grado de afectación.
2. Destacar las características clínicas principales de este síndrome para su sospecha precoz.

PRESENTACIÓN DE CASOS

CASO 1: Niña de 3 meses con antecedente de colestasis neonatal, presenta sodio: 163,8 mEq/L. Examen físico: Pobre sostén cefálico, no fija la mirada, nistagmo. Laboratorio: osmolaridad plasmática 340mOsm/L, densidad urinaria 1005, osmolaridad urinaria: 200 mOsm. Perfil hormonal: TSH y T4libre bajas, ADH baja. Fondo de ojo: papilas hipoplásicas. RMN cerebral: hipoplasia bilateral de nervios ópticos y de cuerpo calloso. Se realiza prueba diagnóstica/terapéutica exitosa con desmopresina intranasal. Posteriormente presenta retraso de crecimiento, mala regulación de natremia. A los 5 meses presenta cuadro febril y fallece.

CASO 2 : Niña de 3 meses de edad con antecedentes de esquizencefalia y epilepsia. Consulta por convulsión tónico-clónica generalizada. Examen físico : facie peculiar, sin sostén cefálico, nistagmo. Laboratorio: sodio 160 mEq/l, osmolaridad plasmática 326 mOsm, densidad urinaria 1005. Dosaje hormonal: TSH y T4libre bajas, ADH y cortisol disminuidos, prolactina elevada. Fondo de ojo: hipoplasia bilateral de nervios ópticos. RMN de cerebro: malformación de Chiari, afinamiento de cuerpo calloso, polimicrogiria, tallo pituitario pequeño. Se realiza prueba con desmopresina intranasal, tras la cual muestra mejoría.

DISCUSIÓN

El interés de estos casos radica en su forma de presentación con importante grado de afectación, presentando los tres componentes de la tríada clásica. Ambos se presentan con hipernatremia y baja osmolaridad urinaria lo que permite sospechar rápidamente el diagnóstico de diabetes insípida y proceder a los estudios complementarios necesarios para completar el diagnóstico sintromico.

CONCLUSIÓN

La DSO debe sospecharse ante un paciente con alteraciones visuales asociadas a algún signo de déficit hormonal o a retraso psicomotor. El reconocimiento temprano de la enfermedad es fundamental para prevenir la muerte súbita y aportar el tratamiento adecuado de los déficits hormonales a medida que se presentan.

CUANDO DETRÁS DE UN SÍNDROME CLÍNICO FRECUENTE SE HALLA UNA PATOLOGÍA MUY INUSUAL "A PROPÓSITO DE UN CASO"

944

Contreras I.¹; Rudi M.²

HOSPITAL REGIONAL DE COMODORO RIVADAVIA^{1,2}

<irisjohac@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones arteriovenosas son lesiones caracterizadas por un conglomerado de vasos anormales de tamaño y numero variable que tienden a aumentar de volumen con el tiempo favoreciendo de esta manera la aparición de complicaciones. Representan patologías complejas en cuanto a manejo, toma de decisión, tratamiento y evolución.

OBJETIVO

Traer a colación un caso clínico de una patología poco frecuente en pediatría y de tratamiento controvertido.

Descripción: Paciente de 13 años de edad de sexo masculino, RNT/PAEG, sin antecedentes patológicos previos de relevancia. Eutrófico. Neurodesarrollo acorde a edad. Vacunas completas. Ingres a servicio de pediatría de HRCR por convulsión atípica vs síncope vasovagal. Se inician estudios complementarios e interconsulta con neurocirujano, se diagnostica MAV tipo III.

CONCLUSIÓN

Traemos a colación el presente caso clínico a fin de valorar la importancia de sospechar una patología que no se manifiesta frecuentemente en pediatría y que presenta gran dificultad en la decisión terapéutica con altas probabilidades de complicaciones y mortalidad.



TUMOR DE SACO VITELINO DE CAVIDAD ORAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE AICARDI. A PROPÓSITO DE UN CASO.

946

Noboa M.¹; Murray M.²; Caballero E.³; Cabana J.⁴; Kolos N.⁵; Uriarte I.⁶; Bertot G.⁷; Ramirez M.⁸; Russo M.⁹

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MAR DEL PLATA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<mercedesnobia@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Aicardi (SA) es una enfermedad infrecuente, de herencia dominante ligada al X. Se asocia a agenesia de cuerpo caloso, lagunas coriorretinianas y espasmos infantiles. Se ha descrito su asociación con diversos tumores, siendo el más frecuente el papiloma de plexos coroideos.

OBJETIVOS

Presentar un caso infrecuente de asociación tumoral en paciente con síndrome genético.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de historia clínica y actualización bibliográfica.

Caso Clínico: Paciente de 2 años de edad, RNT/PAEG, con diagnóstico de Síndrome de Aicardi, que consulta por tumoración cervical. Se realiza TAC evidenciándose formación sólida con realce heterogéneo de 59x23x42 mm con áreas de necrosis en su interior, muy vascularizado, que ocupa parcialmente la luz temporomandibular izquierda y en proyección de músculos pterigoideos izquierdos. Se realiza biopsia urgente y por síntomas de compresión de vía aérea, ante la sospecha de Rabdomyosarcoma se indica un ciclo de IVA (Ifosfamida, Vincristina y Actinomicina). El informe anatómico patológico revela TUMOR DEL SACO VITELINO. Dosaje de Alfa feto proteína (AFP): 105,000 ng/ml al diagnóstico. Comienza quimioterapia de tumor germinal alto riesgo con esquema VIP (Etopósido, Ifosfamida y Cisplatino), presentado buena respuesta y descenso de

AFP hasta el 4to ciclo sin lograr su negativización; por lo que se decide rotar a segunda línea de tratamiento con esquema BCD (Bleomicina, Carboplatino y Doxorubicina). Luego de recibir dos ciclos de este nuevo esquema presenta nueva elevación de niveles de AFP, por lo que se indica 3ra línea de tratamiento con Gencitabina, Paclitaxel y Oxaliplatino, del que recibe tres ciclos, persistiendo positiva la AFP en 3,5 ng/ml. Actualmente en espera de la realización de autotransplante.

CONCLUSIÓN

La asociación de SA y tumor germinal de cavidad oral si bien ha sido descrita previamente. El SA es un síndrome genético infrecuente con alto grado de asociación tumoral y generalmente mala evolución.

CPAP VS BILEVEL EN PREMATUROS TARDÍOS CON SDR. ESTUDIO PILOTO

947

Maure C.¹; Ceballos E.²; Wainzstein D.³; Burgos V.⁴; Abbona H.⁵; Dipietro D.⁶; Sosa I.⁷

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA^{1 2 3 4 6 7}; TECME ARGENTINA⁵

<carlosp.maure@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El uso de Ventilación no invasiva (VNI) en neonatología se ha incrementado. Sin embargo, aún con el desarrollo de distintos modos de VNI, un porcentaje importante fracasa y requiere ARM. La VNI con bilevel provee dos niveles alternantes de CPAP con el fin de incrementar la capacidad residual funcional (CRF). El beneficio teórico sería que el cambio en la CRF puede reclutar alvéolos inestables y prevenir su colapso, y a su vez, tiene la ventaja de no necesitar sincronización.

El uso temprano de VNI con BiLevel en niños de 33 a 36.6 semanas con SDR podría mejorar los parámetros gasométricos y necesidades de O2 durante la fase aguda, y podría tener efecto en el tiempo de soporte respiratorio y estadía hospitalaria, comparado con el CPAP nasal.

OBJETIVOS

Evaluar el curso clínico, evolución de los parámetros gasométricos y resultados respiratorios en prematuros tardíos con SDR asignados a CPAP o BiLevel.

MÉTODOS

Estudio piloto, prospectivo y randomizado. Un total de 16 niños con edad gestacional de 33 a 36.6 semanas con SDR que cumplieron los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado fueron aleatorizados al grupo CPAP (n=8, PEEP de 5-6 cmH2O y una FiO2 para mantener una SO2 entre 92-96%) o BiLevel (n=8, PEEP inferior de 5-6

cmH2O y un nivel superior de PEEP de 9-10 cmH2O, un tiempo en nivel superior de 1,5 segundos 15 veces por minuto y la FiO2 para mantener la SO2 entre 92-96%) provisto por Ventilador Neumovent GraphNeo. Se evaluaron parámetros gasométricos y FiO2 durante las primeras 12 hs de estudio, necesidad de ARM, incidencia de neumotórax, días de O2 y estadía hospitalaria en ambos grupos.

RESULTADOS

Los requerimientos de FiO2 y valores de PaCO2 y pH durante las primeras 12 hs del estudio en ambos grupos fueron similares (p=>0.05). No hubo diferencias significativas entre CPAP vs BiLevel en necesidad de ARM (37.5% vs 25%, p=0.58), horas de VNI (34.3 vs 35.1, p=0.94), horas de ARM (11.9 vs 10.1, p=0.85), días de O2 (4.25 vs 3.9, p=0.76), dosis de surfactante (0.38 vs 0.25, p=0.58), neumotórax (0% vs 12.5%, p=0.3), tiempo en lograr alimentación enteral total (4.75 vs 4.75, p=0.99), y días de internación (16.6 vs 10.2, p=0.16).

CONCLUSIÓN

Los datos presentados no muestran diferencias significativas entre ambos grupos. Si bien hubo una tendencia a menor necesidad de O2 en el grupo BiLevel, se necesita evaluar un número mayor de niños para confirmar los datos. Tanto el CPAP como el BiLevel son estrategias eficaces y seguras para el manejo del SDR en prematuros tardíos.



948

NEURITIS OPTICA BILATERAL IDIOPATICA. A PROPOSITO DE UN CASO

Fenoglio A.¹; Vera L.²

CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA^{1,2}
<KARENFENOGLIO9@HOTMAIL.COM>

INTRODUCCIÓN

La neuritis óptica es la lesión del nervio óptico que causa pérdida aguda de la visión, uni o bilateral. Puede ser de etiología infecciosa, inflamatoria, desmielinizante y tóxica. Es una enfermedad muy poco prevalente en niños.

OBJETIVO

Describir un caso de neuritis óptica bilateral en un paciente pediátrico.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 2 años y 6 meses de edad, con antecedentes de convulsión febril simple. Comienza con falta de conexión, dismetría y comportamiento anormal de forma súbita, al examen se constata pérdida de la visión y escotomas, con fijación y seguimiento ocular intermitente. Se solicita TAC y RMN de cerebro, donde se observa lesión hiperdensa en T2 parietooccipital izquierda, punción lumbar con estudios de LCR normal y medición de presión que descarta hipertensión endocraneana. Se realiza fondo de ojo donde se observa edema de papila bilateral (a predominio derecho) y tortuosidad vascular. Con diagnóstico presuntivo de papilitis, se comienza corticoterapia, meprednisolona/meprednisona, con buena evolución clínica y disminución de edema de papila. Al alta continúa bajo tratamiento con meprednisona y próximos controles con el servicio de oftalmología y neurología.

CONCLUSIÓN

Es una enfermedad que se caracteriza por presentarse luego de un cuadro infeccioso o febril, con buen pronóstico visual, bilateral, presencia de edema de papila, dolor y una duración de 5 a 10 días.

ECCEMA HERPÉTICO, DERMATOSIS AGUDA POTENCIALMENTE GRAVE. COMUNICACIÓN DE UN CASO.

Sanluis Fenelli G.¹; Michel M.²

HTAL ELIZALDE¹; HTAL ZUBIZARRETA²
<gabisanluis@gmail.com>

949

INTRODUCCION

El eccema herpético o "erupción variceliforme de Kaposi" (EVK) es una dermatosis aguda debido a la diseminación cutánea del virus herpes simple (tipo 1 y 2). Se caracteriza por una erupción vesiculosa monomorfa, que progresan a vesiculopústulas, con una umbilicación central, generalmente agrupada en forma de ramillete que tienden a la formación de costras. Las lesiones pueden afectar órganos internos, comprometiendo la vida del enfermo. La trasmisión se produce por contacto con personas infectadas o por diseminación de una primoinfección. El diagnóstico, es clínico, se confirma, mediante el citodiagnóstico de Tzanck. Diagnósticos diferenciales son: varicela, varicela zoster, impétigo y dermatitis de contacto. La complicación más frecuente es la sobreinfección bacteriana, principalmente S. Aureus. Otras: queratitis, iridociclitis, la viremia secundaria, hepatitis herpética fulminante, encefalitis y meningitis y sepsis bacteriana. Tratamiento: aciclovir, oral o intravenoso según gravedad. El pronóstico favorable con el tratamiento correcto y precoz, con una tasa de mortalidad del 10%.

OBJETIVO

A propósito de un caso clínico, alertar a los pediatras sobre la sospecha de esta entidad, poco frecuente, pero potencialmente mortal sin tratamiento adecuado.

CASO CLÍNICO

Paciente de 4 meses con dermatitis atópica de base; consulta a la guardia por lesiones impetiginizadas en cuero cabelludo y pabellón auricular derecho, descamación generalizada e intertrigo retroauricular más fiebre. Se interna con diagnóstico de dermatitis atópica impetiginizada tratada con Cefalotina y ácido fusídico. Hemocultivos SAMS +. Por empeoramiento de las lesiones y se rota a Vancomicina. Por evolución desfavorable y continuar febril se agrega aciclovir por sospecha de EVK. Evoluciona favorablemente y se da el alta a los 10 días.

CONCLUSIÓN

El eccema herpético es una emergencia dermatológica poco conocida, que inadecuadamente diagnosticada y tratada tiene una mortalidad del 10%. El pilar del tratamiento es aciclovir o vanciclovir, que ha disminuido la mortalidad un 50%. Los pediatras deben pensarla en todo paciente con dermatitis atópica impetiginizada con evolución tórpida.



LA RELAJACIÓN COMO MÉTODO PREPARATORIO. EXPERIENCIAS DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL

950

Castelli M.¹

HOSPITAL DE REHABILITACIÓN MANUEL ROCCA¹



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo relata brevemente experiencias de relajación realizadas con niños que concurren a tratamiento en la Unidad de Terapia Ocupacional, los cuales presentan déficit de atención e hiperactividad repercutiendo en su calidad de desempeño.

OBJETIVOS

Promover en los niños un estado de mayor concentración, propiocepción y disminución de ansiedad que les permita predisponerse para realizar las actividades terapéuticas.

POBLACIÓN

Niños entre 6 y 9 años de edad que concurren semanalmente a tratamiento de Terapia Ocupacional, presentando dificultades para sostener la atención y postura corporal adecuada durante las tareas en mesa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utiliza la práctica de relajación al inicio de cada sesión como un Método Preparatorio para luego llevar a cabo las distintas Actividades con Propósito. Se interviene a través del Uso Terapéutico del Yo, evaluando previamente que tipo de ejercicio de relajación es adecuado a cada niño en base a sus necesidades y capacidades (cognitivas y motrices). Se disminuyen los estímulos del ambiente y se ofrece un espacio de confort, para llevar a cabo ejercicios de respiración y visualización guiada con sonidos.

RESULTADOS

En general, se observa que luego de cuatro sesiones de implementación de estas técnicas, el niño comienza a incorporarlas por sí mismo como un hábito, especialmente al ingresar a sesión y durante la misma ante situaciones de ansiedad o fatiga. A su vez, él mismo es quien comienza a solicitar este tipo de intervención. Se registra que su tiempo de atención y alerta aumentan, logrando además sostener una postura corporal más adecuada durante las actividades en mesa.

CONCLUSIONES

La práctica de la relajación, tan poco considerada como Método Preparatorio, permite brindar mayores herramientas a los niños para llevar a cabo con éxito la tarea evitando derivar frecuentemente en frustración o desgano, lo que termina irrumpiendo el tratamiento. Por esto, se invita a seguir reflexionando sobre métodos no convencionales que nos permitan conectarnos con los niños favoreciendo una mejor calidad en su desempeño ocupacional.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

951

Haddad C.¹; Armella A.²; Vega E.³

HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE TDF^{1,2,3}

<CATESH_02@HOTMAIL.COM>

INTRODUCCIÓN

Los TCA son una patología psiquiátrica, se presenta en la adolescencia. Tiene morbimortalidad significativa, con incremento sostenido en hombres. Multifactorial, destacándose sobrepeso previo, bullying, deportes y trastornos de identidad sexual. Asociado a trastornos de conducta y personalidad. Se debe sospechar ante pérdida de peso extrema, imagen corporal distorsionada, ingesta de líquidos y actividad física excesiva. La anorexia nerviosa (AN) presenta complicaciones cardíacas potencialmente letales. El criterio de ingreso hospitalario debe basarse en el grado de desnutrición, respuesta al tratamiento y presencia de signos de alarma: síncope, bradicardia extrema, intervalo QT prolongado o diselectrolitemias.

OBJETIVO

Detección temprana de TCA y necesidad de seguimiento multidisciplinario
DESCRIPCIÓN DEL CASO: varón de 14 años, con disfunción familiar y antecedente de obesidad. Consulta en guardia por edemas en miembros inferiores (MMII). La madre refiere que comenzó a ser estricto con su alimentación luego de una consulta médica donde le dijeron "obeso", disminuyendo 40 kg en un año, realizando ejercicio intenso e ingesta excesiva de agua. Al examen físico se ve adelgazado, deshidratado, con edemas de MMII, piel seca y quebradiza, con bradicardia extrema. Se solicita laboratorio que evidencia hiponatremia dilucional, ECG: FC: 45lpm, eje en +90, sin onda P, qTc: 0.34'', sin alteración de la repolarización. Se

interna en sala de pediatría con restricción hídrica, normalizando cuadro, permaneciendo con FC menor a 35lpm. En seguimiento con psiquiatría inicia tratamiento con Olanzapina. Evaluado por cardiología infantil quien sospecha enfermedad nodal, pasa a UTIP y posterior derivación a centro especializado. Con recuperación nutricional se normaliza ECG. Actualmente en seguimiento ambulatorio multidisciplinario, medicado con BDZ y olanzapina.

CONCLUSIÓN

Los TCA son patologías emergentes, caracterizadas por diferente grados de insatisfacción corporal, convirtiéndose en tópicos vigentes en diferentes ámbitos. Se trata de cuadros complejos en su diagnóstico, manejo terapéutico y desenlace. Se cronifican, con desenlace, a veces, mortal. Se estima que el género masculino es un factor protector. El tratamiento no siempre es efectivo, lo más útil es la prevención y detección temprana.



TUBERCULOSIS ABDOMINAL “LA GRAN SIMULADORA”: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Lopez J.¹; Reynoso M.²; Gimenez S.³

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR HECTOR QUINTANA^{1,2,3}

<jorgenahuellopez@gmail.com>

952

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis abdominal es una entidad poco frecuente en pediatría, que habitualmente no es considerada como diagnóstico diferencial en los cuadros abdominales, debido a su expresión clínica variable e inespecífica. Menos del 10% de los casos de tuberculosis en niños, se manifestaron con la forma extra pulmonar. En el año 2016, se diagnosticaron en Jujuy 21 casos de tuberculosis extra pulmonar, de los cuales el 33% fueron de localización abdominal.

OBJETIVO

Búsqueda, revisión y exposición de casos de tuberculosis abdominal en el Hospital Materno Infantil “Dr. Héctor Quintana”, de San Salvador de Jujuy entre agosto 2015 y mayo 2017.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo de tres casos de Tuberculosis abdominal registrados en este hospital entre 2015 y 2017, mediante revisión de historias clínicas.

CASOS CLINICOS: se analizaron tres casos de pacientes adolescentes, de entre 12 y 14 años, con cuadros clínicos compatibles con abdomen agudo (quiste de ovario, apendicitis, litiasis biliar), que se manifestaron por dolor abdominal de larga evolución (66%), ascitis, fiebre (66%), descenso de peso (66%). Con PPD positivas en uno de ellos, y cultivos de esputo BAAR

negativos en los tres casos. El diagnóstico se realizó mediante anatomía patológica de material obtenido quirúrgicamente con líquido ascítico positivo en el 100% de la muestra estudiada, y presencia de granulomas tuberculoideos en dos casos.

CONCLUSION

En los casos expuestos, las manifestaciones clínicas de la TBC abdominal fueron fundamentalmente sintomatología general, dolor abdominal, descenso de peso y presencia de ascitis. Los diagnósticos preoperatorios fueron diferentes de los postoperatorios, obteniendo el de certeza a través de los resultados de anatomía patológica. Lo cual, nos marca fundamental relevancia en obtener y revisar los informes de las piezas quirúrgicas remitidas a anatomía patológica, aún cuando inicialmente sospechemos patologías con mayor prevalencia. En nuestro medio es esencial que ante la presencia de dolor abdominal de presentación insidiosa, asociado a descenso de peso, nunca dejar de sospechar tuberculosis entre los planteos diagnósticos.

A PROPÓSITO DE UN CASO : TROMBOSIS VENOSA SECUNDARIA DEL SENO LATERAL

Haddad C.¹; Armella A.²; Nasif B.³; Vega E.⁴

HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE TDF^{1,2,3,4}

<CATESH_02@HOTMAIL.COM>

953

INTRODUCCIÓN

La trombosis del seno lateral (TSL) es una complicación de las OMA muy poco frecuente en la actualidad, con escasa incidencia dentro de las trombosis venosas de los senos cerebrales. La rica red venosa del oído medio está en comunicación directa con el seno lateral (SL). La riqueza de anastomosis y la carencia de válvulas explican la posibilidad de estas complicaciones venosas. La tromboflebitis más importante es la del SL. Se presenta con fiebre alta en picos, otalgia, sensibilidad mastoidea, contractura cervical, otorrea y cefalea. El diagnóstico se basa en el alto grado de sospecha y se confirma con imágenes, TAC con contraste la cual orienta al diagnóstico; siendo la resonancia magnética (RM) más sensible y RM con tiempo venoso, demuestra la ausencia de flujo. Existe controversia con respecto al tratamiento, tradicionalmente incluye antibioticoterapia endovenosa y mastoidectomía. La Trombectomía y la anticoagulación perioperatoria continúan siendo un área de debate.

OBJETIVO

Presentar un paciente con TSL en el que se realizó tratamiento médico con evolución favorable

DESCRIPCION DEL CASO: Paciente de 5 años con antecedente de OMA 15 días previos, consulta por cefalea, vómitos, fotofobia, sin signos meníngeos. Se solicita TAC que informa macizo facial con imágenes mínimas secuenciales en celdillas mastoideas derechas. Se realiza RNM la cual describe cambios de intensidad de señal en las cavidades óseas

otomastoideas derechas, con signos de colección líquida y refuerzo post contraste, el seno lateral derecho se encuentra prominente con alteración en la señal que sugiere trombosis venosa secundaria. Evaluado por ORL quien diagnostica OMA complicada con otomastoiditis y trombosis del seno lateral. Recibió antibioticoterapia endovenosa. Hematología indica tratamiento anticoagulante. Evaluado por Neurocirugía quien luego del tratamiento anticoagulante informa la re permeabilización del seno por TAC. Actualmente sin recaídas.

CONCLUSIÓN

La TSL como complicación de OMA ha disminuído desde el uso de antibióticos y mejorado pronóstico. La evolución del proceso si no se trata es grave por la posibilidad de fenómeno tromboembólico. No existen protocolos de manejo, cada caso debe ser abordado en forma particular.



CONSULTAS SOBRE PROBLEMAS DEL DESARROLLO EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA

Morell M.¹; Enseñat V.²; Bucich L.³; Carboni J.⁴; Fernie L.⁵

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

<m.gabriela.morell@gmail.com>

954

RESUMEN

En los últimos años se ha observado un incremento en las consultas por problemas del desarrollo en nuestro hospital. Diferentes publicaciones muestran que alrededor del 70% de los niños con problemas del desarrollo no son detectados antes del ingreso a la escolaridad primaria. El proceso diagnóstico constituye un largo camino para las familias con el consiguiente retraso en el inicio de una intervención específica.

OBJETIVO

Describir la población de niños que concurren al consultorio de pediatría del desarrollo del servicio de pediatría del Hospital Británico de Buenos Aires, así como también las características de dichas consultas y relacionar tiempo transcurrido entre preocupación paterna y diagnóstico. Métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal en el que se incluyeron 93 pacientes que asistieron al consultorio de pediatría del desarrollo del servicio de pediatría del Hospital Británico de Buenos Aires desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2016. Se registraron datos a partir de un interrogatorio preformado auto administrado a los padres y las consultas propiamente dichas.

RESULTADOS

Se registraron 164 consultas de 123 pacientes, se analizaron 93 historias clínicas. Sexo Masculino 82%. El 67 % de los pacientes consultó por primera vez a nuestro consultorio. Edad media de atención: 64 meses (10 – 174). Edad media de preocupación de los padres o presentación

de síntomas: 27 meses (5 – 108); el 54% de la población presentó síntomas referidos a alteraciones del lenguaje, 48% a la conducta, 41% al desempeño social y emocional, 25% cognitivo y un 16% motor. Se diagnosticó el 97% de la muestra. Edad promedio de diagnóstico: 50 meses (21-126). En la muestra analizada hallamos: Trastorno del Espectro Autista 31%, Trastornos del lenguaje 19%, Retraso Global del Desarrollo 11% y Discapacidad intelectual 10%; Diagnóstico genético: Síndrome X frágil 2%.

CONCLUSIÓN

En este análisis queda expuesta la creciente demanda al servicio de pediatría por consultas sobre el desarrollo, sean a partir de las preocupaciones de los padres, docentes, pediatra de cabecera y/u otros profesionales o como seguimiento de niños con condiciones de riesgo como cardiopatías congénitas complejas y prematurez. Así surgió la necesidad de gestar un espacio propio destinado a abarcar los requerimientos de nuestra población.

LISQUEN ESCLEROSO VULVAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Previgliano M.¹; Bonora G.²; Del Pino M.³; Salzberg C.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4}

<lujanprevigliano@gmail.com>

956

INTRODUCCIÓN

El liquen escleroso vulvar (LEV) es una enfermedad mucocutánea inflamatoria crónica con afectación de la zona ano genital que, si bien afecta mayormente a mujeres posmenopáusicas, ha sido descrita en la etapa prepuberal, con una edad media de aparición los 5 años.

Se presenta aquí el caso de una niña con prurito vaginal y disuria con diagnóstico final de LEV.

CASO CLÍNICO

Niña de 4 años, en seguimiento por consultorios externos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez consulta por disuria y prurito genital desde los 2 años. Realizó medidas higiénico dietéticas por VVI sin respuesta, por lo que se descartaron infecciones del tracto urinario y parasitarias, se realizó tratamiento empírico con mebendazol sin mejoría y se tomó muestra de flujo vaginal con cultivo y PCR para Chlamydia negativos.

Al examen físico presenta hipopigmentación vulvar que compromete labios menores e introito, sin secreción, con olor fétido y lesiones exco-riativas por rascado. Con sospecha de LEV, en conjunto con servicio de dermatología, se inicia tratamiento con hidrocortisona 1% y tacrolimus tópicos. Se ingresan además, perfil tiroideo y anticuerpos anti-celiaquía, dentro de límites normales.

Cumple 2 meses del tratamiento indicado, evolucionando con franca mejoría del prurito y con disminución notoria de la hipopigmentación, que persiste residual en labios menores. Continúa tratamiento con tacrolimus, realiza controles ambulatorios.

DISCUSIÓN

La mayoría de las causas de prurito vulvar en la infancia son las VVI secundarias a estímulos químicos o físicos con buena respuesta a tratamientos tópicos locales y medidas higiénicas. En los casos en que los síntomas persisten, se deben investigar otras causas como cuerpo extraño, infección bacteriana, parasitosis y patologías genitales específicas. Entre ellas se encuentra el LEV.

En mujeres y niñas, el LEV afecta labios menores y zona perineal y anal, respetando la vagina. Las lesiones iniciales son pápulas eritematosas milimétricas, que coalescen hasta formar placas que adquieren un color marfil, atróficas y brillantes, con imagen característica en reloj de arena. Presentan prurito vulvar-anal, disuria, dolor en la defecación con estreñimiento secundario. Si cronifica, puede aparecer atrofia, retracción vulvar y sinequias. Su patogenia se desconoce, estando asociado factores autoinmunes, hormonales e infecciosos. El objetivo del tratamiento es limitar síntomas y secuelas dado que no existe tratamiento específico. Presentamos en este caso una causa poco frecuente de una sintomatología muy prevalente en pediatría como es el prurito vulvar, a tener en cuenta en los casos refractarios al tratamiento.



A PROPÓSITO DE DETECCIÓN PRECOZ DE ATRESIA DE LAS VÍAS BILIARES

957

Montenegro Y.¹; Mamani Aguilar E.²; Senn N.³; Vega E.⁴

HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE TDF^{1,2,3,4}

<GASTRE@HOTMAIL.COM>

INTRODUCCIÓN

La Atresia de las Vías Biliares (AB) es la causa más frecuente de ictericia obstructiva en los primeros 3 meses de vida y el principal motivo de trasplante hepático en pediatría. Su incidencia es de 1/8000-18000. La clínica es fundamental en el diagnóstico y se confirmara por métodos complementarios como laboratorio, ecografía abdominal, biopsia hepática y laparotomía/laparoscopia exploradora con colangiografía. Su pronóstico depende de la precocidad del diagnóstico y tratamiento.

OBJETIVOS

Presentar un caso poco frecuente, en el cual, su detección precoz resulta fundamental para el sobrevenir del niño. Enfatizar la necesidad del tamizaje de las heces con las Tarjetas Colorimétricas (TC) como herramienta práctica, para que esté al alcance de todos.

Descripción del caso: Paciente masculino de 29 días de vida, sin antecedentes perinatólogicos relevantes. En consultorio se observa ictericia generalizada, la madre refiere deposiciones sin particularidades y buena actitud alimentaria. Se solicita laboratorio: BT 6,28 BD 4,6 70% del total. Con sospecha de Colestasis neonatal se interna. Ecografía abdominal: no se visualiza vesícula biliar. Se constatan heces hipocólicas (N° 3-4 TC). Es derivado al HNRG con diagnóstico de AB, donde se realiza cirugía de Kasai a los 49 días de vida con restitución parcial del flujo. Evolucionan con Síndrome Ascítico Edematoso y desnutrición crónica, actualmente hospitalizado y en lista de espera para trasplante hepático.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico temprano de la AB nos permite la intervención quirúrgica antes de los 45 días de vida, lo que disminuye la mortalidad y posterga la edad para realizar el trasplante hepático. Dada la importancia demostrada de las TC para esta y otras etiologías de colestasis neonatal, como Síndrome de Alagille y hepatitis neonatal, estimular la sanción de leyes provinciales que implementen su utilización, a modo de screening neonatal en forma obligatoria y gratuita en todo el territorio nacional.

A PROPÓSITO DE UN CASO" LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA, FORMA DE PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE.

958

Methol V.¹; Moreno Andreoni M.²

HOSPITAL DE MAR DE AJO^{1,2}

<virginiamethol@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) constituye el 80% de todas las leucemias agudas en la infancia, con un pico de incidencia entre los 2 y los 5 años y es más frecuente en varones. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre, púrpura, petequias, dolor óseo, adenopatías y hepatoesplenomegalia.

OBJETIVOS

Se presenta este caso clínico con el objetivo de dar a conocer una forma de presentación poco frecuente y remarcar la importancia del diagnóstico precoz de la leucemia.

CASO CLÍNICO

Lactante de 6 meses de edad, TPAEG, previamente sana, sin antecedentes perinatólogicos de importancia, normopeso, con vacunas completas para la edad, alimentada con lactancia exclusiva habiendo comenzado a incorporar semisólidos recientemente, que consulta por presentar heces sanguinolentas en 3 oportunidades y falta de apetito de una semana de evolución.

Al examen físico presentaba palidez generalizada, sudoración, en suficiencia cardiorrespiratoria, FC: 110 lpm, FR: 35 rpm, SatO₂: 98%, con abdomen indoloro y globoso en el que se palpa espatoesplenomegalia hasta fosas iliacas, diuresis positiva, examen neurológico normal. Laboratorio de ingreso: HTO: 17%, GB: 320.000/mm³ (0/47/2/0/50/1), Plaquetas: 24000/mm³, Urea: 34mg/dl Creatinina: 2 mg/dl.

Se realizó ecografía abdominal que evidencio hepatoesplenomegalia, y tanto riñones como páncreas aumentados de tamaño. Se realizó frotis de sangre periférica en el que se observaron blastos (57%). Se colocó PHP a 5000 ml/m² con cloruro de sodio sin potasio y se solicitó derivación al Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" donde se confirmó el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) cumpliendo tratamiento de quimioterapia hasta la actualidad.

CONCLUSIÓN

La leucemia aguda es el tipo de cáncer más frecuente en la infancia, buscamos dar a conocer una forma de presentación poco frecuente como lo son las heces sanguinolentas y destacar la importancia del examen físico, así como tener en cuenta esta entidad dentro de las posibilidades diagnósticas desde el inicio, haciendo el diagnóstico lo más precozmente posible, utilizando los exámenes complementarios disponibles en un hospital de segundo nivel de atención y derivando oportunamente al paciente a centros de referencia.



TRAQUEOSTOMÍA: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS A LO LARGO DE 15 AÑOS.

959

Pasquali M.¹; Badalotti M.²; Gili M.³; Genaro M.⁴; Seifi C.⁵; Martín L.⁶; Boetsch S.⁷; Espin N.⁸; Tello N.⁹; Ruffer A.¹⁰; Glorieux O.¹¹; Herrero Salto E.¹²; Bie P.¹³; Campagnuolo E.¹⁴; Castro J.¹⁵; Nappi L.¹⁶; Tapia G.¹⁷

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD DE CORDOBA ^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17}
<marianapa@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

la traqueostomía es un procedimiento quirúrgico invasivo y complejo, se realiza con el objeto de mantener una vía aérea permeable y estable, puede ser transitorio o por tiempo prolongado. En la actualidad se realiza como procedimiento para el cuidado del niño con patologías crónicas que requieren soporte ventilatorio prolongado y/o higiene pulmonar, o por obstrucción de vía aérea superior congénita-adquirida. Requiere de manejo multidisciplinario de parte del equipo de salud, familia y/o cuidadores del niño para prevenir y evitar complicaciones.

OBJETIVOS

- Determinar la incidencia de pacientes con traqueostomía y posibles causas.
- Conocer las características clínicas de la población que requiere traqueostomía.

PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio es retrospectivo transversal a través de la revisión de historias clínicas de los pacientes traqueostomizados que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba desde el 01 de agosto de 2000 hasta el 31 de julio de 2015.

RESULTADOS

En el período del 01/08/2000 al 31/07/2015 hubo 316 pacientes traqueostomizados. Edad promedio 26,5 meses (rango:1 día-15 años y 10 meses), 66% de sexo masculino 34% femenino. Con antecedentes RNPT 36% hipoxia perinatal 16% síndrome genético o metabólico 20% bajo peso 9%daño neurológico 49% cardiopatía congénita 23% ENM

8% DBP 11% SDRA 25% Otras 29%. Motivos de traqueostomía: fallo de extubación 76%, requerimiento de ARM prolongada 38%, malasia 37% ESGA 24% higiene de vía aérea 11% otras 13%. En 186 pacientes la broncoscopia fue patológica (59%) malasia 53% ESGA 34%. La evolución fue: continúan con traqueostomía 107 (34%), decanulados 106 34%), fallecidos 103 (32%) el 12% de los fallecimientos se relacionan con accidentes en la traqueostomía.

CONCLUSIONES

Alto porcentaje de nuestros pacientes traqueostomizados tenían patologías crónicas permitiéndoles una mayor sobrevida con dependencia tecnológica. Preocupa el alto porcentaje de fallecidos por accidentes de cánula; creemos necesario reforzar la capacitación a la familia y/o cuidadores del niño en el manejo de traqueostomía y reanimación cardiopulmonar en domicilio y aumentar la asistencia ambulatorio para disminuir y evitar los accidentes y complicaciones en pacientes traqueostomizados.

SEPSIS POR ENTEROBACTER A PARTIR DE UNA GASTROENTERITIS AGUDA ENTEROINVASIVA A PROPÓSITO DE UN CASO. LO DEMASIADO CORTO

960

Donet M.¹; Tarrio M.²

HOSPITAL NUEVO RIO CUARTO^{1 2}

<marilindonet@hotmail.com>

INTRODUCCION

La infección del tracto gastrointestinal es generalmente autolimitada, su clínica es la diarrea aguda acompañada de náuseas, vómitos, dolor abdominal y fiebre de menos de 14 días, producida por microorganismos o sus toxinas. El contagio: persona a persona o ingesta de alimentos o agua contaminada. Puede producir deshidratación y muerte, los lactantes son los más susceptibles.

Algunas evolucionan desfavorablemente con complicaciones como bacteriemia, sepsis, sepsis grave o shock séptico.

OBJETIVOS

Describir sepsis como complicación de una GEA por enterobacter a partir de un caso clínico.

CASO CLINICO: Paciente masculino de 6 años que ingresa presentando GEA de 48 hs de evolución, regular estado general y deshidratación moderada. Se rehidrata, al no mejorar se interna. Sin presentar mejoría clínica y desmejorando su estado se solicita laboratorio, radiografía de tórax, se policultiva iniciando antibióticoterapia empírica con Ceftriaxona y Amikacina, sospechando de IACS.

Sin buena respuesta clínica se solicita nuevo laboratorio y se reciben resultados negativos de coprocultivo y urocultivo siendo el hemocultivo positivo para Gram negativo, Enterobacter resistente al tratamiento instaurado por lo que se rota a Piperacilina/Tazobactam. Se instaura diagnóstico de sepsis a partir de GEA por enterobacter.

Paciente mejora clínicamente. Cumple 7 días Piperacilina/Tazobactam 240 mg/kg/día. Se solicita laboratorio control, radiografía de tórax y hemocultivo. Siendo estos negativos se decide alta hospitalaria.

CONCLUSIÓN

En la mayoría de los casos, la GEA es autolimitada y por lo general es más agresiva en lactantes o en niños con patología previa. Sin embargo, nos pareció importante destacar este caso clínico ya que el paciente es un niño escolar sin antecedentes personales patológicos, en el cual la GEA mantuvo una evolución tórpida y generó una sepsis grave, comprometiendo su estado general. A pesar de esto, luego de numerosos estudios y tratamientos adecuados el paciente logró su recuperación clínica, recibiendo el alta hospitalaria.



Por un niño sano en un mundo mejor

HÁBITOS ALIMENTARIOS Y SEDENTARISMO SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN ESCOLARES

961

Bossi L.¹; Barrionuevo E.²; Vince A.³; Scacchi F.⁴; Rodríguez E.⁵; Fracchia L.⁶

MINISTERIO SALUD NACION^{1,2,3,4}; UNIVERSIDAD NACIONAL TUCUMÁN^{5,6}

<drbossi@hotmail.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La provincia de Tucumán no cuenta con suficientes datos estadísticos sobre el estado nutricional de niños ni de adolescentes, la prevalencia del exceso de peso es un flagelo y es necesario visualizar la realidad y los diversos comportamientos en salud que lo acechan (sedentarismo, mala alimentación, etc.).

OBJETIVOS

Comparar hábitos alimentarios (HA) y sedentarismo en escolares con el IMC. Determinar la asociación entre IMC, sedentarismo y HA según sexo y nivel educativo (NE).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, de corte transversal. Muestra: 1239 estudiantes de 3 a 18 años pertenecientes a 4 jardines y 2 escuelas de la Municipalidad de San Miguel de Tucumán. Para evaluar los HA, se utilizó como referencia las nuevas Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA). Los datos fueron analizados a partir de Chi Cuadrado.

RESULTADOS

Del total de la muestra 51% fueron varones y 49% mujeres, de los cuales 38% pertenecen al nivel inicial, 31% nivel primario y 31% nivel secundario. La prevalencia de exceso de peso fue del 47,8%, el sobrepeso entre los estudiantes fue de 25,6% y la obesidad de 22,2%. Se observó una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en el nivel primario que en el nivel inicial y secundario. Del total de la población el 73% consumió

menos de 3 porciones al día de leche, yogur o queso y el 50% incluyó carnes o huevo a diario. El 85% consumió 1 o más veces al día bebidas azucaradas y el 60% incluyó a diario 2 o más veces alimentos de consumo opcional (ACO). El 45% de los estudiantes de todos los niveles permanecen sentados más de 3 horas fuera del horario escolar; el 45% realiza deporte fuera de la escuela.

DISCUSIÓN

Se encontró asociación entre IMC con la práctica de deporte, sedentarismo, NE y sexo. Los resultados sugieren que el IMC está asociado al bajo consumo de leche, yogur y queso, al elevado consumo de bebidas azucaradas y de alimentos opcionales.

POLINEUROPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

962

Basso M.¹; Bruno D.²; Díaz S.³; Fantín S.⁴; Fraga M.⁵; Negro M.⁶; Slavsky A.⁷; Ravagnani E.⁸; Gutierrez D.⁹; Rivello G.¹⁰

SANATORIO GÜEMES^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

<mauribasso_88@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El progreso de la medicina mejoró el pronóstico de muchos de los niños ingresados en UCIP, aunque con el costo de nuevas enfermedades. La polineuropatía del paciente crítico (PPC) consiste en una degeneración axonal primaria de las fibras motoras/sensitivas y, por denervación aguda, de las fibras musculares. Esta patología aumenta la estadía en UCIP, prolonga el requerimiento de ventilación mecánica e incrementa la morbilidad.

OBJETIVO

Reportar un caso de una patología propia del paciente crítico, pero importante de conocer por el pediatra para el adecuado seguimiento ambulatorio.

Caso clínico: Niño de 7 años asmático que ingresa derivado por crisis asmática con hipoxemia. Antecedentes: 6 internaciones previas por exacerbaciones respiratorias, recibe montelukast y fluticasona-salmeterol. Tiene dosaje previo de cortisol en el límite inferior de lo normal e indicación de corticoterapia sustitutiva ante stress grave. Por mala evolución respiratoria ingresa en ARM. Rx de tórax: neumonía multifocal. Se trata con oseltamivir, claritromicina, ceftriaxona, dexametasona y sedación con fentanilo y midazolam. Al 6to día se extuba, continuando con O2 por cánula nasal. Evoluciona con debilidad muscular generalizada progresiva, parálisis flácida, ptosis palpebral y mal manejo de secreciones. Reingresa en ARM el 10mo día requiriendo

altos parámetros de respirador y decúbito prono. Se rota medicación a Piperacilina-Tazobactam y por sospecha de S. de Guillain-Barré neurología indica gammaglobulina 2gr/kg EV por 48 horas. Hemocultivos, PL, aspirado traqueal (viroológico y gérmenes comunes), serologías para CMV, Mycoplasma, HIV, VEB, CPK, Ac anti musculo liso estriado, ACRA, RMN de cerebro y columna cervical: todos negativos o normales. EMG y Estudio de conducción nerviosa con compromiso axonal de nervios motores compatible con PPC. Evoluciona de manera favorable, extubándose el día 19, alta el día 26 de internación. Seguimiento ambulatorio interdisciplinario, realiza rehabilitación motora, recuperando fuerza y tono muscular ad integrum.

CONCLUSIÓN

Tener conocimiento de esta enfermedad y sus variedades evolutivas permiten optimizar el tratamiento, rehabilitación y soporte emocional de estos pacientes y sus familias.



EFFECTIVIDAD DE LA DIETA CETOGÉNICA EN LA DISMINUCIÓN DE LOS EPISODIOS CONVULSIVOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, DESDE 2014 A 2017

963

Gonzalez S.¹; Grippo B.²; Benavente R.³

HOSPITAL DE CLINICAS^{1,2,3}

<gonzalezsilvana862@gmail.com>

PROBLEMA

La Dieta Cetogénica como herramienta terapéutica para el tratamiento de la epilepsia refractaria, ¿ha logrado disminuir los episodios convulsivos en la población pediátrica? DISEÑO: Estudio de serie de casos.

MATERIALES Y METODOS

Revisión de historias clínicas, desde 2014 hasta mayo de 2017.

POBLACION :CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes con epilepsia refractaria desde el año de vida hasta los 18 años. CRITERIOS DE EXCLUSION: Pacientes con Pseudoresistencia a los anticonvulsivantes (situaciones que se asemejan a convulsiones: síncope, arritmias, convulsiones psicógenas no epilépticas). Pacientes cuyo entorno social no les permite cumplir adecuadamente con la dieta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Estimar la disminución promedio de episodios convulsivos como consecuencia del tratamiento con dieta cetogénica, en la población pediátrica con epilepsia refractaria, en seguimiento en un Hospital Universitario de la CABA (Hospital de Clínicas "José de San Martín").
2. Determinar la frecuencia de efectos adversos presentados por dichos pacientes luego de iniciada la dieta.
3. Determinar los tipos de eventos adversos más frecuentemente hallados.
4. Determinar el porcentaje de pacientes que debieron discontinuar dicho tratamiento, debido a eventos no deseados.
5. Estimar la prevalencia de pacientes tratados con esta dieta, por epilepsia refractaria, que han logrado disminuir la dosis de alguno de los anticonvulsivantes previamente prescritos.

RESULTADOS

- a) Evolución de las crisis durante el seguimiento: La muestra de este trabajo es de N: 12 pacientes, 8 niños y 4 niñas de los cuales 2 no concurren a controles (criterio de eliminación). Se obtuvo un porcentaje de 66.67% (8 ptes) que disminuyeron o se mantuvieron libres de crisis. Intervalo de confianza 95%: 33.93- 90.11. Se realizó una discriminación de los resultados según incremento, disminución o libre de crisis, al cabo de 3, 6 y 12 meses de iniciado el tratamiento con la dieta.
- b) Efectos adversos presentados/Severidad/tipos: Porcentaje total de efectos adversos presentados: 58.3% (7 ptes), y fueron en su mayoría leves a moderados de tipo metabólicos (33% dislipidemia y disminución de selenio), los cuales no obligaron a discontinuar la dieta en ninguno de los pacientes.

CONSIDERACIONES FINALES

De los pacientes analizados (n: 12) durante el tratamiento con dieta cetogénica, se ha demostrado que es una opción terapéutica no farmacológica eficaz en pacientes con epilepsia refractaria: 66.67% mejoraron las crisis. Con respecto a la evolución de las crisis durante el seguimiento, la mayoría de los pacientes presentó disminución de las crisis dentro de los 3 primeros meses de iniciado el tratamiento, y ninguno de ellos mostró aumento en el número de las mismas. En los trabajos científicos se observó mejoría de las crisis a los 3 meses de iniciada la dieta cetogénica. Por otro lado los efectos adversos presentados (58.3%) fueron en su mayoría leves a moderados (33% dislipidemia y disminución de selenio), los cuales no obligaron a discontinuar la dieta en ninguno de los pacientes. No se observaron casos de abandono del tratamiento, ni efectos adversos severos. Un 33.3% de los pacientes disminuyó la dosis de al menos uno de los anticonvulsivos previamente prescritos.

UMOR ABDOMINAL EN NEONATOS

964

Prieto M.¹; Astolfo F.²; Consentini M.³; Taborda D.⁴

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR. HECTOR QUINTANA^{1,2,3,4}

<enigma599@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Hamartoma Mesenquimático Hepático (HMH) es una neoplasia benigna desarrollada in útero, poco frecuente en niños diagnosticada antes de los 2 años. Se puede realizar diagnóstico prenatal mediante ecografía y en el periodo posnatal mediante ecografía, TAC o RNM abdominal. El diagnóstico diferencial se hace con la duplicidad intestinal, linfangioma, quiste de colédoco, hemangioma, Divertículo de Meckel). La exeresis total es de elección dado que pueden presentar complicaciones en un gran porcentaje de los casos.

OBJETIVO

Reportar un caso poco frecuente de Quiste abdominal en un paciente neonato y efectuar una revisión del diagnóstico, terapéutica y evolución del mismo. Descripción Paciente de sexo masculino de 24 hs de vida, RNT/PAEG, embarazo controlado, serologías maternas negativas. Nacido de cesárea electiva por tumor abdominal en estudio, diagnosticado en el 6° mes de embarazo mediante ecografía obstétrica. Al examen físico presenta distensión abdominal marcada, palpándose tumoración abdominal en epigastrio y mesogastrio, blanda, no dolorosa, con tránsito intestinal conservado y sin otros hallazgos al examen físico. Se realiza ecografía abdominal que informa en región epigástrica e hipocondrio derecho gran imagen quística con paredes finas, contenido anecoico, con partículas ecogénicas en zonas declives, sin tabiques. Se realiza TAC abdominal donde se observa desplazamiento del hígado hacia

arriba por presencia de imagen quística de 10x6x8 cm que comprime el hilio hepático y desplaza órganos adyacentes, y que no se comunica con vísceras abdominales según se evidencia en RMN abdominal. Dada la alta presunción diagnóstica de quiste mesentérico, a los 13 días de vida se realiza excéresis quirúrgica total previa punción del quiste, obteniéndose líquido seroso sanguinolento, volumen no cuantificado. Se envía biopsia a anatomía patológica con informe final de Hamartoma Mesenquimático Hepático. El paciente evoluciona favorablemente, sin presentar complicaciones ni recurrencias posteriores.

CONCLUSIÓN

El Hamartoma hepático mesenquimático debe considerarse en el diagnóstico diferencial de toda masa abdominal neonatal en estudio, dado que a pesar de ser una enfermedad poco frecuente, puede presentar complicaciones si no es resecado a tiempo.



ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI N-METIL-D-ASPARTATO: PRESENTACION DE UN CASO

965

Maidana M.¹; Sulier A.²

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRIVADO DE CÓRDOBA^{1,2}

<alemaidanam@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

En la encefalitis por anticuerpos Anti NMDA (N-metil-D-aspartato), anticuerpos específicos (tipo IgG) atacan la superficie neuronal. Esto provoca una disminución en la plasticidad neuronal, lo que lleva a un descenso en la actividad del receptor NMDA produciendo déficits cognitivos y de comportamiento.

OBJETIVO

Descripción de un caso de presentación inusual, por la edad de presentación y la mala evolución clínica a pesar del tratamiento.

CASO CLÍNICO: Niña de 18 meses con antecedente de alergia a la proteína de leche de vaca y bajo peso que consulta por convulsión y deterioro neurológico. La paciente presenta días previos al ingreso episodio de hipotonía, desviación de la comisura labial y fijación de la mirada seguida de hipertonia. El cuadro progresa con mutismo, afasia de expresión, dificultad para deglutir sólidos e hipotonía cervical y de tronco. Se realizan estudios complementarios: Laboratorio de bajo riesgo, RMN de cerebro-medula normales y LCR normal con cultivos y virus negativos con Anticuerpos AntiNMDA positivos. Se agregan imágenes complementarias que descartan patología tumoral. Evoluciona clínicamente con movimientos de automatismo, corea y trastorno en la deglución de líquidos por lo cual se alimenta por sonda nasogástrica. Permanece con medicación anticonvulsivante desde el ingreso. Se decide tratamiento inmunosupresor con Gammaglobulina dos dosis.

Recibe dos pulsos de corticoides, y luego continua con prednisona de mantenimiento. Se realizan cuatro dosis de rituximab. Además cuenta con apoyo fonoaudiológico y kinesioterapia. Actualmente la niña continúa con mutismo, trastorno de la deglución y dificultad para movilizarse por sus propios medios; con mejoría de sostén cefálico y de tronco, se encuentra conectada y reactiva. Se realiza nuevo LCR el cual evidencia Anticuerpos AntiNMDA débilmente positivos y su último electroencefalograma presenta actividad de espigas multifocales de elevada frecuencia de descarga. Se discute realización de plasmáferesis por el bajo peso de la paciente.

CONCLUSIÓN

Esta patología sería la causa más común de encefalitis autoinmune tratable, ante la sospecha clínica solicitar AC anti NMDA en LCR e iniciar inmediatamente tratamiento de primera línea con corticoides, gammaglobulina y/o plasmáferesis sino existe mejoría clínica pasar a segunda línea de tratamiento con rituximab.

MADRES ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS, EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL DR. R GUTIÉRREZ DE LA PLATA. LO DEMASIADO CORTO

966

Menegazzo F.¹; Dominguez T.²; Lofeudo D.³; Gonzalez M.⁴; Menegazzo F.⁵

HOSPITAL GUTIERREZ^{1,2,3,4,5}

<flormene@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La concepción del embarazo en la adolescencia plantea un problema social y de salud pública, se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias puede constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para esta población. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo: lo que tienen en común es la edad. De los nacimientos de adolescentes precoces, es decir de aquellas que son menores de 15 años, en la Argentina corresponde al 0,4%. En América Latina 1 de cada 5 mujeres será madre antes de terminar la adolescencia. Todos los países tienen educación sexual, aunque el grado de institucionalización y alcance es diferente. Argentina es el único país con una ley específica en la materia. Por otra parte, si bien la mayoría de los nacimientos de madres adolescentes ocurre entre quienes tienen 17 a 19 años, hay indicios en algunos de los países que sugieren que los nacimientos entre las de menor edad se están incrementando.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia de embarazo adolescente en madres menores de 15 años, en la maternidad del Hospital Dr. R Gutiérrez de la Plata durante el período comprendido entre enero del 2014 a diciembre del 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- üa) Analizar el aumento de la maternidad, en adolescentes menores de 15 años
- üb) Describir las características de las madres de 10 a 14 años
- üc) Establecer nivel de instrucción de esta población

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico de corte transversal con datos obtenidos de las historias clínicas, de Sistema Informático Perinatal (SIP) OMS.

Población: Mujeres con embarazo, menores de 15 años que acceden al servicio de obstetricia del Hospital Dr. R Gutiérrez de La Plata desde enero 2014 a diciembre 2015.

Criterios de inclusión: madres adolescentes que dieron a luz en HZGA Dr. Ricardo Gutiérrez, y se encontraron internadas en el puerperio inmediato en alojamiento conjunto con su hijo.

CONCLUSIONES

En el año 2014 el 1,66% correspondió a nacimientos cuyas madres fueron menores de 15 años, en el año 2015 se produjo un aumento del 2,5% con respecto al valor anterior. Si bien se mantiene la tasa de fertilidad 41,4% en el año 2014 y 42,5 % en el 2015 respectivamente. (Tabla 1). La edad materna y el nivel de instrucción materno (Tabla 2), son factores que se asocian significativamente con la posibilidad de daño del hijo (mortalidad) durante el primer año de vida. Esta fuerte asociación está sustentada por numerosos trabajos y verificado en la Argentina. Dentro de las variables analizadas se desprende que, fracaso en el método anticonceptivo, (tabla 4) arrojó que el 88.1% no uso ningún método, lo que no solo es un riesgo por el embarazo en sí, sino también porque la adolescente no dimensiona el riesgo de la transmisión de enfermedades por esta vía. Con respecto a embarazo planificado, el 74,5 % de las adolescentes no lo había planificado. De los recién nacidos, (tabla 5) el 89% fueron a término, 92.7% tuvo peso adecuado para edad gestacional, el 11% fueron prematuros. Si bien son datos alentadores para el niño, es el primer año de vida en el cual están más expuestos a padecer enfermedades, la maternidad adolescente precoz es un factor de riesgo para ese niño.



FUSARIOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

Garnero A.¹; Gomila A.²; Piedra D.³; Vanzo C.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA^{1,2,3,4}

<avgarnero@hotmail.com>

967

INTRODUCCION

Fusarium produce un amplio espectro de enfermedades, desde superficiales hasta profundas, estas últimas principalmente en los pacientes inmunocomprometidos con neutropenias severas y prolongadas y los que tienen inmunodeficiencia severa de células T.

OBJETIVO

Reportar caso de Fusariosis diseminada en un paciente inmunocomprometido.

DESCRIPCION DE CASO

Paciente de sexo masculino de 7 años de edad con diagnóstico de Leucemia Linfática Aguda tipo T que ingresa el 01/06/2016 por recaída hematológica y en sistema nervioso central.

A las 48 hs del ingreso comienza con fiebre, se indica tratamiento antibiótico con Piperacilina/ Tazobactam. Se realiza diagnóstico de neumonía aguda de la comunidad con aislamiento de Streptococcus pneumoniae sensible a penicilina.

A los 15 días de finalizado el tratamiento antibiótico y 7 días post quimioterapia presenta nuevamente neutropenia febril con lesión ulcerativa en paladar blando. Comienza con antibióticoterapia y fluconazol. A las 48 hs se agrega lesiones ulcero necróticas diseminadas, se realiza hemocultivos y biopsia de piel con resultado positivo de Fusarium spp. Se indica tratamiento combinado con Voriconazol y Anfotericina desoxicolato. A los 10 días comienzan a cicatrizar las lesiones. Cumple 4 semanas de terapia combinada y se otorga alta hospitalaria con voriconazol.

Reingresa a los 10 días por fiebre y convulsión tónico-clónica generalizada y luego focalizada en hemicuerpo izquierdo. TAC de cerebro con contraste: imagen hipointensa subcortical temporo occipital derecha compatible con absceso cerebral. Se agrega Anfotericina Liposomal a Voriconazol. Cumple 6 semanas con resolución de la lesión. El 18/10/16 se realiza biopsia de piel con cultivo negativo y en anatomía patológica lesión cicatrizal.

La evolución del paciente fue favorable con resolución de todas las lesiones. Cumplió en total 4 meses de tratamiento antifúngico.

CONCLUSION

El pronóstico de la Fusariosis está directamente relacionado con la severidad del inmunocompromiso, llegando a una tasa de mortalidad del 60-80%. Es importante conocer la especie de Fusarium para realizar test de sensibilidad y realizar terapia antifúngica dirigida.

NEFROLITIASIS POR SULFADIAZINA EN LACTANTE CON TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Fernández Polivanoff L.¹; Vago S.²; Miguens M.³; Moscatelli G.⁴; Moroni S.⁵; Altchek J.⁶

HOSPITAL GUTIERREZ^{1,2,3,4,5,6}

<Luciafernandezpolivanoff@gmail.com>

968

INTRODUCCIÓN

La sulfadiazina actúa como antagonista competitivo en la síntesis del ácido fólico. Asociado a pirimetamina potencia su efecto y se utiliza en el tratamiento de la toxoplasmosis congénita. Se metaboliza un 15-40% en hígado por N-acetilación y se elimina por orina, pudiendo precipitar en orinas ácidas con pH<7, generando cristales y obstruyendo la vía urinaria, con el posible fallo renal.

OBJETIVO

Reconocer a la nefrolitiasis como efecto adverso del uso de sulfadiazina en pacientes con toxoplasmosis congénita y prevenirla.

REPORTE DE CASO

Presentamos un lactante tratado desde los 3 meses de vida por toxoplasmosis congénita sintomática (fondo de ojo: lesión central cicatrizal en ojo izquierdo y ecografía cerebral: normal), con sulfadiazina 90 mg/kg/día, pirimetamina 1 mg/kg/día (ambas preparaciones líquidas realizadas en el hospital) y ácido fólico 5 mg/trisemanal.

A los 5 meses de vida presenta infección urinaria febril por E. Coli, y recibe 10 días de cefixime 10 mg/kg/día. Ecografía renal a los 9 meses de vida: microlitiasis renal bilateral y dilatación piélica derecha leve de 11,7 mm; función renal normal. Por probable nefrolitiasis secundaria a sulfadiazina, habiendo cumplido 6 meses de tratamiento adecuado, se indica abundante hidratación oral y suspender medicación. Al mes se realiza nueva ecografía renal y fondo de ojo normales y se decide no reiniciar tratamiento. Continúa realizando controles clínicos mensuales.

DISCUSIÓN

La nefrolitiasis y el fallo renal agudo por sulfadiazina son excepcionales en lactantes con toxoplasmosis congénita, y suelen ser reversibles sin dejar secuelas al suspender la droga, tal como se muestra en este caso. El riesgo se reduce al mantener un adecuado aporte oral de líquidos, valorando la necesidad de alcalinizar la orina y adecuando la dosis según el filtrado glomerular del paciente. Considerar la realización mensual de controles de orina y de función renal, o al menos ante situaciones que predisponen a la deshidratación.

CONCLUSIÓN

Ante pacientes que reciban sulfas debe indicarse hidratación abundante para evitar la nefrolitiasis y el daño renal.



ERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA Y NEUMONÍA BIFOCAL EN DEBUT DE SÍNDROME NEFRÓTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

970

Satostegui M.¹; Menendez L.²; Gonzalez M.³; Peirano M.⁴

HOSPITAL MUNICIPAL "PROF DR B HOUSSAY", VICENTE LÓPEZ^{1,2,3,4}

<satostegui.margarita@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Peritonitis Bacteriana Espontánea es una infección severa y frecuente en pacientes con Síndrome Nefrótico, habitualmente causada por el agente *Streptococcus pneumoniae*, pudiendo también cursar infecciones pulmonares, cutáneas, urinarias, meningoencefalitis y sepsis. Fisiopatológicamente se asocia con un descenso de inmunoglobulinas y componentes del sistema complemento fundamentales para la opsonización bacteriana, entre otras alteraciones sistémicas que conlleva el Síndrome Nefrótico. Esta complicación se presenta usualmente durante recaídas de la patología de base del paciente y no suele ser debut de un Síndrome Nefrótico.

OBJETIVOS

Presentar el caso de una paciente mujer de 3 años que ingresa por cuadro de abdomen agudo, diagnosticando presentación inusual de Síndrome Nefrótico por Peritonitis Bacteriana Espontánea y Neumonía bifocal. Presentación del caso: Paciente sexo femenino, 3 años de edad, con antecedente de madre HIV (+), consulta por cuadro de horas de evolución de dolor abdominal difuso y episodios de emesis. Al ingreso se encuentra febril, con abdomen tenso, distendido, doloroso difuso, leve edema en cara y miembros inferiores Godet (+) e hipoventilación a predominio de base pulmonar derecha. Se realiza TeleRx de tórax con infiltrado bibasal. Rx abdomen de pie sin aire distal. Ecografía abdominal que evidencia asas intestinales aperistálticas y paredes de aspecto

edematoso con líquido libre. Lab: GB 19100/ mm³ (92%N), Plaquetas 747.000/mm³, ESG > 100mm/h, Albúmina 1.4 g/dl, Proteínas Totales 4.5 g/dl, y TR en orina proteinuria ++++. Se toman muestras de HMCx2 positivos para *St. Pneumoniae* indicándose tratamiento antibiótico con Cefotaxime 100mg/kg/día EV (10 días). Durante su internación se constata proteinuria masiva, evoluciona con clínica acompañante, y se descartan causas de síndrome nefrótico infecciosa y autoinmune con HIV negativo y Complementemia normal. Se decide junto con Servicio de Nefrología Infantil comenzar tratamiento de nefropatía al resolver cuadro infeccioso.

DISCUSIÓN

La peritonitis bacteriana espontánea muy rara vez es la forma de presentación inicial de síndrome nefrótico en niños y representa la mayor causa de mortalidad. Sin embargo, debe tenerse en cuenta en los diagnósticos diferenciales del abdomen agudo donde la apendicitis aguda sigue siendo la causa más frecuente de abdomen agudo peritoneal, inclusive en niños con síndrome nefrótico.

ERITEMA NODOSO POR CMV

971

Cavalli G.¹; Birsa P.²; Ibarra V.³; Ivone E.⁴; Almaluez T.⁵; Winter L.⁶; Mosquera G.⁷

HIGA EVA PERÓN DE SAN MARTÍN^{1,2,3,4,5,6,7}

<gisecavalli@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Eritema Nodoso es una dermatosis inflamatoria aguda, desencadenada por diversos estímulos antigénicos. Poco frecuente en la infancia, benigna y autolimitada. Puede ser idiopática o secundaria. Se caracteriza por nódulos eritematosos dolorosos que evolucionan a placas violáceas similares a hematomas. En pediatría las causas más frecuentes son por SBHA, TBC, yersinia y salmonella. La biopsia de la lesión confirma el diagnóstico.

OBJETIVO

Presentación de un caso clínico acerca de una enfermedad de baja incidencia en la población pediátrica y la importancia de tener en cuenta al CMV como agente etiológico.

Descripción del caso: paciente masculino de 10 años de edad, en buen estado general, en suficiencia cardiorespiratoria, sin antecedentes patológicos de infección previa o toma de medicación, consulta por dolor y edema en región pretibial hasta los pies con godet positivo en tobillo izquierdo, de 6 horas de evolución, sin fiebre. Se indica reposo y aines. En su primer control se observa disminución del edema y aparición de nódulos dolorosos rojizos en ambos miembros inferiores, sin adenopatías ni visceromegalias. En su segundo control las lesiones evolucionan a placas purpúricas confluentes. Ante dicho cuadro se plantearon diversos diagnósticos diferenciales, descartándose las diferentes causas, entre ellas, TBC (PPD negativa, Rx tórax sin particularidades), SBGA (cultivo

de fauces negativo), enfermedad inflamatoria y tejido conectivo (ecocardiograma, FO, ecografía abdominal y renal normales), enfermedad autoinmune y reumatológica (FAN y Ac anti DNA negativos, C3 y C4 levemente aumentados, factor reumatoideo normal), causa infecciosa (EVb, HVb, HVC, HVA no reactivos, CMV IgG e IgM reactivos). Se realiza interconsulta con dermatología quienes realizan biopsia de piel la cual informa: paniculitis lobar y septal, infiltrado inflamatorio mixto, células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño, infiltrado linfocitario perivascular superficial y profundo, el cual confirma el diagnóstico de EN por CMV. El paciente evoluciona favorablemente sin intercurencias.

CONCLUSIÓN

El interés del EN no sólo reside en obtener una correcta aproximación diagnóstica a la lesión cutánea, y a que ésta en la mayoría de las ocasiones tiene un pronóstico excelente. El verdadero reto radica en alcanzar el diagnóstico de los posibles procesos extracutáneos y sistémicos asociados para poder establecer un tratamiento específico.



MALTRATO INFANTIL Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gomez Siemsen A.¹; Ugarte M.²; Esteban L.³; Ramos Mejia L.⁴; Carrasco E.⁵

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO^{1,2,3,4,5}

<pau@demonitos.org>

972

INTRODUCCIÓN

El maltrato o vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (OMS) En el 2016, 2 de 10 niños y adolescentes en Argentina sufrieron maltrato infantil. Hay signos sugestivos de maltrato: cicatrices, heridas, quemaduras, dolores recurrentes sin causa, miedo irracional a la revisión, ausencia de cuidados médicos, desnutrición, desconocimiento de la vida familiar, cambio frecuente de médicos, múltiples consultas. Existen patologías que pueden presentar los mismos signos.

OBJETIVOS

Describir 3 casos de pacientes con patología que se presentaron como maltrato infantil. Caso1 Niño 5 años prematuro bajo peso. 4 internaciones por fractura de húmero derecho y dos por fractura de miembro inferior izquierdo. En seguimiento con servicio social por maltrato infantil. Se sospecha osteogénesis imperfecta por escleróticas azules y genu varo. Se realizan Rx huesos largos: callo óseo y trazos lineales en tibia. Densitometría ósea: osteoporosis complicada, Score Z -3.3. Caso2 Niño 8 años con desnutrición crónica (DNCT) y trastorno del espectro autista, presunto Sme de Asperger. Múltiples internaciones por constipación. Ingresos por DNCT, anemia y diarrea, palidez mucocutánea, hipocratismos digital y

múltiples fisuras perianales. Paciente al cuidado de su padre, se sospecha abuso evaluado por psicología con juego en paralelo, adecuado nivel de comprensión, angustia frente a situaciones afectivas, retraimiento, severancias en su discurso y movimientos de rocking. Se realiza biopsia de colón se diagnostica enfermedad de Crohn. Caso3 Niño prematuro. 5 internaciones desde los 3 meses de vida por tumefacción en pabellón izquierdo y tumoración parietoccipital no infecciosa, Rx de cráneo y huesos largos normales, ecografía con edema de partes blandas, internación a los 6 meses por tumoración en región frontal con hematomas en ambos ojos; durante la misma intercorre con escoriaciones en parrilla costal, lesión equimótica suprapúbica lineal y hematoma en muslo derecho. A los 10 meses presenta quemadura AB en mano por inmersión en agua hirviendo. Por sospecha de maltrato interviene servicio social, se confirma y realiza medida de abrigo.

CONCLUSIÓN

Con la presentación de estos pacientes queremos mostrar que es fundamental descartar el abuso pero además pensar en diagnósticos diferenciales. El personal de salud debe detectar niños en situaciones de riesgo, prevenir y tomar medidas para proteger al menor. Debido a sus consecuencias constituye un verdadero desafío. Debemos promover el trabajo multidisciplinario con el objetivo de diferenciar los casos de maltrato infantil de otras entidades que pueden aparentarlo.

SÍNDROME DE GITELMAN, UNA RARA ENTIDAD

Manrique M.¹; Juncos C.²; Paredes N.³; Pintos N.⁴

SANATORIO DEL SALVADOR^{1,3,4}; HOSPITAL INFANTIL²

<giss86@hotmail.com>

973

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Gitelman (SG) es una tubulopatía de herencia autosómica recesiva, causado por mutaciones inactivantes del gen SLC12A3, que codifica el cotransportador Na-Cl sensible a tiazidas del túbulo contorneado distal, produciendo así una pérdida urinaria de Cl-Na. Su incidencia es 1/40.000 personas. Suele iniciarse al final de la infancia o en la adolescencia. Cursa con alcalosis metabólica con normotensión, hipopotasemia, hipomagnesemia e hipocalciuria. En algunos pacientes las manifestaciones clínicas son leves y pueden pasar desapercibidas.

OBJETIVO

Describir un caso de SG en un paciente pediátrico

Descripción del caso:

Niño de 11 años que presenta manifestación de tetania en ambas manos compatible con signo de Trousseau.

Estudios complementarios:

Laboratorio: Na 134 K 2,5 Ca:10,4; Ca ionico: 1,18 Mg: 0,64

Ionograma urinario: Na 146 K 73; Mg 6,8 Cl 124 Calciuria 0,6

Orina en 24 hs: Calciuria 24hs: 13,68 mg/24hs; (VN300); Diuresis 1700ml;

IONOGRAMA URINARIO EN 24HS: Na: 176 mEq/24hs (18-60); K: 54,72

mEq/24hs; (10-40); Mg: 227 mg/24hs (50-150); Cl: 239 mEq/24hs (110-250)

Se realiza Gluconato de K 3 mEq/kg/día y citrato de Mg 530 mg en el plan de hidratación basal.

Frente a la mejoría sintomática, nefrología realiza estudio genético: se

encontraron 2 variantes en el gen SLC12A3 de relevancia clínica La primera Pro634Leu hallada en el exón 16; mientras que la segunda Arg964Gln en el exón 25; ambas dentro del cromosoma 16, y en homocigosis.

CONCLUSIÓN

Presentamos paciente en la cuál se confirma caso de SG. El SG debe ser sospechado ante cuadro de tetania con normocalcemia e hipomagnesemia. Los síntomas de SG suelen no aparecer antes de los 6 años, es diagnosticada durante la adolescencia o en edad adulta con síntomas leves o asintomáticos. Una primera aproximación diagnóstica, se puede realizar con análisis de electrolitos en sangre y cálculo de pérdidas urinarias de electrolitos. El diagnóstico definitivo es por estudio genético. El tratamiento consiste en suplementos orales de potasio y magnesio, pueden usarse diuréticos ahorradores de potasio e indometacina.



OSTEOMIELITIS POR STAPHYLOCOCCUS WARNERI, A PROPÓSITO DE UN CASO

Della Latta M.¹; Sierre S.²; Hernández G.³; Orqueda A.⁴; Bloch M.⁵; Mendez J.⁶

HOSPITAL ALEMAN^{1 2 3 4 5 6}

<paudella@yahoo.com.ar>

975

INTRODUCCIÓN

Los Staphylococcus coagulasa negativa (SCN) son los microorganismos que con mayor frecuencia causan infecciones hematógenas en UCIN (Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales), usualmente asociadas a catéteres venosos centrales (CVC). Los focos secundarios como los osteoarticulares son eventos poco frecuentes en este contexto, al igual que las bacteriemias por la especie warneri.

OBJETIVOS

Comunicar un caso de osteomielitis de evolución crónica por Staphylococcus warneri probablemente asociada a una bacteriemia previa en UCIN, su diagnóstico y tratamiento.

Descripción del caso: paciente femenino de 3 meses de vida, derivada por traumatólogo de cabecera a Intervencionismo por presentar imagen osteolítica en radiografía de fémur derecho. Antecedente de pretermino de 34 semanas, cursó internación prolongada en UCIN con bacteriemia por SCN meticilino sensible (no se informa especie) sin CVC, recibió 10 días de vancomicina + meropenem con LCR negativo. Al alta presentó cadera en flexión. Consulto con traumatólogo pediátrico quien observa lesión osteolítica en cadera y deriva para toma de muestra, RMN de cadera "imagen redondeada de bordes poco definidos por debajo de la fisis de la cabeza femoral derecha, la administración de gadolinio muestra realce de la periferia de la lesión". Se realiza punción por Intervencionismo y se externa, presenta convulsión posterior con RMN y EEG normales, los padres se niegan a la punción lumbar. Se informa cultivo óseo positivo

para SCN, recibe empíricamente vancomicina. Se confirma cultivo Staphylococcus warneri sensible a oxacilina, clindamicina, rifampicina, resistente a eritromicina. Antibiograma coincidente con el SCNMS aislado en UCIN, y anatomía patológica "inflamación subaguda". Se rotó vancomicina por cefotaxima a completar 10 días, dosis meningitis, luego rotación vía oral por cefalexina. Completó 6 meses de tratamiento, radiografía de fémur lesión resuelta.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

Las bacteriemias en neonatos por SCN pueden causar en ocasiones focos a distancia, el curso suele ser insidioso y requieren alto índice de sospecha. Si bien se requieren métodos de mayor complejidad para asegurar que se trató de la misma especie causal, por patrón de sensibilidad, es muy probable que la bacteriemia neonatal haya causado la osteomielitis que se diagnosticó 3 meses después. Existen algunos reportes de casos de osteomielitis causadas por esta especie de SCN, que es poco frecuente en lactantes.

ENFERMEDAD DISEMINADA POR ASPERGILLUS FLAVUS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Garnero A.¹; Gomila A.²; Piedra D.³; Vanzo C.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA^{1 2 3 4}

<avgarnero@hotmail.com>

976

INTRODUCCIÓN

OBJETIVO

Reportar caso de Aspergilosis Diseminada por Aspergillus flavus en paciente inmunocomprometido.

Descripción: Paciente de 4 años sexo femenino con diagnóstico de leucemia mieloide aguda. En abril 2016 comienza tratamiento con quimioterapia y corticoesteroides. Al mes de presenta dos lesiones en miembro superior pápulo-nodulares de 5mm. Afebril y no neutropénica. Se realiza biopsia cutánea y comienza con antibióticoterapia: ceftazidima-vancomicina. A las 72 horas se agrega dolor abdominal y cefalea.

Ecografía abdominal: lesiones hipoeoicas hepatoesplénicas y renales con centro ecogénico, compatibles con abscesos fúngicos.

TAC cerebro: lesiones ocupante de espacio en regiones temporal y frontal izquierdas, que realzan con contraste y edema perilesional;

TAC de tórax: lesiones pseudonodulares en lóbulo pulmonar superior izquierdo;

TAC abdominal: lesiones hipodensas redondeadas esplénicas, hepáticas y renales.

Se inicia tratamiento antifúngico con anfotericina B desoxicolato. Se solicita Galactomanano: 4.4 ng/ml (VN: ≤0.5 ng/ml) se rota a voriconazol y se suspende tratamiento antibiótico.

Se recibe cultivo de biopsia de piel: Aspergillus flavus. Anatomía Patológica: presencia de hongos filamentosos con hifas de tamaño variable.

A los nueve días de tratamiento, buena evolución clínica, Galactomanano: 0.2 ng/ml. TAC: disminución del tamaño de todas lesiones.

Actualmente asintomática, continúa tratamiento con voriconazol y en seguimiento clínico e imagenológico por persistencia de lesiones cerebrales.

COMENTARIOS

La aspergilosis invasiva es una enfermedad severa en pacientes inmunocomprometidos siendo el A. fumigatus más frecuente y mejor pronóstico que el A. flavus.

Es nuestra primera experiencia de Aspergilosis Invasiva diseminada, la cual tiene una elevada tasa de mortalidad principalmente por su compromiso cerebral. Se destaca la evolución clínica favorable de la paciente teniendo en cuenta: enfermedad de base de alto riesgo para complicaciones infecciosas, germen aislado y compromiso sistémico.



DISTRACTORES DIAGNÓSTICOS

Arismendi M.¹; Bagdonavicius L.²; Herrero M.³; Gaggi E.⁴; Wiens A.⁵

HOSPITAL PEDIÁTRICO FEDERICO FALCÓN^{1,2,3,4,5}

<Malu_arismendi@hotmail.com>

977

OBJETIVO

Presentación clínica, imagenológica y laboratorio en paciente menor de un año con infección por Mycobacterium Tuberculosis.

Presentación de caso clínico: Niña de 2 meses, NTPAEG, ingresa derivada por Dermatología por escabiosis impetiginizada de un mes de evolución y mal progreso de peso. En laboratorio de ingreso se constata hiperleucocitosis con hipereosinofilia severa (34.000/21%), anemia normocítica normocrómica e hipoalbuminemia. Completa tratamiento con antibiótico endovenoso mejorando las lesiones de piel, con cultivos negativos. Se realizan estudios de laboratorio por presentar bajo peso, obteniéndose como valores positivos aumento de IgE (> 2000), ferritina (301) e hipoproteinemia (3.9). Debido al bajo peso, lesiones en piel y datos de laboratorio se sospecha enteropatía perdedora de proteínas diagnosticándose APLV (RAST clase IV), se rota fórmula láctea a hidrolizado extenso.

La paciente evoluciona con adenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia, ascitis, reaparición de lesiones en piel, regular progreso de peso y cuadro respiratorio. Al reinterrogatorio familiar surge antecedente paterno de TBC con tratamiento completo antes del nacimiento de la niña. Se realizó catastro familiar para TBC (PPD paterna 10 mm-Materna 0mm-RX s/p), solicitando también lavado gástrico de la niña (positivo para M. Tuberculosis) y punción lumbar (pendiente).

DISCUSIÓN

La infección por M. Tuberculosis en menores de un año y su confirmación diagnóstica con rescate de germen en lavado gástrico es infrecuente. Se presenta mayoritariamente como enfermedad extrapulmonar con manifestación neurológica o forma diseminada. La tríada típica de TBC pulmonar no suele estar presente en niños menores de un año.

CONCLUSIÓN

La baja utilidad mostrada por la bacteriología en el diagnóstico de TBC infantil determina que se base su diagnóstico en métodos indirectos: epidemiología, sintomatología, imágenes.

En el caso de nuestra paciente, la hipereosinofilia con IgE aumentada y clínica inespecífica de ingreso lleva a sospechas diagnósticas iniciales retrasando el diagnóstico final. Sin embargo, se pueden observar niveles elevados de IgE en infecciones por M. Tuberculosis, por mecanismo aún no bien definido de inhalación de alérgeno.

La TBC es poco frecuente en lactantes, pero potencialmente muy grave y, en muchas ocasiones, no pensada o sospechada.

DESAFÍOS EN LA TRANSICIÓN AL HOGAR DE LOS NIÑOS CON TRAQUEOSTOMÍA: ANÁLISIS DE 200 CASOS

Urrestarazu P.¹; Moretti N.²; Regueiro G.³; Urman G.⁴; Grosman A.⁵

HOSPITAL ESPAÑOL^{1,2,3,4,5}

<urrestarazupaula@gmail.com>

978

INTRODUCCIÓN

Los niños con traqueostomía constituyen un grupo heterogéneo, con necesidad de atención interdisciplinaria y diversos requerimientos de apoyo. Definir que un niño con traqueostomía está en condiciones, por primera vez, de egresar del hospital al hogar representa un desafío. Esta transición requiere capacitación de los cuidadores, coordinación del cuidado fuera del hospital y provisión de equipamiento y materiales descartables. La Unidad de Cuidados Progresivos (UCP) tiene como uno de sus objetivos hacer que esta transición sea posible, segura y sostenible en el tiempo.

OBJETIVOS

Describir el proceso de egreso hospitalario de los niños con traqueostomía atendidos en una UCP en Argentina. Describir las características de la población en estudio y los factores identificados como barreras en el proceso de transición al hogar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo no aleatorizado cualicuantitativo. Se analizaron en forma retrospectiva las características de todos los niños que egresaron con traqueostomía de la UCP entre el 01/06/07 y el 01/06/17. Se diseñó una planilla de registro para consignar las variables seleccionadas a partir de las historias clínicas de los pacientes. Se analizaron medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión. Se realizó un análisis causa-raíz para identificar barreras en el proceso de egreso hospitalario de los niños con traqueostomía y evaluar estrategias de mejora.

RESULTADOS

200 niños egresaron al hogar con traqueostomías durante el período

estudiado (2007-2017), luego de haber permanecido internados un promedio de 95 días (rango de 66 a 1640 días). La mediana de edad fue de 21 meses (rango de 1 mes a 15 años). La distribución por sexo fue 57.5% (n=115) masculino y 42.5% (n= 85) femenino. El 44% (n= 88) de los diagnósticos correspondió a encefalopatías crónicas no progresivas, seguido por el 28.5% (n=57) correspondiente a malformaciones congénitas. El 84.5% (n= 149) de los niños egresaron a un domicilio familiar ubicado a más de 100 km del centro de atención (67.5% (n=135) en la Provincia de Buenos Aires y 7% (n=14) en el interior del país). El 57.5% (n=115) tuvo que realizar ajustes y adecuaciones en el hogar. 3 pacientes egresaron a hogares asistenciales. Respecto a la intensidad de apoyos al egreso, el 50% (n=100) se alimentaba por gastrostomía, el 45% (n=90) por sonda nasogástrica, el 64% (n=128) se encontraba en asistencia ventilatoria mecánica prolongada y el 36% (n=72) tenía requerimiento de oxígeno. En el análisis causa-raíz, los factores relacionados con los factores familiares fueron identificados como las barreras más frecuentes en el proceso de egreso hospitalario. Esta barrera se mantuvo constante a lo largo de la década analizada.

CONCLUSIONES

Distintos factores no médicos contribuyen a prolongar la estadía hospitalaria. Como resultado de este estudio se implementaron medidas de mejora como un programa de entrenamiento estructurado para los cuidadores de inicio temprano. la estandarización del egreso del niño con traqueostomía del hospital por primera vez, la planificación de esa transición y el abordaje de las barreras identificadas en forma temprana podría mejorar la calidad de atención y seguridad de los niños con traqueostomía.



ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Graziani M.¹; Feroce P.²; Redosado D.³; Muro V.⁴; Fernie M.⁵

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

<mpaula.graziani@gmail.com>

979

INTRODUCCIÓN

La Esclerosis Múltiple (EM), es una enfermedad autoinmune que genera daño neuronal progresivo. Se caracteriza por sucesivos focos de desmielinización diseminados en tiempo y espacio en la sustancia blanca del sistema nervioso central. La incidencia en pediatría es de 0,51/100000. Entre 2,5 a 5% de la población con EM son menores de 17 años y la edad media de presentación en pediatría es entre 13 y 17 años.

OBJETIVOS

Presentar un caso de EM en edad pediátrica. Revisar criterios diagnósticos y opciones terapéuticas.

Descripción del caso: Paciente de 15 años con antecedente de trastorno generalizado del desarrollo que presenta episodio de hemiparesia faciobraquicrural izquierda progresiva de 4 hs de evolución, sin pérdida de conocimiento. Se realiza TAC cerebro que evidencia múltiples hipodensidades corticosubcorticales. Se realiza resonancia magnética que informa múltiples lesiones subcorticales con compromiso de la sustancia blanca supra e infratentorial, cuerpo calloso, ganglios de la base y médula espinal a nivel de C6-C7. Se interconsulta con neurología que sugiere enfermedad desmielinizante por lo que solicita ampliar estudios con anticuerpos y marcadores en suero y LCR (antiMOG y antiAquaporina 4). Inicia tratamiento con meprednisona con mejoría clínica durante la internación. Se otorga egreso con control ambulatorio. Reingresa 2 meses después por crisis paroxísticas (hipertonía de miembro superior izquierdo con flexión del

brazo, desviación de la comisura labial, sin desconexión). Se impregna con Difenilhidantoína y Levetiracetam, persistiendo con sintomatología. Se repite RMN en la que se visualizan nuevas lesiones en sustancia blanca subcortical frontoopercular, parietal, temporal y en médula espinal a nivel de D1-D2. EEG con aisladas descargas epileptiformes frontales bilaterales. Se asume como nuevo brote, confirmándose el diagnóstico de EM, por lo que repite pulsos de meprednisona y se plantea inicio de protocolo con Natalizumab.

CONCLUSIÓN

La EM representa un desafío diagnóstico y terapéutico. La revisión de los criterios de McDonald, facilita el diagnóstico de EM en un primer ataque clínico, proporcionando criterios para diseminación en tiempo y espacio. La administración temprana de inmunomoduladores es beneficiosa en adultos mientras que en niños se requieren más estudios para probar su efectividad. Finalmente, el diagnóstico y tratamiento temprano permite limitar el nivel de discapacidad generado por esta enfermedad.

MIASIS FORUNCULOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sierra M.¹

HOSPITAL REGIONAL L. PASTEUR¹



981

INTRODUCCION

La miasis foruncular es causada por la infestación subcutánea por larvas de dípteros. Principalmente por Dermatobia Hominis en América (Noreste Argentino), conocida como tórsalo, berne, ura, colmoyote o mosca humana. La importancia médico-sanitaria de las moscas radica en la transmisión de enfermedades como parasitosis.

OBJETIVO

Descripción de un caso ocurrido en nuestro hospital a partir del cual se desprende la importancia de la epidemiología para su sospecha diagnóstico dado la creciente demanda turística hacia zonas endémicas.

CASO CLINICO

Niña de sexo femenino, de 11 meses de edad, residente en interior de la provincia de Córdoba, con antecedente de viaje a Misiones previo a la consulta.

Concurre a la guardia traída por sus padres, por presentar fiebre, eritrodermia generalizada y una lesión única de tipo forunculoide de 2 meses de evolución en región parotídea derecha.

Se constata un nódulo de 1 cm de diámetro con un orificio central con secreción serohemática, rodeado de placa eritematosa y temperatura elevada. Comenzó como una pápula pruriginosa que evolucionó a una lesión forunculoide asintomática. Se agrega eritema periforuncular y hace 24 horas presentó un pico febril y eritrodermia generalizada acompañada de irritabilidad.

Se observa por ecografía trayecto fistular de 19mm de longitud que termina en fondo de saco ciego en el interior de la glándula submaxilar con un diámetro de 10mm.

Ante la presencia de una miasis forunculoide con infección sobre agregada, se interna y se realiza tratamiento con cefalosporinas 7 días, con buena evolución clínica. Se realiza oclusión de la lesión con antiparasitario local y a los tres días drena material mucoso con restos de larva.

CONCLUSIÓN

El incremento progresivo de turistas en países tropicales ha provocado que las enfermedades endémicas en éstos adquieran una relevancia cada vez mayor. Es indispensable conocer las áreas de transmisión y la investigación epidemiológica de contactos. Solo de esta forma se puede realizar un buen diagnóstico ante una sospecha clínica y realizar un tratamiento específico.

El tratamiento de Dermatobia Hominis es simple, en etapas tempranas cuando la larva es pequeña y no ha migrado a capas profundas, la hipoxia por medio de la oclusión del poro central causa la muerte de la misma y puede ser removida con tratamiento conservador sin problema.



SINDROME UREMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Guidi G.¹; Polacov S.²; Selva V.³; Inchaurregui E.⁴

CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA^{1,2,3,4}

<gabrielaguidi@outlook.com.ar>

982

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Urémico Hemolítico Atípico (SUHa) es causa de Microangiopatía Trombótica (MAT) en Pediatría de difícil diagnóstico, con pronóstico desfavorable y riesgo de muerte. Se caracteriza por la presentación de anemia hemolítica, trombocitopenia y daño órgano blanco por oclusión de la microvasculatura.

OBJETIVOS

Exponer un caso clínico de difícil diagnóstico, sobre una patología poco frecuente en pediatría.

Descripción: paciente de sexo masculino que ingresa los 5 meses de edad con diagnóstico de síndrome urémico hemolítico con pruebas negativas para SUH-STEC (coprocultivo, detección de shigatoxina por reacción en cadena de polimerasa y anticuerpos anti LPS bacterianos: negativos) y niveles de complemento normales.

En el control evolutivo presenta recurrencia de MAT basado en la presencia de anemia hemolítica microangiopática, descenso de recuento plaquetario en más de un 25% y lesión de órgano blanco: renal y cardíaco con disminución de la FG, proteinuria masiva, hipertensión arterial y alteración de las enzimas cardíacas.

La evaluación inicial revela actividad normal del ADAMTS 13 y ausencia de causa secundaria de SUH. Se interna con sospecha de síndrome urémico hemolítico atípico. Se realiza infusión de plasma fresco congelado y se inicia tratamiento con Eculizumab (anticuerpo monoclonal IgG, anti C5,

recombinante humanizado) según protocolo, con mejoría sostenida de los parámetros hematológicos, recuperación de la función renal, sin proteinuria y con normalización de enzimas cardíacas. Se recibe informe de análisis genético molecular identificando anomalía genética patogénica en el gen del CFH (factor H del complemento) confirmando el diagnóstico de SHUa.

DISCUSIÓN

El SUHa mediado por una desregulación de la vía alterna del complemento resulta en una microangiopatía trombótica crónica que puede llevar a la muerte, progresar a enfermedad renal crónica terminal y desarrollar complicaciones extrarrenales potencialmente fatales por lo que un diagnóstico precoz y la rápida instauración del tratamiento son esenciales para disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad.

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE VÓMITOS Y MAL PROGRESO DE PESO EN PEDIATRÍA

Vargas M.¹; Centellas Vargas C.²; Colombo A.³; Mora M.⁴; Solis Neffa R.⁵

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO^{1,2,3,4,5}

<mariasol_vargas@hotmail.com>

984

INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis eosinofílica (GEE) es una entidad inusual con aumento de incidencia y predominio por el sexo masculino, caracterizada por infiltración eosinofílica de la mucosa gastrointestinal. Su etiología es desconocida.

No hay síntomas específicos o pruebas de laboratorio para diagnosticarla; se asocia con eosinofilia en la sangre periférica en 30-80% de los casos.. Los niveles de IgE tienen mayor probabilidad de ser altos en los niños que en adultos.

Los criterios diagnósticos son: la presencia de síntomas gastrointestinales, demostración histológica de infiltración eosinofílica en una o más divisiones del tracto gastrointestinal, descartando parasitosis.

Las características endoscópicas pueden incluir pliegues mucosos prominentes, hiperemia mucosa, ulceraciones o nodularidad. El diagnóstico se establece demostrando la infiltración eosinofílica en la biopsia obtenida durante la endoscopia. Puede ser localizada o generalizada, y provocar dismotilidad gastrointestinal o enteropatía perdedora de proteínas.

Una minoría de pacientes no tratados puede tener remisión espontánea, otros pueden progresar a malabsorción severa y malnutrición.

OBJETIVOS

Descripción de un caso de duodenitis eosinofílica

Descripción del caso: Paciente de 4 meses, término (38sem)/PAEG (3760g) sin antecedentes perinatólogico. Internado en nuestro establecimiento por presentar vómitos desde el nacimiento y mal progreso de peso. Miopilorotomía

a los 2 meses por estenosis hipertrófica con mejoría clínica parcial. A los 5 días del alta se re interna por vómitos y mal progreso de peso, por sospecha de alergia a la proteína de la leche de vaca, se realizan pruebas terapéuticas con múltiples formulas hidrolizadas sin mejoría clínica. Se medica con omeprazol y fórmulas antirreflujo, con respuesta parcial aumento de peso y menor cantidad de vómitos. A los 4 meses de edad consulta por continuar con vómitos y mal progreso de peso (peso 4.600gr). Se realiza seriada gastroduodenal, control ecográfico dentro de parámetros normales. Laboratorio hemograma 9200 GB (E4%) IGE menor 25 UI/ml proteínas totales 5,5 albumina 4,1 Por sospecha de membrana duodenal, se efectúa endoscopia digestiva alta que informa normal, durante la misma se toman muestras de biopsia que reportan duodenitis eosinofílica. Dado el carácter alérgico severo de infiltración tisular eosinofílica de esta entidad es que se indica fórmula basada en aminoácidos. El niño presenta buena tolerancia y buen progreso de peso, (5.360 gr).

CONCLUSIÓN

La duodenitis eosinofílica es una entidad poco frecuente, que provoca síntomas inespecíficos, de difícil diagnóstico a muy temprana edad, Se debe tener un alto nivel de sospecha y descartadas otras patologías frecuentes. No siempre se encuentra presente la eosinofilia o la IgE elevada. La endoscopia con toma de biopsia es fundamental para llegar al diagnóstico a pesar de que el aspecto macroscópico del intestino sea normal.



OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Galetto D.¹; Rodríguez Gonzales P.²; Soria J.³

HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL^{1,2,3}

<daygaletto@hotmail.com>

987

INTRODUCCIÓN

La osteogénesis imperfecta (OI) comprende un grupo heterogéneo de síndromes del tejido conectivo de causa genética, que producen fragilidad ósea en distintos momentos de la vida. Es una entidad poco frecuente (1:20.000), con gran variabilidad clínica, lo que lleva a que su diagnóstico no siempre sea sospechado. El diagnóstico de OI es clínico y se basa en los antecedentes familiares, personales, signos físicos y radiológicos. En la actualidad no existe tratamiento curativo pero sí un conjunto de medidas terapéuticas cuyo objetivo es lograr maximizar la función, disminuir la discapacidad y mejorar la calidad de vida.

OBJETIVO

Reportar un caso de osteogénesis imperfecta del Hospital Municipal Infantil de la Ciudad de Córdoba.

PRESENTACIÓN DE CASO: Paciente de sexo femenino de 8 meses de edad, sin antecedentes de relevancia, que ingresa a nuestra institución por TCE con fractura parietal izquierda y fractura de fémur derecho, por lo que se sospecha maltrato infantil. Luego de estudio, se objetiva deformidad esquelética (incurvación fémur), baja talla, macrocefalia relativa a la estatura, presencia de más de 10 huesos wormianos en radiografía de cráneo, escleróticas azuladas y antecedente paterno de dentición imperfecta, por lo que se sospecha Osteogénesis Imperfecta. Se realiza interconsulta con genetista, quien confirma el diagnóstico.

DISCUSIÓN

El interés de este caso radica en la presentación clínica de este tipo de pacientes, que lleva a la sospecha de causas más frecuentes de fractura, pero que al realizar un análisis global del paciente se logra fácilmente el diagnóstico, sin la necesidad de métodos complementarios complejos.

CONCLUSIÓN

El estudio detallado de un paciente que se presenta con fracturas múltiples permite ampliar nuestra presunción diagnóstica para llegar así a un diagnóstico oportuno y a un tratamiento precoz, que mejoren la morbimortalidad de los niños que padezcan esta enfermedad.

INFECCIONES GRAVES POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE: ANÁLISIS DE LOS CASOS REGISTRADOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

Maneiro G.¹; Arbelo M.²; Ezcurra G.³; Moretti M.⁴; Baroni M.⁵; Karakachoff M.⁶; Battagliotti C.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS ORLANDO ALASSIA^{1,2,3,4,5,6,7}

<guillerminamaneiro@gmail.com>

988

INTRODUCCIÓN

A partir de 1998 la incorporación de la vacuna contra Haemophilus Influenzae (Hi) tipo b redujo drásticamente los casos por enfermedad invasiva entre ellas meningitis. En la era prevacunacional en Argentina la mortalidad era del 5% y un 25% padecieron secuelas graves. Sin embargo durante los últimos años se ha registrado un aumento de los casos notificados de meningitis por Hib.

OBJETIVOS

Describir las formas de presentación clínica de la enfermedad invasiva por Hi en una serie de pacientes, en las que se confirme la presencia del germen por cultivos.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se incluyeron los pacientes internados desde enero de 2006 a junio de 2017 en nuestro Hospital por dicha enfermedad. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, mes del año, esquema de vacunación completo anti Hib, días de internación, forma de presentación, factor de riesgo, aislamiento del germen. Los resultados de las variables medidas se expresaron en porcentajes.

RESULTADOS

Sobre un total de 53 casos, la mayoría se produjo en menores de 6 meses con un pico de incidencia en los 4 meses (11%) (r: 2m-8a). Leve predominio en mujeres. 21 pacientes (40%), con vacunas completas para su edad, 12 con esquemas incompletos (23%) y el resto se desconoce.

En 11 niños se estudió su inmunocompetencia con proteinograma por electroforesis, dosaje de gamaglobulinas y subpoblación linfocitaria siendo normales en 8 y en 3 de ellos se diagnosticó agammaglobulinemia. El germen fue aislado en hemocultivos (HMC) en 30 casos (59%), en LCR en 9 (19%), en HMC y LCR en 9 (17%), en líquido pleural en 1 (2%) y en líquido pleural y HMC en 2 casos (4%). La mayoría, 33 casos (62%) fueron Hi tipo b, 11(21%) Hi no b y 9 (17%) no tipificables.

El motivo de ingreso fue shock séptico en 25 pacientes (47%) (10 meningitis, 7 neumonía, 2 artritis séptica de cadera y un paciente oncológico con pancitopenia febril) 10 (19%) fueron meningitis sin shock, 13 (25%) neumonías (2 con derrame) y 5 (9,4 %) con bacteriemia. El promedio fue de 22 de días de internación (Rango 14-30 días), la mayoría fueron tratados con cefalosporinas de 3era generación.

Como complicaciones, 7 (13.20%) presentaron colecciones subdurales, en 1 caso se documentó hipoacusia como secuela. La mortalidad fue del 1.88%.

CONCLUSIÓN

La enfermedad invasiva por Hi en nuestra casuística fue más frecuente en niños pequeños, previamente sanos con inmunización completa. En la era de las vacunas conjugadas para Hib debemos mantener el alerta epidemiológico activo para detectar y analizar casos en niños vacunados, cambios en la epidemiología y presentación clínica de los otros serotipos de Hi.



INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE VSR EN INFECCIONES RESPIRATORIA AGUDAS BAJAS EN MENORES DE 2 AÑOS, NUESTRA EXPERIENCIA EN LA SALA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GUTIÉRREZ DE LA PLATA

989

Menegazzo F.¹; Pino Ramos M.²; Mansilla R.³; Lofeudo D.⁴; Ligó R.⁵

HOSPITAL GUTIERREZ^{1,2,3,4,5}

<flormene@hotmail.com>

OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia de VSR en IRAB en niños de 1 a 24 meses de edad, en sala de Pediatría del Hospital Dr. R Gutiérrez de La Plata durante el periodo de junio de 2015 - julio de 2016

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar la incidencia de coinfección VSR-Coqueluche
Relevar estado vacunal del grupo en estudio
Describir la presencia de los factores de riesgo (FR) ambientales y del huésped en pacientes con IRAB por VSR
Distribución estacional de VSR de los pacientes en estudio

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio analítico de corte transversal con datos obtenidos de historias clínicas de pacientes internados con diagnóstico de IRAB, analizando las siguientes variables: FR del huésped (edad, lactancia materna exclusiva, prematuridad, bajo peso al nacer), el ambiente (tabaquismo, hacinamiento) y días de oxígeno

Población: pacientes de 1 a 24 meses de edad

Criterios de inclusión: pacientes con IRAB, donde se les practicó aspirado de secreciones nasofaríngeas (ASNF) para estudio de antígenos virales por técnica IFI y PCR para Bordetella pertussis

Criterios de exclusión: muestra insuficiente de ASNF

RESULTADOS

Del presente trabajo resultan un total de 267 pacientes menores de dos años, internados por IRAB, en la sala de pediatría de nuestro hospital, en el periodo comprendido de junio del 2015 a julio de 2016, a los cuales se le realizó muestra de ASNF para estudio virológico y PCR para B. Pertussis, resultando positivas 133 muestras, de las cuales el 72% virus sincicial respiratorio (VSR), (tabla 1), coincidiendo con la incidencia en Argentina publicada por la Sociedad Argentina de Pediatría, con mayor prevalencia durante los meses de otoño invierno. (tabla 2).

El 21,88% presentó asociado coinfección con B. Pertussis.

Dentro de los factores de riesgo analizados, predomina en varones (tabla 3), el 40% no recibía lactancia materna, y el 48% presentaba calendario de vacunación incompleta.

De los FR del medio ambiente el 55% de los pacientes estaban expuestos al humo de tabaco, y en el 74% de los casos vivían en condición de hacinamiento. (Tabla 4).

En los FR para IRAB grave en nuestro grupo estudiado predomina la edad menor de 3 meses (Tabla), de los cuales 46,9% requirió mas de 5 días de oxígeno, motivo que prolonga su estadía en el hospital.

SEDOANALGESIA EN PUNCIÓN LUMBAR Y ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HEMATO-ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS DE TUCUMÁN

990

Espasa R.¹

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS¹



Los procedimientos invasivos cortos más frecuentes en la población infantil hemato-oncológica, son la punción lumbar (PL) y la punción y aspiración de medula ósea (PAMO). Estos pueden generar efectos negativos relacionados con el posible fracaso por falta de cooperación del paciente. Para lograr la sedoanalgesia (SA) se utiliza en el hospital midazolam solo o asociado a dipirona o ketamina, la última produce por sí sola los efectos buscados para un procedimiento doloroso: sedación, amnesia, inmovilización y analgesia marcada. Estos esquemas usados difieren de acuerdo al criterio médico ya que no existe un protocolo para cada procedimiento.

OBJETIVOS

Valorar la ansiedad previa como la SA alcanzada con los fármacos usados en PL y PAMO en los pacientes Hemato-oncológicos en el hospital del Niño Jesús (HNJ). Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Población bajo estudio: pacientes pediátricos hemato-oncológicos sometidos a PL y PAMO, en Salas de hemato-oncología y en Terapias Intermedias durante 4 semanas entre Marzo-Abril de 2017 en el HNJ de Tucumán. Se incluyeron pacientes pediátricos clasificados como ASA I y II. Se excluyeron pacientes que se les practicó PL o PAMO en quirófano y los clasificados como ASA III en adelante. Para valorar la ansiedad se uso la escala de Khalil, para sedación la escala de Michigan y de CHEOPS para el dolor en niños de 1 a 7 años, en mayores se uso una escala verbal. Los esquemas usados fueron midazolam-dipirona (M-D), midazolam-ketamina (M-K) y midazolam (M) solo. Resultados: se registró

25 procedimientos entre PL y PAMO en 22 pacientes. Valoración nivel de ansiedad: el 88% de los pacientes necesitaba de medicación previa al procedimiento, a su vez la mayoría (73%) estaban más ansiosos cuando se efectuó la técnica por segunda vez. Durante los procedimientos, 3 pacientes no recibieron medicación, a 4 se les administró M-K y a 18 M-D o M. Valoración sedación: se llegó a sedación moderada en el 9% (2) de los niños cuando se usó M-K; a sedación mínima con M-K, M-D o M en el 50% (11), y se mantuvo despierto y alerta el 41% (9) de los pacientes con M-D o M. Valoración analgesia: se alcanzó analgesia adecuada en el 40% de los niños, entre ellos los 4 pacientes que recibieron M-K y 4 de los que recibieron M-D o M.

CONCLUSIÓN

El esquema de M-K demostró ser eficaz para la SA en PL y PAMO. Los otros esquemas no lograron sedación ni analgesia adecuada en la mayoría de los pacientes.



CATÉTERES PERCUTÁNEOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL, EFECTOS ADVERSOS Y COMPLICACIONES.

991

Salvatierra A.¹; Burgos M.²

HOSPITAL EVA PERÓN^{1,2}

<adriana_salvatierra@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El uso de catéteres percutáneos en las unidades de cuidados intensivos trae como consecuencia una serie de eventos adversos o complicaciones relacionados con su colocación y mantenimiento. La colocación de estos dispositivos es un procedimiento invasivo que consiste en la inserción de un catéter de pequeño calibre, de silicona o poliuretano en un vaso periférico y dirigido hacia una posición central. Como cualquier procedimiento invasivo no está exento de complicaciones. Conductas para identificar estos eventos adversos, por la institución son, el primer paso para la construcción de un sistema de cuidados concebidos para evitar errores. La Academia Americana de Pediatría refiere que, para la reducción de la probabilidad de eventos adversos, es necesario identificar los errores y estudiar sus estándares de ocurrencia. Considerar construir indicadores de resultados como los eventos adversos en la colocación o mantenimiento de un catéter central, son herramientas fundamentales de calidad, por apuntar aspectos del cuidado que pueden ser mejorados, tomando la asistencia a los pacientes más segura.

MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología utilizada para este trabajo fue la investigación cuantitativa, descriptiva y retrospectiva, por medio de la revisión de fichas llenadas oportunamente con cada colocación de catéter percutáneo en una unidad de terapia intensiva neonatal, en un Hospital Materno Infantil. Estas fichas son llenadas por el operador que colocó el catéter percutáneo central, y se continúa llenando la misma ficha, con los eventos adversos observados en el mismo catéter, hasta la remoción del mismo. El periodo tomado fue Febrero 2016 a Febrero 2017.

RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis 256 catéteres percutáneos, la distribución según el

material fue Material Silicona 149 (58%) y de Material de Poliuretano 107 (42%). De los eventos adversos los dos más destacados fueron Catéter Roto 23 (8,9%) de los cuales el 13% correspondió al material de Poliuretano y el 87% al material de silicona; y la oclusión del catéter ocurrió en 22 (8,5%) catéteres de los cuales 32% correspondió al material de Poliuretano y 68% al material de silicona; de esta manera se observó que el 17% de eventos adversos con alguno de estos dos motivos en los catéteres centrales. Con respecto al motivo de retirada del catéter se confeccionó esta tabla:

Motivo Retirada Cateter

Fin de tratamiento	167	65%
Sospecha de infección	29	29%
Ruptura de Cateter	23	23%
Cateter Ocluido	22	22%
Infiltracion	9	9%
Retirada accidental	3	3%
Flebitis	3	3%

CONCLUSIONES

Los eventos adversos en catéteres percutáneos se mostraron tanto con los catéteres con material de silicona como de poliuretanos. Los más frecuentes fueron la ruptura del catéter y la oclusión. En trabajos realizados en Cuba y en Brasil se muestra una ocurrencia de estos eventos adversos, para oclusión de catéter 20% y para ruptura de catéter 9%; en comparación con los datos en nuestra institución obtuvimos valores más bajos para cada grupo. Se espera que los resultados de este trabajo estimulen el análisis de los estándares de ocurrencia de eventos adversos para futuras medidas de mejora.

A PROPOSITO DE UN CASO

Chocobar L.¹; Presza Herrera C.²; Martinez M.³

HOSPITAL PAPA FRANCISCO^{1,2,3}

<laurachocobar@gmail.com>

992

INTRODUCCION

La eosinofilia, aumento de eosinófilos totales (VN 350-700/ μ l), frecuente en Pediatría. En nuestro medio las infecciones parasitarias son la causa más común. En los países industrializados las enfermedades alérgicas. Eosinofilia leve: entre 500 y 1500 eos/ μ l, moderada entre 1500 y 5000, grave >5000. Según fisiopatogenia se clasifica en eosinofilia 1°, 2° e idiopática.

OBJETIVOS

Presentación de caso de eosinofilia masiva. Análisis de manejo clínico, diagnóstico y tratamiento.

DESCRIPCION

Niño de 1 año sin antecedentes perinatólogicos, con bronco-obstrucción recurrente, sin seguimiento. Consulta por guardia el 22/11/16 por tos y fiebre de 24 hs de evolución. Ingresó deshidratado con dificultad respiratoria. Sat 87%. Se realiza Hidratación EV y rescate con B2+BI+Corticoide IM. Mala respuesta. Se interna.

Lab: GB: 64.500: PMN 41%, EO 45% (29.025 /ul), LINF 10%. PCR 10. RxTx: Atrapamiento aéreo.

Sospecha diagnóstica: SBO. Eosinofilia en estudio (Síndrome de LMV – Toxocariasis – Enf Hemato-oncológica)

Lab: GB: 53600: PMN 28%, EO 60% (32.160 /ul) LINF 11%.Función renal y hepática normal. Frotis: eosinófilos con vacuolas. Coproparasitológico seriado, Coprocultivo, Hemocultivos, Urocultivo negativos.

lc con Infectología y Hematología. Inicia tratamiento antiparasitario (metronidazol + mebendazol). Se descarta patología oncológica. Egresó a las 48 hs.

El 12/12/16 reingresa con edema bilateral en MMII, dolor, con signos de flogosis. Edema de escroto. Sibilancias. Lab: GB: 22.700, PMN: 63%, EO 15% (3405 /ul), LINF 20%.

Se evidencia que el niño no recibió el tratamiento y que ingiere excremento de gallina. Se interna para estudios y tratamiento supervisado. Valoración interdisciplinaria: serologías Chagas,HIV,Toxoplasmosis,VDRL,Huddleson, Widal(-). IgM CMV (+). Se descarta Enf Hemato-oncológica, Reumatológica y micológica. FO normal. Eco abdominal: normal. Testicular: hidrocele moderada. Toxocariasis (+). Al alta persiste con 19.530 eos/ul.

DISCUSIÓN

En la Toxocariasis la larva pasa de la mucosa intestinal a la circulación general afecta principalmente pulmón e hígado. Más común en niños de 1 a 4 años. El ser humano es un huésped accidental. Las infecciones parasitarias son la causa más común de hipereosinofilia en nuestro medio. Las condiciones socio ambientales desfavorables perpetúan la infección y dificultan el tratamiento. La eosinofilia persiste meses a años a pesar del mismo.



ENFERMEDAD POR VACUNA BCG EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). A PROPÓSITO DE UN CASO

993

Costa Garrido V.¹; Calvari M.²; Coria L.³
HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESÚS^{1,2,3}
<valeriocostag@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad local/regional por vacuna Bacilo Calmette-Guérin (BCG) es un absceso de tamaño $\geq 1 \times 1$ cm en el sitio de aplicación o ganglio ipsilateral (región axilar, supraclavicular o cervical). Los pacientes con inmunosupresión que reciben esta vacuna tienen riesgo elevado de complicaciones, ya que la misma contiene formas vivas atenuadas de *Mycobacterium bovis*. Los recién nacidos de madre con infección por VIH podrán vacunarse con BCG cuando se descarte la infección con 2 estudios virológicos negativos.

OBJETIVOS

Presentar un caso de complicación por vacunación con BCG en un paciente inmunodeprimido.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente sexo masculino, 5 meses de edad, madre con VIH, sin tratamiento antirretroviral durante el mismo. El paciente recibe vacunas Hep B y BCG a las 48 hs de vida, con incumplimiento a los controles posteriores sin adherencia al tratamiento antirretroviral.

Ingresa a nuestro hospital con desnutrición crónica severa, muguet y bronquiolitis. Comienza tratamiento con Zidovudina, Lamivudina, Lopinavir/Ritonavir y profilaxis con Trimetoprima/Sulfametoxazol. Con buena evolución clínica y ponderal, se da de alta.

Un mes después, presenta tumoración de 2cm x 2cm de diámetro en región supraclavicular derecha, con eritema en piel sin aumento de la temperatura local, no doloroso, de una semana de evolución compatible

con adenitis supraclavicular, buen estado general, afebril. Se realiza punción para cultivo de gérmenes comunes negativo y tinción de Ziehl Nielsen: Bacilo Acido Alcohol Resistente (+), Rx de Tórax: normal, lavados gástricos y PPD negativos. Comienza tratamiento con Claritomicina, Isoniacida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida. Cultivo de lesión: Complejo *Mycobacterium Tuberculosis*, se suspende Claritomicina. Informe definitivo: *Mycobacterium bovis*. Se suspende pirazinamida. Cumple 9 meses de tratamiento. Evolución clínica favorable.

CONCLUSIÓN

Los pacientes inmunocomprometidos que reciben vacuna BCG pueden presentar con mayor frecuencia efectos adversos locales o de diseminación. La eventual ventaja de prevención de una forma grave de tuberculosis no compensa el riesgo de eventos adversos severos aún en niños con VIH asintomáticos. Este paciente recibió la vacuna BCG a pesar de estar contraindicada.

EMPIEMA SUBDURAL ASOCIADO A BACTERIEMIA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE

994

González M.¹; Menendez L.²; Satostegui M.³; Peirano M.⁴
HOSPITAL HOUSSAY^{1,2,3,4}
<m.amalia.gonzalez@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Haemophilus influenzae b (Hib) es un cocobacilo Gram-negativo, cuyo huésped exclusivo es el hombre, siendo los lactantes y niños pequeños los principales portadores del mismo a nivel del tracto respiratorio superior. Previo a la institución de la vacuna, dicho microorganismo representaba en nuestro país la primera causa de meningitis bacteriana documentada en los menores de 5 años, con una mortalidad de alrededor del 5% aún con tratamiento adecuado y un 25-35% de secuelas neurológicas.

OBJETIVOS

Presentar el caso de un paciente varón de 6 meses, con antecedente de vacunación incompleta y desnutrición crónica, en quien se diagnostica empiema subdural secundario a shock séptico por bacteriemia positiva a *H. Influenzae*.

Descripción del caso: Paciente varón de 6 meses, RNT, PAEG, con antecedente de internación a los 2 meses de vida por desnutrición crónica y vacunación incompleta desde 4to mes, ingresa con signos de sepsis por *Haemophilus influenzae* (HMCx2 positivos) y síndrome meníngeo asociado (sin rescate), que mejoran luego de expansión con sol. fisiológica y antibioticoterapia empírica con Ceftriaxona 100 mg/kg/día (6 días) IV y Vancomicina 60 mg/kg/día (3 días) IV. Permanece febril, sin signos de toxoinfección sistémica, hasta el 6to día de internación mientras se realiza búsqueda de focos profundos, evidenciándose en Rx tórax radioopacidad paracardíaca derecha asumida como neumonía, se pancultiva siendo el resultado negativo, por lo que se rota el esquema a Cefepime 100 mg/kg/día (6 días) IV. Tras 48 hs afebril comienza con curva

térmica en ascenso y agrega signos meníngeos, se realiza panTAC con doble contraste con colección subdural parietotemporal derecha, manteniendo conducta neuroquirúrgica expectante y antibioticoterapia IV durante 29 días. Actualmente en seguimiento por Servicios de Pediatría, Infectología e Inmunología infantil.

DISCUSIÓN

El calendario nacional de vacunación contempla la vacunación con quintuple celular o pentavalente, a los 2, 4 y 6 meses de vida, y los 18 meses con la cuádruple conteniendo ambas el componente anti Hib, a partir de la cual disminuyó significativamente el número de casos de enfermedad invasiva por dicho germen no sólo por la vacuna en sí, sino por la protección de rebaño que ella confiere. Esto da cuenta de la relevancia de la inmunización para así también prevenir las secuelas neurológicas tales como hipoacusia, convulsiones, hidrocefalia y trastornos motores consecuencia de la diseminación bacteriana.



DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO: ARTERITIS DE TAKAYASU, A PROPÓSITO DE UN CASO

995

Ruidíaz M.¹; Barbagelata S.²; Hinojosa C.³; Meléndez R.⁴; Silva P.⁵
HOSPITAL EL CARMEN^{1,2,3,4,5}

<mariajose.ruidiaz@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Arteritis de Takayasu (AT) enfermedad crónica, autoinmune, granulomatosa e inflamatoria de la aorta y sus ramas, resultando en dilatación, estenosis y formación de aneurismas. Es la tercera vasculitis más frecuente en pediatría y la principal causa de hipertensión (HTA) reno-vascular. Tiene una incidencia entre 1- 2,6 / 1.000.000 hab/año, más frecuente en niñas. El diagnóstico se realiza mediante la correlación de las características clínicas, marcadores inflamatorios elevados y estudio angiográfico. Los corticoides e inmunosupresores son la terapia de elección. El siguiente caso busca evidenciar que el síndrome febril prolongado (SFP) continúa siendo un desafío diagnóstico.

OBJETIVO

Recordar el SFP como forma de presentación clínica de la AT

Descripción del caso: Paciente de 10 años, con antecedente de HTA secundaria a estenosis de arteria renal derecha en tratamiento, consulta por 3 semanas de fiebre, compromiso del estado general, somnolencia, pérdida de peso y mialgias. Se hospitaliza para estudio de SFP. Al examen destaca HTA, palidez, adenopatías y mialgias. Dentro de los estudios realizados: trombocitosis leve, PCR: 70.5 mg/Lt, VHS: 49mm/hr, pancultivos, IFI viral, Monotest, Ig M Mycoplasma, Parvovirus B19, Ig G Bartonella Henselae y baciloscopia, exámenes que son negativos. Se realiza AngioTAC abdomen que informa estenosis proximal de arteria renal derecha con atrofia renal y ecocardiograma que evidencia disfunción sistólica biventricular e hipertrofia

miocárdica. Evaluado por equipo multidisciplinario, que sugieren AT. Se inicia terapia corticoidal e inmunosupresora, evolucionando con mejoría clínica.

CONCLUSIONES

Diagnosticar AT es un desafío. Sospecharla en paciente pediátrico que presente HTA, SFP, pérdida de peso y vómitos, asociado a elevación de marcadores inflamatorios y alteración angiográfica. Señales de alarma para diagnóstico y tratamiento precoz.

INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA ENTRE 2008 Y 2017

996

Graziani M.¹; Moser M.²; Tornatore M.³; Citroni M.⁴; Barrionuevo T.⁵; Bonardo V.⁶; Fernie M.⁷
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7}

<mpaula.graziani@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Staphylococcus aureus (SA) es la causa más frecuente de infecciones de piel y partes blandas (PPB). En los últimos años, ha aumentado la incidencia de SA meticilino resistente (SAMR), transformándose en uno de los principales agentes infecciosos emergentes, con una prevalencia descripta del 62% en la literatura local.

OBJETIVOS

Presentar una serie de casos de pacientes internados en el Departamento de Pediatría de nuestro hospital por infecciones por SA. Estimar la incidencia con respecto al número de egresos hospitalarios. Comparar las características clínicas entre SAMS y SAMR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes pediátricos, internados en nuestro centro entre enero de 2008 y junio de 2017 con infección microbiológicamente documentada. Se tomó el número de egresos hospitalarios en dicho período como población de referencia. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, foco clínico, rescate microbiológico, hisopado en búsqueda de SAMR, días de internación, complicaciones y tratamiento.

RESULTADOS

En el período seleccionado, se internaron 45 pacientes con infección por SA: 32 SAMR y 13 SAMS. Las infecciones por SAMR constituyeron el 71%, ligeramente por encima de la relación descripta en la literatura local. La incidencia ha ido aumentando en los últimos años con un pico máximo durante 2015 (tasa de 0,86% con respecto a egresos hospitalarios) y con predominio de las infecciones por SAMR respecto de SAMS.

Tabla 1: N° de casos y tasa por egresos hospitalarios por año

Año	Casos	Egresos hospitalarios	Tasa (%)	SAMS (%)	SAMR (%)
2008	1	-	-	0	100
2009	3	937	0,3	33	66
2010	5	790	0,6	40	60
2011	6	984	0,6	50	50
2012	3	934	0,3	0	100
2013	4	1077	0,37	25	75
2014	8	1194	0,67	0	100
2015	11	1278	0,86	45	54
2016	2	1314	0,15	50	50
2017	2	-	-	0	100

Tabla 2: Características clínicas

Variable	SAMS	SAMR
Edad (mediana)	1,7	6
Sexo (M:H)	3:10	15:17
Días de internación en sala (promedio)	7,6	9
Días de internación en UTIP (promedio)	0	1,3
Intervenciones	30%	40%
Complicaciones	0%	19%
Fallecidos	0	1

La distribución según el foco clínico fue: 62% PPB, 20% osteoarticular y 13% pulmonar. Se realizó Hisopado en búsqueda de SAMR en el 47%, obteniéndose resultado positivo en el 52% de las muestras. El promedio de días de internación fue mayor en los casos de SAMR (10,5 días). Todos los casos que presentaron complicaciones fueron por SAMR (19%). El requerimiento de intervención quirúrgica fue del 40% para SAMR y 30% para SAMS. La clindamicina fue la elección terapéutica inicial en el 73%. El 84% de las infecciones por SAMR y el 100% de las generadas por SAMS recibieron antibiótico concordante según el antibiograma. Solo se constató un caso de SAMR resistente a clindamicina.

CONCLUSIONES

La frecuencia de SAMR ha ido en aumento en los últimos años. Las infecciones de PPB y las osteoarticulares fueron las más frecuentes. Se destaca el uso del hisopado para la detección de colonización. Resulta indispensable conocer la epidemiología local para adecuar el tratamiento empírico inicial.



A PROPÓSITO DE UN CASO DE MENINGITIS Y...

Venica M.¹; Costadoni G.²; Romano M.³; Ferreyra L.⁴

HOSPITAL LA MADRE Y EL NIÑO^{1,2,3,4}

<marivenica@hotmail.com>

997

INTRODUCCION

La meningitis bacteriana es una enfermedad que pone en peligro la vida.

OBJETIVOS

Estudiar etiología de meningitis bacterianas por edad en pacientes del Hospital de la Madre y el Niño – Formosa.

Determinar características macroscópicas y microscópicas del Líquido Cefalorraquídeo en pacientes con meningitis bacteriana del Hospital de la Madre y el Niño - Formosa.

Observar procedencia de los pacientes que se internan por meningitis bacteriana en el Hospital la Madre y el Niño – Formosa.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo. La información se obtuvo de la historia clínica. Estudios microbiológicos: Selección de cepas con aislamientos clínicamente significativos obtenidos en el laboratorio de bacteriología.

POBLACIÓN

Se estudiaron 58 pacientes desde un mes de edad a 14 años 11 meses y 29 días de vida, con meningitis, desde 01 de Enero del 2014 al 31 de Diciembre del 2016. Se dividió en dos grupos de control. El primero desde el 01/01/14 hasta 28/02/15 y el segundo grupo desde el 01/03/15 hasta el 31/12/16. Palabras clave: Meningitis bacteriana, Haemophilus influenzae tipo b, Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Neisseria Meningitidis.

RESULTADO

En el primer grupo: La documentación bacteriológica en el LCR fue del

75% (15/20) y 0,3 pacientes/mes. El grupo lactantes sumó el 65% (13/20), preescolares 10% (2/20), escolares 20% (4/20), y adolescentes 5% (1/20). La moda en menores de 3 meses Streptococcus pneumoniae, de 3 meses a 5 años Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae, y en mayores de 5 años Staphylococcus aureus. Entre todos los microorganismos que produjeron MB el más frecuente fue el Streptococcus pneumoniae 33% , el 50% de estos microorganismos eran CIM 1 para penicilina y resistentes a TMS. En segundo lugar el Staphylococcus aureus . El 50%(9) eran de la localidad de Formosa

En el segundo grupo: 38 pacientes 74%(28) eran lactantes, el 13%(5) escolares, hubo 4 cultivos + todos en los lactantes, E coli BLEE+, Klebsiela spp BLEE+, Streptococcus pn, Citrobacter freundii BLEE+,(s/d: cip,gent,TMS). El microorganismo con serología + en lactantes, fue mas frecuente Haemophilus influenzae tipo b(4).

En todas las edades el menos frecuente, por serología fue Neisseria meningitidis(2).

Los pacientes de la localidad de Formosa fue 37% (14)

CONCLUSIÓN

Prevalció la meningitis en los lactantes, el microorganismo mas frecuentes vario en el tiempo, porque hubo aumento de Haemophilus influenzae. El porcentaje de presentacion de ambos microorganismos (Haemophilus influenza y Streptococo pneumoniae) fue la misma en la medicion del segundo grupo.

ALBINISMO Y PANCITOPENIA SIGNO GUIÓN DE UNA MISMA ENFERMEDAD: SÍNDROME DE GRISCELLI.

Ochat F.¹; Lopez Seoane²

HOSPITAL DE NIÑOS^{1,2}

<florenciaoachat@hotmail.com>

998

INTRODUCCIÓN

Síndrome de Griscelli es una enfermedad autosómica recesiva, con una prevalencia 1/1.000.000. Se manifiesta con albinismo parcial, distinguiéndose tres tipos sobre la base de las características clínicas y moleculares: Tipo 1 presenta afectación neurológica primaria, tipo 2 afectación inmunológica y tipo 3 hipopigmentación de la piel y del cabello en forma aislada.

El tipo 2 suele desarrollar un síndrome hemofagocítico primario, se caracteriza por fiebre, citopenias, esplenomegalia, hemofagocitosis en médula ósea, hipertrigliceridemia e hipofibrinogenemia. El Trasplante de Medula ósea (TMO) es el único tratamiento disponible.

OBJETIVO

Reportar un caso de pancitopenia con etiología poco frecuente.

CASO CLÍNICO

Paciente de 2 meses RNT, AEG, con albinismo parcial sin otro antecedente. Ingresó por fiebre y pancitopenia, laboratorio:Hto 19,2%,Hb 6,4 gr/dl,Gb: 5500 mm³ (NS2/E0/B0/L92/M1), PCR 1.2gr/dl,Plaquetas 15.000 mm³,GOT: 1214 U/L,GPT: 684 U/L. Se solicita serología para Citomegalovirus, Virus Epstein Barr, Hepatitis B y C, Chagas, HIV negativos. Ferritina: 1200 ng/ml, Fibrinógeno:205 mg/dl, PAMO: hipoplásica, ecografía abdominal: hepa-toesplenomegalia.

A la semana, comienza con irritabilidad, alteración del sensorio, RMN: lesiones compatibles con síndrome hemofagocítico, se solicita Ferritina: 9507 ng/ml Fibrinógeno: 141 mg/dl Triglicéridos: 154 mg/dl, PAMO:

se objetiva hemofagocitosis en médula ósea. Se diagnostica Síndrome hemofagocítico, comienza tratamiento con Ciclosporina, Dexametasona y Etópósido.

Por su antecedente de albinismo se realiza estudio microscópico del cabello, diagnosticándose Síndrome de Griscelli tipo 2. Se realizó TMO con buena evolución clínica.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Griscelli tipo 2 es una etiología poco frecuente pero debe tenerse en cuenta ante un paciente con pancitopenia y albinismo. Es importante el estudio integral del paciente dentro del contexto de una pancitopenia para llegar a un diagnóstico etiológico oportuno, el cual determinará el pronóstico y evolución del mismo.



HEPATITIS AUTOINMUNE EN NIÑOS. TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON MONOTERAPIA CON AZATIOPRINA.

999

Kohn I.¹; Filli T.²

HOSPITAL DE NIÑOS DE CÓRDOBA^{1,2}

<joaquinokohn@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN

La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad inflamatoria severa del hígado que progresa a cirrosis y fallo hepático. El uso de corticoides (Cs) y azatioprina (AZT) para su tratamiento (tto) ha sido validado por años, pero la alta probabilidad de recaída al suspender el mismo obliga a sostener una fase de mantenimiento prolongado, para el que en general se utilizan Cs en baja dosis (<10mg/día). Dados los posibles efectos colaterales del uso de Cs, especialmente en niños (estrías atróficas, desmineralización ósea, detención del crecimiento) se han intentado otras alternativas para mantener la remisión del proceso. En 1988 y 1995 Stellan AJ y cols y Johnson PJ y cols demostraron la utilidad de la AZT para el tto de mantenimiento luego de retirada de Cs en pacientes (Pc) adultos con HAI. En el año 2000 presentamos un informe preliminar de nuestra experiencia con la utilización de AZT en dosis altas en 25 Pc, de los cuales 92% mantuvieron RB durante 12 a 44m. Desde entonces sólo 1 publicación en 2006 demostró mantenimiento de RB en 5 pacientes pediátricos con monoterapia (MNT) con AZT.

OBJETIVOS

Evaluar nuestros resultados durante 20 años (1997-2017) en Pc pediátricos con HAI que lograron remisión bioquímica (RB) e histológica (RH) con tto combinado (Cs+AZT), en quienes se pudo suspender los Cs y hacer tto de mantenimiento con MNT con AZT.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre 1997 y 2017 incorporamos en el trabajo 60 Pc con diagnóstico (Dg) de HAI, 56 con HAI-1 (4 con EC y 1 con Enf mixta del Tej Conect) y 4 con HAI 2 (1 c/EC). Todos lograron RB con Tto combinado (entre 9 y 106m-pdio 27,6m). Al inicio de la MNT de mantenimiento con AZT 54 tenían también RH (Score necroinflamatorio-ScNI- de Ishak modificado =3 o <, sólo 3 Sc NI=4, y en 3 Pc no se logró muestra de tejido).

RESULTADOS

Al disminuir la dosis de Cs 4 Pc tuvieron RecaídaB (RecB) y nunca recibieron MNT con AZT, por lo que fueron excluidos de la valoración. Los otros 56 continuaron con MNT con AZT y son objeto de esta evaluación.

MNT con AZT 56 Pc- 47 (84%) mantuvieron RB

Duración Tto previo con Cs/AZT	9 (16%) tuvieron Rec Bioquímica y debieron reiniciar Cs			
	47 Pc sin RecB	Tiempo	r= 9 a 106m –	X=23,8m
	9 Pc con RecB		r= 19 a 83m	X= 44 m
Tto con MNT con AZT	47 Pc sin RecB	Tiempo	r= 6 a 66m –	X=23,5m
	9 Pc con RecB		r= 1,5 a 18m	X= 7,2m
Dosis AZT/kg/día	Total 56pc		r= 1,27 a 2,08	
X=1,81mg/kg/día				
	47 Pc sin RecB		r= 1,27 a 2,08	X= 1,75
	9 Pc con RecB		r= 1,51 a 2,08	X= 1,87
Histología al susp Cs	47 Pc sin RecB	45 biopsias	ScNI r 0 a 6	X= 1.07
ScF r= 0 a 5 X=1,4				
Sc de Ishak	9 Pc con RecB	9 biopsias	ScNI r 0 a 4	X=1,55
ScF r= 0 a 5 X=1,89				

CONCLUSIONES

En nuestra serie de Pc 84% continuaron con RB con MNT con AZT lo cual confirma la utilidad de la MNT con AZT para el tto de mantenimiento en Pc pediátricos con HAI. Los Pc que tuvieron RecB tuvieron un tiempo de tto previo con Cs y AZT más prolongado que los que mantuvieron RB, las dosis de AZT fueron semejantes en ambos grupos, y la histología previa a la suspensión de Cs mostró scores NI y de fibrosis mayores en el grupo que tuvo RecB y que debió reiniciar Cs.

ERITEMA MULTIFORME MENOR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME PURPÚRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

1000

Barbagelata Galvez S.¹; Ruidiaz M.²; Hinojosa C.³; Melendez R.⁴; Silva P.⁵

HOSPITAL EL CARMEN^{1,2,3,4,5}

<INTB343@HOTMAIL.COM>

INTRODUCCIÓN

El eritema multiforme menor (EMM) corresponde a un síndrome muco-cutáneo agudo y autolimitado, con lesiones patognomónicas en target, pápulas de centro violáceo, purpúrico o necrótico, con vesícula y periferia eritematosa. Se considera una reacción de hipersensibilidad debida a herpesvirus o por fármacos.

OBJETIVO

Recordar la variabilidad de lesiones asociadas al EMM que debe tenerse presente como diagnóstico diferencial de síndrome purpúrico.

Descripción del caso: Preescolar, 2 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 4 días, caracterizado por lesiones tipo pápulas eritematosas, pruriginosas, dolorosas en abdomen inferior, edema de tobillos y dorso de pies. Evoluciona con progresión de lesiones, en target, purpúricas con halo eritematoso no palpables en abdomen y caderas; tipo habones en tronco y extremidades superiores, fiebre, congestión faríngea, adenopatía cervical y dolor en tobillos. Con antecedente hace una semana de haber cursado una infección respiratoria alta. Se hospitaliza con sospecha de Púrpura de Schölein Henoch. Dentro de los exámenes realizados destaca leucocitosis y trombocitosis leve, PCR: 19,4mg/lt, Monotest positivo, perfil bioquímico, factor reumatoideo, complemento y sedimento de orina normal. Hemocultivos, IFI viral, Ig M Mycoplasma, ANA negativos. Evaluado en conjunto por pediatría e inmunología sugiriendo diagnóstico de EMM secundaria a infección por

EBV. Se inicia terapia antihistamínica y corticoidal con buena respuesta clínica y resolución del cuadro.

CONCLUSIONES

En el hallazgo de lesiones purpúricas se debe considerar que el EMM puede ser causal. Síndrome que a su vez es originado por variados estímulos, incluyendo drogas y agentes infecciosos. Entre estos, la infección por EBV, ya que sólo un 30% de los niños bajo los 4 años que cursa con infección, tienen anticuerpos heterófilos. En nuestro caso clínico la presencia de Monotest positivo se interpretó como una infección por EBV.



1001

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ABDOMEN AGUDO POR CONSTIPACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Grillo J.¹; Rull L.²; Bruno D.³; Rodriguez J.⁴; Alonso M.⁵; Stratico R.⁶; Selandari J.⁷; Abregu M.⁸

SANATORIO GÜEMES^{1,2,3,4,5,6,7}; FLENI⁸

<Juanangelgrillo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una cuadro neurológico clínico-radiológico poco frecuente en pediatría, caracterizado por cefalea, trastorno de la conciencia, trastornos visuales, convulsiones e imágenes típicas.

Habitualmente se manifiesta en pacientes que presentan como patologías de base con hipertensión arterial, insuficiencia renal o tratamiento inmunosupresor.

OBJETIVO

Reportar el caso de un paciente sana con PRES secundario a hipertensión arterial en contexto de dolor abdominal severo y constipación.

Caso clínico: Paciente de 7 años con antecedente de dolor abdominal cólico, constipación e hiporexia de 1 semana de evolución, presenta episodio convulsivo tónico-clónico generalizado, mirada perdida de 10 minutos que cede con diazepam. Se realiza EEG (Normal), RMN y angiorresonancia donde se evidencian lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR parieto-occipitales bilaterales a predominio derecho compatibles edema vasogénico. En los primeros días se constatan registros de hipertensión arterial con valor máximo de 170/120 mm Hg (PC >95), vómitos y cefalea frontal. Progresa con visión bulto y hemiplejía derecha a predominio inferior con ausencia de reflejos osteotendinosos. Se instaura tratamiento con enalapril (0.1 mg/kg/día); punción lumbar normal (citoquímico, bandas oligoclonales y

metabólico) y se repite RMN con protocolo desmielinizante evidenciándose empeoramiento de lesiones cerebrales con regiones de isquemia relacionadas clínica de la paciente.

Se investigaron y descartaron causas secundarias de hipertensión arterial, endocrinológicas, cardiovasculares, hematológicas, reumatológicas y renovasculares.

Durante la internación, con el tratamiento de la constipación, la paciente mejora ritmo catártico, con disminución de dolor abdominal, normalización de registros de tensión arterial con estabilización clínico radiológica, persistiendo secuela motora (hemiparesia braquiocrural derecha) y alteración visual.

A la fecha la paciente resolvió secuela motora con persistencia de alteraciones visuales en valoraciones oftalmológicas, que no condicionan sus tareas diarias.

CONCLUSIÓN

El presente caso se suma a otro único caso publicado, donde se constata la asociación secuencial de constipación, hipertensión arterial, PRES y resolución del cuadro hipertensivo y neurológico al resolver la constipación.

ABSCESO RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ferreya M.¹; Fernandez S.²; Rach A.³

HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL^{1,2,3}

<ferreyramelisa@gmail.com>

1002

INTRODUCCIÓN

El absceso renal puede generarse por vía: hematógena, ascendente por el tracto urinario o por contigüidad. Según su localización se dividen en corticales o corticomedulares. La mayoría de los corticales por siembra hematógena (el 90% por Staphylococcus aureus); y suelen ser únicos. Los de localización corticomedular implican una patología del tracto urinario (obstrucción, infección) y bacterias gramnegativas. El diagnóstico por imágenes se realiza con la ecografía. El tratamiento antibiótico puede ser la única terapéutica, en caso de abscesos menores y en los de mayor tamaño complementarse con punción percutánea. Si fracasó la punción, el paciente es inmunosuprimido o está séptico, se deberá realizar drenaje percutáneo con antibioticoterapia.

OBJETIVOS

Destacar la importancia de sospechar la presencia de absceso renal ante síntomas de fiebre y dolor lumbar que no responde a antibioticoterapia.

CASO CLÍNICO

Niña de 14 años con fiebre de 6 días de evolución y dolor lumbar izquierdo, consulta por guardia, se realiza orina completa con 50 cel/mm³; urocultivo y se inicia tratamiento empírico con cefalexina. En las últimas 48 hs se agregan vómitos y malestar general, persiste febril por lo que consulta nuevamente. Se realiza laboratorio: leucocitosis con neutrofilia y aumento de reactantes de fase aguda, urocultivo negativo. Ecografía abdominorrenal: riñón izquierdo de aspecto globuloso, con pérdida de la diferenciación corticomedular,

presencia en unión del polo superior y tercio medio de estructura quística de paredes engrosadas y contenido en su interior. Al doppler se observa hipervascularizado, la estructura descrita tiene vascularización de sus paredes. Mide 18 mm de diámetro máximo, paredes hiperecogénicas y halo hipocogénico.

Se realiza urocultivo y hemocultivo ambos negativos. Se interna para antibioticoterapia endovenosa con Ceftriaxona Clindamicina 7 días. Evoluciona favorablemente, se otorga el alta a completar antibioticoterapia por 14 días con Cefixima+ Clindamicina.

CONCLUSIONES

Los abscesos renales son una patología infrecuente en la edad pediátrica pero con alta morbimortalidad si no se realiza diagnóstico precoz. Se debe considerar este cuadro ante un paciente con fiebre y dolor lumbar con diagnóstico presuntivo o confirmado de pielonefritis, que no responde a la terapéutica antibiótica. Esta actitud anticipatoria deriva en la solicitud oportuna de Ecografía y/o TAC, estableciendo diagnóstico de certeza y tratamiento precoz.



COREA DE SYDENHAM EN LA ERA ANTIBIOTICA: REPORTE DE CASO.

Ochat F.¹; Santinelli C.²; Bruno M.³

HOSPITAL DE NIÑOS^{1,2,3}

<florenciaochat@hotmail.com>

1003

INTRODUCCIÓN

La corea de Sydenham se presenta por la existencia de una respuesta autoinmunitaria contra los núcleos de la base, inducida tras una infección estreptocócica. Es un criterio mayor para el diagnóstico de fiebre reumática. En los últimos 10 años, en nuestra institución se registraron 5 casos de los cuales solo uno presentó Corea de Sydenham.

OBJETIVO

Reportar un caso de Corea de Sydenham en la era antibiótica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 10 años de edad que consulta a Servicio de Neurología por movimientos involuntarios anormales de 20 días de evolución, con antecedente de múltiples faringitis eritematopultáceas no tratadas correctamente. Recibió en el último episodio dosis subóptimas de amoxicilina. No presentaba fiebre ni artritis al momento del examen físico. Laboratorio: Citológico completo, perfil lípico, anticuerpos antifosfolípidicos normales, AELO >1200, VSG: 20mm/h. ECG y RMN cerebral: normal.

Ecocardiograma informa insuficiencia mitral leve-moderada. Se diagnosticó fiebre reumática con carditis y valvulopatía. Se trató con penicilina benzatínica y haloperidol.

A los 8 días del ingreso se otorga alta hospitalaria. Se indicó control con infectología, neurología, reumatología y odontología. Los síntomas remitieron luego de 30 días pos-alta.

CONCLUSION

La incidencia de fiebre reumática ha disminuido en las últimas décadas gracias al tratamiento adecuado de las faringoamigdalitis. Por este motivo, nos parece útil reportar este caso que se presentó con corea, con la finalidad de recordar esta enfermedad como diagnóstico diferencial de los trastornos del movimiento.

IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO PRECOZ EN INFECCIONES INVASORAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ruidiaz M.¹; Barbagelata S.²; Hinojosa C.³; Meléndez R.⁴; Silva P.⁵

HOSPITAL EL CARMEN^{1,2,3,4,5}

<mariajose.ruidiaz@gmail.com>

1004

INTRODUCCIÓN

Las infecciones invasoras por Streptococcus grupo A (SGA) se definen por el aislamiento del microorganismo en un sitio normalmente estéril del cuerpo, incluyen bacteremia, escarlatina, neumonía, fascitis necrosante, mionecrosis y síndrome de shock tóxico estreptocócico. Son factores de riesgo: lesiones en piel e infección por varicela reciente, este último presente hasta en un 14-16% de los pacientes sin esquema de vacunación. Se describe una mortalidad de 10 a 20% en los casos graves.

OBJETIVO

Recordar la relevancia de la sospecha clínica y tratamiento precoz, de las infecciones invasoras por SGA

Descripción del caso: Escolar, 5 años, previamente sana, consulta por cuadro de 24 horas de dolor en pierna izquierda, claudicación y fiebre. Al examen físico destaca dolor desproporcionado en región gemelar izquierda. Evoluciona con aumento de volumen, eritema y elevación de parámetros inflamatorios. Se hospitaliza con diagnóstico de celulitis, iniciando tratamiento asociado Penicilina y Clindamicina, previa toma de hemocultivos, positivos a SGA multisensible. A 48 horas del ingreso, persiste con fiebre, extensión de eritema y aumento de dolor, se realiza ecografía de partes blandas evidenciando proceso inflamatorio extendido hacia fascia de músculos adyacentes. Ante sospecha de fascitis necrosante se traslada a UPC para monitorización, con eventual necesidad de debridamiento. Evoluciona en forma favorable. Se realiza ecografía de control que informa: plano muscular de gemelo interno imagen

sugerente de miositis piógena en evolución, por lo que se realiza abordaje quirúrgico, observando fascitis no necrosante y colección en bolsillo de plano muscular, con cultivos de secreción negativos. Completa 21 días de terapia antibiótica, con resolución completa.

CONCLUSIONES

Las infecciones invasoras por SGA, requieren alta sospecha clínica y tratamiento precoz con debridamiento quirúrgico y antibióticos biasociado.



AL PROPÓSITO DE UN CASO: RNPT CON MEMBRANA ANTRAL CONGÉNITA.

Ferrufino E.¹; Estevez N.²; Gomez Flores M.³

HOSPITAL MATERNO NEONATAL^{1,2,3}

<erikaferrufino@hotmail.com>

1005

INTRODUCCIÓN

Membrana antral congénita, es una patología rara, incidencia de 1:100.000 nacidos vivos. 1% de las malformaciones gastrointestinales. Pocos reportes en la bibliografía.

OBJETIVO

Remarcar la importancia de esta patología en el diagnóstico diferencial de un neonato prematuro con vómitos.

Descripción caso clínico: RNPT 28 semanas, PN: 1.150kg, femenino. Emb. controlado. Cesárea por DPNI. Apgar 6/7. Ingresó sala de neonatología, permanece 24hs en ARM. Al 2ddv comienza con alimentación trófica que se progresa hasta un volumen de 134ml/kg en débito de 2 hs. A los 34 ddv presenta vómitos a repetición, alimenticios, de leche semidigerida. Al examen, hidratada, hipoactiva, decaída. Abdomen no distendido, blando, depresible sin visceromegalias. Diagnósticos diferenciales: sepsis, RGE, Estenosis piloro, APLV, Trastorno de deglución, etc. Laboratorio: normal. Rx tórax normal y rx directa abdomen: silencio abdominal luego de cámara gástrica. Ecografía abdominal: Normal, sin signos de hipertrofia pilórica. Videodeglución: Deglución normal, RGE espontáneo y reiterado, no se observa vaciamiento gástrico del contraste con escasa presencia de aire en intestino delgado. TEGD: Estomago de estructura normal. Múltiples episodios de RGE. Bulbo y marco duodenal de aspecto normal. Bebe persiste con vómitos de leche semidigerida, abundantes, explosivos no logrando superar volumen de 20cc/kg. de volumen enteral.

Se decide realizar laparotomía exploradora: Estomago hipertrófico (5 mm de pared) pero no aumentado de tamaño. Píloro inflamado corto. Intestino delgado normal. Duodeno sin diferencia de calibre con buen pasaje de aire. Se decide realizar pilorotomía. Paciente persiste con vómitos. Se realiza VEDA: Se observa a nivel del antro gástrico orificio puntiforme no pudiendo progresar el endoscopio distalmente. Se diagnostica MEMBRANA ANTRAL CONGÉNITA. Se realiza dilatación con bugías de Savary. No mejora, va a cirugía: Se observa membrana antral. Se reseca. Múltiples adherencias y perforación a 40 cm de la válvula ileocecal. Se realiza rafia intestinal. Paciente logra tolerar alimentación progresiva y es dado de alta.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

Membrana antral, es una patología que debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico del paciente neonato con vómitos alimenticios recurrentes y poco crecimiento ponderal, no solo por afectación clínica del niño sino porque a veces está asociada a otras malformaciones, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz, es relevante.

RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN SANA Y ACTIVIDAD FÍSICA: SU IMPACTO EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

Abudara M.¹; Ballesta D.²; Guzman S.³; Polizzi J.⁴; Raggio S.⁵; Palazzo C.⁶

HTAL. GRAL. DE AGUDOS CARLOS G. DURAND^{1,2,3,4,5,6}

<mati_abudara@hotmail.com>

1006

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad en pediatría son, en la actualidad, problemas de salud que van adquiriendo día a día mayor complejidad a nivel mundial, y son conocidas las consecuencias del exceso de peso y el efecto arrastre de las mismas hacia la población adulta. La acción educativa sería la medida de prevención más conveniente y eficaz. Creemos que debería comenzar desde la infancia temprana, con el desarrollo de hábitos saludables de: alimentación y actividad física, estimulados desde la atención primaria en el consultorio del Pediatría.

OBJETIVOS

Valorar el impacto de las pautas de alimentación y de actividad física brindadas en el Consultorio Docente del Hospital Durand a pacientes con sobrepeso y obesidad a través de las modificaciones obtenidas en las medidas antropométricas.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, que incluyó pacientes de 2 a 11 años con sobrepeso u obesidad que realizaron controles periódicos de salud consecutivos en el consultorio de pediatría. En la primera consulta se tomaron las medidas antropométricas: Peso, Talla, Circunferencia de cintura(CC), se calcularon: IMC, Z score de IMC, Z score de peso e Índice circunferencia de cintura/talla (CC/T), se dieron pautas preestablecidas de alimentación saludable, ejercicio y uso de pantallas. En la segunda

consulta, con un intervalo mínimo de dos meses, se repitió la medición y se evaluó mediante un cuestionario semiestructurado la adhesión a las pautas sugeridas.

RESULTADOS

En un primer control se registraron 230 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, de los cuales 218 concurren a un segundo control. Se observó un 52% de sobrepeso, 40% de obesidad y 8% de obesidad severa. En el segundo control, 58% del total había adherido a las pautas de alimentación, 33% a las de ejercicio y 33% a las del uso de pantallas y como consecuencia 52% mejoraron el IMC, 57% el z score de peso, 63% la CC, 82% el índice de CC/T.

CONCLUSIÓN

Se observó una mejor adherencia a las pautas de alimentación, y una "respuesta antropométrica" de mayor magnitud en el Z de peso, la Circunferencia de cintura y en el Índice CC/Talla, no así en el Z del IMC para lo que se requeriría un período de evaluación más prolongado.



ENCEFALITIS AUTOINMUNE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Inzeo R.¹; Morales I.²; Sosa R.³; Díaz Pumará C.⁴; Janer Tittarelli M.⁵; Tursarkisian Misisan R.⁶; Vaccarezza S.⁷; Gonzalez F.⁸; Paganini A.⁹; D'alexandro M.¹⁰; Gonzalez B.¹¹; Romero A.¹²; Fiore A.¹³; Nuñez Trujillo K.¹⁴; Cantisano C.¹⁵; Piemonte S.¹⁶

HOSPITAL ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16}

<celidpumara@hotmail.com>

1007

INTRODUCCIÓN

La encefalitis aguda es un trastorno neurológico debilitante que se desarrolla como una encefalopatía rápidamente progresiva causada por la inflamación cerebral. En los últimos 10 años se ha comprobado el aumento de casos no infecciosos; la mayoría de etiología autoinmune las cuales podrían estar asociadas a anticuerpos contra la superficie de las células neuronales o contra las proteínas sinápticas, pudiendo generar síntomas similares a los de la encefalitis infecciosa, como así manifestaciones neurológicas y psiquiátricas sin fiebre ni líquido cefalorraquídeo (LCR) con pleocitosis.

OBJETIVOS

Presentar el caso de una paciente con encefalitis autoinmune con bandas oligoclonales en LCR y su evolución con el tratamiento instaurado.

Descripción del caso: Paciente femenina de 8 años de edad previamente sana que presenta 15 días previos a la consulta dolor precordial seguido de convulsión tónica de miembro superior izquierdo. Al ingreso la paciente presenta regular estado general con sensorio alterante, cuadro de excitación psicomotriz alternado con somnolencia y leve respuesta a estímulo doloroso. Se realiza punción lumbar (45 elementos) y TAC de cerebro sin contraste (normal) y se medica con ceftriaxona y aciclovir por cuadro meningoencefálico. Evoluciona con alucinaciones visuales, seguido de mutismo con desconexión del medio y movimientos involuntarios de tipo coreoatetósicos, disquinéticos y distónicos; los cuales no logran

ser controladas con benzodiazepinas, miorrelajantes y antipsicóticos. Se descartan causas infecciosas, toxicológicas, metabólicas, tumorales y neuro-psiquiátricas. Por persistencia de clínica descripta y sumarse al cuadro disautonomías se solicita perfil inmunológico de anticuerpos Ac anti NMDA, GABA b, AMPA; LGI 1 negativos y bandas oligoclonales en LCR, estas últimas resultan positivas. Realizo 3 ciclos de 5 pulsos de metilprednisolona; y gammaglobulina endovenosa en 3 oportunidades como esquema de tratamiento. Se observan resultados satisfactorios con el pasaje de Rituximab a la 3ª dosis de 4 totales.

CONCLUSIÓN

El cuadro de encefalitis autoinmune debe sospecharse en todo paciente pediátrico con alteración de la conducta y sensorio alternante habiendo descartado causas infecciosas. Si bien la principal causa es debido a autoanticuerpos contra los receptores NMDA, el panel diagnóstico incluye bandas oligoclonales en LCR que deben descartarse en todo paciente con cuadro compatible. El tratamiento con metilprednisolona y gammaglobulina no mostró mejores resultados que el uso de rituximab en nuestra paciente, en su tercera aplicación. No fue necesario realizar plasmáferesis.

ABSCESO CEREBRAL ASOCIADO A OTITIS MEDIA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

La Paz P.¹; Peres F.²

HOSPITAL REGIONAL DE COMODORO RIVADAVIA^{1 2}

<pame89_lapaz@hotmail.com>

1008

INTRODUCCIÓN

El absceso cerebral es una enfermedad infrecuente en la edad pediátrica, la diseminación por contigüidad es la causa más común. Presenta elevada morbilidad con secuelas neurológicas hasta un 50 % de los casos y mortalidad del 10 %.

OBJETIVO

Dar a conocer un caso de absceso cerebral como complicación de una otitis media aguda (OMA). Caso clínico: Niña de 11 años, con sobrepeso, que presenta cefalea intensa frontal de 72 hs de evolución, acompañada de vómitos propulsivos. Cumplió tratamiento con amoxicilina los 10 días previos por otitis media aguda. En la exploración física se observa supuración en oído izquierdo, fotofobia y leve rigidez de nuca. En los exámenes complementarios: hemograma con 16800 leucocitos/ml (84,7% neutrófilos) y eritrosedimentación de 89mm/h. TAC craneal con contraste endovenoso: imagen redondeada con realce, en hemisferio cerebral izquierdo, ocupación de mastoides y oído medio izquierdo. Se diagnostica absceso cerebral/ otitis media izquierda supurada/ mastoiditis, y se inicia tratamiento empírico con ceftazidima, vancomicina y metronidazol endovenoso. Se interconsulta a Neurocirugía que solicita RMN cerebral que informa: absceso cerebral con edema perilesional asociado, sin desviación de la línea media. Al cuarto día de internación, se interconsulta a servicios de ORL e infectología, y se rota esquema antibiótico a Ceftriaxona - Metronidazol. Paciente permanece asintomática y con buena evolución clínica. Luego de 12 días de tratamiento se realiza TAC

craneal que pone de manifiesto aumento de tamaño de la lesión, con efecto de masa. Se decide conducta quirúrgica con control clínico en UTIP por 24hs. En periodo postquirúrgico mediato, desarrolla Diabetes Insípida con resolución espontánea. A los 20 días de evolución, se realiza TAC de control en donde se evidencia buena evolución de la lesión. Continúa tratamiento parenteral hasta completar 3 semanas. Se otorga alta hospitalaria y cumple 4 semanas totales de antibióticos. Actualmente, paciente sin secuelas neurológicas.

CONCLUSIÓN

El absceso cerebral es una complicación infrecuente de la OMA; el diagnóstico y tratamiento precoz disminuyen las secuelas. El diagnóstico requiere de la disponibilidad de neuroimágenes. El tratamiento antibiótico debe ser parenteral cubriendo los gérmenes del foco sospechado, y con frecuencia el tratamiento es quirúrgico.



SÍNDROME DE GITELMAN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Peres F.¹; La Paz P.²

HOSPITAL REGIONAL COMODORO RIVADAVIA^{1,2}

<peresflaviaivana@gmail.com>

1009

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Gitelman es una tubulopatía primaria, con herencia autosómica recesiva. Junto a otras entidades que alteran la función tubular renal, presenta expresión clínica variable. Su pronóstico, depende de un adecuado diagnóstico y tratamiento.

OBJETIVOS

Dar a conocer la presentación clínica del Síndrome de Gitelman a través de un caso. Caso Clínico: Paciente masculino de 5 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, ingresa al Servicio de Pediatría en regular estado general, tembloroso e irritable. Presenta tetania aguda, calambres musculares, rigidez de 4 miembros. Laboratorio: Calcio 6.5 mg/100 ml, Fosforo 8.6 mg/100ml, Mg 0.4 mg/dl. Se solicita PTH y Vitamina D, previa corrección. Se realiza corrección rápida con Gluconato de Calcio al 10% a 18mg/kg/dosis. Buena respuesta al tratamiento. Se indica tratamiento vía oral con Calcio elemental a dosis progresiva. Controles seriados de laboratorio. Presenta Hipomagnesemia persistente. Se indica Pícolato de Magnesio a dosis progresivas, hasta 780 mg/día. Tras realizar corrección, se observa mejoría de signos clínicos. Electrocardiograma: normal. Orina: Urea 140 mg/dl, Creatinina 24,7 mg/dl, Calciuria 1,1mg/dl, Magnesio 6 mg/dl, Fosforo 7,5 mg/dl. Índice Mg/Creat: 0.24 Índice Ca/Creat 0.01. Sangre: PTH: 6.5 pg/ml. Vitamina D: 24ng/ml. Anticuerpos Enfermedad Celíaca: Negativos. Radiografía

de huesos largos y cráneo: sin alteraciones. Esteatocrito y Prueba de Elastasa: Negativas. Interpretación diagnóstica: Hipoparatiroidismo Vs Síndrome malabsortivo Vs Tubulopatía. Se realiza derivación al Hospital Garrahan donde se realiza manejo interdisciplinario del paciente y se diagnostica Síndrome de Gitelman. Desde entonces requirió múltiples internaciones por Tetania Aguda. Tratamiento Actual: 1) Calcio elemental 75 mg/kg/día vía oral. 2) Calcitriol 0,25mg/día vía oral. 3) Pícolato de Magnesio 10mg/kg/dosis cada 6 hs. Realiza seguimiento en Servicio de Nefrología Hospital Garrahan.

CONCLUSIÓN

Se trata de una patología infrecuente, de alto impacto en la calidad de vida del paciente, debido a la difícil adherencia al tratamiento de sostén. Debemos crear estrategias interdisciplinarias de contención y seguimiento familiar, como así también, seguir investigando nuevas alternativas terapéuticas.

VEJIGA PREPUJIAL. A PROPÓSITO DE TRES CASOS.

Rivera Zapata P.¹; Rolón M.²; Macleod V.³; Molina A.⁴

HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN ISIDRO^{1,2,3,4}

<paola.rivera.zapata@gmail.com>

1010

INTRODUCCIÓN

El megaprepucio congénito o vejiga prepucial es una patología poco conocida. Descrita por O'Brien en 1994, se caracteriza por una mucosa prepucial redundante, que cubre el pene normal y forma un saco que envuelve el meato uretral, lo que impide un chorro miccional adecuado; siendo necesario hacer compresión sobre la vejiga prepucial para vaciar la orina. El diagnóstico es clínico, mediante la exploración física y debe diferenciarse del pene oculto y de una fimosis clásica. Su diagnóstico y tratamiento quirúrgico debe realizarse lo antes posible, no solo por el aspecto estético si no por la posibilidad de complicaciones como ITU a repetición, balanopostitis, vejiga de lucha y ureterohidronefrosis.

OBJETIVOS

Revisión y actualización de un tema quirúrgico, desde el punto de vista clínico, al presentar 3 casos en el transcurso de 1 año.

Descripción de los casos:

Caso1 RNPTAEG, con ant de sepsis neonatal a E. Coli x UTI. A los 8m cursa internación x fiebre sin foco, con cultivos (-) y al examen se palpa HID + saco prepucial de gran tamaño, que impide la visualización del meato urinario, se realiza hernioplastia inguinal D + plástica de vejiga prepucial. Presenta función renal (N), ecografía renal con riñón izq ausente y dilatación ureteral izq y CUG con vejiga pequeña, sin reflujo, queda en seguimiento por nefrología y urología.

Caso 2 Paciente RNPTAEG con sindr genético en estudio, obesidad y retraso madurativo con macrocefalia con moderada dilat ventricular

no evolutiva. Presenta dilat pielocalicial izq, con vejiga prepucial, con acumulación de orina. Corrección Qx al 1año.

Caso 3 Paciente RNPTAEG, en seguimiento de talasemia. A los 2años Cx Vejiga prepucial con resección de mucosa redundante y plástica peniana y hernioplastia.

Como se ve en 2 de los casos, los pacientes presentaban dilatación ureteropielica, producto de la obstrucción baja de vía urinaria.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

La importancia de revisar al paciente x completo permite poner en evidencia patologías como VP, cuyo diagnóstico sólo requiere el examen físico del niño, y su trat debe ser llevado a cabo prontamente, para evitar complicaciones como ITU a repetición, balanopostitis, vejiga de lucha y ureterohidronefrosis.



1011

DILATACIÓN DE LA VÍA BILIAR. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Di Vincenzo F.¹; Vasquez J.²; Walker M.³; Oropeza G.⁴

HOSPITAL INFANTIL DE CÓRDOBA^{1,2,3,4}

<flor_dvl@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La dilatación de la vía biliar es una patología poco común en pediatría, tiene mayor incidencia en la población asiática que en la occidental. La ecografía es de elección para su diagnóstico por su fácil acceso y por ser una técnica poco invasiva.

OBJETIVOS

Primario: Presentación de casos clínicos con dilatación de la vía biliar, derivados al Servicio de Gastroenterología del Hospital Infantil de Córdoba. Secundario: Destacar la importancia de la medición de la vía biliar por ecografía para colaborar en la orientación etiológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo cualitativo, se revisaron 13 historias clínicas de pacientes entre 0-14 años derivados al servicio de Gastroenterología por dilatación de la vía biliar, examinados por ecografía. Los síntomas que motivaron la consulta fueron vómitos, dolor abdominal e ictericia. Los criterios de inclusión fueron: diámetro del colédoco medido por ecografía hasta 2 mm en lactantes, hasta 4 mm en los niños mayores y hasta 7 mm en los adolescentes. Se excluyó a un paciente cuya ecografía no consignaba los valores numéricos de la dilatación del tracto biliar. Los pacientes debían estar en ayuno de 8 hs y se les realizó laboratorio. Fueron divididos en dos grupos, aquellos con diagnóstico de quiste de colédoco se definieron como dilatación biliar primaria y en el segundo grupo, dilatación biliar secundaria a otras enfermedades.

RESULTADOS

De los 12 pacientes, 8 (66%) de sexo femenino, con un rango de edad entre 3 meses-14 años, promedio de edad fue de 6,2 años, con una mediana de edad de 5 años, según la etiología, 5 de origen primario (41,6%), debidas a quiste de colédoco que se presentaron en niños mayores; y 7 (58,3%) fueron dilataciones biliares secundarias de las cuáles se presentaron, 2 en menores de 1 año causadas por Ascaridiasis y Síndrome de bilis espesa y 5 en niños mayores secundarios a litiasis biliar. (Tabla 1)

Tabla 1: Clasificación de las dilataciones de la vía biliar.

n= 12	Sexo	Edad	Diámetro vía biliar (mm)	Etiología
Dilatación Primaria				
Lactantes				
Niños Mayores				
1	F	4 años	32 mm. Con litiasis	Quiste de colédoco Tipo I
2	M	5 años	22,3. Sin litiasis	Quiste de colédoco Tipo I
3	M	5 años	14. Con litiasis	Quiste de colédoco Tipo I
4	F	3 años	21. Con litiasis	Quiste de colédoco Tipo I
5	F	6 años	22. Con litiasis	Quiste de colédoco Tipo IV
Dilatación Secundaria				
Lactantes				
6	F	9 meses	13	Ascaridiasis/ Colangitis Sx de Bilis Espesa
7	M	3 meses	4	
Niños Mayores				
8	F	9 años	4,9. Con litiasis	Colédocolitiasis/Pancreatitis Aguda
9	F	14 años	8. Con litiasis	Colédocolitiasis/Pancreatitis Aguda/Esferocitosis
10	F	13 años	7,8. Sin litiasis	Litiasis biliar/Pancreatitis Aguda
11	M	13 años	10,7. Con litiasis	Colédocolitiasis/Pancreatitis Aguda
12	F	1 año, 7 meses	6,7. Con litiasis	Colédocolitiasis / Colangitis/ Pancreatitis Aguda/ Anemia hemolítica

CONCLUSIONES

En nuestro trabajo encontramos dentro de las causas de dilatación de la vía biliar a los quistes de colédoco, ascaridiasis, síndrome de bilis espesa y las litiasis. La medición del diámetro de la vía biliar es de importancia, ya que las dilataciones primarias en este caso fueron las mayores (más de 14 mm) y correspondieron al diagnóstico de quiste de colédoco, por lo cual creemos que debería ser consignada en las ecografías para orientar el diagnóstico etiológico, además de acompañarse de otros métodos diagnósticos.

SHOCK TÓXICO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Paruelo F.¹; Padilla M.²; Perez M.³; Soverchia S.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS "DR. RICARDO GUTIÉRREZ"^{1,2,3,4}

<fedeparuelo@gmail.com>

1012

INTRODUCCIÓN

El síndrome de shock tóxico (SST) es una patología potencialmente grave producida por Staphylococcus aureus. La mayoría de los casos son producidos por las cepas meticilino-sensibles, mientras que el desarrollo de SST en cepas meticilino-resistentes (SAMR) se produce ocasionalmente.

Se presenta el siguiente caso clínico por tratarse de una patología poco frecuente en pediatría, causada por un patógeno cuya incidencia se encuentra en aumento.

Caso Clínico: Paciente de dos años y ocho meses, previamente sana, consulta por presentar cuadro de status convulsivo, febril 42°C, con descompensación hemodinámica e historia de diarrea de tres días de evolución. Al ingreso, la paciente presenta úlcera en región occipital con secreción purulenta, por lo que se asume shock séptico con foco cutáneo, iniciando tratamiento con vancomicina y ceftriaxona a dosis meningéas. Laboratorio evidencia leucocitosis con desviación a la izquierda, plaquetopenia, anemia, tiempo de protrombina prolongado, proteína C reactiva aumentada, hipertransaminemia al doble del valor normal e hipoalbuminemia. Se realizan múltiples determinaciones microbiológicas en sangre, LCR y materia fecal, constatándose presencia de SAMR en hemocultivos. Presenta EEG y TAC de sistema nervioso normales.

La paciente se estabiliza hemodinámicamente a las 36hs. Se administra gammaglobulina humana endovenosa en dos dosis. Presenta al tercer día, exantema generalizado hasta rodillas, que cede a las 24hs. Permanece con inotrópicos y asistencia respiratoria mecánica por 12 días, con evolución

posterior favorable. A los 15 días, se constata descamación cutánea en pulpejos de los dedos de manos y pies. Con diagnóstico retrospectivo de shock tóxico por SAMR cumplió tratamiento antibiótico endovenoso con vancomicina-TMS durante 14 días, permaneciendo con TMS hasta 21 días totales. Presentó recuperación completa, no constatándose alteraciones neurológicas persistentes.

CONCLUSIÓN

En pacientes con diagnóstico de shock séptico deben buscarse sistemáticamente signos clínicos que indiquen enfermedad por toxinas, a pesar de tener o no rescate bacteriológico, para el adecuado manejo del cuadro clínico, teniendo en cuenta la elevada mortalidad que presenta en los primeros días de hospitalización.



LUPUS EN PEDIATRÍA

Micali Dejter A.¹; Di Diego A.²; Bellomo J.³; Blanco L.⁴; Wiesztort G.⁵; Acerenza M.⁶; Canda P.⁷

SANATORIO SAGRADO CORAZÓN^{1 2 3 4 5 6 7}

<Anisol.md@gmail.com>

1013

INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso sistémico (LES), es una patología inflamatoria, crónica, autoinmune, multisistémica y multifactorial, caracterizada por exacerbaciones y remisiones. La nefropatía lúpica es la presentación más frecuente.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino, de 13 años de edad, previamente sana, se interna por bicitopenia. Inició dos semanas previas a la internación con pérdida de peso, astenia, adinamia, en contexto afebril, lesiones ulcerosas en mucosa oral en paladar blando y ambos carrillos. Se realiza laboratorio se constata bicitopenia (Gh 3500 (70%/25%) Hb 9.7 Plaquetas 156.000) y aumento de transaminasas (GOT 249 GPT 453 FAL 341); función renal conservada, restantes de parámetros dentro de límites normales. Se realizó orinacompleta (sedimento urinario patológico-cuocultivo negativo hemocultivos negativos). Se indicó tratamiento antibiótico con Ampicilina - Gentamicina. A su ingreso, la paciente se encontraba en regular estado general, palidez cutáneo-mucosa. Lesiones ulcerativas en paladar blando, en sacabocados, dolorosas, sin signos de sangrado activo; lesiones purpúricas en pulpejos de cuatro miembros. A la palpación se evidenciaba esplenomegalia y adenopatías latero-cervicales e inguinales bilaterales, de consistencia duro-elástica, indoloras, sin desplazamiento de estructuras adyacentes, la de mayor tamaño en región retroauricular derecha, de 2 x 1 cm aproximadamente. Evoluciona con persistencia febril. Se realiza laboratorio reumatológico, hallándose

resultados positivos compatible con Lupus Eritematoso Sistémico (Anticuerpos FAN (> 1/1280), Anti-ADN (> 240) aumentados y Anti-SM positivo). Se completan estudios: orina de 24 horas (proteinuria de rango nefrótico), fondo de ojo (sin hallazgos patológicos) y biopsia renal (Nefritis Lúpica difusa clase IV). Inició tratamiento con Metilprednisolona (3 dosis) y ciclos mensuales de ciclofosfamida, continuando con tratamiento oral con metilprednisona, hidroxicloroquina y enalapril. Evoluciona con mejoría clínica y bioquímica, por lo que posteriormente se decide su egreso sanatorial, con controles clínicos ambulatorios.

CONCLUSION

El LES es una patología, que debe ser sospechada en la edad pediátrica. Dada con su presentación multisistémica debe ser abordada por las distintas especialidades. El diagnóstico es por medio de anticuerpos específicos en plasma. Los corticoides son el tratamiento de elección para el control de síntomas. El compromiso renal será el marcador del pronóstico de dicha patología. Las patologías reumatológicas deben ser diagnósticos diferenciales ante una clínica multisistémica aun presentándose solo como un síndrome de impregnación.

A PROPÓSITO DE UN CASO: ERITEMA POLIMORFO AMPOLLAR

Loiácono V.¹; Laurino E.²; Tittarelli F.³; De Lillo L.⁴; Gigliotti E.⁵; Greas S.⁶

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6}

<vanesaioacono@gmail.com>

1015

INTRODUCCIÓN

El eritema polimorfo (EP) es una enfermedad de piel y mucosas, secundaria a una reacción de hipersensibilidad, con un amplio espectro de lesiones. El EP ampollar (EPA) es una forma atípica e infrecuente, en la que se observa una ampolla central en las lesiones diana, resultado de una inflamación intensa de la unión dermo-epidérmica. Su distribución es simétrica y tienden a afectar la cara y las extremidades. Su etiología es variada, siendo el virus de herpes simple el agente relacionado al desarrollo de la forma ampollar con más frecuencia. El diagnóstico se basa fundamentalmente en la clínica y en la anatomía patológica. Como diagnósticos diferenciales deben considerarse el pénfigo vulgar, penfigoide ampollar, dermatosis por IgA lineal o dermatitis herpetiforme, entre otros. El tratamiento es amplio y depende de la severidad del cuadro.

OBJETIVOS

Describir un caso de EPA y sus diagnósticos diferenciales.

Caso clínico: Paciente de 8 años, de sexo masculino, con antecedente de infecciones de piel, que consulta por lesiones eritemato vesículo ampollares de una semana de evolución, asociado a prurito. Al agregarse fiebre, consulta a guardia, donde se decide su internación, con diagnóstico presuntivo de impétigo, para tratamiento antibiótico endovenoso con Clindamicina. Al ingreso se observan lesiones en miembros inferiores, superiores y tronco, caracterizadas por presentar un borde eritematoso, con halo intermedio rosado y centro vesicular, que evolucionan a ampollas. Sin

compromiso de mucosas. Es evaluado por el Servicio de Dermatología, se toma biopsia para anatomía patológica, muestra para inmunofluorescencia y cultivo de la lesión, y serologías. El paciente presenta mejoría de las lesiones. El cultivo de lesión es positivo para Streptococcus pyogenes y el informe de anatomía patológica confirma la sospecha de EPA por lo que se inicia tratamiento con corticoide por vía oral con buena evolución clínica.

CONCLUSIONES

El EPA es una enfermedad cutánea, de gran polimorfismo lesional, que debe considerarse como diagnóstico diferencial ante la presencia de lesiones vesículo-ampollares, de distribución simétrica, con predominio de extremidades.



INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO: SERIE DE 30 CASOS

1016

Martínez Patetta R.¹; Gómez Montoya S.²; Bellantonio E.³; Unger C.⁴

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4}

<martinezpatetaraul@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La intoxicación por monóxido de carbono causa entre 150 y 200 muertes prevenibles y evitables por año. Los principales factores de exposición son los medios de calefacción inseguros, secundarios a las condiciones socioeconómicas adversas y la marginación social. La sospecha, diagnóstico y notificación obligatoria contribuye a un mejor conocimiento epidemiológico y provee información para orientar con mayor eficacia las acciones de prevención y control.

OBJETIVOS

Determinar las manifestaciones clínicas más frecuentes y conjugarlas con los antecedentes del medio, para el rápido diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por monóxido de carbono (CO). Hacer énfasis en el papel fundamental que representan las condiciones de vida e inequidades sociales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron historias clínicas de los últimos 10 años con diagnóstico de intoxicación por CO. Se realizó un estudio descriptivo de 30 pacientes que se internaron en éste hospital con carboxihemoglobinemia mayor a 5%. Se analizaron las siguientes variables: edad, signos y síntomas, nivel de carboxihemoglobina y de CPK, fuente de intoxicación, mes de exposición, duración de la internación y requerimiento de cuidados intensivos y/o cámara hiperbárica.

RESULTADOS

La edad media fue de 7,3 años (2 meses - 15 años). El 100% de los pacientes presentó síntomas neurológicos. Entre las manifestaciones clínicas más

frecuentes se hayan cefalea, alteración del nivel de conciencia, vómitos y mareos. Más del 90% de los casos ocurrió durante los meses de invierno. Las principales fuentes de exposición fueron incendios y calentadores a carbón dentro del hogar. La carboxihemoglobinemia osciló entre 5 y 39,2%. El 80% del total permaneció un día internado, con oxígeno por máscara con reservorio. El 20% presentó internación en Unidad de Cuidados Intensivos y sólo 6,6% requirió cámara hiperbárica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las principales manifestaciones clínicas son neurológicas e inespecíficas, sin encontrarse correlación entre los niveles de carboxihemoglobina y la gravedad y/o pronóstico de la intoxicación. La elevación de los niveles de CPK no mostró correlación con la sintomatología cardiovascular, siendo ésta infrecuente. Los meses fríos, las condiciones de vivienda deficitarias y la pobreza son variables presentes y prevenibles en la mayoría de los casos de intoxicación por CO.

ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN INMUNIZACIÓN (ESAVI) NOTIFICADOS AL PROGRAMA DE INMUNIZACIONES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CABA) DURANTE EL AÑO 2016

1017

Gallegos P.¹; Curti P.²; Marcos A.³; Saia M.⁴; Callejas C.⁵

PROGRAMA DE INMUNIZACIONES DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

<paugallegos90@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Se define como ESAVI todo cuadro clínico que aparece luego de la administración de una vacuna y que supuestamente se atribuye a la misma. La relación puede o no ser causal y el monitoreo, investigación y clasificación final es un componente fundamental para los programas de inmunización. Un ESAVI grave es todo aquel evento que resulte en hospitalización o fallecimiento

OBJETIVOS

Cuantificar los ESAVIs notificados, describir la tasa global, según vacuna, edad, tiempo de presentación, ESAVIs graves y clasificación final.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron las fichas de ESAVIs remitidas por efectores públicos y privados de la Ciudad de Buenos Aires, recibidas en el Programa de Inmunizaciones durante el año 2016.

RESULTADOS

Se recibieron 163 notificaciones con una tasa de 0.77/10.000 dosis aplicadas. Las vacunas más frecuentemente involucradas fueron: neumocócica polisacárida (37/163), antigripal (24/163) y pentavalente (26/163). La edad de los afectados está comprendida entre 0 a 87 años, mediana 38 años. El 42.3% correspondieron a los menores de dos años de edad, seguidos del grupo de 12 a 64 años (23.3%). La mediana del tiempo de presentación de los síntomas fue 24 horas, con media de 13 días, y rango 0 y 535 días. 37,42% ocurrieron dentro del día de administrada la vacuna y 47,24% entre el día y

10 post-vacunación. 45/163 notificaciones correspondieron a ESAVIs graves, con una tasa de 0.21/10.000 dosis aplicadas. No hubo casos fatales. En este grupo las vacunas asociadas fueron: pentavalente (35,6%), antigripal (13,3%) y antineumocócica 13 valente (8,9%). 37,8% presentaban condiciones médicas relevantes o enfermedades de base.

Clasificación final	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Reacción coincidente	19	11,7
Reacción no concluyente	6	3,7
Error programático	47	28,8
Reacción relacionada con la vacuna	79	48,5
Reacción relacionada con la ansiedad de la inmunización	3	1,8
En estudio	9	5,5
Total general	163	100

CONCLUSIÓN

La tasa de notificación ESAVIs correspondió a 0.77/10.000. El 48.5% correspondieron a ESAVIs relacionados con la vacuna. Permanecen en estudio 9/163 ESAVIs. La tasa de ESAVIs graves es 0.21/10.000, de los cuales ninguno resultó en muerte. Las edades más afectadas corresponden al momento de aplicación de mayor número de dosis. Las vacunas más relacionadas fueron la neumocócica, antigripal y pentavalente.



OXÍGENO DE ALTO FLUJO EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS EXPERIENCIA PRELIMINAR EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS. 2017

1018

Greca L.¹; Quiroga Valdez Y.²; Garcia N.³; Morra M.⁴; Miretti M.⁵; De Uriarte H.⁶
HOSPITAL DE NIÑOS SANTISIMA TRINIDAD^{1,2,3,4,5,6}

<loregreca@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas bajas/IRAB representan una importante causa de morbimortalidad en <2 años. La mayoría son de etiología viral y el oxígeno es la única terapia de eficacia comprobada. La Oxigenoterapia de Alto Flujo/OAF, mediante cánula nasal aporta flujos de oxígeno provistos de humedad y calor, superiores al pico flujo inspiratorio del paciente, mejorando el patrón respiratorio. Existen escasos estudios en la actualidad, sin embargo la OAF es cada vez más utilizada por su fácil implementación y buenos resultados clínicos.

OBJETIVO

Presentar la primera experiencia en la implementación de OAF administrado precozmente a menores de 2 años con IRAB en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba/HNC, 2017.

Relato de la propuesta. Se propuso su utilización ante el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Se formuló la "Guía Clínica para el uso de Oxigenoterapia de Alto Flujo en los Hospitales Públicos de Pediatría de la Provincia de Córdoba", que protocoliza indicaciones, contraindicaciones, equipamiento, técnicas, monitoreo, manejo y cuidados médicos y de enfermería; fracasos, destete y complicaciones. El proyecto fue aprobado y socializado en las jornadas sobre IRAB 2017 (Dirección de Maternidad e Infancia de la provincia) iniciando la capacitación al equipo de salud de

nuestro hospital (abril-mayo): enfermería, médicos de planta y pediatras en formación. Se inicia el 31 de mayo 2017 en sala anexa a la guardia (12 dispositivos) en pacientes con IRAB registrando: edad, sexo, procedencia, patrón clínico/radiológico, escala de Tal, gasometría y respuesta al OAF.

RESULTADOS

Se indicó OAF a 65 pacientes con criterios. Mediana de edad 7.8 meses (1-24); 54% femeninos; patrón clínico/radiológico: 49/65 (75,5%) obstructivo (bronquiolitis), 12/65 (18,5%) mixto y 4/65 (6,5%) restrictivo (neumonía); TAL ingreso mediana 7.7. Procedencia 55% hogar, 45% internado. Buena respuesta en 45 (69.2%); fracasaron 20 (30.8%): 10.8% V-No invasiva/VNI y 20% intubación/ARM.

CONCLUSIÓN

La respuesta a la OAF de acuerdo al protocolo elegido fue exitosa en casi 70% de los pacientes, con buena aceptación por la mayoría de los profesionales involucrados. Los resultados finales sobre la eficacia OAF en IRAB y su impacto en la ocupación de unidades críticas/ARM durante el período invernal 2017, así como el costo/efectividad del procedimiento serán analizados oportunamente, contando hasta el momento sólo con resultados parciales.

ESTENOSIS CONGENITA DE LA APERTURA PIRIFORME

Siebenhaar E.¹

HIEMI¹



1019

INTRODUCCIÓN

La respiración nasal obligada del recién nacido hace que su obstrucción puede ser un cuadro potencialmente mortal.

Dentro de los diagnósticos diferenciales de un recién nacido con obstrucción de vía aérea superior es de suma importancia descartar la atresia de coanas como causa más frecuente y dentro de las menos habituales se encuentra la estenosis de la apertura piriforme.

La apertura piriforme es la porción ósea más anterior y más estrecha de las fosas nasales, por lo que una disminución de su diámetro puede aumentar considerablemente la resistencia al flujo aéreo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos un paciente de 1 mes de vida nacido de un embarazo controlado, gemelar, diabetes gestacional, recién nacida pretérmino, peso adecuado para su edad gestacional. Primera internación por hiperbilirrubinemia sin incompatibilidad, que requirió 6 días de luminoterapia. Consulta por obstrucción de la vía aérea superior y cambio de coloración. Al exámen físico se encuentra en buen estado general con catarro de vía aérea superior, cornaje y a la auscultación abundantes ruidos transmitidos con buena entrada de aire bilateral. Se decide su internación, en su evolución la niña presenta desmejoría clínica con aumento de la dificultad respiratoria, mayor cornaje, con stop al pasaje de la sonda nasogástrica por narina izquierda y resistencia al pasaje por narina derecha al aspirar secreciones. Ante la sospecha de obstrucción nasal, y en conjunto con servicio de otorrinolaringología, se realiza TAC de cráneo y

Macizo facial encontrándose una estenosis de la apertura piriforme, con distancia interproceso de 7,2 mm, asociado a un incisivo central único, sin otros hallazgos. Luego de arribar al diagnóstico y descartándose otras patologías asociadas, cardíacas, genitourinarias y endócrinas, se programa cirugía correctiva, realizándose con éxito a los 2 meses de vida.

CONCLUSIÓN

La estenosis de la apertura piriforme se presenta clínicamente como dificultad respiratoria, dificultad para la alimentación, apnea, cianosis intermitente o cornaje; la dificultad para el pasaje de una sonda a través de las fosas nasales fortalece la sospecha diagnóstica.

En algunas oportunidades puede encontrarse también asociado a otros trastornos como, endocrinopatías, malformaciones de la línea media (holoprosencefalia, fascie dismórfica, microcefalia, alteraciones de la silla turca y/o hipófisis, incisivo central único); así como también puede encontrarse en el contexto de otros síndromes malformativos (VACTERL, CHARGE, y Síndrome velocardiofacial).

El diagnóstico se confirma mediante la realización de TAC cráneo-facial, se realizan cortes finos de 1 a 3 mm desde el paladar hasta el techo de la orbita y se considera diagnóstico cuando la apertura piriforme mide menos de 11 mm en el corte axial a nivel del meato inferior (distancia interproceso).

El objetivo principal del tratamiento es establecer una vía aérea segura, de manera conservadora o quirúrgica; en pacientes con compromiso clínico (apneas, cianosis) se considera de elección la resolución quirúrgica.



MENINGOENCEFALITIS POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO.

1020

Martinelli L.¹; Mercuri J.²; Olínik D.³; Ojeda F.⁴; Melo R.⁵; Perazzo M.⁶; Cayzac N.⁷

HOSPITAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO¹; HOSPITAL MUNICIPAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO^{2,3,4,5,6,7}

<loryaninamartinelli@gmail.com>

OBJETIVO

Presentar un caso de Meningoencefalitis por Mycoplasma Pneumoniae (MP) en un niño de 10 años, sano, que recibió tratamiento con Ceftriaxone (CRO) y Vancomicina, con rescate de MP en líquido cefalorraquídeo (LCR). Sin tratamiento específico con resolución completa sin secuelas neurológicas.

INTRODUCCIÓN

Causa manifestaciones pulmonares y extrapulmonares (dermatológicas, hematológicas, osteoarticulares, cardíacas, gastrointestinales y neurológicas). CASO CLINICO: Niño de 10 años, sano, consulta por fiebre, cefaleas, vómitos y rigidez de nuca. Presentó leucocitosis, LCR: 2.200 elementos, glucorraquia 48 mg%, glucemia 134 mg%, proteinorraquia 1 gr/lit. Cumplió tratamiento con CRO. Con HMC y LCR negativos es dado de alta. A las 24 hs repite clínica. Presentó radiografía de tórax y Tomografía Axial Computada (TAC) encéfalo normal. LCR patológico. Se interna e indica CRO y Vancomicina. Evolución tórpida con pérdida de fuerza muscular en hemicuerpo izquierdo. Se realiza TAC encéfalo normal, prueba cutánea a la tuberculina y HIV negativos, LCR para gérmenes comunes, Criptococo, TBC, enterovirus, herpes negativos y PCR para MP positivo. Electroencefalograma y fondo de ojo normal. Resonancia Magnética de encéfalo (RM), mínima tinción meníngea. A los 23 días con recuperación completa, alta hospitalaria.

DISCUSIÓN

La afección del SNC es la complicación extrapulmonar más frecuente. La clínica neurológica es variada, de formas leves a manifestaciones severas. La fisiopatología es desconocida. La mayor evidencia es el daño por respuesta autoinmune. Otros mecanismos son la injuria directa del MP o daño por neurotoxinas. La serología es muy útil para el diagnóstico. La reacción de cadena de polimerasa (PCR) es el gold standard. Tratamiento: medidas generales. Antibióticos eficaces: cloranfenicol, doxiciclina y tetraciclinas, su beneficio no ha sido demostrado. Ante sospecha de causa inmunológica, indicar inmunomoduladores y plasmaféresis.

CONCLUSION

La infección del SNC por MP es poco diagnosticada. Considerarla para instaurar tratamiento precoz, disminuir el riesgo de mortalidad y secuelas neurológicas. En el caso clínico, el diagnóstico fue por detección de MP en LCR. La RM mostró signos inespecíficos de afectación meníngea. Recibió tratamiento con CRO y Vancomicina, con remisión completa sin tratamiento específico. Se infiere que la afectación neurológica en este caso fue inmunomediada, coincidiendo que el uso de antibióticos es controversial.

LINFOMA LINFOBLÁSTICO AGUDO DE EVOLUCIÓN TÓPIDA: A PROPOSITO DE UN CASO

1021

Sandoval A.¹; Azan A.²; Argañaraz C.³; Consentini M.⁴

HOSPITAL MATERNO INFANTIL^{1,2,3,4}

<alilegionaria@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los linfomas son la tercera causa de cáncer infantil en Argentina, los de tipo no Hodgkin mejoraron la supervivencia gracias a los tratamientos quimioterápicos intensivos, y al diagnóstico en estadios tempranos.

OBJETIVO

Presentar un caso de Linfoma Linfoblástico con evolución tórpida. Descripción del caso: Paciente de sexo femenino de 12 años, consulta por tos de 1 mes, tumoración cervical y pérdida de peso de 1 semana de evolución; radiografía de tórax con agrandamiento del mediastino. Se realiza biopsia de ganglio cervical bajo anestesia general, sin posibilidad de extubación pasa a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por 11 días presentando edema en esclavina, síndrome de lisis tumoral y parálisis facial periférica; permaneciendo 10 días en ARM. Se realiza diagnóstico de Linfoma Linfoblástico agudo de células T estadio IV (por compromiso extranodal en médula ósea y SNC). Al 4to día de internación inicia quimioterapia según protocolo. Encontrándose en sala de internación, presenta neutropenia febril y múltiples requerimientos transfusionales, realizando diversos esquemas antibióticos, iniciando tratamiento con Anfotericina Liposomal luego de 12 días de persistencia de la fiebre y disfgia de 6 días de evolución, con rescate de Candida Tropicalis en hemocultivos. Por evolución desfavorable con distres respiratorio grave y falla multiorgánica reingresa a UCI donde se realiza Fibroscopía

observándose tapón mucoso por debajo del Tubo endotraqueal que provoca obstrucción total de la vía aérea. Presenta paro cardiorespiratorio y fallece a los 44 días de internada y realizado el diagnóstico.

CONCLUSIONES

Se debe mantener un alto índice de sospecha para un diagnóstico precoz y una mejora en la sobrevida, tanto para el diagnóstico de la patología oncológica en pediatría como así también para la enfermedad fúngica invasiva en pacientes neutropénicos con factores de riesgo para la misma.



PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE EN PACIENTE DIABÉTICO TIPO 1 CON EPISODIOS REITERADOS DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA

1022

Narbaiz M.¹; Rodriguez M.²; Francesca J.³; Yafar C.⁴

Hospital Sor Maria Ludovica^{1,2,3,4}

<marianarbaiz@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de PA, en pacientes con CAD se basa en la clínica y elevación de enzimas pancreáticas, sin hallazgos radiográficos confirmatorios. Cuando se dan en simultáneo, la PA agrava la severidad de la CAD deplecionando más el volumen intravascular y además complejiza el control de la glucemia. La fisiopatología de la PA en asociación con CAD no está bien aclarado, la hipertrigliceridemia transitoria importante se asocia algunos reportes con incidencia infrecuente, otras causas que pueden generar PA como complicación de una enfermedad metabólica como la acidemia orgánica perpetuada por Diabetes Mellitus I con descompensaciones reiteradas llegando a CAD, que nos acercaría la posibilidad etiológica de nuestro paciente motivo de estudio.

OBJETIVO

Conocer la asociación de la CAD y la PA para realizar diagnóstico precoz y manejar adecuadamente ambas entidades clínicas.

Descripción del caso: Paciente de 14 años con diagnóstico de DBT 1 2 años previos, desde entonces mal controlada. Sin otro antecedente de relevancia. Consulta por presentar dolor abdominal y vómitos; se descarta cetoacidosis (CAD), se observa aumento de amilasa (568) y lipasa. Se realiza ecografía abdominal donde se visualiza páncreas aumentado de tamaño, resto sin particularidades. Se interpreta como PA, cediendo cuadro con ayuno e hidratación. En un año presento episodios reiterados del cuadro (8), con características iguales al cuadro inicial, en algunas oportunidades asociado a CAD. Se realizan interconsultas con servicio de Gastroentero-

logía, Cirugía General, Endocrinología, Nutrición, Radiología; se amplían estudios: CEPRE, RM, TAC, biología molecular para FQ, Ac para celiaquía, Ac para descartar autoinmunidad; resultando todos los estudios negativos. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por los diferentes servicios priorizando el adecuado control de ambas enfermedades.

CONCLUSIÓN

En pediatría son escasos los reportes, la mayoría de estudios son extrapolados de investigaciones en adultos, proponiendo la observación retrospectiva de niños con PA y CAD, estudiando como ha sido su control metabólico previo al desarrollo de alguna o ambas de estas patologías. Este conocimiento nos permite el diagnóstico precoz y manejo adecuado de ambas entidades.

SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTE EN ARGENTINA 1980-2016

1023

Fernandez H.¹; Wettstein M.²; Bossio J.³; Arias S.⁴

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI"^{1,2,3,4}

<fernanhg@outlook.com>

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (TB) pediátrica es un problema de salud pública ya que un caso de TB en un niño es un evento centinela que indica la transmisión reciente en una comunidad y es un marcador para el seguimiento de los programas de control de la TB.

OBJETIVOS

Describir la situación de la TB en menores de 20 años en Argentina, sus características principales, distribución y tendencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una descripción de los casos de TB notificados en menores de 20 años registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de TB para el período 1980-2016 y de las defunciones en el período 1980-2015 de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Se calcularon tasas y porcentajes por grupos de edad, sexo, localización, motivo de consulta, jurisdicción y sub jurisdicciones. La tendencia se evaluó con el coeficiente de regresión lineal del logaritmo natural de base e y de la tasa de notificación y se expresó como Variación Anual promedio Porcentual (VAP), con su intervalo de confianza del 95%. El tratamiento se evaluó en relación a los casos con información sobre el resultado del tratamiento.

RESULTADOS

Del total de casos de TB nuevos y recaídas notificados en 2016, el 17,5% (1699 casos) ocurrieron en menores de 20 años, tasa de 11,7 por 100.000 habitantes. El 52,8% varones y 47,2% mujeres. Los menores de 15 años representaron 8,3% (807 casos) del total de casos notificados y el grupo 15 a 19 años (992 casos) el 9,2%, con tasas de 7,4 y 25,3 casos

por 100.000, respectivamente. El 10,9% de los casos no tenía motivo de consulta, entre los que tenían el 65,3% (1177 casos) eran sintomático respiratorios y 18,3% (332 casos) contactos. La forma pulmonar fue la más frecuente (mayor al 85%) con una confirmación bacteriológica del 51,7% para todo el grupo, variando de 12,6% en niños de 5 a 9 años a 73,6% en adolescentes. La más frecuente localización extrapulmonar fue ganglionar en menores de 10 años (51,3%) y pleural en los de 10 a 19 años (57,1%). Salta presentó la tasa más alta en menores de 15 años (19,1 por 100.000), 57 veces superior a la de San Juan (0,3 por 100.000). En adolescentes la tasa de CABA (53,2 por 100.000) fue 35 veces superior a la de San Juan (1,52 por 100.000). La tendencia fue al descenso desde 1980 con una VAP de -4,6% (-4,2; -4,9) para los menores de 15 años y -2,4% (-2,1; -2,8) para el grupo de 15 a 19 años. El 38,8% de los casos no tiene información de tratamiento en 2015. De los evaluados las tasas fueron: éxito 81,3% (947 casos), abandono 13,2% (154 casos) y 1,4% fallecidos (16 casos). En 2015 se registraron 20 muertes en menores de 20 años, 10 pediátrica y 10 adolescentes, lo que representó una tasa de 0,09 y 0,28 muertes por 100.000, respectivamente. La tendencia en la mortalidad fue al descenso desde 1980 con una VAP de -6,6% (-6,1; -7,6).

CONCLUSIONES

Los casos y muertes de TB en este grupo se concentran en áreas urbanas con alta notificación de casos bacilíferos y en áreas con condiciones sociales desfavorables. Es necesario fortalecer el control de la TB en la población infantil con intervenciones para reducir la inaceptable ocurrencia de casos y de muertes por TB en niños.



PREVALENCIA DE ANEMIAS EN PACIENTES INTERNADOS EN SALA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL HIGA EVA PERON DE SAN MARTÍN AÑO 2016

1024

Flores Mendez L.¹; Winter E.²; Mosquera G.³; Cogley C.⁴; Acuña W.⁵; Arakaki D.⁶

HIGA EVA PERON SAN MARTIN^{1 2 3 4 5 6}

<gigio_961@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La población pediátrica con anemia en el Gran Buenos Aires presenta porcentajes altos en comparación con otras regiones de la Argentina, siendo sólo precedida en la región noreste en todas las franjas etarias, y de 6 a 24 meses por ésta y por la región noroeste. La anemia tiene una estrecha relación con poblaciones con carencias nutricionales, y factores socioeconómicos desfavorables.

OBJETIVO

Estudiar la prevalencia de pacientes con anemia y enfermedades respiratorias asociadas, en relación con pacientes con anemias asociadas a otras patologías, en pacientes internados en sala de pediatría del Hospital Eva Perón en el año 2016.

METODOLOGÍA

Diseño transversal. Se analizó el total de internados en sala de pediatría de H.I.G.A. Eva Perón, se excluyeron a los pacientes menores de 6 meses, deshidratados, quemados, lesión por mordedura de perro y aquellos que no requirieron laboratorio

RESULTADOS

Del total de internados de 2300 pacientes en 2016 se diagnosticaron con anemia 20,9 % Aquellos con enfermedades respiratorias presentaron anemia un 14 %, la relación con otras patologías fue de: infección de partes blandas 1,7 %, quirúrgicos 0,7 %, otras patologías 4,5 %.

CONCLUSIONES

Que el mayor porcentaje de anemia se relaciona con patología respiratoria, podría ser un importante indicador de condiciones socioeconómicas desfavorables. Una política sanitaria que logre mejoras en las condiciones socioeconómicas, junto con la suplementación oportuna con hierro en la población pediátrica podría disminuir la prevalencia de anemia, y con ello quizá las enfermedades respiratorias.

TUBERCULOSIS PLEURAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

1025

Previgliano M.¹; Fernández Polivanoff M.²; Bonora G.³; Squassi I.⁴; Sapia E.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1 2 3 4 5}

<lujanprevigliano@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica causada por *Micobacterium Tuberculosis* cuya localización más frecuente es la pulmonar pero puede afectar otros órganos. El contagio es persona a persona, a través de secreciones respiratorias. A pesar de ser una enfermedad con tratamiento específico curativo, en nuestro país y en el mundo existe una alta prevalencia. Esto se cree secundario a un gran subdiagnóstico asociado al abandono de tratamiento y resistencia al mismo. En este trabajo presentamos el caso de una paciente con sospecha de supuración pleuropulmonar con diagnóstico final de Tuberculosis Pleural (TP).

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años de edad, previamente sana, que consulta por dolor lumbar derecho y fiebre de 6 días de evolución, que en las últimas 24hs agrega vómitos y dificultad respiratoria. Al examen físico presenta regular estado general, con hipoventilación y matidez en base derecha. Se realiza radiografía de tórax con condensación paracardíaca derecha con borramiento del seno costofrénico del mismo lado y ecopleura con líquido particulado, compatibles con neumonía y derrame pleural. Se medica en forma empírica con ceftriaxona y clindamicina. Se realiza punción y avenamiento de líquido pleural con examen citoquímico que informa: proteínas 5830mg/dl, células 1645GB/mm con 91% mononucleares. Presenta hemocultivos, cultivo de líquido pleural y PCR para estafilococo y neumococo de líquido pleural, todos negativos. Se obtiene resultado de anatomía patológica que informa granulomas

necrotizantes y PCR para TBC en líquido pleural positivos. Con dichos resultados se asume el cuadro como TP y comienza tratamiento con 4 drogas. Presentó posteriormente PPD: 18mm, baciloscopia de esputo (x3) y de muestra quirúrgica, ambas negativas, PCR y cultivo de esputo negativos. La paciente presentó buena evolución, se otorgó el alta hospitalaria con seguimientos ambulatorios a los 7 días de iniciado el tratamiento.

DISCUSIÓN

El derrame pleural puede ocurrir en cualquier proceso que altere el flujo y absorción de líquido pleural: aumento de la permeabilidad capilar secundario a infecciones, así como aumento de la presión hidrostática o disminución de la presión oncótica. En los niños la causa más frecuente de derrame es la infecciosa con la neumonía como principal causa. Con respecto a la TP, puede darse como reactivación de la enfermedad o como enfermedad primaria. En los niños esta última es más frecuente. En la mayoría de los casos se da como una reacción de hipersensibilidad a la micobacteria, pero puede darse también asociado a focos subpleurales con ruptura al espacio pleural. La forma de presentación puede ser con un cuadro de impregnación, asociado a pérdida de peso, inapetencia y astenia, aunque muchas veces se da como una enfermedad aguda con fiebre, tos, dificultad respiratoria y dolor torácico. En el caso de nuestra paciente nos parece interesante recalcar que si bien la principal causa de derrame en pediatría es la paraneumónica, la TBC es una enfermedad que no se debe dejar de sospechar. Para ello, es de gran importancia la punción diagnóstica y el análisis fisicoquímico del líquido pleural para la orientación diagnóstica.



ANÁLISIS ESPACIAL DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN ARGENTINA 2011-2015

Fernandez H.¹

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONTI"¹

1026

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento de las diferencias en la distribución de la mortalidad infantil en el país es un elemento crítico para la formulación de políticas de salud. La mortalidad infantil presenta variaciones regionales que son consecuencia de las desigualdades en salud. Para comprender la distribución geográfica de la mortalidad infantil se han desarrollado técnicas específicas para identificar y caracterizar sus patrones espaciales.

OBJETIVO

Identificar áreas de alto riesgo de mortalidad infantil mediante métodos de autocorrelación espacial y determinación de clusters.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un análisis descriptivo de la mortalidad infantil (MI) en Argentina en el período 2011-2015. Los datos de MI y nacidos vivos (NV) se obtuvieron de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud. Se calcularon tasas por 1.000 NV para el total de muertes infantiles y por componentes, neonatal (MN) y posneonatal (MP) y por sub jurisdicción de residencia. Las unidades geográficas de estudio fueron 525 departamento/partidos/comunas. La autocorrelación espacial se evaluó con el estadístico de prueba global I de Moran que permite identificar zonas de alta MI rodeadas de zonas con igual situación (ALTO-ALTO), o bien zonas con baja MI (BAJO-BAJO). Los clusters significativos de MI se obtuvieron a través de los indicadores locales de asociación espacial (LISA). Las tasas se compararon mediante la razón de tasas y su intervalo de confianza al 95%. Para el análisis de autocorrelación espacial se usó el programa GeoDa 1.8. Resultados: La tasa total de MI en el quinquenio

2011-2015 fue de 10,78 defunciones por 1000 NV y las tasas del componente neonatal y posneonatal fueron 7,24 y 3,54 por 1000 NV respectivamente. Se observó una correlación positiva significativa de la MI con un índice de moran de 0,409; $p < 0,001$. Se identificaron 4 clusters significativos de alto riesgo de MI ($p < 0,005$), que incluyeron 60 departamentos de 10 provincias, concentrados en el norte del país. La tasa media fue 14,42 por 1000 NV y agruparon el 10,34% y el 7,66% de las muertes infantiles y los NV del país respectivamente. La mayor tasa la registró La Poma, Salta (37,97 por 1000 NV), la menor Metán (11,05 por 1000 NV) también en Salta. Los clusters BAJO-BAJO incluyeron 53 departamentos de 10 provincias, concentrados en el centro del país. La tasa media fue de 8,42 por 1000 NV y agruparon el 10,69% de las muertes y el 13,58% de los NV del país. La mayor tasa se registró en Conhelo, La Pampa, 10,55 por 1000 NV, en el otro extremo EL Cuy en Río Negro no registró muertes infantiles. La razón de tasas de MI total entre clusters ALTO-ALTO y BAJO-BAJO fue 1,71 (1,64, 1,79) y 1,72 (1,64, 1,82) y 1,81 (1,67, 1,95) para la MN y MP respectivamente; $p < 0,001$.

CONCLUSIONES

El estudio detectó agrupación espacial significativa de alto y bajo riesgo de MI en distintas regiones del país. El grupo de alto riesgo involucró departamentos del norte del país a diferencia de los de bajo riesgo que se concentraron en el centro. Estos hallazgos pueden estar vinculados a características geográficas únicas de las áreas, relacionadas con prácticas socioculturales compartidas o ambas y su estudio puede ayudar a dirigir intervenciones específicas hacia esos territorios.

IMPORTANCIA DE LA EPIDEMIOLOGÍA EN UN NIÑO CON SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO. REPORTE DE UN CASO

Quiroga Valdez Y.¹; Ruiz Español A.²; Bravo M.³; Tomatis M.⁴; Suarez M.⁵; Salvático N.⁶; Guelbert G.⁷; Monzón H.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

<yohana.quiroga87@gmail.com>

1027

INTRODUCCIÓN

Se define como síndrome febril prolongado (SFP) como aquel episodio febril de al menos 7-10 días de duración en el cual, a pesar del estudio inicial, incluidos anamnesis, examen físico completo y exámenes de laboratorio básicos, no se ha llegado a un diagnóstico definitivo. La etiología infecciosa es la más frecuente de SFP en pediatría. En Argentina el 30% de las consultas son por fiebre y de ellas casi el 50% son de causa infecciosa.

OBJETIVO

Reportar un caso de SFP recordando la importancia de los antecedentes epidemiológicos para arribar al diagnóstico.

Caso clínico: Masculino de 6 años consulta por fiebre de 4 días de evolución, sin foco aparente, que no cede ni mejora con tratamiento sintomático. El laboratorio evidencia trombocitopenia, anemia, elevación de transaminasas hepáticas y reactantes de fase aguda. Se descarta Dengue por serología. Se cita a controles posteriores a los cuales no asiste. A los 9 días, regresa por persistir febril (3 picos diarios entre 38.5-40°C) acompañado de dolor abdominal, palidez, ictericia y mialgias (total 13 días de evolución). Se decide internación. Antecedente de relevante viaje a Bolivia (Yacuiba) 20 días antes. Examen físico: mal estado general, ojeroso, colorido pálido terroso, febril, soplo sistólico 3/6, hepatoesplenomegalia (4 y 5cm). Complementarios: pancitopenia persistente, ecografía abdominal visualiza organomegalias.

Rx de tórax, hemocultivo, orina y médula ósea normales. Informe de frotis de sangre periférico (20 hs posteriores al ingreso): inclusiones eritrocitarias. Interconsulta con Infectología y Parasitología confirmando diagnóstico de Paludismo por Plasmodium vivax. Inicia tratamiento con Cloroquina y Primaquina, 3 y 14 días, respectivamente. Alta hospitalaria a los 6 días laboratorio normalizado, sin visceromegalias y afebril.

CONCLUSIÓN

A pesar de que Argentina sería próximamente declarada área libre de malaria, se evidencia una situación epidemiológica incitante en el tiempo, dada la persistencia de casos importados. Por lo tanto podemos afirmar que "toda persona que haya viajado a un área endémica en el último año que presente SFP debería ser considerado como paludismo hasta que se demuestre lo contrario".



HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS CONGÉNITA AUTOINVOLUTIVA:

A PROPÓSITO DE UN CASO

Scilingo M.¹; Perez M.²; Gutiérrez García G.³

HOSPITAL POSADAS^{1,2,3}

<mercedes_scilingo@hotmail.com>

1028

INTRODUCCIÓN

La Histiocitosis de células de Langerhans congénita autoinvolutiva es una entidad poco frecuente, de presentación congénita o neonatal, en general con compromiso únicamente cutáneo y resolución espontánea en las primeras semanas de vida.

OBJETIVO

Presentación de un caso de Histiocitosis de células de Langerhans congénita autoinvolutiva, ya que requiere de su sospecha para el diagnóstico y posterior estudio y seguimiento a fin de descartar compromiso sistémico.

Descripción: RNT/PAEG, embarazo controlado, sin complicaciones, ecografías prenatales normales, serologías maternas negativas, presenta lesiones papulares eritematosas en cuero cabelludo, cara, tronco, extremidades y glúteos de 3-5 mm, que evolucionan a costra en las primeras 48 horas de vida y posteriormente a máculas hipocrómicas residuales. Resto del examen físico dentro de límites normales. Se interconsulta con Dermatología infantil quienes realizan biopsia de lesión que informa: infiltración de la dermis por células de núcleos de gran tamaño, irregulares, con invaginación de membrana nuclear, citoplasma eosinofílico, con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. Fenotipo: CD1A positivo 80%, Langerhina positivo 70%, S100 positivo 80%. Con diagnóstico de Histiocitosis de células de Langerhans congénita, se interconsulta con Hematología infantil y se solicitan estudios de imagen (Rx cráneo, tórax, extremidades, ecografía abdominal) y laboratorio (sangre y orina), descartándose compromiso extracutáneo. Realiza seguimiento pediátrico, dermatológico y hematológico con buena evolución durante 3 años, no se constatan nuevas lesiones en piel.

DISCUSIÓN

La Histiocitosis de células de Langerhans comprende un grupo de enfermedades poco frecuentes, caracterizadas por proliferación clonal de células de Langerhans anómalas, con acumulación de las mismas en diferentes tejidos. La variante congénita autoinvolutiva o Enfermedad de Hashimoto-Pritzker, se caracteriza por lesiones en piel polimorfas (pápulas, vesículas o nódulos), que pueden estar presentes al nacimiento o aparecer en los primeros días de vida y pueden afectar toda la superficie cutánea, autoinvolucionan en pocas semanas y generalmente no presentan afectación sistémica o de mucosas. Es de buen pronóstico. No se recomienda ningún tipo de tratamiento, sin embargo, es importante el seguimiento clínico y a través de estudios de imagen y laboratorio, ya que se ha descrito la aparición de compromiso sistémico. Las características de cada descripto coinciden con las publicaciones sobre esta patología.

CONCLUSIÓN

Cuando se presenta un recién nacido con lesiones cutáneas papulares, vesiculares o nodulares, debe plantearse entre los diagnósticos diferenciales la Histiocitosis congénita autoinvolutiva, ya que se podría perder la oportunidad diagnóstica por falta de reconocimiento clínico. En caso de confirmarse el diagnóstico, descartar compromiso sistémico y realizar seguimiento clínico estricto, especialmente los primeros 2 años de vida, por la posibilidad de progresión sistémica o recaída cutánea.

MOTIVOS DE CONSULTA NO URGENTES EN LA GUARDIA EXTERNA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL GENERAL

Vaca E.¹; Bande A.²; Kadi S.³

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN^{1,2,3}

<emilymuu@hotmail.com>

1029

INTRODUCCION

Las consultas de guardia deben ser de Urgencia y no programadas; se debe consultar por una patología aguda o crónica reagudizada de acuerdo a la resolución 428/2001 del Programa de garantía de calidad de atención de médica, del Ministerio de Salud de la Nación. La función del área de urgencias es la atención rápida y eficaz.

OBJETIVOS

Determinar características clínicas y epidemiológicas de la consulta en guardia externa. Determinar prevalencia, motivos de consulta y diagnósticos más frecuentes en consultas no urgentes. Establecer interconsultas y métodos complementarios solicitados.

MATERIALES Y METODOS

Estudio retrospectivo, transversal. La población concurrió a guardia externa de pediatría del Hospital de Clínicas José de San Martín (HCJSM) desde Enero a Junio de 2016. Variables analizadas: Consulta: Clasificación del Emergency Severity Index. No urgente (nivel 5). Urgente (niveles 1-4). Edad, Motivo de consulta, Interconsultas, Método complementario y Día de la semana. Se utilizó Excel 2010 para el procesamiento y análisis de datos.

RESULTADOS

Se estudiaron 3890 consultas, siendo la muestra 752 consultas; 40 excluidas por no finalizar la misma o registros incompletos. El 49% (361) fueron No Urgentes. Los días Jueves se asistió mayor cantidad de consultas. El

45% (322) son de 0-3 años, el 50% no urgentes. El 61% (48) entre 13 a 18 años son urgentes. Los principales motivos de consulta no urgentes fueron síntomas respiratorios (28,8%), fiebre (17.7%) y causas dermatológicas (14.8%). Del total de consultas, 17% requirió estudios complementarios, la radiografía el más utilizado; y 10% registró interconsultas. El 85% fue por consultas Urgentes; ORL (33.8%) y OyT (25%).

DISCUSION

La saturación de los servicios de emergencias en un hospital es un problema global. La concurrencia a estos servicios es multifactorial, depende tanto del paciente como del servicio sanitario. La dificultad para acceder a una atención primaria oportuna y eficiente lleva a que muchos pacientes sin condiciones urgentes consulten a guardia afectando la calidad de atención de quienes requieren atención inmediata. Aumentar la capacidad de turnos de consultorios externos, enseñar pautas de alarma concretas en la consulta ambulatoria, disponer de triage en la división de urgencias, se pueden mencionar como propuestas para solucionar esta problemática.



NEFRONIA LOBAR EN NIÑO DE 10 AÑOS. REPORTE DE UN CASO.

Sanluis Fenelli G.¹; De Lillo L.²; Gigliotti E.³; Toledo I.⁴; Balboa R.⁵; Garcia Pallotti F.⁶; Alegrino A.⁷

HTAL ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7}

<gabisanluis@gmail.com>

1030

INTRODUCCION

La nefritis aguda focal (NAF) o nefronía lobar aguda es una infección bacteriana aguda localizada en el riñón, por el ascenso de gérmenes por la vía urinaria (generalmente *Escherichia coli*), o con menos frecuencia por vía hematológica. Se diferencia histológicamente de la pielonefritis aguda porque la NAF no presenta un infiltrado inflamatorio difuso. Sus diagnósticos diferenciales son: absceso y neoplasia renal. Suele presentarse con fiebre, náuseas, vómitos y dolor abdominal en flanco. En la ecografía renal se evidencia nefromegalia, sin masa definida en su interior, y el centellograma puede mostrar el compromiso focal. La TAC es el patrón de oro. Los pacientes con NAF presentan con frecuencia sedimento sin reacción inflamatoria y urocultivo negativo. Es importante iniciar antibióticoterapia precozmente, para evitar la formación de un absceso renal y otras complicaciones.

OBJETIVO

Destacar la importancia de la sospecha de NAF ante un paciente con nefromegalia, fiebre y dolor abdominal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 10 años con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo, que ingresa séptico en contexto de cuadro de dolor abdominal y fiebre de una semana de evolución. Se realizan 2 expansiones y se inicia tratamiento con Ceftriaxona a 100 mg/kg/día luego de tomar hemocultivos. En los exámenes de laboratorio iniciales se constata 41.100 glóbulos blancos (97% neutrófilos), PCR 116 mg/dl y leve aumento de urea y creatinina. Orina completa: >30 leucocitos/campo y escasos pirocitos. Se realiza Ecografía Abdominal que informa aumento

de ecogenicidad y tamaño de ambos riñones: derecho (RD) 105 mm e izquierdo (RI) 124 mm. El paciente evoluciona afebril luego de 48 hs de tratamiento, con hemocultivos y urocultivo negativos, continuando con dolor abdominal y masa palpable en flanco izquierdo. En nueva ecografía se constata aumento de tamaño del RI (156 mm) y Doppler renal normal. Se realiza centellograma renal: RI con aumento de tamaño con distribución irregular del trazador y pobre captación, con lesiones focales corticales frías en su tercio medio e inferior. El paciente recibe 2 semanas de tratamiento antibiótico parenteral, con resolución clínica y ecográfica.

CONCLUSIÓN

La NAF o nefronía lobar aguda, es una entidad poco frecuente, pero es de suma importancia, diagnosticarla, sobre todo en pacientes que tienen clínica inespecífica como dolor abdominal y fiebre, y aumento del tamaño renal, para poder instaurar un tratamiento antibiótico oportuno.

DERMATOMIOSITIS EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

La Paz P.¹

HOSPITAL REGIONAL DE COMODORO RIVADAVIA¹



1031

INTRODUCCIÓN

La dermatomiositis Juvenil (DMJ) es una enfermedad multisistémica de origen desconocido, que se caracteriza por la afectación de músculo estriado y piel, con compromiso visceral variable; si bien es de baja prevalencia en pediatría, es la miopatía inflamatoria más común en la infancia.

OBJETIVO

Dar a conocer un caso de DMJ que se presentó en nuestro servicio, dada su infrecuencia.

Caso clínico: Niño de 3 años de edad, previamente sano con antecedente familiar de padre con cáncer de laringe, tío paterno con Lupus Eritematoso Sistémico; consulta por síndrome febril intermitente de 3 meses de evolución, asociado a lesiones vesiculares orales, agregando astenia y dolor articular intermitente. Se realiza monostest negativo, test rápido de hisopado de fauces negativo, Hepatograma con GOT de 146 U/l. Se indica amoxicilina y a los 3 días presenta rash generalizado con eritema y edema facial, y de miembros inferiores, doloroso. Desarrolla lesiones tipo púrpura generalizadas, y transaminasas GOT 677 U/l GPT 397 U/l LDH 2398 U/L VSG 56 mm/hora. Serologías HIV y HBV negativas, PPD negativa. Ecografía abdominal informa esplenomegalia. Se diagnostica síndrome mononucleosiforme. Por persistir con clínica progresiva, dolor a la movilización articular de miembros y debilidad muscular, con deterioro de la actividad diaria, se deriva a Fundación Garrahan donde es evaluado por Servicio de Reumatología para estudio de enfermedad sistémica

con impacto cutáneo, hepático, articular y muscular; donde realizan RMN de cintura escapular que informa signos de edema muscular, y adenomegalias axilares. Capilaroscopia: disminución capilar generalizada, hemorragias activas. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia. Evaluación oftalmológica normal. Por sospecha de DMJ se solicita biopsia muscular y hepática que confirman el diagnóstico. Actualmente en seguimiento por dicho servicio.

CONCLUSIONES

Las enfermedades reumatológicas son de baja frecuencia pero presentación compatible con patologías frecuentes; el impacto en la calidad de vida del paciente es de alta trascendencia, lo que debe motivar la sospecha clínica y tratamiento interdisciplinario, para lograr un estándar de vida aceptable para nuestros pacientes.



PFAPA Y EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNDROME FEBRIL RECURRENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

1032

Melendez R.¹; Reales S.²; Ruidiaz M.³; Huaiquilao E.⁴; Villalobos L.⁵; Silva P.⁶; Skarmeta N.⁷; Melendez P.⁸

HOSPITAL EL CARMEN^{1,2,3,4,5,6,7}; HOSPITAL LA FLORIDA⁸

<ROMY.MELENDEZ@GMAIL.COM>

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades autoinflamatorias (EA) son un conjunto de entidades caracterizadas por episodios espontáneos, recurrentes y/o persistentes de inflamación sistémica, sin etiología infecciosa, neoplásica o autoinmune, de ellas, una de las más frecuente es la PFAPA.

OBJETIVO

Aportar nuevo conocimiento y experiencia en este tipo de patologías, con el fin de mejorar nuestro enfrentamiento en pacientes con cuadros de febriles recurrentes, tanto en su diagnóstico como manejo.

Caso clínico: Paciente de 5 años, con antecedente de síndrome hipotónico a los 8 días de vida sin estudio, con 2 hospitalizaciones previas, la primera por síndrome febril (8 días en total) caracterizado por CEG, vómitos, diarrea, faringitis y tos, se manejó con Ceftriaxona por 5 días, tratándose como neumonía bacteriana más síndrome diarreico agudo. Posteriormente se mantiene asintomático por 1 mes, donde vuelve a presentar fiebre (5 días en total) asociado a CEG, vómitos, diarrea, tos y faringitis, se maneja con Cefotaxima por 7 días y Cefpodoxima para completar 10 días en total, siendo manejado nuevamente como neumonía. Destaca que ambos cuadros no presenta estudio radiológico compatible con neumonía. Tras esta hospitalización queda en control con inmunología, donde se solicitó Cintigrama óseo que se encuentra dentro de rangos normales, IgA, IgM e IgG en rangos normales para su edad, ANA, C3 y C4 negativos, también fue evaluado por hematología solicitando TAC de

cuerpo completo descartándose causa oncológica. Exámenes intercrisis con parámetros inflamatorios sin alteraciones. A los dos meses desde su última hospitalización asiste a control presentándose febril asociado a cefalea, dolor de mano, vómitos, faringitis y adenopatías cervicales, consulta en urgencia donde se decide manejo ambulatorio no obstante persiste con la fiebre por lo que vuelve a consulta al día siguiente donde se decide dejar hospitalizado para estudio de posible fiebre recurrente con observación de PFAPA. Se completa estudio con test rápido VIH, VEB, ecocardiograma, cultivo faríngeo y ASLO, todos negativos. Se indica manejo expectante, evolucionando afebril a los 5 días siendo dado de alta. Tras un mes de última hospitalización vuelve a presentar fiebre. Se maneja con corticoides orales, respondiendo rápidamente y permaneciendo asintomático hasta la fecha.

CONCLUSIONES

Actualmente esta patología no presenta métodos diagnósticos certeros y el tratamiento es discutido, el uso de corticoides, Colchicina y amigdalectomía es discutido. Es esencial contar con un equipo multidisciplinario con el fin de realizar un adecuado manejo.

TOXOPLASMOSIS OCULAR. REPORTE DE UN CASO.

1034

Vergara N.¹; Mezzabotta V.²; Sheinkerman G.³; Bravo G.⁴; Brandi M.⁵; Bruno V.⁶; Ponisio A.⁷

HOSPITAL MUNICIPAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO^{1,2,3,4,5,6,7}

<nazarethvergara_01@hotmail.com>

OBJETIVO

Presentar un caso clínico poco habitual, de una infección muy frecuente en pediatría: Reactivación de una Toxoplasmosis ocular (TO) en un paciente inmunocompetente.

INTRODUCCIÓN

La Toxoplasmosis es la parasitosis más frecuente en nuestro medio. La infección ocurre por la ingesta de alimentos y bebidas contaminadas, transfusión sanguínea, transplante de órganos o transmisión vertical. La TO es la principal causa de coriorretinitis infecciosa. Se presenta como una infección aguda o como una reactivación, en individuos inmunocomprometidos y adolescentes independientemente de su inmunidad, no sabiendo en la actualidad el motivo de prevalencia en este grupo etario. Se caracteriza por disminución de la agudeza visual (DAV) y miodesopsias. En el fondo de ojo (FO) se observa lesión blanco amarillenta con bordes irregulares y elevados.

Caso clínico: Paciente masculino de 17 años consulta por dolor al movilizar el globo ocular, deslumbramiento visual, DAV y miodesopsias del ojo izquierdo. Presento cuadro similar a los 10 años resuelto espontáneamente y episodio psicotraumático 15 días previos. Presenta examen neurológico normal y en FO edema de papila. Se interna con diagnóstico de neuropatía óptica aguda. Se realiza TAC normal. Laboratorio ampliado, estudios para la evaluación de la inmunidad y colagenopatías normales. Se realiza PL (normal) y búsqueda para gérmenes (comunes, CMV, virus Epstein barr (VEB), varicela, herpes

simple y enterovirus) normales. Anticuerpos Antiaquaporinas A4 para descartar Neuromielitis óptica y Bandas oligoclonales para descartar Esclerosis múltiple. PCR en suero e hisopado lagrimal para mycoplasma pneumoniae positivo. Y serologías para Toxoplasmosis IgM negativa e IgG reactiva a títulos altos y PCR positivo en suero y negativo en LCR. Se realiza nuevo FO que evidencia lesión compatible con TO. Comienza tratamiento con Sulfadiazina, Pirimetamina, Ac. Folinico y Metilprednisona. Se agrega Claritomicina por 10 días para tratar bacteriemia asintomática por Mycoplasma. Presenta resolución del cuadro en el seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

Sabiendo que la toxoplasmosis es la zoonosis parasitaria más difundida en la naturaleza, queremos presentar un paciente adolescente inmunocompetente que ante situación de estrés presenta reactivación de una TO comprobada por FO posterior donde se observa lesiones cicatrízal en retina junto con lesión activa en resolución.

CONCLUSIÓN

Queremos recalcar la importancia de conocer al patógeno por su alta prevalencia y prevención para el control de la infección. A su vez, conocer al adolescente inmunocompetente, como población de riesgo. Y saber que un FO hace al diagnóstico de esta patología sin necesidad de abordar estudios complementarios de mayor complejidad y costo.



ABORDAJE INTEGRAL DE ADOLESCENTES TRANSGÉNERO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

1036

Sanz C.¹

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE¹



Marco teórico: la Ley Nacional 26743 reconoce la identidad de género como un derecho humano y garantiza el acceso a las prestaciones de salud, incluyendo hormonización y cirugías de modificación corporal. A pesar de la vigencia del nuevo paradigma legal, los niños y adolescentes trans siguen siendo, en general, invisibilizados y discriminados por el sistema de salud.

OBJETIVOS

Reflexionar sobre nuestras prácticas para que nuestros prejuicios no funcionen como obstáculo en el acceso a la atención. Desarrollar competencias profesionales para que, en el primer nivel de atención, se pueda identificar a pacientes no conformes con su identidad de género, realizar un diagnóstico adecuado, proporcionar guías anticipatorias y consejería, realizar una atención integrada e integral y articular con los distintos niveles del sistema sanitario. Diagnóstico de situación previa: ausencia de dispositivo previo para abordar una temática que nos genera incertidumbre por desconocimiento, incomodidad y/o temor. Población a la que está destinada: adolescentes de 10 a 18 años. Número de participantes: 10 adolescentes, entre 10 y 16 años, que consultaron entre mayo del 2015 y mayo del 2017, con una relación 1:1. entre mujeres y varones trans como identidad de género autopercebida. Desarrollo de la experiencia: capacitación a través de libros y publicaciones, aplicación de guías específicas, ensayo de entrevistas con perspectiva de género y acercamiento a organismos vinculados a minorías sexuales y sus familias. Aplicación de entrevista semi-estructurada para pesquisar signos y síntomas sutiles y detección de alertas ante consultas de adolescentes transitando cambios hormonales y

físicos. Empleo de estrategias y técnicas "no invasivas" para la construcción corporal y la expresión de género. Acompañamiento desde salud mental, con una mirada despatologizadora, según estrés del paciente, comorbilidades o impacto sobre la familia. Conformación de equipo interdisciplinario (1 hebiatra, 1 pediatra, 1 endocrinóloga, 2 ginecólogas, 2 psicólogas, 2 fonoaudiólogas).

RESULTADOS

Brindar respuestas y acompañamiento ya que el disconfort y la no aceptación del género asignado reflejan el grado de incomodidad que presenta este grupo etario, el cual por sus características identitarias tiene necesidades de inmediatez en las modificaciones corporales y psicosociales. Evaluación de la experiencia: no asumir de antemano la identidad de género y/o orientación sexual. Informar de manera oportuna y comprensible. Escuchar de manera atenta y singular. Acompañar en la búsqueda, afirmación y aceptación de la identidad.

ANGIOPATÍA POST VARICELA, UNA COMPLICACIÓN POCO HABITUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

1037

Melendez R.¹; Reales S.²; Ruidiaz M.³; Huaiquilao E.⁴; Villalobos L.⁵; Silva P.⁶; Skarmeta N.⁷; Melendez P.⁸

HOSPITAL EL CARMEN^{1,2,3,4,5,6,7}; HOSPITAL LA FLORIDA⁸

<ROMY.MELENDEZ@GMAIL.COM>

INTRODUCCIÓN

La infección por VVZ es la principal causa de vasculopatías y accidentes vasculares cerebrales en la infancia, llegando a ser hasta el 40% del total. El conocimiento en cuanto a la clínica, diagnóstico y tratamiento de la angiopatía post varicela (APV) es todavía limitado y, hasta el momento, no existe consenso.

OBJETIVO

Presentar nueva información para dar a conocer y poder entender mejor dicha enfermedad.

Caso Clínico: Se presenta caso de paciente de sexo masculino, de 7 años de edad, con antecedente infección de Varicela hace 6 meses sin secuelas, consulta en servicio de urgencia del Hospital el Carmen por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por movimientos involuntarios en hemicuerpo derecho, de inicio súbito, no asociado a otra sintomatología. Su madre refiere que los movimientos se hacen más frecuentes y llamativos durante episodios de estrés y disminuyen al estar tranquilo. Al examen físico destaca movimientos coreoatetosisos braquio-crurales derechos involuntarios, de intensidad leve que dificultan la marcha y bipedestación. Es evaluado por equipo de neurología infantil y hospitalizado con diagnóstico de hemicorea en estudio. Se solicitan exámenes para evaluación que destaca hemograma, función hepática, cinética de hierro, vitamina B12, antiestreptolisinas O (ASLO) y TAC de cerebro sin alteraciones. Se decide ampliar estudio y se solicita angiografía cerebral la cual informa infarto isquémico subagudo

tardío y antiguo en cabeza de núcleo caudado y región anterior del núcleo putaminal izquierdo. Observación de vasculitis en arteria cerebral media y anterior izquierda (segmentos M1 y A1). Se solita ecocardiograma y eco doppler carotídeo resultando normales, se inicia tratamiento anticoagulante y corticoides endovenoso. Es evaluado por equipo de infectología infantil, quienes sugieren realizar punción lumbar por sospecha de angiopatía post varicela. El estudio del líquido destaca PCR negativo para VVZ y Serología positiva (Ac IgG: 2000 mIU/ml). Post procedimiento se inicia tratamiento con Aciclovir endovenoso, el cual se mantiene por 5 días. Posterior al inicio del tratamiento paciente presenta favorable evolución con disminución de su clínica hasta la completa resolución del cuadro por lo que se decide alta hospitalaria. Hasta la fecha no ha presentado nuevos episodios.

DISCUSIÓN

Los métodos de estudio como resonancia magnética, TAC y punción lumbar, son pobre indicadores de vasculitis, por lo que el diagnóstico no depende de un solo método sino del conjunto de estos. El tratamiento con antivirales, corticoides, antiagregantes plaquetarios e inmunosupresores no ha demostrado efectividad ya que el curso de la patología es autolimitada.



TRASTORNOS DE SUEÑO EN NIÑOS CON ADHD

Grañana N.¹; Zamblera M.²; Ronqui M.³; Ballesta D.⁴; Richaudeau A.⁵; Giannotti A.⁶

HOSPITAL DURAND^{1,2,3,4}; HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{5,6}

<ngranana@hotmail.com>

1040

Los trastornos del sueño (TS) se presentan en un 25-50% de los niños con ADHD.

Afectan a la calidad de vida del paciente y su familia, y el tratamiento de los mismos puede mejorar su sintomatología.

MÉTODOS

Se realizó un análisis de los trastornos del sueño mediante la Escala pediátrica de sueño y se correlacionó con los subtipos atencionales en 40 niños diagnosticados por ADHD.

RESULTADOS

Los TS que mas refieren los cuidadores son el insomnio de conciliación, siendo también frecuentes la inquietud motriz durante el sueño y las parasomnias.

Existen diferencias según el subtipo:

CONCLUSIONES

Los inatentos presentan con mayor frecuencia somnolencia, mientras que en los del subtipo combinado el sueño es menos eficiente y más fragmentado. Los TS en los niños con ADHD también tienen un origen multifactorial, siendo varios los factores que pueden originar por sí mismos alteración en el sueño.

TROMBOSIS DEL SENO LATERAL COMO COMPLICACIÓN DE OMA. A PROPOSITO DE UN CASO

Tapia Veintemillas W.¹; Kavaliauskas C.²

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2}

<wilsonmania2@hotmail.com>

1041

INTRODUCCIÓN

La otitis media aguda es frecuente en niños y generalmente la evolución es benigna. Con el uso de antibióticos la incidencia de las complicaciones ha disminuido. Las complicaciones se clasifican en intratemporales e intracraneales. Dentro de las complicaciones intracraneales más frecuentes se encuentra la trombosis del seno lateral.

CASO CLINICO

Femenino de 11 años de edad que ingresa por síndrome febril de 7 días de evolución, otodinia, vómitos, síndrome vertiginoso. Al examen físico: aspecto toxico infeccioso, otoscopia derecha: oma supurada con membrana timpánica perforada. Hemograma: GB 22.500 (87%/10/3) Hb12,1g/dL plaquetas 422.000, PCR 124,2mg/L. Hemocultivos x 2 negativos. TAC de encéfalo: ocupación de celdillas mastoideas y caja timpánica derechas, cadena osicular conservada, hipodensidad en seno sigmoideo derecho con plenificación parcial tras la administración de contraste. angiRMN venosa: plenificación parcial del seno sigmoideo derecho, imagen hipointensa en T1 y T2. SE interpreta como trombosis del seno lateral derecho secundario a OMA. SE realiza tratamiento con ceftriaxona EV y HBPM.

DISCUSIÓN

Frente a un paciente con el diagnóstico de OMA debemos sospechar una TSL si presenta otalgia asociado a cefalea, náuseas y vómitos; o si presenta una otoscopia anormal asociada a paresia o parálisis del sexto par o si la TC presenta signos sugerentes. Se debe realizar una RNM en fase venosa e iniciar tratamiento con HBPM precozmente.



ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pérez Gómez M.¹; Calafatello N.²; Beaudoin M.³; Tittarelli F.⁴; Murrone L.⁵

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5}

<pg.mariapaula@gmail.com>

1042

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato es una entidad infecciosa producida por Bartonella Henselae transmitida por gatos y perros cachorros. Es una de las zoonosis más frecuentes en la edad pediátrica manifestándose tanto de forma clásica como síndrome febril prolongado o linfadenopatías, como atípica dentro de la que se incluye la afección ocular.

OBJETIVO

Describir un caso de Neurorretinitis por Bartonella Henselae.

Caso clínico: Niño de 8 años previamente sano consulta por disminución súbita de la agudeza visual en forma unilateral de dos meses de evolución. Consultó en forma particular a oftalmólogo que evaluó agudeza visual en ojo derecho 10/10 y en ojo izquierdo 1/10 con biomicroscopía sin particularidades, indicando consultar en hospital pediátrico. Al examen físico el paciente se encuentra en buen estado general, clínica y hemodinámicamente estable, normotenso, afebril, sin signos de toxoinfección sistémica, con examen neurológico normal, no refiriendo traumatismos previos. Como único dato positivo se visualizan lesiones hipopigmentadas lineales en tronco y miembros que impresionan cicatrizales, las cuales al interrogatorio impresionan secundarias a arañazos de gatos presentes en su domicilio. Se decide entonces solicitar laboratorio con hemograma, reactantes de fase aguda y serologías junto con re-evaluación por Servicio de Oftalmología Pediátrica. Se constata disminución de la visión del ojo izquierdo y en fondo de ojo homolateral se detectan lesiones "en estrella" a nivel macular compatibles con cuadro

infeccioso pausible de ser producido por distintos patógenos, entre ellos Bartonella Henselae. Teniendo en cuenta el antecedente epidemiológico de sus mascotas, sumados a la lesión macular característica y a la serología positiva para Bartonella, se asume cuadro como Neurorretinitis infecciosa. El paciente inicia tratamiento con corticoides, Trimetoprima Sulfametoxazol y Rifampicina a lo que responde favorablemente, mejorando su agudeza visual, sin lesión secuelar.

CONCLUSIÓN

La infección por Bartonella Henselae es una enfermedad frecuente en nuestro medio con manifestaciones diversas. Es fundamental recordar este diagnóstico diferencial a fin de evitar la realización de estudios complementarios innecesarios e instaurar un tratamiento adecuado y precoz que permita disminuir las potenciales secuelas.

A PROPOSITO DE UN CASO, ALCAPA COMO CAUSA INFRECUENTE DE CARDIOMEGALIA EN PEDIATRIA

Leza M.¹; Frutos Benítez B.²; Icazatti V.³; Rendine L.⁴; Martínez M.⁵

HOSPITAL DEL NIÑO SAN JUSTO^{1,2,3,4,5}

<majo.leZA@gmail.com>

1043

INTRODUCCIÓN

En el ALCAPA (Anomalous Left Coronary Artery from the Pulmonary Artery), la arteria coronaria izquierda (ACI) nace de la arteria pulmonar (AP). Es una cardiopatía congénita (CC) de una incidencia de 0,5 % (1) y una mortalidad del 90% al año de vida (2). Debe sospecharse ante un lactante con retardo del crecimiento, taquipnea, taquicardia, palidez, sudoración cefálica, llanto postprandial, cardiomegalia y congestión pasiva en la Radiografía de Tórax (Rxtx), hallazgos típicos en electrocardiograma (ECG) con signos de isquemia con ondas Q profundas en D1,AVL,V5 y V6, alteraciones del ST y onda T(3).Se confirma por Ecocardiograma transtorácico (ECTT), con dilatación y disfunción del ventrículo izquierdo con hiperecogenicidad de los músculos papilares de la válvula mitral, dilatación del ostium de la arteria coronaria derecha y la ACI que se origina del tronco AP(4) Una vez diagnosticado, el paciente debe ser derivado con urgencia para su cirugía cardiaca. Debe pensarse como diagnóstico diferencial ante lactantes con esta forma de presentación (miocar-diopatía dilatada, insuficiencia mitral congénita).

OBJETIVOS

1. Reconocer mediante semiología, RxTx y ECG, probable diagnóstico de ALCAPA para su derivación precoz. 2 Considerar al ALCAPA como causa de cardiomegalia pese a su baja prevalencia.

CASO CLINICO Bebé de 3 meses, con distress respiratorio prolongado, en tratamiento por bronquiolitis, con regular respuesta. Ingresa: pálido,

adelgazado, taquipneico, taquicárdico, sudoroso, sin hipoxemia. Pulsos normales, con hepatomegalia. Por sospecha de CC, se solicita RxTx se evidencia cardiomegalia. Al interrogatorio dirigido:sudoración cefálica en la alimentación, llanto posprandial. Al Examen Físico Cardiovascular: taquipnea persistente, choque de punta a la izquierda y R1+ R2+ R3+. Se realiza ECG que evidencia signos característicos de ALCAPA, confirmándose con ECTT. Se deriva para su tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

1. El ECG es patognomónico de ALCAPA (ondas Q profundas ondas T invertidas y una desviación del segmento ST en las derivaciones I y AVL). Se confirma con ECTT. 2. El importante rol del pediatra es diferenciar los signos clínicos de insuficiencia cardíaca congestiva del síndrome del distress respiratorio, con estudios complementarios. Una vez confirmado el diagnóstico de ALCAPA, la corrección quirúrgica permite disminuir la mortalidad de estos pacientes.



COBERTURAS DE VACUNACIÓN A LOS 12 MESES DE EDAD, EN RESIDENTES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CABA) EN 2015-2016. ANÁLISIS DE SIMULTANEIDAD DE APLICACIÓN DE VACUNAS NEUMOCÓCCICA Y HEPATITIS A.

1044

Gallegos P.¹; Curti P.²; Marcos A.³; Saia M.⁴; Callejas C.⁵

PROGRAMA DE INMUNIZACIONES DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

<paugallegos90@gmail.com>

Introducción: El indicador de cobertura de vacunación se obtiene por método administrativo y es un indicador de resultado del funcionamiento del programa de inmunizaciones en el nivel local, la aceptabilidad de la población a las vacunas y el nivel de protección de la población, entre otros. Vacunas que se aplican a la misma edad, no siempre alcanzan la misma cobertura, con lo cual el monitoreo es fundamental para implementar medidas correctivas y eventuales cambios de estrategia de vacunación. Dado que la dosis de refuerzo de la vacuna neumocócica conjugada es la que tiene impacto en la portación nasofaríngea, es fundamental que alcance niveles útiles.

OBJETIVOS

Describir la evolución de las coberturas de los 12 meses en CABA y la simultaneidad de aplicación de vacunas hepatitis A y neumocócica, según tipo de efector, en 2015 y 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis de la información recibida en el Programa de Inmunizaciones de las dosis aplicadas de la 1° dosis de vacuna SRP, Hepatitis A y refuerzo de neumocócica a los 12 meses, en residentes de CABA, en los años 2015 y 2016.

RESULTADOS

En 2015 las dosis aplicadas a residentes en los vacunatorios públicos, adheridos y privados de la ciudad, correspondieron a 32.099 a SRP, 35.078 a la vacuna de hepatitis A y 22.794 a la neumocócica conjugada. Para el 2016 las dosis aplicadas fueron 34.970, 35.079 y 26.768 respectivamente.

Año	Cobertura % SRP	Cociente Hepatitis A	Neumocócica	Hepatitis A/Neumocócica
2015	73,6	80,4	52,2	1,5
2016	83,5	84,5	63,9	1,3

En 2015 resulta que por cada dosis de vacuna neumocócica se aplicaron 1.5 dosis de hepatitis A, en los vacunatorios públicos este cociente es de 1.3, siendo de 1.7 en los vacunatorios de centros de salud. En tanto en 2016 el cociente global es 1.3; en los vacunatorios públicos es 1.2, en los adheridos es 2.4 y en los vacunatorios privados es 1.3.

CONCLUSIÓN

Las coberturas de vacunación persisten en valores subóptimos. Durante el 2016 las coberturas de las vacunas a los 12 meses evidencian una mejora en relación al 2015. Sin embargo persisten diferencias entre las distintas vacunas que se aplican al mismo tiempo según el calendario nacional de vacunación. En 2016 persiste una diferencia de 20 puntos en la cobertura entre la vacuna de hepatitis A y el refuerzo de neumocócica (84.5 vs 63.9), con una mejora de 8 puntos con relación al año 2015. En 2016 en los vacunatorios adheridos es donde se observa mayor diferencia en la simultaneidad de aplicación de estas dos vacunas.

FRECUENCIA DEL LAVADO DE MANOS EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA

1045

Robledo C.¹; Fernández Achával M.²; Fernández Díaz J.³; Falk N.⁴; Iglesias A.⁵; Pascual C.⁶; Elías Costa C.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1,2,3,4,5,6,7}

<cecirobledo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El lavado de manos es una medida esencial en la prevención de infecciones asociadas a la atención médica. Organizaciones internacionales como el Center of Disease Control y la Organización Mundial de la Salud, recomiendan con un nivel de evidencia IA, el monitoreo con feedback de la técnica y la medición de su adherencia a nivel institucional. Esta última es reportada en la literatura con una prevalencia entre el 18 y 60%.

OBJETIVO

Estimar la prevalencia del lavado de manos en médicos residentes de primer año de clínica pediátrica en atención ambulatoria en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, sobre un total de 158 consultas ambulatorias efectuadas por médicos residentes de primer año de clínica pediátrica, mediante método MiniCEX (Mini Clinical Evaluation Exercise). Ésta es una herramienta de evaluación formativa, cuyo objetivo es valorar las competencias clínicas del profesional de la salud. Las consultas evaluadas corresponden al período entre el 1 de junio 2014 y el 30 de mayo de 2016. Se calculó el porcentaje de consultas en las que se realizaba el lavado de manos.

RESULTADOS

La prevalencia del lavado de manos durante la consulta fue del 72 %, con un intervalo de confianza de 64,6 a 78,6.

CONCLUSIÓN

La prevalencia del lavado de manos en los médicos residentes de primer año de clínica pediátrica del HNRG superó la reportada en la literatura. No fue un objetivo de este trabajo evaluar la calidad de dicha práctica. Consideramos necesario mejorar la adherencia, reforzando los programas de educación y de vigilancia institucional.



INCIDENCIA DIFERENCIAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A ACCESOS VENOSOS CENTRALES INFRA Y SUPRA DIAFRAGMATICOS

1046

Mayans M.¹; Iolster T.²; Siaba Serrate A.³; Torres S.⁴; Fraire R.⁵; Sanchez F.⁶; Lugrin Bellomo A.⁷; Fernandez Darritchon H.⁸; Reyes P.⁹

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<agusmayans@hotmail.com>

INTRODUCCION

La utilización de catéteres venosos centrales (CVC), constituye una herramienta habitual en la práctica diaria en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. La utilización de estos dispositivos se asocia con frecuencia a complicaciones locales o sistémicas. Las infecciones asociadas a catéteres venosos centrales son causa de hospitalización prolongada, generando un incremento tanto en morbilidad como en los costos de atención. El riesgo comparativo de infección en los tres sitios de inserción (subclavio, yugular interno y femoral) es controversial. Diversos estudios en adultos, muestran un alto riesgo de infección en el sitio femoral, sin embargo en pediatría los resultados no se reproducen de la misma manera.

El objetivo de este trabajo es comparar el riesgo de infección asociada a acceso venoso central de acuerdo a su sitio de colocación: Infra diafragmáticos (femorales) vs supra diafragmáticos (yugulares, subclavios).

MATERIAL Y METODOS

Estudio Retrospectivo, descriptivo de todos los pacientes entre 1 mes y 15 años de vida ingresados en la Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Universitario Austral, que requirieron CVC por más de 72hs desde Enero de 2011 hasta Enero de 2016.

RESULTADOS

Se analizaron 1621 pacientes, en los cuales 564 tuvieron al menos un acceso venoso central.

Los sitios de inserción fueron 380 (67.43%) supra diafragmáticos (Subclavios y Yugular Interna) y 184 (32.56%) infra diafragmáticos (Femoral). La mediana

de edad fue de 14.5 meses (1mes -194meses). La distribución por sexo fue de 55.14% masculinos y 44.85% femeninos.

En nuestro trabajo, de los 564 pacientes 19 sufrieron infección asociada a catéter documentada por cultivos positivos, de los cuales 12 fueron supra diafragmáticos (3.1 %) y 7 infra diafragmáticos (3.8 %). Acorde al análisis de datos categóricos mediante el test de χ^2 , las diferencias no fueron estadísticamente significativas. El OR de infección para supradiafragmáticos respecto a infradiafragmáticos fue 0.78; sin embargo esto no fue estadísticamente significativo (IC95% 0.512-1.89) P=0.091

Se realizó un análisis univariado y multivariado para definir un modelo predictivo que nos pudiera indicar aquellas variables con mayor riesgo a desarrollar infección asociada a catéter. Encontramos en el modelo final que el sexo masculino y catéteres triple lumen se asociaron a mayor riesgo de infección.

En el análisis de correlación lineal se observó que una permanencia del catéter independiente del sitio de colocación, superior a 6.5 días se asociaba a un OR 3.021(IC 2.768- 11.409) para infección. Coeficiente de correlación de Pearson y análisis de regresión lineal, con las licencias de una n de 564.

CONCLUSION

En nuestra población la vía de inserción infra diafragmática (femoral) no se asoció en forma estadísticamente significativa a un mayor riesgo de infección relacionada a acceso vascular central. Por otro lado el riesgo de infección si se asoció a la cantidad de lúmenes del catéter.

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE HERNIA INTERNA SECUNDARIA A DEFECTO MESENTÉRICO CONGÉNITO.

1048

Ferraro P.¹; González A.²; Torres M.³; Cavagna J.⁴; Rajjestein H.⁵

HOSPITAL ÁLVAREZ¹; H. A.^{2,3}; UMOCIP⁴; H. E.⁵

<pauloferraro_71@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Las hernias internas son causa rara de obstrucción del intestino delgado con una incidencia de 0,2 a 0,9 % y una tasa de mortalidad significativa alrededor de 45%. La transmesentérica debida a un defecto congénito en el intestino delgado, es la más rara y grave por el difícil diagnóstico. Hay pocos casos descriptos y la mayoría por autopsias.

OBJETIVO

Considerar a las hernias internas como causa de abdomen agudo quirúrgico.

POBLACIÓN

Lactante femenino de 7 meses.

Descripción del caso: paciente sin antecedentes perinatólogicos a destacar. Internada por bronquiolitis a los 5m. Gastroenteritis 7 días previos al ingreso. Se interna con diagnóstico de deshidratación moderada secundaria a vómitos. En REG, afebril, pálida, mucosas semihúmedas, eupneica, abdomen BDI, RHA +, catarsis -, diuresis +. Se expande con solución fisiológica, se coloca PHP. La paciente evoluciona desfavorablemente, con reticulado, mala perfusión, hiporeactiva, abdomen tenso doloroso con palpación de tumoración en hipocondrio izquierdo. Se asume como sepsis a foco enteral, se policultiva, se indica ceftriaxona EV e inotrópicos, se corrige acidosis metabólica mixta e hipocalcemia. Ecografía abdominal: sospecha de plastrón. Se deriva a centro de mayor complejidad. Ingres a cirugía donde se constata hernia interna con necrosis intestinal, resección de 30cm de intestino delgado

más ileostomía por isquemia de intestino medio con mal rotación y brecha mesentérica. Evoluciona favorablemente, pero al mes presenta oclusión intestinal que requiere resección intestinal. Continúa en seguimiento nutricional por intestino corto.

CONCLUSIONES

Este tipo de hernias son poco frecuentes y el diagnóstico de difícil sospecha preoperatoria, sin embargo es importante considerarla ante una oclusión intestinal en un lactante o niño sin antecedentes quirúrgicos. Los casos que se describen presentan una alta morbilidad.



TENDENCIA Y DESIGUALDAD DE LOS NACIDOS VIVOS EN MADRES ADOLESCENTES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. ARGENTINA 2005-2015

1049

Armando G.¹; Adrové M.²; Tiburzi M.³; Bossio J.⁴
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS^{1,2,3,4}
<gustavoarmando300@gmail.com>

INSTITUCIÓN

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad infantil es mayor en nacidos de madres adolescentes, por lo que el estudio de los nacimientos en adolescentes es fundamental para mejorar la salud infantil.

OBJETIVO

Describir la tendencia y desigualdad de los nacimientos en adolescentes, según nivel de instrucción y analizar su asociación con las condiciones sociales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizaron cifras oficiales de nacidos vivos para 2005-2015 y estimaciones de población por edad y sexo (INDEC). Se calculó la tasa de natalidad (TN) por 1.000 de 10-14 y 15-19 y, para este último grupo, el porcentaje de nacidos vivos en madres con escolaridad primaria incompleta o menor instrucción (%BNI). La tendencia se analizó con un modelo lineal, se calculó el coeficiente de regresión, con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%), y se expresó como variación anual promedio (VAP). Para la desigualdad se utilizó el índice de Gini (IG) para 2005 y 2015, con su IC 95%. Para la asociación con las condiciones sociales se utilizó el porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) del Censo 2010, y se expresó mediante el índice de efecto. Para el análisis se utilizaron los softwares Excel 2010, Join Point 4.2.0.2 y R 3.3.3.

RESULTADOS

Las TN fueron estables de 10-14 ($p=0.48$), con un promedio de 1,72 en 2005-2015. De 15-19 la tendencia no fue estable ($p=0,03$), y pasó de 61,34 a 63,56, con una VAP de 0,67% (0,09; 1,25).

El %BNI de 15-19 fue estable en 2005-2008 pero cambió ese año ($p<0,001$) y disminuyó a la mitad en 2015, de 16,2% a 7,5%, VAP= 11,1% (9,9; 12,3). Las TN y el %BNI se distribuyeron de manera desigual en 2015. Para las primeras, el IG fue 0,38 (0,45-0,30) de 10-14 y 0,14 (0,19-0,08) de 15-19. Para el segundo, el IG de 15-19 fue 0,30 (0,38-0,22). La desigualdad del %BNI aumentó 14,8% entre 2005 y 2015.

La TN de 10-14 varió de 0,40 en ciudad autónoma de Buenos Aires (CABA) a 4,67 en Formosa: se incrementó 0,14 (0,09; 0,19; $p<<0,001$) por cada punto de aumento del NBI. De 15-19, la TN varió de 26,25 en CABA a 101,17 en Chaco, y aumentó 2,40 (1,62; 3,17; $p<<0,001$) por cada punto de NBI.

El %BNI también se asoció con el NBI: fue de 2,1% en CABA y 20,0% en Misiones, y aumentó 0,4 (0,1; 0,7; $p=0,014$) por cada punto de NBI.

CONCLUSIÓN

La natalidad en adolescentes es estable de 10-14 o disminuye de 15-19, y su distribución desigual se incrementó en los últimos diez años; con una fuerte asociación con las condiciones sociales, tanto para las tasas de natalidad como para el bajo nivel de instrucción materna.

DESHIDRATACIÓN ALCALOSIS E HIPOCLOREMIA COMO PRIMER SIGNO DE FIBROSIS QUÍSTICA EN EL LACTANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

1050

Venturini M.¹; Lopez Azcurra R.²; Pimiento Arbelo G.³
SANATORIO LOS ALERCES^{1,2,3}
<mbvmarbeluz@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La fibrosis quística es una enfermedad genética de herencia autosómica recesiva multisistémica que afecta a todas las glándulas de secreción exógena. En distintos lugares de nuestro país, se permite estimar que su incidencia en 1: 6.100 recién nacidos. De ello, se infiere que la prevalencia de portadores sanos de la mutación es, aproximadamente, de 1:40. La presentación clínica más frecuente es con síntomas respiratorios. La implementación de programas de pesquisa neonatal ha disminuido la edad de diagnóstico, en los lugares en que se realiza, iniciando antes el tratamiento y disminuyendo la morbilidad y la mortalidad

OBJETIVOS

Mostrar una forma de presentación inusual de EFQP en el lactante
Descripción: Paciente de 5 meses, sin antecedentes perinatólogicos de jerarquía, con screening neonatal pendiente, que consulta a la guardia por un cuadro de 48 hs de evolución de vómitos agregando en las últimas 24 hs 2 registros de febriles y 1 episodio de diarrea. En el ingreso impresionaba moderadamente enferma, febril (37,8°C), mucosas secas, con clínica de deshidratación moderada. Suficiente cardiovascular y respiratorio. Sin foco motor ni sensitivo, ni signos de irritación meníngea. Presentaba un laboratorio al ingreso: Hcto 40,9/Hb 13,9/GB 35500 (76/18)/plaq 711000/Gl 110/U 83/ Cr 0,61/Na 124/K 2,4/Cl 73/ EAB 7,5/+18/ 45. Se realiza rehidratación EV con solución polielectrolítica. Al día siguiente comienza con dificultad respiratoria, se indican las medidas broncodilatadoras. Se realiza un nuevo laboratorio de

control y se solicita el screening neonatal, quedando pendiente el test del sudor por sospecha de fibrosis quística. Se solicita orina completa: aislados hematíes y aislados pirocitos. lo urinario: 132/ 10/ 140. A las 48 hs del ingreso normohidratada y con buena tolerancia oral, se solicita un nuevo laboratorio: Hcto 35/ hb 12,1/ GB 16100 (44/ 41)/ plaq 488000/ Gl 94/ U 18/ Cr 0,23/ EAB 7,37/+1/29/Na 143/K 3,2/Cl 101/PCR 2,94/VES 6. Se realiza Test de sudor con valor Na 92 meq/Lt

CONCLUSIÓN

Siempre debe sospecharse FQP en todo proceso gastrointestinal que curse con hiponatremia y alcalosis hipocloremica.



TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PEDIATRÍA

Del Fabro M.¹; Echavarría B.²; Latini S.³

SANATORIO LOS ALERCES^{1,2,3}

<matiasdelfabro@hotmail.com>

1051

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa profunda (TVP) es una enfermedad poco frecuente en la edad pediátrica. La incidencia de la TVP en de 1 % en neonatos y 5 % en niños. La mayoría de las veces existen factores de riesgo como la presencia de catéteres endovasculares, la inmovilización prolongada, la cirugía o una situación de deshidratación grave, entre otros o asociándose a factores protrombóticos, que pueden ser hereditarios, como las deficiencias de factores antitrombóticos.

La frecuencia de la TVP está aumentando en los últimos años debido al incremento en la prevalencia de ciertas patologías como la obesidad, los tumores y la enfermedad inflamatoria intestinal.

OBJETIVO

A propósito de un caso paciente de 3 años con TVP sin factores de riesgo
DESCRIPCIÓN DE CASO: Paciente de 3 años de edad eutrófico correctamente inmunizado, sin antecedentes de jerarquía que consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por dolor, edema y leve eritema en miembro inferior izquierdo e impotencia funcional acompañado de registro febriles . Laboratorio: Hto 30.7 Hb 10.5 Gb 16.700 (74/14) Pla 92.200 VES 40 CPK 33 LDH 401 PCR 181 TP 11 RIN 1 KPTT 28 Fibrinogeno 500 mg/dl. Realiza Ecografía doppler de Pantorrilla derecha y se detecta Trombosis Venosa profunda de Vena Femoral superficial y Poplítea. Se interconsulta con servicio de hematología quien indica Enoxaparina a 1mg/kg/dosis c/12hs. A las 72 hs de tratamiento por factor anti X 0.25 por lo que se indica acenocumarol oral 0.1mg/kg/dosis con controles de RIN y ecografía

doppler a las 96 hs que solo presenta el trombo a nivel poplítea. Con valores laboratorio dentro de los rangos esperados y ecografía mejora se indica alta con anticoagulantes vía oral y control posterior con hematología pediátrica.

CONCLUSIÓN

La trombosis en pediatría es una enfermedad rara, y con secuelas a largo plazo potencialmente graves; por eso ante la sospecha de trombosis venosa profunda la ecografía doppler es el mejor método para detectarla.

EFICACIA DE UNA TABLA DE REFERENCIA DE DROGAS PARA LA EMERGENCIA COMO HERRAMIENTA PARA REDUCIR LA CANTIDAD DE ERRORES EN LA MEDICACIÓN DURANTE LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA.

Iglesias A.¹; Robledo C.²; Fernández Díaz J.³; Falk N.⁴; Fernández Achával M.⁵; Pascual C.⁶; Enriquez D.⁷; Vainstein E.⁸; Elías Costa C.⁹

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<agustiniglesias07@hotmail.com>

1052

INTRODUCCIÓN

El error en la medicación es frecuente en la práctica pediátrica. Varios factores se asocian al error médico durante la atención pediátrica de emergencia.

En un trabajo conjunto entre una Unidad de internación y el Comité de Docencia e Investigación se diseñó una Tabla de Referencia de Drogas para la Emergencia (TRDE) con información sobre utilidad, dosis, vía de administración y dilución de las drogas más utilizadas durante la emergencia pediátrica.

La simulación de alta fidelidad proporciona un ámbito seguro, ideal para la evaluación y educación de los equipos de Reanimación cardiopulmonar (RCP).

Los objetivos de este trabajo fueron evaluar la utilidad de la TRDE para la reducción de los errores en la elección, dosificación, dilución y vía de administración de la medicación durante la emergencia pediátrica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un ensayo clínico controlado aleatorizado con residentes de pediatría de 1° y 3° año de un Hospital general pediátrico durante unas Jornadas de simulación médica de alta fidelidad. Participaron 12 grupos compuestos por 5-7 residentes. Se utilizaron 4 casos clínicos de emergencia pediátrica. A algunos de los grupos elegidos de forma aleatoria se les asignó tener la TRDE disponible y una charla instructiva de cómo utilizarla. Las indicaciones fueron escritas en una hoja especialmente diseñada y todos los grupos tuvieron una capacitación previa de cómo utilizarlas.

Las variables de resultado analizadas fueron cantidad total de errores en la prescripción de medicación, cantidad de errores según el tipo del mismo (elección de la droga, dosificación, dilución y vía de administración).

RESULTADOS

Participaron 79 residentes divididos en 12 equipos. 6 equipos tuvieron disponible la TRDE. La distribución de residentes de 1° y 3° año no mostró diferencias significativas entre ambos grupos.

La media de indicaciones de los equipos fue de 7,08 drogas (DS 6,25-7,92). No hubo diferencia significativa en la cantidad de drogas indicadas entre los grupos.

Los equipos que no tenían la TRDE cometieron 5,17 errores totales más que los que la tenían (IC90% 0,21-10,12; P=0,08).

En el análisis diferenciado por tipo de error se observó que los equipos sin la TRDE cometieron 2,5 errores de dilución de la droga más que los que la tenían (IC90% 0,87-4,13; P=0,02)

No hubo evidencia para demostrar diferencias significativas en la cantidad de errores de elección, dosificación y vía de administración de la droga.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que la utilización de la TRDE redujo la cantidad de errores totales en la utilización de drogas durante la emergencia pediátrica. Al analizar el tipo de error se observó una disminución en los errores de dilución. Es por esto que la TRDE sería de utilidad para mejorar el desempeño del equipo de salud en la emergencia pediátrica y la seguridad de los pacientes.



LA VULVA COMO SITIO DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS POCO COMUNES.

1054

Martínez M.¹; Moreno S.²; Aprea G.³; Galdeano A.⁴; Meneses M.⁵

HOSPITAL HUMBERTO NOTTI^{1,2,3,4,5}

<mariana_martinez17@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las infecciones severas por *Pseudomonas aeruginosa* se presentan habitualmente en pacientes con inmunodepresión: oncológicos, neutropénicos, quemados o que han sido hospitalizados por períodos prolongados; aunque en ocasiones se producen en pacientes sin factores de riesgo conocidos.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: paciente de 18 meses de edad, sin antecedentes patológicos, comenzó con fiebre de 3 días de evolución sin foco infeccioso definido, a las 36 horas presentó dolor en el área genital y disuria, este cuadro fue interpretado como una infección del tracto urinario, por lo que se inició cefalexina vía oral. 12 horas posteriores al inicio de la medicación se apreció empeoramiento del cuadro con eritema, induración y edema en labios mayores vulvares, con un área necrótica de bordes pocos definidos localizada en labios menores y región clitorideana. Se destacaba que el dolor era el signo cardinal y resultaba desproporcionado a la lesión clínicamente visible. La paciente fue hospitalizada con mal estado general y signos de shock séptico. Se instauró un tratamiento agresivo con antibióticoterapia endovenosa de amplio espectro y limpieza quirúrgica amplia de la zona afectada. La niña evolucionó lentamente de manera favorable y posteriormente fue dada de alta. Reingresó al hospital, 4 meses después, por un síndrome febril prolongado, momento en el cual se le diagnosticó una leucemia linfocítica aguda.

Caso 2: paciente de 15 meses de edad con antecedente de leucemia mieloide aguda bajo tratamiento, comenzó con una lesión de tipo vesiculosa en labio mayor derecho localizada en el tercio superior, que evolucionó rápidamente

y de manera tórpida a una úlcera necrótica de bordes bien definidos que abarcaba toda la extensión del labio mayor, la respuesta fue favorable, ya que el tratamiento fue agresivo y se instauró rápidamente terapéutica con antibióticoterapia endovenosa y limpieza quirúrgica.

En el caso 1 el diagnóstico fue de fascitis necrotizante y en el caso 2, de ectima gangrenoso.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

En ambos casos los hemocultivos y cultivos de piel y partes blandas fueron positivos para *Pseudomonas Aeruginosa*. Durante el transcurso de la infección las pacientes presentaron neutropenia. En el caso número uno además se destacaba la presencia de trombocitopenia y coagulopatía.

EVOLUCIÓN

La evolución de ambas pacientes fue favorable ya que se instauró un tratamiento adecuado de manera precoz. En el caso de la paciente número 1, posterior al diagnóstico de leucemia linfocítica aguda, su estado general se deterioró y falleció.

DISCUSIÓN

Las infecciones de piel y partes blandas son una causa frecuente en la consulta pediátrica. Los agentes etiológicos más frecuentes son el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus pyogenes*. Sólo en un 10% de los casos estas infecciones son producidas por *Pseudomonas Aeruginosa*. Tanto el ectima gangrenoso (EG) como la fascitis necrotizante (FN) se consideran infecciones profundas con alta mortalidad. Remarcamos que aquellas infecciones profundas de piel y partes blandas causadas por dicho germen, pueden ser marcador de enfermedades sistémicas.

DESARROLLO DE UN TRATAMIENTO TERAPEUTICO PARA LA PREVENCIÓN DE PROGRESIÓN A SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO.

1055

Hiriart Y.¹; Pardo R.²; Bukata L.³; Lauché C.⁴; Muñoz L.⁵; Goldbaum F.⁶; Zylberman V.⁷; Sanguineti S.⁸

INMUNOVA^{1,2,3,5,8}; INMUNOVA, CONICET^{4,7}; CONICET⁶

<yanina@immunova.com>

INTRODUCCIÓN

El SUH es una enfermedad causada por la bacteria *E. coli* productora de toxina Shiga (STEC) para la cual, actualmente, no hay una terapia disponible. Con cuidados intensivos, la mortalidad es 3-5%. En Argentina, el SUH es la primera causa de insuficiencia renal aguda en niños menores a 5 años. En modelos preclínicos la administración de anticuerpos neutralizantes frena los efectos tóxicos asociados a toxina Shiga (Stx). En el presente trabajo, desarrollamos inmunógenos quiméricos muy estables, acoplado la subunidad B de las Stx 1 y 2 a la plataforma BLS. Estos inmunógenos se utilizaron para producir sueros equinos hiperinmunes de muy altos títulos contra Stx1/2. Se produjo bajo normas GMP la fracción F(ab')₂ de inmunoglobulinas equinas y se probó eficacia, seguridad y farmacocinética en diversos modelos in vivo e in vitro. M&M: La eficacia del F(ab')₂ se ensayó en ratones y células Vero. Se realizaron estudios de cinética y toxicidad a dosis única y dosis repetidas, en ratones (520 animales) y conejos (26 animales). Se evaluó la reactividad cruzada en tejidos humanos. Resultados: En células Vero se determinó el IC50 del producto (Stx1:0,66 µg/ml y Stx2: 4,55 (µg/ml). Los estudios de seguridad en ratones y conejos no mostraron alteraciones clínicas significativas asociadas al tratamiento, ya sea suministrando dosis única o dosis múltiples (116 mg/kg, 3/sem, 4 semanas). En ensayos de farmacocinética en ratones, la C_{máx} alcanzada luego de una dosis de 116 mg/kg fue similar con dosis única (1029,84 µg/ml) y dosis repetida (1164,5 µg/ml), siendo proporcional cuando se administró 11,6 mg/kg (102,31 µg/ml). Se detectaron niveles circulantes hasta 72hs. La

semivida de eliminación t_{1/2}, a igual dosis, fue similar con administración única (19,76hs) o administraciones repetidas (19,26hs). Administraciones repetidas en conejos, resultaron en un incremento en el t_{1/2} (49,27hs). En un modelo murino de toxicidad el producto neutralizó 488 DL50/ml de Stx1 y 7043 DL50/ml de Stx2. En un modelo de dosis secuencial, en el que 1DL100 de Stx2 se administró con el siguiente esquema: 20% a día 1, 20% a día 2, 30% a día 3 y 30% a día 4, se observó sobrevida de los animales aún coadministrando el producto con la tercera dosis subletal. El estudio de reactividad cruzada en tejidos humanos no mostró unión específica a ninguno de los tejidos ensayados.

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos constituyen una fuerte evidencia preclínica de la funcionalidad y seguridad de la estrategia terapéutica planteada y habilitan a seguir con ensayos clínicos. Se planea comenzar el Primer Ensayo clínico en Humanos en el tercer trimestre de 2017 en el Hospital Italiano de Buenos Aires. En el mismo se enrolarán 14 sujetos adultos voluntarios sanos a fin de evaluar la seguridad, tolerabilidad y farmacocinética del producto. Se realizará en 2 etapas, prospectivo, randomizado controlado con placebo. En la primera se usará un diseño de escalamiento de dosis, comenzando con dosis única, y en una segunda etapa se aplicarán dosis repetidas. A partir de los datos obtenidos, se planea realizar en Argentina el estudio clínico de seguridad, farmacocinética y eficacia del producto (Fase II/III) en población pediátrica con diagnóstico de infección por STEC.



PREVALENCIA Y RECUPERACIÓN DE ENTEROPATÓGENOS EN COPROCULTIVOS EN EL HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE CÓRDOBA.

1056

Buenas R.¹; Sanchez L.²; Garcia A.³; Gonzalez L.⁴

HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL^{1,2,3,4}

<ro_buenas@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas son una de las causas de muerte y de malnutrición en niños. La diarrea puede estar ocasionada por diversos microorganismos, la infección se transmite por consumo de alimentos o aguas contaminadas, o bien de persona a persona.

Gran parte de los casos son autolimitados y no requieren terapia antimicrobiana ni cultivo de heces.

OBJETIVOS

Determinar el porcentaje de recuperación de agentes bacterianos a partir de muestras de coprocultivos y la prevalencia de *Shigella* spp., *Salmonella* spp., *Escherichia coli* 0157:H7, *Campylobacter* spp., y *Yersinia* spp. en el Hospital Infantil Municipal de Córdoba (HIM) desde enero de 2014 a diciembre de 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo – retrospectivo, donde se analizaron 1665 muestras de materia fecal, las cuales se sembraron en medios de cultivos habituales y fueron identificadas mediante pruebas bioquímicas convencionales. La serotipificación se realizó con antisueros provistos por Servicio Antígenos y Antisueros del Instituto Nacional de Producción de Biológicos, ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”. La susceptibilidad a los antimicrobianos se evaluó por la técnica de difusión de disco según las normas CLSI; y de acuerdo al protocolo de trabajo de la Red WHONET. Se analizaron los datos mediante el programa WHONET 5.6.

RESULTADOS

Del total de muestras procesadas (1665) durante el período 2014-2016 se obtuvieron 815 especímenes positivos, el porcentaje de recuperación de los coprocultivos fue del 49%. De ellos, 470 (28%) correspondieron a *Shigella* spp., 265 (16 %) de *Campylobacter* spp., 65 (4%) de *Salmonella* spp., 8 (0,5%) de *Yersinia* spp., 6 (0,36%) de *Escherichia coli* 0157:H7 y 1 (0,06%) de *Escherichia coli* 0145.

CONCLUSIONES

En cuanto a la recuperación pudimos observar que nuestros resultados fueron comparables con lo descripto en la literatura.

En el HIM existe una mayor prevalencia de *Shigella* spp. en comparación con los demás microorganismos aislados. El aumento de casos de enfermedades diarreicas es una preocupación para los países en desarrollo, por lo cual es importante enfocar el trabajo en la prevención de dichas infecciones.

CONVULSIÓN SECUNDARIA A HIPONATREMIA INDUCIDA POR TERLIPRESINA: REPORTE DE UN CASO

1057

Lange M.¹; Bolívar S.²; Fernandez Achaval M.³; Lezama C.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3}; HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ-SERVICIO DE HEPATOLOGÍA.⁴

<julialange@hotmail.com>

RESUMEN. INTRODUCCIÓN.

El sangrado variceal causado por hipertensión portal es una seria complicación de la enfermedad hepática crónica. El manejo de las várices hemorrágicas, aún un desafío clínico, es farmacológico, con drogas vasoactivas, y endoscópico. El fármaco de elección en la mayoría de las revisiones realizadas en niños, es el octreótide; en adultos, algunas publicaciones señalan como primer opción a la terlipresina. No hay estudios con adecuada casuística que demuestren estos beneficios en pacientes pediátricos.

OBJETIVO

Describir el caso clínico de una paciente pediátrica que presentó convulsiones asociadas a hiponatremia a las 48 hs de iniciar tratamiento con terlipresina, sin otra causa que pudiera considerarse etiología de las mismas.

Caso clínico. Paciente con diagnóstico de atresia de vías biliares y cirugía de Kasai sin evidencia de restitución de flujo biliar, que desarrolla complicaciones secundarias a hipertensión portal, como episodios de hemorragia digestiva alta. A los 8 meses de vida, en contexto de uno de estos episodios, recibe tratamiento médico, con octreótide y endoscópico con escleroterapia. A las 48 horas por fracaso terapéutico, se indica terlipresina. Al segundo día de iniciada la misma, presenta convulsión tónico clónico generalizada que no cede frente a las medidas anticonvulsivas habituales. Se constata hiponatremia severa sintomática, y luego de correcciones endovenosas de sodio, se resuelve el episodio convulsivo. Se asume cuadro de convulsión secundaria a hiponatremia

causada por uso de terlipresina, habiéndose descartado otras causas posibles de convulsiones e hiponatremia. Discusión. La vasopresina promueve la reabsorción de agua libre en el riñón, resultando más sensible al desarrollo de hiponatremia como efecto secundario. La terlipresina, su análogo, presenta menor efecto a este nivel. Sin embargo, al metabolizarse lentamente en el hígado a vasopresina, existe la posibilidad de desarrollar hiponatremia.

CONCLUSIÓN

Por el momento, de ser considerado el uso de terlipresina como alternativa terapéutica, sería adecuado monitorizar frecuentemente la natremia, para poder realizar una intervención precoz en caso de descenso de la misma. Dado los buenos resultados en población pediátrica, y frente a la posibilidad de considerar a la terlipresina como alternativa terapéutica sería necesario realizar estudios sobre la dosificación y posibles efectos adversos de esta droga en la población pediátrica.



PREVALENCIA DE ASMA EN ESCOLARES DE VILLA MARÍA, CÓRDOBA, ARGENTINA EN 2016

1058

Tuninetti R.¹; Jara S.²; Arias S.³; Sanchis I.⁴; Bossio J.⁵; Jure H.⁶

SECRETARÍA DE SALUD DE VILLA MARÍA^{1,2}; INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONTI", ANLIS "CARLOS MALBRÁN", MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN³; CÁTEDRA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE BIOQUÍMICA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL⁴; INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONTI", ANLIS "C. MALBRÁN", MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN⁵; SECRETARÍA DE SALUD DE VILLA MARÍA⁶
<rosanatinunetti@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Aunque el asma es la enfermedad crónica más frecuente en la niñez, solamente en los últimos años se ha logrado contar con información sobre su magnitud en Argentina, ubicándola en un rango de 16,4% en niños de 6-7 años y de 10,9% en los de 13-14 años según el estudio ISAAC. Sin embargo, es escasa la información disponible para desagregar esta cifra por jurisdicción y localidad.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de asma en niños en edad escolar en la ciudad de Villa María, Córdoba, Argentina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de prevalencia en una muestra de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Villa María, Córdoba, Argentina, en los meses de octubre y noviembre de 2016.

Se utilizó el cuestionario propuesto para la Fase III del estudio ISAAC para cada grupo de edad, utilizando la versión en español de España modificada en modismos y aspectos de lenguaje para Argentina.

Se encuestó a 561 padres de niños de 6 y 7 años (primer grado) y de 11 a 13 años (sexto grado) de 16 escuelas, que fueron seleccionadas por muestreo estratificado según condición social del radio censal en el que se ubicaban.

Se calculó la proporción de niños con sibilancia en los últimos 12 meses y la proporción de niños que tuvieron asma alguna vez, con su intervalo de confianza del 95%.

Se utilizó el programa Epidat 3.1.

RESULTADOS

La prevalencia de sibilancias en los últimos 12 meses fue 19,1% (14,1; 24,1) en los niños de 6 y 7 años, y de 8,1% (4,8; 8,5) en los niños de 11 a 13 años; y la prevalencia acumulada de asma (alguna vez tuvo asma) fue 7,6% (4,1; 11,1) y 6,1% (3,1; 9,1), respectivamente.

CONCLUSIÓN

Las cifras de prevalencia de asma en escolares 6 y 7 años de Villa María fueron similares a las reportadas en Argentina. En escolares de 11 a 13 años las cifras fueron más bajas, pero se debe tener en cuenta que corresponden a un grupo de edad menor al estudiado en Argentina. Con alrededor de 1.600 escolares en totales en cada uno de los grados, las cifras de prevalencia obtenidas indican una carga del problema de 314 escolares de primer grado con asma y 132 en sexto grado.

SCHWANNOMA ABDOMINAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

1059

Murilla M.¹; Canda P.²; Bellomo J.³; Aimar A.⁴; Netri G.⁵; Acerenza M.⁶

SANATORIO SAGRADO CORAZON^{1,2,3,4,5,6}

<micaelamurilla@gmail.com>

INTRODUCCION

El Schwannoma es un tumor típicamente benigno, que se origina de las células de Schwann. Aparece predominantemente en el ángulo pontocerebeloso, en pares craneales y médula espinal, siendo menos frecuente en retroperitoneo, mediastino posterior y pelvis. Suelen ser encapsulados, delimitados y perineurales, unidos o no al nervio que les da origen. El crecimiento tumoral suele ser lento. El tratamiento de elección es el quirúrgico. Aunque es importante tener el diagnóstico preoperatorio de estos tumores para realizar la cirugía, no siempre se puede contar con el ya que no existen imágenes patognomónicas.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de un año de edad previamente sana, quien presenta cuadro de un mes de evolución que comienza con diarrea y dolor abdominal a lo cual agrega episodios de emesis y registros febriles intermitentes. En Hospital local le diagnostican ITU por lo que recibe tratamiento Cefalexina por 7 días. Persiste sintomática y con fiebre por lo que se deriva a centro de mayor complejidad para estudio de diarrea crónica. Al ingreso se encontraba en regular estado general, con palidez mucocutánea, normoperfundida, deshidratación leve, con mala actitud y tolerancia a la vía oral. Se solicita laboratorio con perfil de enfermedad celiaca informado como negativo, ecografía de abdomen y TAC que evidencian imagen sólida y heterogénea ubicada en flanco izquierdo con imagen adyacente compatible con invaginación intestinal. Se interconsulta con servicio de Cirugía que decide el ingreso a quirófano para intervención.

Se realiza resección completa de masa tumoral que ocupa la luz intestinal, se asocian adenomegalias mesentéricas, se realiza toma de muestra para biopsia y anastomosis colónica término - término. Por hallazgos de patología oncológica recibe medidas de lisis y se realizan laboratorio de control diarios. Se recibe resultado de anatomía patológica compatible con Schwannoma con márgenes libres. La paciente presenta progresión lenta de la tolerancia a la vía oral y evoluciona favorablemente por lo que se otorga el egreso con controles ambulatorios por especialidades.

CONCLUSION

En la edad pediátrica es muy raro que presenten lesiones tumorales de tipo schwannomas y más aún son raros los schwannomas gigantes, sin embargo ante la presencia de este tipo de lesiones es importante ofrecer un tratamiento médico quirúrgico oportuno para ofrecer a paciente un pronóstico favorable



PSEUDOHIPONATREMIA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE ALAGILLE (SA). A PROPÓSITO DE UN CASO.

1060

Tamashiro C.¹; Zubieta A.²; Kinen A.³

CESAC 24¹; HOSPITAL GARRAHAN^{2,3}

<claratamashiro@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con SA presentan escasez de conductos biliares intrahepáticos, colestasis crónica e hipercolesterolemia. Ésta constituye una situación que aumenta la fase sólida del plasma por lo que estos pacientes pueden presentar falsos valores de hiponatremia.

OBJETIVO

Describir un caso de pseudohiponatremia secundario a hipercolesterolemia en paciente con SA.

Caso Clínico: Niña que a los 3 meses de vida ingresa al Hospital Garrahan por colestasis neonatal. Valorada de manera multidisciplinaria se detecta cardiopatía, vértebras en alas de mariposa y colestasis asumiéndose SA. En múltiples oportunidades presenta valores de hiponatremia asintomáticas con osmolaridad plasmática y sodio (Na) urinario normal. Analizando los laboratorios se observa que los valores más bajos de Na coinciden con los más altos de colesterol. Se realiza prueba de comparar el Na obtenido a partir del suero centrifugado y el tomado con jeringa con heparina de litio evidenciando que mientras de la primer muestra se obtenía un Na de 126mEq/L, la segunda era de 136mEq/L.

DISCUSIÓN

La paciente presenta hipercolesterolemia coincidiendo sus valores más altos con sus Na plasmáticos más bajos. Siempre que se habla de hiponatremia se debe diferenciar la verdadera (Na en fase acuosa del plasma disminuido) de la pseudohiponatremia. El 93% del volumen del suero normal es agua

y el resto son sólidos. Cuando éstos aumentan se subestima la natremia ya que su determinación se realiza en el volumen de suero sobrenadante. Cuando antiguamente se usaban los fotómetros de llama, estos pacientes presentaban siempre pseudohiponatremia. Actualmente se utilizan electrodos específicos por métodos indirectos con autoanalizadores de química, o directos con analizadores de gases multiparamétricos. Dado que el primero involucra diluciones pre analíticas asumiendo una fracción no acuosa del 7%, tiene una sensibilidad similar al viejo método.

CONCLUSIÓN

La hipercolesterolemia aumenta la fase sólida del plasma y por ello las mediciones de Na son informadas como bajas por los autoanalizadores indirectos. En pacientes con esta patología es recomendable realizar las mediciones por métodos directos con jeringa heparinizada con litio.

A PROPOSITO DE UN CASO DE MIASTENIA GRAVIS

1061

Marquez S.¹; Lipka M.²; Sanchez Bustamante M.³

HOSPITAL FEDERICO FALCON^{1,2,3}

<sofimarquez88@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Miastenia Gravis es un trastorno neuromuscular autoinmune y adquirido, que se caracteriza por debilidad y fatiga muscular fluctuante secundaria a una alteración de la transmisión sináptica de la acetilcolina. Se presenta con un ritmo circadiano claro, acentuándose los síntomas durante la actividad y a lo largo del día.

OBJETIVO

Describir el caso de una paciente, con cuadros respiratorios a repetición, en la que se llegó al diagnóstico de Miastenia Gravis (MG).

Desarrollo: Paciente de 2 años y 6 meses, con antecedentes de cuadros respiratorios a repetición, concurre a control con servicio de Neumología, donde se observa que la paciente presenta ptosis palpebral bilateral asimétrica. Se decide su internación para su estudio, durante la que el servicio Neurología de Hospital Falcón ante la sospecha de MG, deciden consultar con especialistas del Hospital Garrahan, quienes indican realizar las pruebas diagnósticas de manera ambulatoria. Dos días después, la paciente presenta intercurencia respiratoria grave, tos no productiva, falta de actitud para alimentarse, afonía, por lo que por indicación de Neurología, se indica pasaje de gammaglobulina 2 gr/kg/dosis, y posterior derivación a Hospital Garrahan. Permaneció internada por 40 días totales (23 días en UCI, y 17 en sala). Recibió en servicio de UTIP gammaglobulina 2 gr/kg y pulsos de solumedrol, para posteriormente realizar prueba de Piridostigmina (que resulta positiva). Durante su internación se solicita dosaje de ACRA (+, mayor a 10); FAN 1/100 patron homogéneo; serología IgG + CMV. Se indica tratamiento ambulatorio con Piridostigmina y metilprednisona, con posterior seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

La MG se caracteriza por debilidad y fatiga muscular, que puede afectar cualquier grupo muscular, pudiendo en los casos más graves tener afectación de la musculatura respiratoria. La clínica suele empeorar ante intercurencias infecciosas (principalmente respiratorias), pudiendo producir crisis miasténicas. Existen distintos tipos de MG: la puramente ocular, y la generalizada; pudiendo sucederse o coexistir. El diagnóstico se realiza mediante pruebas farmacológicas (prueba de neostigmina-piridostigmina; cloruro de edrofonio endovenoso); títulos de anticuerpos Anti R-ACh (ACRA); pruebas electromiográficas. El tratamiento y el seguimiento por neurología son de vital importancia.

CONCLUSIÓN

La MG es una enfermedad que al poder tener afectación sistémica, puede poner en peligro la vida del paciente, por lo que es muy importante realizar diagnóstico precoz, o establecer la sospecha diagnóstica cuando se presente signos como la ptosis palpebral.



A PROPÓSITO DE UN CASO DE COQUELUCHE GRAVE

Arias N.¹; Perez Gorosito M.²; Lopez Cruz G.³

CEPSI EVA PERON^{1,2,3}

<noelia_arias@hotmail.com>

1062

INTRODUCCION

La coqueluche o tos ferina es una enfermedad respiratoria producida por Bordetella pertussis, que produce un síndrome clínico que varía en intensidad dependiendo del estado inmunológico y la edad del paciente. Es una importante causa de morbilidad y mortalidad, se estima que cada año en el mundo se registran 50 millones de casos produciendo unas 300.000 defunciones. La mayor tasa de letalidad se observa entre niños menores de 6 meses.

OBJETIVO

Describir el caso de una paciente diagnosticada como coqueluche grave que fue tratada en nuestro hospital en el año 2016.

DESCRIPCION Paciente femenina, de 3 meses RNPT (35 semanas) , con PN 2350grs que ingreso al hospital por presentar cuadro de 5 días de evolución que comenzó con tos seca y rinorrea verdosa. A las 24 hs se agrego agitación y palidez cutanea. Vacunación de los 2 meses colocada. Antecedente epidemiológicos: Hermano adolescente con bronquitis.

A su ingreso paciente en mal estado general. taquicardica (190 x min), taquipneica (70 x min), tiraje universal. tos seca en accesos. regular entrada bilateral de aire, marcada broncofonia en vértice de CPD. Por CRIA se decide intubación orotraqueal y se coloca en ARM. Rx torax se evidencia infiltrado en vértice de CPD y base de CPI. Se plantea como bronconeumonía (viral vs coqueluche) ; Infección Respiratoria Aguda Baja Grave, con SDRA. Laboratorio GB 55.600 (1/61/2/34/2), VSG 10, PCR 48, Glucemia 160 Hto 33, Hb 11. Frotis hematológico GR 3.070.000 Hto 30

Hb 9 GB 56200 (Nc4/Ns70/L26%) Pla_q 652000 Agregación pla_q normal, a las 48hs del ingreso se realizo Exanguinotransfusión. Laboratorio a las 6hs del procedimiento Hb 9,3 Hto 28% GB 20300 (75/25) VSG 48 PCR + 24 Pla_q 100.000. Complicaciones neumotórax izquierdo que fue resuelto mediante la colocación de tubo de avenamiento pleural, el cual permaneció colocado un mes. Luego Atelectasia masiva de CPI, broncoscopia que informa broncomalacia de bronquio fuente. HMC x 2 + para Citrobacter s/p Cepa Blee que fue tratado con Imipenem. HMC/ Pta cateter Urocultivo y secreciones respiratorias todos negativos

CONCLUSIONES

Ante un paciente con clínica de sdr pensar en coqueluche grave como diagnostico diferencial, y tener en cuenta las complicaciones que pudiere presentar: síndrome de hiperviscosidad sanguínea, shock cardiogénico, neumotórax o broncomalacia, como fue el caso de nuestra paciente, los cuales fueron resueltos de manera satisfactoria.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE TRASTORNO DELIRANTE ASOCIADO AL CONSUMO DE ALUCINOGENOS

Farfan R.¹; Taiman J.²; Laino P.³; Gonzalez B.⁴; Rossi G.⁵; Gonzalez M.⁶

HOSPITAL CHURRUCA-VISCA^{1,2,3,4,5,6}

<rociolf_05@hotmail.com>

1063

INTRODUCCIÓN

Destacar la importancia de investigar el consumo de sustancias no habituales, en el diagnóstico diferencial de cuadros de excitación psicomotriz en la adolescencia.

OBJETIVOS

Exponer otras modalidades no habituales de consumo y abuso de sustancias en pacientes pediátricos.

Descripción: Paciente de 15 años, sexo femenino, que ingresa por presentar cuadro de excitación psicomotriz, midriasis, relato delirante, alucinaciones auditivas y visuales de 12 horas de evolución.

Se realiza neuroimagen dentro de parámetros normales y dosaje de tóxicos de uso habitual en orina con resultado negativo.

La familia refiere que la paciente consumió previamente LSD (ácido lisérgico), pero en esta ocasión, encontraron restos de una planta y una infusión preparada con las hojas de la misma.

La planta se reconoció como Mimosa púdica o sensitiva, Familia Fabaceae, que contiene derivados triptaminicos, principio activo similar al LSD.

Requirió contención psicofísica y tratamiento farmacológico, para control de los síntomas, con mejoría clínica a las 48 horas.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

Ante el aumento de consultas por cuadros de excitación psicomotriz, el pediatra debe estar capacitado para reconocer un cuadro clínico de intoxicación por consumo de drogas de origen tanto sintético como natural, con el objetivo de un diagnostico precoz y adecuado tratamiento.



A PROPÓSITO DE UN CASO: ABSCESO RENAL

Mackeprang M.¹; Mandagaran M.²

HOSPITAL MATERNO INFANTIL ARGENTINA DIEGO^{1,2}

<luzmackeprang@gmail.com>

1064

INTRODUCCION

El absceso renal es muy infrecuente en pediatría, pero corresponde tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial en un paciente con fiebre y dolor abdominal o lumbar. Puede generarse por tres vías: hematológica, ascendente o por contigüidad con estructuras vecinas luego de cirugía recientes. La TAC con contraste endovenoso es el estudio de excelencia. El tratamiento depende del tamaño del absceso y del cuadro clínico.

OBJETIVOS

Pensarlo como diagnóstico diferencial de abdomen agudo siendo esta una patología poco frecuente.

MATERIALES Y METODOS

Revisión de historia clínica de paciente internado en nuestro hospital.

RESUMEN

Paciente de 8 años de que ingresa con cuadro de abdomen agudo, febril, en regular estado general con dolor en fosa iliaca derecha. Se realizan exámenes complementarios hallándose leucocitosis a predominio neutrofílico, ecografía abdominal normal, urocultivo negativo. Se intervino con diagnóstico presuntivo de cuadro apendicular, sin anomalías, realizando apendicetomía profiláctica.

La paciente cursó post operatorio con registros febriles e hipoventilación en campo pulmonar derecho, con radiografía de tórax y ecografía

pleural normal. Se reevalúa abdomen hallándose imagen redondeada de bordes definidos que empuja el parénquima renal en riñón derecho. Ante sospecha de absceso renal se completa estudios con hemograma, hemocultivos x 2, urocultivo, con hematuria macroscópica, y TAC con contraste. En la misma se evidencia imagen hipodensa corticomedular correspondiente con absceso renal de 4,3 x 4 x 2,2 cm. Servicio de urología decide tratamiento antibiótico con Clindamicina y programa drenaje percutáneo, durante el cual se obtienen 12 ml de material purulento, del cual se aísla SAMR. A los 7 días, se realiza ecografía de control, con imagen de menor tamaño (3 x 1.3 cm) otorgándose alta hospitalaria con tratamiento antibiótico por vía oral y resolviendo dicha colección al mes de comenzado el cuadro.

CONCLUSION

Al ser un cuadro de difícil diagnóstico en pediatría y, por su baja frecuencia, se debe tener en cuenta este diagnóstico en niños con cuadros febriles y dolor abdominal que no se expliquen por infecciones más comunes en la edad pediátrica.

SIGNOS INDIRECTOS DE SEPSIS POR SAMR Y LA IMPORTANCIA EN SU DETECCIÓN TEMPRANA

Rolando F.¹; Lepetic S.²; Rossiter J.³; Pozo F.⁴; Mancera A.⁵

HOSPITAL OÑATIVIA^{1,2,3,4,5}

<federo_rolando@hotmail.com>

1065

INTRODUCCIÓN

La incidencia, morbilidad y mortalidad de la sepsis la convierten en un importante problema sanitario que requiere la adopción de medidas específicas dirigidas a tomar conciencia del problema e identificarlo precozmente. Una rápida identificación y un tratamiento precoz y adecuado pueden disminuir tanto su mortalidad como sus secuelas.

La infección por SAMR es una de las principales causas de sepsis en pediatría y el conocimiento de los signos precoces e indirectos de sepsis puede ayudar a su rápida detección e instalación de un tratamiento adecuado mejorando notablemente su evolución

CASO CLINICO

Paciente de 14 años de edad de sexo masculino que ingresa a guardia por presentar edema de rodilla izquierda, impotencia funcional de mismo miembro asociado a registros febriles de 4 días de evolución con el antecedente de traumatismo cerrado. Se realiza laboratorio leucocitos 7410/mm³ 84% polimorfonucleares y PCR 20 MG/L.

Es valorado por traumatología quienes descartan por imagen y clínica diagnóstico de artritis séptica. Se decide su internación para diagnóstico y tratamiento.

Durante la internación presento aumento de los requerimientos de O₂ suplementario, persistiendo febril, observándose la aparición de pustulas en miembro superior, torax y miembros inferiores, alteración del sensorio, con relleno capilar tipo flash, pulsos saltones e hipotensión refractaria a volumen. Se interpreta el cuadro como shock séptico con probable foco

en piel secundario a infección por SAMR. Se realizan HMCX2 y se medica con ceftriaxona 80 MG/KG/D y vancomicina 40 MG/KG/D.

Laboratorio control leucocitos 14500/MM³, plaquetas 9690/MM³ PCR 223. Por lo descrito se decide intubación electiva para ingresar en ARM. Se indica goteo de dopamina y noradrenalina y su derivación a centro de mayor complejidad.

Durante su internación en UTIP requirió ARM POR 25 DIAS, inotrópicos por 10 días, requirió de diálisis peritoneal por 4 días. Presento neumotórax a repetición con colocación de drenaje pleural bilateral.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de un paciente con diagnóstico de sepsis por SAMR y su evolución y la importancia de su detección precoz.

CONCLUSION

El diagnóstico precoz de sepsis en pediatría repercute de manera significativa en la morbimortalidad del paciente.

El conocimiento de los signos y síntomas de la sepsis es fundamental para tener un alto índice de sospecha diagnóstica para instalar un tratamiento de forma rápida y eficaz cambiando radicalmente la evolución del paciente.



A PROPÓSITO DE UN CASO. SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA COMO PRESENTACIÓN DE ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL

1066

Marino C.¹; Buschiazzo R.²; Cabo M.³; Gaspari M.⁴; González L.⁵; Zubimendi N.⁶

HOSPITAL INTERZONAL JOSE PENNA^{1,2,3,4,5,6}

<candelariamarino23@hotmail.es>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una enfermedad infrecuente, de evolución fatal, secundaria a la activación del sistema fagocítico mononuclear, que se caracteriza por la proliferación incontrolada de los histiocitos con fenómeno de hemofagocitosis. Se caracteriza clínicamente por fiebre, disfunción del Sistema Nervioso Central, hepatoesplenomegalia y puede semejar un síndrome de falla multiorgánica. El laboratorio exhibe, pancitopenia, hipertrigliceridemia y coagulopatía. Hasta un 10% de los pacientes con Artritis Reumatoidea Juvenil presentan manifestaciones de SAM.

OBJETIVOS

Describir el SAM como presentación grave de la Artritis Reumatoidea Juvenil (ARJ).

Descripción del caso: Paciente masculino de 4 años de edad, derivado a nuestro hospital por cuadro febril de 4 días de evolución, asociado a dolor en miembros inferiores, regular estado general y exantema eritematoso migrátriz y evanescente. Datos relevantes en los estudios complementarios: anemia (Hb: 10.4 g/dl), leucocitosis (GB: 20.400/mm³), PCR: 40 mg%. Serologías para EBV negativa y CMV positiva. Cultivos (HMC, LCR) negativos.

Al sexto día de su internación ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UTIP) con fiebre, taquicardia, taquipnea, dificultad respiratoria, distensión y dolor abdominal. En el laboratorio presentó aumento de la ferritina sérica (18.051 ng/ml), PCR aumentada (28 mg%), hipertrigliceridemia (1.6 g/l) y fibrinógeno disminuido (0.90 g/l). La

Punción Aspiración de Medula Ósea no reveló alteraciones. Se sospechó por parámetros clínicos y de laboratorio, SAM. Se inició terapia con metilprednisolona. Permaneció internado 4 días en UTIP.

En este contexto clínico y de acuerdo a la evolución del paciente se arribó al diagnóstico de ARJ. El paciente presentaba los siguientes criterios: artritis, precedida de fiebre cotidiana de más de 2 semanas de duración, rash característico, que coincidió con picos febriles, serositis (derrame pleural).

CONCLUSIÓN

Es importante aumentar la sospecha de esta entidad, en pacientes con fiebre prolongada, manifestaciones articulares y aspecto séptico; pues el diagnóstico y tratamiento temprano mejoran el pronóstico y la sobrevida.

A PROPÓSITO DE UN CASO: BOTULISMO DEL LACTANTE

1067

Ramos Elizagaray S.¹; Gomariz E.²; Cabrerizo S.³; D'ericó A.⁴

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4}

<iran.sret@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Botulismo del lactante es la forma de presentación más común de botulismo. Otras son el botulismo alimentario, de heridas y iatrogénico. Afecta a menores de 1 año, con parálisis flácida descendente simétrica, constipación y reflejo fotomotor lento, habitualmente leve, autolimitada y con recuperación sin secuelas. Sin embargo su evolución puede ser grave, incluso causar muerte súbita.

OBJETIVOS

Presentar un caso de hipotonía con sospecha clínica de Botulismo del Lactante sin aislamiento de agente etiológico. Revisar la bibliografía sobre esta enfermedad y realzar la importancia de las medidas socioambientales en su prevención.

Descripción del caso: niña de 2 meses que presenta succión débil, llanto disfónico, hipotonía, pérdida de sostén cefálico y dificultad para alimentarse de 48 hs de evolución. Afebril. Vacunas completas para la edad. Niega consumo de miel.

Al examen: Hiporreflexia e hipotonía generalizadas, trastorno de la deglución, reflejo tusígeno débil, sin sostén cefálico, vigil, conectada, movimientos oculares conservados, pupilas intermedias lentas, catarsis y diuresis conservadas. Normotensa, eutérmica.

Evolución: Se colocó sonda nasogástrica para alimentación enteral y monitoreo en Terapia Intensiva. A las 48 horas requirió ventilación con presión positiva no invasiva. A los 7 días mejoró clínicamente, en suficiencia respiratoria, recuperando la succión y el tono muscular progresivamente, sin secuelas.

Laboratorio normal, serologías negativas, líquido cefalorraquídeo: citoquímico normal, cultivo y virológico negativos. Hemocultivos negativos, Urocultivo E. coli (contaminante), Tomografía axial computada de cerebro normal, Electroencefalograma normal. Toxina Botulínica en suero y materia fecal negativos. Coprocultivo para C.botulinum: negativo.

Impresión diagnóstica: Botulismo del lactante

DISCUSIÓN

Esta enfermedad es potencialmente mortal, con tratamiento antitoxina específico. Presentamos un caso que no cumple la tríada característica, lo cual no excluye el diagnóstico. En zonas áridas de nuestro país, con importante circulación de esporas en el aire, el contagio puede realizarse por inhalación de las mismas, por lo que cobra relevancia la higiene domiciliar y las medidas preventivas comunitarias. La sospecha clínica es el pilar diagnóstico ante un lactante con hipotonía generalizada, siendo a veces necesario enviar nuevas muestras de materia fecal y suero a los 15 días. Se deben descartar siempre otras patologías.



EXPERIENCIA DE CLÍNICA LACTANCIA MATERNA CENTRO MÉDICO HOSPITAL CLÍNICO FUSAT

1068

Leon C.¹; Gómez M. C.²; González S. F.³

HOSPITAL FUSAT^{1,2,3}

<cecileoni@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los beneficios de la lactancia materna (LM) son conocidos por todos los profesionales de la salud. Mantener un porcentaje adecuado de lactancia materna exclusiva (LME) a los 6 meses, es una de las metas sanitarias de la mayoría de los países. En Chile la meta es 60%, alcanzando un 53% a nivel nacional y un 57% a nivel regional. El Hospital Clínico FUSAT (HCF) cuenta desde el 2008 con la primera Clínica de Lactancia Materna (CLM) de la Región de O'Higgins, la cual sufre reestructuración entre 2013- 2015. En agosto de 2015 se inicia programa estructurado de educación y seguimiento al binomio madre-hijo, desde el embarazo hasta el año de vida, incluyendo actividades presenciales y telefónicas.

OBJETIVO

Evaluar resultados de nuevo funcionamiento de Clínica de Lactancia Materna.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectiva. Revisión de historias clínicas y estadísticas de lactantes beneficiarios nacidos entre 1 Enero de 2015 y 31 Enero de 2016, dividiéndolos en: Grupo 1 o sin intervención de CLM (nacidos del 1 enero al 14 agosto 2015) y Grupo 2 o con intervención de CLM (nacidos 15 Agosto 2015 a 31 Enero 2016). Caracterización de ambos grupos y comparación de LM a 3 y 6 meses. Adicionalmente se analizan estadísticas de CLM, buscando dato de LME a los 3, 6 y 12 meses en población bajo control nacida entre 1 septiembre 2015 y el 28 de febrero 2017.

RESULTADOS

Al comparar los grupos sin intervención (84 niños) y los con intervención de CLM (46 niños), no se encontró diferencia en distribución por sexo, ni tipo de parto. En el grupo sin intervención, a los 3 meses el 54,4% era alimentados al pecho exclusivo, aumentando a 82,6% en el grupo intervenido con un $p=0,001$. A los 6 meses, la LME alcanzó un 36,7% en el grupo no intervenido, subiendo a un 71,2% con la intervención ($p=0,0001$). En el grupo con acciones de la CLM se mantuvo lactancia materna exclusiva los 12 meses en un 54,8%. Al revisar resultados a más largo plazo de los niños atendidos en CLM se encontró que un 69,5% mantiene LME a los 3 meses, 62,6% a los 6 meses y 48% al año de vida (población total 164, 147 y 77 niños en las respectivas edades).

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El aumento de niños con LME, validan por una parte la implementación de CLM que, desde la Atención Primaria, acompañe al binomio madre-niño con el objeto de mantener, inducir o recuperar lactancia y por otra, las nuevas modalidades de atención como el contacto telefónico, las que pueden ser efectivas para dar continuidad a nuestras intervenciones sanitarias y obtener resultados favorables. Al analizar toda la población atendida en los casi 2 años de funcionamiento de la clínica, se observa un discreto descenso en LME a los 3, 6 y 12 meses, manteniéndose por sobre la meta nacional y el porcentaje nacional y regional. Esto hace necesario aumentar los esfuerzos en capacitación al personal y educación y seguimiento al binomio.

CELULITIS PERIORBITARIA POR H. INFLUENZAE TIPO B. A PROPÓSITO DE UN CASO

1069

Landi Fraguglia M.¹; Redosado D.²; Ettlin E.³; Bonardo V.⁴; Fernie M.⁵

HOSPITAL BRITANICO^{1,2,3,4,5}

<landisofia@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La celulitis periorbitaria constituye una patología frecuente en la infancia como complicación de las sinusitis pudiendo ser además causada por: traumatismos faciales, infecciones dentales, picaduras de insectos, o incluso infección de heridas en piel. Los procesos inflamatorios preseptales pueden también ser causados por implantación hematogena secundario a bacteriemias. Los principales agentes causales son el Streptococcus Pneumoniae y Estafilococo Aureus: la incidencia de Haemophilus Influenzae tipo B (HiB) ha disminuido desde la vacunación obligatoria.

OBJETIVO

Reportar un caso de celulitis peri orbitaria con agente etiológico HiB en paciente sano con calendario de vacunación completo.

Descripción del caso: Paciente masculino de 8 meses de edad, RNT PAEG, con vacunas completas para edad y antecedente de vejiga prepucial corregida quirúrgicamente. Asiste a guardia por fiebre de 48 hs de evolución asociado a conjuntivitis con mala respuesta al tratamiento local. Al examen físico presenta edema y eritema peripalpebral que ocluye la visión. Se solicita hemocultivos x2, laboratorio y TAC de macizo facial con contraste informando alteración del tejido celular subcutáneo periorbitario derecho. Se interconsulta con infectología y se decide medicar con Ceftriaxona y Clindamicina EV. Se obtiene rescate de HiB en 2/2 hemocultivos por lo cual se toman nuevos hemocultivos de control. Tras 5 días de tratamiento EV y cultivos de control negativos se otorga egreso con antibioticoterapia vía oral (Amoxicilina-Acido clavulánico) a completar 14 días totales.

CONCLUSIONES

La celulitis periorbitaria es una patología frecuente de buen pronóstico instaurando precozmente un correcto tratamiento. Los datos disponibles respecto a los gérmenes causales son limitados ya que el rendimiento de los HMC es bajo y la obtención de material para cultivo es difícil. Su etiología difiere según el origen de la infección, Streptococcus sp. en casos secundarios a infección dentaria, Staphylococcus Aureus y Streptococcus B hemolítico en infecciones/traumatismos de piel y Haemophilus B, Moraxella Catharralis y Streptococcus sp en infección de senos paranasales. En cuadros de bacteriemia se describe rescate de S. Pneumoniae e HiB. La incidencia de HiB ha disminuido debido a la vacunación sistemática frente a este agente. Sin embargo debemos contemplar la posibilidad de infecciones por este agente.



GLOMERULONEFRÍTIS AGUDA POSTINFECCIOSA ASOCIADA A NEUMONÍA POR NEUMOCOCO: A PROPÓSITO DE UN CASO

1070

Vera L.1; Selva V.2; Inchaurregui E.3

CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA^{1,2,3}

<lisandrovera111@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La forma más frecuente de glomerulonefritis aguda en pediatría es la postinfecciosa, y el agente etiológico de la mayoría de estas es el estreptococo beta hemolítico del grupo A. A pesar de esto, se han descrito casos secundarios a otros agentes, entre ellos el neumococo.

Si bien la clínica característica es un síndrome nefrítico con hematuria y oliguria, fallo renal, HTA y edema, hay formas de presentación que muchas veces genera dificultad para el diagnóstico, entre ellas el EAP con derrame pleural, con Dx diferencial con NAC.

OBJETIVO

Describir un caso de glomerulonefritis postinfecciosa secundaria a infección por Streptococo pneumoniae, con edema agudo de pulmón como síntoma guion de presentación.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 7 años, con único APP de relevancia de rinoфарингитis a repetición, adenoamigdalectomía programada. Presenta fiebre de 24 hs de evolución, vómitos y dificultad respiratoria progresiva que requiere internación por hipoxemia, deshidratación leve y regular estado general; con Rx de tórax compatible con neumonía a focos múltiples, laboratorio de alto riesgo para infección bacteriana y ecografía con derrame pleural bilateral, se inicia antibioticoterapia de amplio espectro y oxigenoterapia, previa toma de hemocultivo (posteriormente desarrolla neumococo). A pesar de la buena evolución de la curva febril y de afección respiratoria baja, con el correr de la internación presenta aumento de TA, oliguria con hematuria y proteinuria en rango no nefrótico e IRA, aumento

de 1800 gr desde su ingreso, con AELO elevado y C3 bajo. Con diagnóstico de síndrome nefrítico se indica restricción hídrica y diuréticos de asa, con buena evolución posterior, disminución de peso, normaliza TA y RD, y descenso progresivo de urea y creatinina.

CONCLUSIÓN

Hay pocos casos descriptos de glomerulonefritis postneumococcica, y con hallazgos difíciles de explicar, como AELO elevado en la mayoría sin aislamiento de SBHGA. Por otra parte, la presentación con edema agudo de pulmón y derrame pleural presenta un desafío diagnóstico, y más con aislamiento en hemocultivo del germen que más frecuentemente causa NAC.

En este caso clínico en particular, resultan interesantes dos puntos: por un lado, que parte del compromiso pulmonar inicial correspondía a edema agudo de pulmón, y cual a neumonía, si es que la hubo; y segundo, si el agente productor de la glomerulonefritis fue el neumococo hallado en el hemocultivo, o un SBHGA asociado al AELO elevado, que resulta también un marcador muy poco específico de infección reciente.

HEPATITIS AUTOINMUNE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: MANTENIMIENTO DE REMISIÓN HISTOLÓGICA CON TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON AZATIOPRINA.

1071

Kohn I.¹; Filli T.²

HOSPITAL DE NIÑOS DE CÓRDOBA^{1,2}

<joaquinikohn@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN

En los últimos 20 años (1997 a 2017) intentamos tto de mantenimiento con MNT con AZT en 60 Pc pediátricos (edad 1a5m a 15a7m, 65% de sexo femenino) con HAI (91,7% HAI-1), demostrando sostenimiento de la RB en 84% de los 56 Pc que pudieron iniciar esta modalidad de tto por períodos de 6 a 66m (X=23,5m) en los 47 Pc (84%) que mantuvieron RB con este tto (en los 9 que recayeron debieron reiniciarse los Cs entre 1,5 y 18m luego de suspenderlos).

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo fue valorar la evolución histológica de los 47 Pc que pudieron sostener la fase de mantenimiento con MNT con AZT, correlacionando los hallazgos al momento de suspender los Cs con los encontrados al momento de dar por finalizado el período de mantenimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

47 pacientes con tto de mantenimiento con MNT con AZT
Comparación del Score (Sc) de Ishak (necroinflamatorio -NI- y de fibrosis -F-) al momento de suspensión de los Cs y al finalizar el tto de mantenimiento con MNT con AZT, para valorar si la MNT con AZT mantiene la RH además de la RB en los Pc con HAI.

RESULTADOS

Se intentó realizar biopsia hepática (BH) en los 47 Pc antes de suspender los Cs (fase 1) y al finalizar la MNT con AZT (fase 2).

Se obtuvo material suficiente para valoración en 45 Pc en la fase 1 y en 40 en la fase 2, las cuales son objeto de esta comparación.

Score de	0-3	4-6	Pdio Sc		Pdio Sc	P
Ishak			Ishak	Cirrosis	de F	dio Sc
NI			NI			Ishak (NI + F)
	43	2	48/45	5=11,1%	6 2/45	10/45
Al susp.	95,5%	4,5%	X=1.07	ScF=5		
Cs	X=0,88	X=5			ScF 1,38	X=2,44
MNT	38	2	32/40	1=2,5%	5 2/40	84/40
con AZT	95%	5%	X=0,8	ScF=5	X=1,3	X=2,1

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en nuestros Pc con HAI que han logrado RB y RH con tto previo con Cs y AZT muestran que es posible la suspensión de Cs y el mantenimiento de RB y también de RH a largo plazo con MNT con AZT. HAI = hepatitis autoinmune; Pc = pacientes; Tto = tratamiento; Cs = corticoides; AZT = azatioprina; MNT = Monoterapia; RB = remisión bioquímica; RH = remisión histológica.



MASTITIS NEONATAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Martínez M.¹; Moreno S.²; Aprea G.³; Petricca J.⁴; Galdeano A.⁵; Galdeano G.⁶

HOSPITAL HUMBERTO NOTTI^{1,2,3,4,5,6}

<mariana_martinez17@hotmail.com>

1072

INTRODUCCIÓN

La mastitis neonatal es una infección poco común limitada a la mama. La teoría más aceptada con respecto a su etiopatogenia es la estimulación hormonal materna, la cual genera hipertrofia y le permite a los patógenos de la piel alcanzar el tejido mamario a través del pezón. El germen más frecuentemente asociado es el *Staphylococcus aureus*. Afecta a niños nacidos de término siendo más frecuente en el sexo femenino. La edad de aparición oscila entre la cuarta y quinta semana de vida. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, siempre que sea posible debe realizarse tinción de Gram. El tratamiento se debe realizar con antibióticos sistémicos. En caso de formación de un absceso se debe incluir el drenaje quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 40 días de vida, sin antecedentes patológicos, se presentó a la consulta con una lesión tumoral de 2 cm de diámetro, eritematosa, con aumento de la temperatura local, en región mamaria izquierda. Presentaba en la superficie boca de drenaje espontáneo que eliminaba secreción purulenta. Sin adenopatías axilares palpables. Antecedente de hipertrofia mamaria por estimulación hormonal siete días previos que empeoró en las últimas 72 horas, por lo que se indicó tratamiento con cefalexina vía oral, por mala evolución se decidió su internación. La recién nacida presentaba buen estado general, afebril durante toda la evolución, con actitud alimentaria conservada.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

Laboratorio: leucocitosis, PCR aumentada, trombocitosis, resto de la analítica sin alteraciones. Cultivo de secreción: positiva para *Staphylococcus aureus* meticilino sensible. Hemocultivos x2: los cuales resultaron negativos.

EVOLUCIÓN

Se realizó drenaje quirúrgico y antibioticoterapia endovenosa (clindamicina), con buena evolución.

DISCUSIÓN

Si bien la mastitis neonatal es una enfermedad infrecuente resulta importante diferenciarla de otras entidades tales como la hipertrofia mamaria fisiológica, la becegeítis, el forúnculo y aquellos cuadros que afecten al músculo y la fascia tales como fascitis necrosante, gangrena gaseosa y la piomiositis. Resulta fundamental tanto para el dermatólogo como para el pediatra el conocimiento de estas afecciones, para establecer un diagnóstico correcto y un tratamiento precoz.

POLIPOSIS JUVENIL COMO CAUSA DE INVAGINACIÓN

Etchetto L.¹; Alegre R.²; Sabourin S.³; Simonetti M.⁴

HOSPITAL DELICI CONCEPCION MASVERNAT^{1,2,3,4}

<lu.etchetto@hotmail.com>

1073

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es una afección quirúrgica abdominal aguda frecuente en la infancia, de diagnóstico precoz difícil y cuyo pronóstico está íntimamente ligado a la oportunidad del tratamiento. Es más frecuente en el lactante y de causa idiopática hasta los 24 meses de vida. Las causas secundarias a la presencia de lesiones anatómicas causantes de invaginación se incrementa con la edad.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico a partir de un motivo de consulta frecuente, de difícil abordaje, obteniendo como resultado un diagnóstico poco habitual. Descripción del caso: Paciente de sexo masculino, de 12 años de edad, consulta por dolor abdominal generalizado que focaliza en hipogastrio y vómitos de reciente evolución, afebril. Con antecedentes de apendicitis 45 días previo a la consulta. En el laboratorio de ingreso se constató leucocitosis con neutrofilia como únicos datos positivos. Se realizó ecografía abdominal, donde se encontró en fosa iliaca izquierda evaginación intestinal, con asas dilatadas móviles y líquido libre en cavidad abdominal. Se decidió su ingreso a quirófano donde se visualiza tumor de 3 cm de diámetro a la luz y en la serosa intestinal se observa parches blanquecinos de 1 cm de diámetro. Se realiza enterotomía de aprox 15 cm de íleon y anastomosis término terminal. El niño evoluciona con hilio post quirúrgico las 48hrs, con posterior mejoría clínica gastrointestinal, al 8to día de internación se da egreso hospitalario. Se recibe resultados anatomopatológicos: de apéndice cecal con características

macro y microscópica dentro de parámetros normales y de resección segmentaria de intestino delgado, lesión tumoral redondeada de 3 cm de diámetro mayor, color pardusco, aspecto polipode y consistencia firme que ocluye 95% de la luz, microscópicamente criptas desordenadas, dilatadas con cambios quísticos revestidas con epitelio cilíndrico mucosecretante, compatible lo antes descrito con Pólipo juvenil.

DISCUSIÓN

La escasa frecuencia de poliposis en pacientes pediátricos y reconociendo como presentación habitual la enterorragia, recalamos la importancia de la sospecha diagnóstica y la utilización de métodos diagnósticos en la urgencia, el trabajo interdisciplinario y el posterior seguimiento del paciente y la familia. Como también pueden manifestarse con dolor abdominal crónico recurrente, diarrea, vómitos, rescatar este caso clínico nos permite tener presente esta patología, reconociendo el riesgo potencial en el futuro del paciente.



MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DEL SÍNDROME DE ALAGILLE: PRESENTACIÓN DE DOS CASO

1075

Martínez M.¹; Moreno S.²; Aprea G.³; Garay M.⁴; Galdeano A.⁵; Meneses M.⁶

HOSPITAL HUMBERTO NOTTI^{1,2,3,4,5,6}

<mariana_martinez17@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Alagille (SA) es enfermedad multisistémica con un patrón de herencia autosómico dominante y manifestaciones clínicas variables. Está conformado por los criterios clásicos de colestasis, defectos cardíacos, anomalías óseas, oculares y rasgos faciales característicos. Se ha asociado a mutaciones del gen JAG1, con locus en 20p12.2. Es una enfermedad poco frecuente que se presenta en uno de cada 70,000 a 100,000 recién nacidos, sin preferencia de género.

CASO CLÍNICO

Se presentan dos pacientes de sexo masculino de 9 y 14 años respectivamente con diagnóstico de SA. Al examen físico se destacaba facies peculiar caracterizada por hipertelorismo, frente amplia, mentón prominente, ojos hundidos. En el examen físico cutáneo se apreciaba una intensa xerosis, lesiones costrosas secundarias al rascado excesivo. Además ambos presentaban xantomas en el dorso de las manos, sobre articulaciones metacarpofalángicas.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

En ambos casos se destacaba la elevación de enzimas hepáticas, bilirrubina, triglicéridos y colesterol total.

EVOLUCIÓN

La evolución en ambos pacientes fue tórpida con complicaciones cardiovasculares y hepáticas y ambos fallecieron a causa de sus complicaciones (estenosis pulmonar e insuficiencia hepática).

DISCUSIÓN

Las principales manifestaciones cutáneas del SA son la hiperbilirrubinemia, la cual genera ictericia, prurito con las consecuentes excoriaciones dérmicas y extrema xerosis que conlleva a liquenificación. La hiperlipoproteinemia genera xantomas (planos, tuberosos, eruptivos). La hepatopatía se manifiesta con telangiectasias y red venosa colateral. El déficit vitamínico de Zinc produce acrodermatitis enteropática. La disminución de vitamina A se manifiesta con hiperqueratosis folicular. La presencia de cardiopatía se debe sospechar ante la presencia de uñas hipocráticas o en carátula de reloj. La mutación del gen JAG1 genera pliegues interdigitales supranumerarios, facies característica y embriotoxon posterior. La identificación de las dermatosis presentadas en forma aislada es de gran importancia, tanto para la sospecha diagnóstica del SA como para otras causas de colestasis, de acuerdo con la edad y el resto del marco clínico en que se presente.

MUCORMICOSIS CUTÁNEA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

1077

Martínez M.¹; Aprea G.²; Moreno S.³; Galdeano A.⁴; Meneses M.⁵

HOSPITAL HUMBERTO NOTTI^{1,2,3,4,5}

<mariana_martinez17@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La mucormicosis o zigomicosis es una infección oportunista poco frecuente, causada por un hongo saprófito aeróbico que pertenece a la clase Zygomycetes de la familia Mucorales. Estos microorganismos viven en el ambiente y penetran en el organismo por vía aérea, gastrointestinal o cutánea a través de soluciones de continuidad de la piel. Este agente generalmente no es patógeno para el huésped inmunocompetente. Se describen seis formas clínicas de mucormicosis: rinocerebral, cutánea, pulmonar, diseminada, gastrointestinal y una forma mixta. Su mortalidad es cercana a 50-60%; en ocasiones, a pesar del precoz diagnóstico e instauración del tratamiento, tiene un curso fatal.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 3 años de edad, con antecedente de leucemia linfocítica aguda hospitalizada para tratamiento de inducción. Durante el primer semana de internación comienza con un síndrome febril acompañado de placas eritemato escamosas en antebrazo derecho, induradas a la palpación, por lo que se decide tomar una biopsia cutánea. 24 horas posteriores, lesiones se tornan necróticas, de límites mal definidos, rodeados por un halo eritematoso. Ante la sospecha de una infección por hongos, se indica debridamiento quirúrgico del área afectada y se instaura tratamiento antibiótico y antifúngico sistémico.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

Laboratorio: neutropenia. Biopsia cutánea: Presencia en dermis de hifas

con ramificaciones en ángulo agudo, compatibles con Mucormicosis. Cultivo de piel y partes blandas: positivo para *Rizopus oryzae*.

EVOLUCIÓN

Se realizó debridamiento quirúrgico y anfotericina B liposomal, con buena evolución.

DISCUSIÓN

La mucormicosis es una enfermedad con elevada mortalidad. El interés de nuestro caso radica en mostrar una paciente con una afección oncohematológica que evolucionó de manera favorable debido al diagnóstico precoz y al tratamiento adecuado.

Esta patología requiere un alto índice de sospecha clínica frente a lesiones cutáneas úlcero-necróticas en pacientes con factores de riesgo de desarrollarla y, de esta manera, plantear un diagnóstico en forma precoz que le permita instaurar un tratamiento oportuno y adecuado.



ABSCESO DEL PSOAS

Bejarano M.¹

HOSPITAL JUSTO JOSÉ DE URQUIZA¹



1079

INTRODUCCIÓN

El absceso del músculo psoas es una afección poco frecuente y de difícil diagnóstico, con una presentación clínica generalmente inespecífica y a veces olvidada en la práctica diaria, lo que conlleva a retraso en el diagnóstico. Durante los últimos años se ha determinado un aumento en el número de casos diagnosticados, lo cual se debe a la disponibilidad de técnicas imagenológicas avanzadas como la ecografía y la tomografía computarizada; asimismo, se han detectado modificaciones en cuanto a su etiología, variedad de presentación, modalidades diagnósticas y modificaciones en su manejo.

OBJETIVOS

Se decidió presentar el caso debido a la presentación atípica de la enfermedad la cual se asemejaba más a lesión del sistema nervioso o de sus cubiertas por lo que se plantea como primer diagnóstico diferencial. Descripción del caso: Paciente de 14 años de edad, oriunda de San José, provincia de Entre Ríos, sin antecedentes familiares de relevancia, se encuentra cursando embarazo de 8 semanas de gestación, presenta como antecedente patológico múltiples internaciones 20 días previos en hospital zonal (Ciudad de Colon) por cuadro caracterizado por dolor lumbar y fiebre que se interpreta como infección del Tracto Urinario a E. coli por lo que recibe tratamiento con Nitrofurantoina dosis incierta, en la última internación que data de 5 días previos a ser derivada a nuestro nosocomio agrega dolor en miembro inferior derecho se le realiza Radiografía de tórax, ecografía renovesical ambos

estudios normales y laboratorio el cual presentaba como único dato positivo leucocitosis de 14.000 y VSG de 120 mm/hora y se decide rotar tratamiento antibiótico a Ceftriaxona 1gr/día EV por 3 días y se deriva para estudio y eventual tratamiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se presenta este caso debido a que la sintomatología de la paciente fue un síndrome meníngeo y la patología más frecuentemente implicada y por lo tanto pensada es la afección del sistema nervioso central o de sus cubiertas no así el absceso del musculo psoas el cual siempre debería postularse como otro posible diagnóstico diferencial.

SINDROME DE DRESS: REPORTE DE UN CASO

Sturon Andrada C.¹; Botto S.²; Druetta G.³; Bonfiglio P.⁴; De Iriondo A.5

HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA^{1,2,3,4,5}

<sturoncarla@gmail.com>

1080

INTRODUCCION

El síndrome de sensibilidad a drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos (DREES), es un síndrome de hipersensibilidad, causada principalmente por drogas tales como anticonvulsivantes, antiretrovirales, antibióticos, allopurinol, antiinflamatorios no esteroideos. Criterios diagnósticos: erupción cutánea, eosinofilia, linfocitosis atípica, afectación sistémica: adenopatías mayores de 2cm, hepatitis, nefritis, neumonitis intersticial y compromiso miocárdico. Las manifestaciones clínicas aparecen entre la 1ra y 8va semana posteriores al inicio de la ingesta de la droga. Tratamiento: suspensión inmediata de la droga.

OBJETIVO

Describir características clínicas, métodos diagnósticos, tratamiento y evolución de un paciente con diagnóstico de síndrome de dress.

Caso clínico: niña, 6 años con diagnóstico de epilepsia medicada con carbamacepina. Luego de 18 días de iniciado el tratamiento anticonvulsivante comienza con fiebre, lesiones en piel maculopapulares, eritematosas y pruriginosas que fueron diseminándose por todo el cuerpo, con compromiso de mucosas, adenopatías retrocervicales submaxilares dolorosas y edema facial. Laboratorio: GB 34170 - 26% eosinófilos, GOT 224UI/L - GPT 259UI/L. Ecografía abdominal con hepatomegalia y ecocardiograma normal. Inicia antibioterapia, antihistamínicos y suspensión de anticonvulsivante. A los 6 días por mejoría clínica y de laboratorio se otorga el alta hospitalaria.

Controles ambulatorios; mejoría progresiva de las lesiones en piel, apareciendo importante descamación, persistiendo con un registro

febril diario. Laboratorio: GB 15780 - 30% eosinófilos, GOT 53UI/L – GPT 106UI/L, serologías (Chagas, CMV, VEB, HIV, Hep B y C, TOXOPLASMOSIS y VDRL) negativas. Diagnóstico de síndrome de Dress, inicia tratamiento con corticoide vía oral durante diez días evidenciando resolución completa del cuadro clínico.

CONCLUSIÓN

Es una entidad poco frecuente en pediatría, dada su severidad es un diagnóstico que se debe considerar en todo paciente que presente erupción cutánea con fiebre, adenopatías, compromiso sistémico y con antecedente de ingesta de drogas. La supresión precoz del fármaco, es la medida terapéutica más efectiva y el uso de corticoides conlleva una rápida mejoría de los síntomas



PACIENTES COMPLEJOS: UN MODELO DE TRANSICIÓN DESDE EL ÁREA PEDIÁTRICA A LA DE ADULTO

Llorens A.¹; Llorens A.²; Zingaretti P.³; Garbocci A.⁴; Bramajo V.⁵; Sastre G.⁶; Morend I.⁷; Curri S.⁸; Wasserman J.⁹; Zanier E.¹⁰

OSECAC^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<aellorens@gmail.com>

1081

INTRODUCCIÓN

La sobrevida de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas y complejas ha aumentado en los últimos años, generando la necesidad de contar con un espacio adecuado para su atención. La transición debe ser un proceso dinámico, ordenado, articulado, planificado y consensuado desde el área pediátrica a la de adultos de acuerdo a las necesidades de cada paciente, jerarquizado y entendido como un proceso y no un evento aislado. La transición debe brindar un espacio multidisciplinario para lograr su inserción en un modelo asistencial que logre cubrir las necesidades y expectativas del paciente y su entorno.

OBJETIVOS

- 1) Presentar un modelo de Consultorio de Transición en una OS con cobertura nacional
- 2) Evaluar el grado de satisfacción y adherencia

MATERIAL Y MÉTODOS

En el centro pediátrico sito en CABA se formo un equipo medico con el apoyo del sector administrativo dedicado exclusivamente a la atención de pacientes complejos y con cuidados especiales, actualmente se asisten 150 pacientes, dada la sobrevida de los mismos se comenzó a trabajar ideándose un espacio de transición para el pasaje al area de adultos, llevándose a cabo reuniones con los profesionales de ambos equipos y las respectivas coordinaciones para lograr dicho objetivo.

En el año 2015 se incorporo durante 4 meses a la atención de los pacientes pediátricos una medica clínica para familiarizarse con las patologías y el manejo tanto individual como familiar, .En mayo del 2016 se creo el consultorio de transición ,atendiendo en forma conjunta una clinica y un hebiatra

Fortaleciendo la atención interdisciplinaria entre los diferentes profesionales que conforman el equipo en pos de la mejor atención posible a brindar al adolescente y sus cuidadores. En el periodo comprendido entre junio del 2016 y mayo del 2017 se transicionaron 27 pacientes con edades comprendidas entre 15 y 21 años ; cuyas patologías de base son: 15 pacientes con diagnostico de MMC, 9 con ECNE , 1 LES, 1FQPy 1 Glucogenosis III.

Se realizo una encuesta de satisfacción con las siguientes variables: conformidad con la formación de dicho consultorio, calidad de atención médica y administrativa, incorporación de especialistas y accesibilidad a turnos.

CONCLUSIONES

La creación de este consultorio permite un pasaje ordenado; brindando una atención multidisciplinaria acorde a la edad; complejidad y o severidad de la patología, generando un marco de contención del paciente y su entorno.

Consideramos a los datos obtenidos de las encuestas como una herramienta para medir indicadores de satisfacción y realizar mejoras. Respondieron a la misma el 85%; el 86.3% se manifestó muy conforme con la formación de este consultorio; el 9,09% conforme y el 4.54% poco conforme. El 90.9% respondió que la calidad de atención profesional es excelente; 4.54% que es muy buena y 4.54% regular. La atención administrativa fue calificada como muy buena en el 100%. Manifestaron cierta dificultad en cuanto a la forma de la obtención de turnos; la mayoría por desconocimiento del procedimiento

DERMATITIS DEL PAÑAL TIPO "LUCKY LUKE": SERIE DE CASOS

Janssen M.¹; Besolari V.²; Brunetti M.³; Veleda A.⁴; Pauer N.⁵; Boggio P.⁶; Larralde M.⁷

HOSPITAL RAMOS MEJIA^{1 2 3 4 5 6 7}

<Janssenmariana@gmail.com>

1082

INTRODUCCIÓN

La dermatitis del pañal tipo "Lucky Luke" es un tipo de dermatitis de contacto de la zona del pañal, que se caracteriza por su localización en la cara lateral de los muslos, rememorando la funda de pistola de vaquero; de allí su denominación.

OBJETIVO

Describir la edad, sexo, comorbilidades, presentación clínica y tratamiento de todos los pacientes con diagnóstico de dermatitis del pañal tipo "Lucky Luke", evaluados en la sección Dermatología Pediátrica del Servicio de Dermatología del Hospital Ramos Mejía de Buenos Aires.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo, realizado en el período de tiempo comprendido entre junio de 2012 y junio 2017, en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de dermatitis del pañal tipo "Lucky Luke".

RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes en total. La edad de aparición de la dermatitis fue entre los 6 meses y los 3 años de vida. Un 38,7% de los casos afectó al sexo femenino y el 61,3% al masculino. La forma de presentación clínica consistió, en la mayoría de los casos, en placas eritematosas de forma triangular con base invertida y bordes mal definidos, algunas pruriginosas y con descamación. En ocasiones éstas se acompañaban de lesiones satélite, como pápulas, vesículas y erosiones. La localización más frecuente fue la cara superoexterna del glúteo,

la zona lumbar y, en algunos casos, se observó extensión hacia la zona de pliegues. El 61,3% se manifestó en forma bilateral, el 25,8% se ubicó en el lateral izquierdo y el 12,9% en el lateral derecho. De los pacientes incluidos, 2 presentaban antecedentes de hiperreactividad bronquial, mientras que el resto no tenía antecedentes heredofamiliares de relevancia. Como medidas terapéuticas se indicaron medidas generales de higiene de la zona del pañal y colocación de una tela de algodón para aislar la piel de las cintas del pañal. Además, se prescribieron corticoides tópicos de baja potencia y antimicóticos tópicos en los casos que tenían compromiso de pliegues, así como pasta con óxido de zinc.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Según nuestra experiencia, en los últimos cinco años hemos observado que, a pesar de la innovación en tecnologías para la fabricación de pañales infantiles, la dermatitis del pañal tipo "Lucky Luke" continúa siendo un motivo de consulta frecuente en la práctica dermatológica infantil. Los materiales utilizados para la fabricación de las bandas elásticas del pañal generan una dermatitis de contacto, especialmente en las zonas donde éstas tienen mayor fricción. A esto se le suman las condiciones de humedad y maceración propias del área. Por lo tanto, la principal medida terapéutica debe ser evitar la exposición directa de la piel al contactante, realizar una adecuada higiene de la zona y, en los casos que se requiera, aplicar un corticoide tópico. Es importante el conocimiento de esta patología, tanto por dermatólogos como por pediatras, para su diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.



¿LA FORTIFICACIÓN ESTÁNDAR PERMITE ALCANZAR LOS REQUERIMIENTOS PROTEICOS EN PREMATUROS MENORES DE 32 SEMANAS?

1083

Nieto R.¹; Albano D.²; Vanesa V.³; Eleonora G.⁴; Laura V.⁵; Daniela C.⁶; Maria Jose Q.⁷; Alejandro D.⁸

MATERNIDAD SARDÁ^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<rmnieto@gmail.com>

OBJETIVOS

Analizar el contenido proteico de la LH fresca (LHF) y LH de banco (LHB) mediante análisis de la misma por medio de espectroscopía infrarroja (MIRIS) y determinar los déficits en relación a los requerimientos proteicos recomendados sin fortificador y con fortificación estándar de 1,1 g de proteínas cada 100 ml.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 1338 muestras de LH de banco integrado por muestras de madres de niños de término y 625 de LH fresca de madres de niños preterminos, mediante MIRIS y se comparó la composición proteica en ambos grupos. Se estimó el déficit teórico en caso de utilizar LHF o LHB no fortificada y con una fortificación estándar a 160 ml/k/día en relación a las recomendaciones actuales de 4 g/k día de proteína. Las comparaciones de medianas se realizaron con la prueba U de Mann Whitney.

RESULTADOS

La mediana de proteínas de la LHF fue de 1.5 g/100 ml (0,6-2,5) y la LHB fue de 1.2 g/100 ml (0.38-2.4) p<0.001.

La cantidad de muestras con proteínas menores de 1,2 g/ml fue de 786 (40%) entre 1,2 a 1,6 g/100ml 713 (36%) y mayor a 1,6 g/100ml 464 (24%) La mediana de déficits proteicos en LHF fue de 0.42 (Pc 25-75) (-0.09 - +0.76) y en las muestras de LHB fue de -0.09 (Pc25-75) (-0.6- +0.25) p<0.001.

Los déficits sin fortificación en decilos -2.88,-2.56,-2.37,-2.17,-1.97,-1.76,-1.6,-1.44,-1.28,-0.8 .

1939 de 1963 (98.8 %) pacientes tendrían déficits proteicos con un aporte de 160 ml/k/día de LH sin fortificar.

Los déficits con fortificación estándar en decilos -0.94, -0.6, -0.4, -.19, 0.25, 0.42, 0.59, 0.46, 0.76, 1.27.

1499 de 1963 (76.4%) pacientes tendrían déficits proteicos con un aporte de 160 ml/k/día de LH con fortificación estándar.

CONCLUSIONES

La variabilidad en el contenido proteico es amplia, tanto en la LHF como en la LHB está última tiene un contenido proteico significativamente menor, probablemente debido a que la LHF es de madres de prematuros. Los déficits proteicos diarios son frecuentes e importantes aun con fortificación estándar.

ENCUESTA SOBRE EL ESTADO DE VACUNACIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR (EFECTO CAPULLO) Y CONVIVIENTES DE RECIÉN NACIDOS

1084

Lienau M.¹; Mohando Soto K.²; Belaustegui M.³; Cordeyro C.⁴; Martin J.⁵; Verdaguer V.⁶; Casanueva E.⁷; Rocca Rivarola M.⁸; André C.⁹; Berros F.¹⁰; Saban G.¹¹; Vidaurreta S.¹²; Barrionuevo T.¹³; Tornatore B.¹⁴; Fernie L.¹⁵

HOSPITAL AUSTRAL^{1,2,3,4,5,6,7,8}; HOSPITAL CEMIC^{9,10,11,12}; HOSPITAL BRITANICO^{13,14,15}

<matiaslienau@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las vacunas contra Bordetella pertussis (dTap) y el virus Influenza (antigripal) disminuyeron estas infecciones respecto a la era prevaccinal pero aún no la controlaron, afectando mayormente a lactantes, sobre todo menores de 4 a 6 meses. Existen estrategias para disminuir estas infecciones. Entre ellas, la vacunación en Embarazadas (E) y la llamada "Estrategia ó efecto capullo, (EC)" (del inglés:cocoon) que consiste en inmunizar al entorno del recién nacido (RN) para evitar su transmisión.

OBJETIVOS

Evaluar el porcentaje de vacunación de la E y el entorno familiar del RN para las vacunas dTap y antigripal; el conocimiento de la E del concepto "EC"; la correcta indicación de dTap (luego de semana 20 de embarazo y no dT) en la E y reconocer qué especialista realizó la indicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Encuesta tipo elección múltiple en internación conjunta en 3 centros (H. Austral, H. Británico, H. CEMIC) en 2 periodos: marzo y abril 2016, (P1) y octubre y noviembre 2016 (P2).

RESULTADOS

Se realizaron 870 encuestas. La vacunación con dTap en los hermanos fue mayor al 90% entre los 3 centros, sin cambios significativos entre ambos periodos (RR 1.03, p=0.29). En E, se vió un aumento significativo para dTap en el P2 (P1: 72%, P2: 89%, RR 0.82. p<0.01), como así en padres, (P1: 9%, P2: 17% RR 0.52, p<0.01). Si embargo, las coberturas para este último fueron bajas. Este aumento podría adjudicarse al

"arrastre" consecuencia de una vacunación antigripal más activa en época estacional y eventualmente al conocimiento de los obstetras de la realización de una encuesta por segunda vez. La vacunación antigripal mostró un claro patrón estacional, a favor del P2 (embarazos cursados con los últimos dos trimestres en período estacional de gripe) con un aumento significativo sobre todo en E (P1: 20%, P2: 88%, RR 0.23, p<0.01), así como en padres (P1: 11%, P2: 28%, RR 0.38, p<0.01) y hermanos (P1: 36%, P2: 48% RR 0.75, p<0.01), si bien las coberturas en estos dos últimos fue baja. El 8% de las E refirieron conocimiento acerca del concepto de "Efecto capullo" y sus beneficios. La vacunación dTap adecuada durante el embarazo fue de 80%. Las vacunas dTap/antigripal fueron indicadas por el obstetra en la E (98%/89%), por un médico no obstetra ni pediatra en el padre (69%/80%) y por el pediatra en los hermanos (98%/92%).

CONCLUSIONES

Se observó que las coberturas vaccinales aún deben ser mejoradas, especialmente en el entorno familiar. Es importante cumplir con esquemas completos e insistir en la vacunación antigripal en contexto de esta estrategia. Existe poco conocimiento del concepto de efecto capullo y sus beneficios por parte de las embarazadas.

En padres, quien indicó la vacunación fue mayormente un médico no obstetra ni el pediatra, infiriendo así que no fue indicada en contexto de la estrategia de "EC".



INFECCION POR VIRUS DE EPSTEIN BARR Y FALLA HEPATICA AGUDA: A PROPOSITO DE UN CASO

1085

Tenembaum P.¹; Bellomo J.²; Blanco L.³; Spies L.⁴; Wiesztort G.⁵; Acerenza M.⁶; Canda P.⁷

SANATORIO SAGRADO CORAZÓN^{1 2 3 4 5 6 7}

<PAULATENEMBAUM@GMAIL.COM>

OBJETIVO

Se describe un caso de infección por Virus de Epstein Barr (VEB) con falla hepática en un paciente inmunocompetente.

INTRODUCCIÓN

El VEB es un virus ADN de la familia Herpesviridae, altamente prevalente en la población. En el 90% de los casos es el agente causal de la Mononucleosis Infecciosa, enfermedad benigna y autolimitada, caracterizada clínicamente por faringitis, fiebre, y linfadenopatías y serológicamente por la aparición de anticuerpos heterófilos y hematológicamente por leucocitosis mononuclear con linfocitos atípicos. En niños menores de 5 años, la infección primaria por VEB es frecuentemente asintomática o con síntomas inespecíficos de infección del tracto respiratorio superior.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 1 año y 2 meses, previamente sano, que consultó por presentar ictericia y acolia. Se realiza laboratorio donde se evidencia hepatitis (BT: 8.6, BD:4.1, BI:1.7, TGO: 2223, TGP: 2485), alteraciones del coagulograma (TP 49, KPTT 39), y con diagnóstico de falla hepática aguda, se realizó búsqueda etiológica del cuadro, descartándose causas toxicológicas, autoinmunes, metabólicas. Dentro de las serologías se rescata resultado positivo para IgM e IgG anti VCA, anti EBNA negativo y PCR para EVB detectable.

Por empeoramiento de la función hepática de forma aguda, el paciente fue derivado a centro donde realizó evaluación pre-trasplante.

El niño evoluciona con mejoría del hepatograma y coagulograma, sin signos de encefalopatía, mejorando los parámetros clínicos y de laboratorio hasta su normalización.

DISCUSIÓN

Durante la evolución de la infección por VEB, se produce hasta en un 90% de los pacientes alteración transitoria de la bioquímica hepática, generalmente asintomática. La falla hepática aguda (FHA) es un proceso poco frecuente en inmunocompetentes y se define como la evidencia bioquímica de daño hepático, sin historia de enfermedad hepática conocida, coagulopatía que no se corrige con vitamina K, con o sin presencia de encefalopatía. Hay ciertos criterios que incluyen a los niños con FHA en programa de trasplante hepático: TP>50 segs, aparición de encefalopatía tras ictericia >7 días, etiología hepatitis no A-no B no C o tóxica, menor de 10 años y bilirrubina >17.5mg/dl.

Se describen 3 potenciales mecanismos de daño hepático asociados a la infección por VEB: 1) Hepatotoxicidad directa por el virus, 2) Expansión monoclonal de linfocitos T asociada a disfunción de linfocitos NK con liberación de citoquinas y 3) Proliferación descontrolada de linfocitos e histiocitos con una producción exagerada de citoquinas.

CONCLUSIÓN

La falla hepática aguda debida al VEB es poco frecuente, pero debe tenerse en cuenta en la búsqueda etiológica ante dicho cuadro.

¿ADIÓS A LA MESA FAMILIAR?

1086

Petracca L.¹; Cardigonde M.²

HOSPITAL CARRILLO DE CIUDADELA^{1 2}

<lucianapetracca@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Los hábitos alimentarios son manifestaciones de comportamientos individuales y colectivos respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consume los alimentos, se adoptan como parte de prácticas socioculturales. Intervienen tres agentes: la familia, los medios de comunicación y la escuela. La situación económica, la menor dedicación, falta de tiempo y pérdida de autoridad de los padres, son factores que han alterado la dinámica e interacción familiar. Hoy en día, uno de los retos de los padres, es garantizar una buena alimentación familiar teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo, que lleva a los niños a realizar alguna comida en solitario. Los alimentos además de sus propiedades nutricionales, poseen cualidades simbólicas y emocionales, son oportunidades para aprender y relacionarse. Los hábitos alimentarios se aprenden del seno familiar y se incorporan como costumbres, imitadas de las conductas observadas por personas adultas que respetan, y se mantendrán a lo largo de la vida con variados efectos en el patrón de alimentación que puede contribuir a riesgos para la nutrición y a un compromiso en el estado de salud posterior.

OBJETIVOS

Revelar cambios en los hábitos alimentarios.

Demostrar la pérdida de la "mesa familiar", la oportunidad de aprender y relacionarse.

Resaltar la importancia de la calidad alimentaria en el ámbito escolar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio transversal que consiste en realizar un cuestionario con

respuestas de opción múltiple a padres de niñas/os entre 8 y 10 años de edad, que acuden a consultorios médicos pediátricos provenientes en su mayoría de la zona oeste de la Provincia de Buenos Aires, desde Marzo 2016 a Diciembre 2016.

RESULTADOS

Se obtuvieron 1440 encuestas. Donde el 25% realiza las 4 comidas aconsejadas; del 75% que no las realiza, el 60% incluye el desayuno, 27% merienda, 10% almuerzo y el 3% la cena. Esto se produce en el 55.5% por falta de tiempo, el 37% no acostumbra y el 7.5% falta de dinero. Se investigó que tiempos alimentarios no realizan en familia: 68% almuerzo, 17% desayuno, 13% merienda y el 2% cena; y en cambio se reemplaza en: Escuela 70%, casa de otro familiar o cuidador 20%, club 7% y en la vía pública 3%.

CONCLUSIONES

Los padres y el entorno familiar son un modelo a seguir en la edad escolar, por este motivo es importante tomar conciencia de los hábitos de alimentación y procurar mejorarlos. El desayuno debe cubrir al menos el 25% de las necesidades nutritivas del día; y el almuerzo aporta 35%. El aumento de la prevalencia de obesidad y su creciente importancia dentro del perfil epidemiológico en América Latina, hace necesaria la actualización sobre tópicos aun poco conocidos como las influencias familiares en la conducta de alimentación y las evidencias existentes sobre la relación entre la conducta alimentaria familiar y la obesidad infantil.



PEDIATRA DE CABECERA, ¿UNA ESPECIE EN EXTINCIÓN?

Petracca L.¹; Cardigonde M.²

HOSPITAL CARRILLO DE CIUADADELA^{1,2}

<lucianapetracca@yahoo.com.ar>

1087

INTRODUCCIÓN

Hace más de cien años cuando la sociedad comprendió que los problemas de salud de los niños difieren de los adultos y que la respuesta al estrés y a la enfermedad varían con la edad, la pediatría surgió como especialidad médica. Trata la salud de los lactantes, niños y adolescentes, de su crecimiento y desarrollo y de sus posibilidades de conseguir potencial pleno como adultos. El médico pediatra asume la responsabilidad de acompañar a los padres en la evolución física, mental y emocional desde la concepción hasta la madurez, debe preocuparse también por los factores sociales y/o ambientales que influyen en la salud y el bienestar de los niños y sus familias.

OBJETIVOS

Demostrar la pérdida de la figura del pediatra de cabecera y por ende del acompañamiento de los niños en su crecimiento y desarrollo.

La guardia y los consultorios de demanda espontánea, se transformaron en centros de evacuación de dudas y seguimiento de pacientes con patologías ambulatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio transversal que consiste en un cuestionario con respuestas de opción múltiple a realizarse a padres y/o acompañantes de pacientes que acuden a la guardia del Htal. Dr. R. Carrillo de ciudadela, Tres de febrero, de lunes a viernes durante las 24hs desde Mayo 2016 a Mayo 2017.

RESULTADOS

Se obtuvieron 4860 encuestas, cuyos motivos de consulta fueron: 30% fiebre menos 48hs, 27.3% tos y mocos, 20% control y/o alta de enfermedad,

13.3% dolor abdominal y 9.4% lesión en piel. El 42.5% consulto antes a su pediatra de cabecera y el 57.5% no. Por no tener pediatra de cabecera el 53.2%, no consigo turno 17.9%, no tengo dinero 18.6% y el 10.2% considero que el síntoma es motivo de atención en guardia. Aquellos que no tienen pediatra de cabecera, el 41.2% no sabe dónde buscarlo, el 34% no consigue turno, el 13.8% no tiene dinero suficiente, el 6% considera que no hace falta porque es sano y el 4.7% no tiene obra social.

CONCLUSIONES

La salud de los hijos es una de las mayores preocupaciones de los padres y una cuestión primordial a la hora de asegurar el bienestar del niño. El pediatra es el mejor asesor; cada consulta permite evacuar dudas, anticipar y/o prevenir situaciones que hacen a la vida cotidiana del niño. Acompañarlo y acompañar a los padres en que ese niño crezca y adquiera las herramientas necesarias para ser un adulto saludable. El sistema de salud debe poner énfasis especial en la protección de la salud infantil, sin privar a ningún niño de un seguimiento riguroso y periódico de su salud, y debe realizarse por un mismo pediatra que conocerá la historia clínica completo del niño y será protagonista junto a los padres en su desarrollo y crecimiento.

SINDROME OPSOCLONUS-MIOCLONUS (SOM): A PROPÓSITO DE UN CASO

Petracca L.¹; Cardigonde M.²

HOSPITAL CARRILLO DE CIUADADELA^{1,2}

<lucianapetracca@yahoo.com.ar>

1088

INTRODUCCIÓN

Descrito en 1962 por Marcel Kinsbourne. Presenta movimientos oculares caóticos, horizontales (nistagmus) o rotatorios (opsoclonus), mioclonías, ataxia, irritabilidad y alteración del sueño. En el tronco cerebral se localiza la maquinaria esencial para generar estos movimientos, aún no conocidos. Las neuronas de la protuberancia especialmente dedicadas a los componentes horizontales sacádicos, y en el tronco cerebral los componentes verticales y rotatorios. Las neuronas omnipausa involucradas en la fisiopatogenia del opsoclonus y anomalías simultáneas en los circuitos cerebelosos en la del mioclonus. Prevalece en niños sanos de 6-36 meses. Etiología variada, el 45% se asocia a neuroblastoma. Hay evidencias de mecanismos autoinmunes. Diagnóstico basado en criterios clínicos, apoyados por exámenes complementarios que esclarecen la causa subyacente y la terapéutica con corticoides o ACTH más inmunoglobulina como gold estándar, aunque puede ser precedido por procedimiento quirúrgico.

OBJETIVO

Presentar una asociación signosintomatológica de poca frecuencia con gran precisión diagnóstica, fisiopatogenia aún poco clara y pronóstico favorable.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina, 1 año 4 meses, P: 9.500kg, sin antecedentes perinatólogicos, inmunizaciones completas, neurodesarrollo acorde. Consulta por 7 días de temblor, pérdida del equilibrio y la deambulación, sedestación agotable y nistagmus. Se realiza: Laboratorio: GB 8700 (N30/L70) Hto33 PLT373000, función renal, hepática, EAB, ionograma, glucemia normal; CMV, HIV, VDRL, Chagas, VHS: negativo. Puncion

lumbar: Turbio, Leu8, Gluc 63(suero 100), Proteínas 23, Lactato:2.1. Cultivo gérmenes comunes y virus: negativo. Catecolaminas en orina normal (1.6ug). Radiografía de torax, TC y RNM encéfalo, EEG, fondo de ojo, potenciales evocados auditivo y visuales, PPD: normal. Ecografía abdominal: Formación heterogénea a nivel del troco celíaco, desplaza la A. hepática. TC abdomen y pelvis con contraste: Formación sólida, heterogénea en retroperitoneo con realce homogéneo con contraste EV, que corresponde a lesión infiltrante. Diagnostico presuntivo de neoplasia. Recibe gammaglobulina y prednisona, con mejoría clínica. Centellograma y PAMO sin secundarismo. Cirugía laparoscópica, se obtiene material de histología neuroblastoma. Continua con corticoideoterapia y seguimiento con oncología, endocrinología y neurología.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Tumores de la cresta neural, infecciones virales, eventos vasculares encefálico, intoxicaciones ambientales y farmacológicas, enfermedades desmielinizantes, traumatismo encefalocraneano.

CONCLUSIÓN

Afecta niños sanos con máxima incidencia a los 18 meses, baja frecuencia pero alta tasa de curación directamente asociado a su etiología. Los síntomas clínicos revierten con la terapéutica. Si bien la minoría de neuroblastomas debuta con opsoclonus mioclonus, presentan mejor pronóstico ya que la IgG se une a antígenos de superficie de células tumorales y tiene efecto apoptótico y antiproliferativo. Aquí radica la importancia de descartar siempre síndrome paraneoplásico.



PROGRAMA ABORDAJE INTEGRAL DE LA OBESIDAD INFANTIL. UNA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN ENTRE EL BINOMIO SALUD-EDUCACIÓN

1093

Alfonso A.¹; Ratti N.²; Varisco V.³; Paz C.⁴)

DIRECCIÓN DE JURISDICCIÓN DE MATERNIDAD E INFANCIA¹; DIRECCIÓN DE JURISDICCIÓN DE MATERNIDAD E INFANCIA - MINISTERIO DE SALUD DE LA PCIA. DE CÓRDOBA²; SUBSECRETARIA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE CÓRDOBA⁴
<draaliciaalfonso@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Obesidad Infantil (OB), es uno de los problemas de Salud más graves del siglo XXI y uno de los dos problemas antropométricos más prevalente en Argentina.

El Programa de Resolución Ministerial N° 0036, permite abordar la problemática de la OB infantil desde el ámbito escolar, siendo el equipo un nexo entre los niños con Sobrepeso y Obesidad, sus familias, la escuela, comunidad y otros actores.

OBJETIVO

Mejorar la salud de los niños escolarizados con diagnóstico de sobrepeso/obesidad, mediante el modelo de atención centrado en el abordaje integral y el trabajo en red.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo e intervencional, de corte longitudinal. Se evaluaron los Certificados Unicos de Salud (CUS) de 5 Escuelas Primarias Públicas de la ciudad de Córdoba para determinar la población bajo programa. El indicador utilizado como criterio de inclusión fue SBP: IMC entre percentilo 85 y percentilo 97. OB: IMC superior al percentilo 97 y puntaje Z superior a +2: Obesidad – puntaje Z superior a +3: Obesidad severa. Posterior a la determinación de la población se realizaron Historias Clínicas, Encuesta Nutricional y Consejería Nutricional, Solicitud de Estudios Complementarios (Laboratorio y Ecografía Abdominal), Plan Alimentario a cada uno de los niños. Paralelamente se realizaron dos talleres docentes, 1 taller de cocina, talleres de sensibilización y juegos lúdicos en cada escuela. Se trabajó en la iniciativa Kioscos Saludables con

cada escuela. Período: marzo 2015-julio 2017. Los datos se procesaron y graficaron por Excel.

RESULTADOS

Se evaluaron 1317 CUS; de los cuales según los criterios de selección: 131 presentaron Sobrepeso; 148 presentaron Obesidad y 75 Presentaron Obesidad severa. El 10,4% presenta comorbilidades asociadas (DSL-PTA-PREDBT-Esteatosis Hepática). El promedio de familiares con SBP u OB es de: 85%. El sedentarismo se presenta en el 70 % de los niños. El promedio de horas de pantalla en los niños bajo programa es de: mas de 5 hs diarias En el 30% de los casos los niños refieren alguna situación de discriminación o bullying.

CONCLUSIÓN

El modelo de abordaje adecuado de niños con Sobrepeso y Obesidad en Atención Primaria es el Modelo de Atención de las Enfermedades Crónicas donde se incluye la educación como parte del tratamiento.

El trabajo realizado en terreno exige a los profesionales poder modificar las intervenciones planificadas y adaptarlas a las circunstancias de cada comunidad o grupo y entendiendo que los resultados positivos se logran reconociendo las particularidades e individualidades. Generando espacios no formales para acercar al equipo de salud con las familias. Exige tener posturas de consenso, reconocer los tiempos de los otros y favorecer una apropiación del conocimiento por parte de los individuos.