



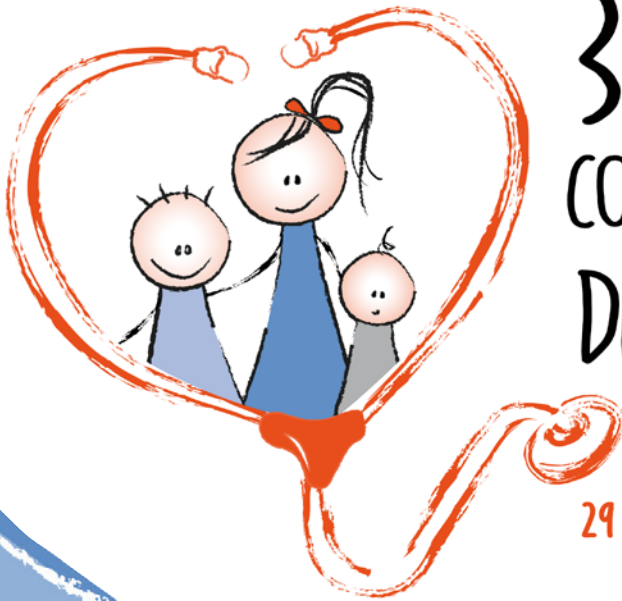
Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Filial Mendoza



Por un niño sano
en un mundo mejor



37° CONGRESO ARGENTINO DE PEDIATRÍA

MENDOZA - ARGENTINA - 2015

29 y 30 DE SEPTIEMBRE - 1 y 2 DE OCTUBRE

*Por un futuro mejor:
niñ@s y adolescentes saludables
en tiempos de cambio*

SEDES

- Hotel InterContinental Mendoza
- Village Cines

Ciudad de Mendoza

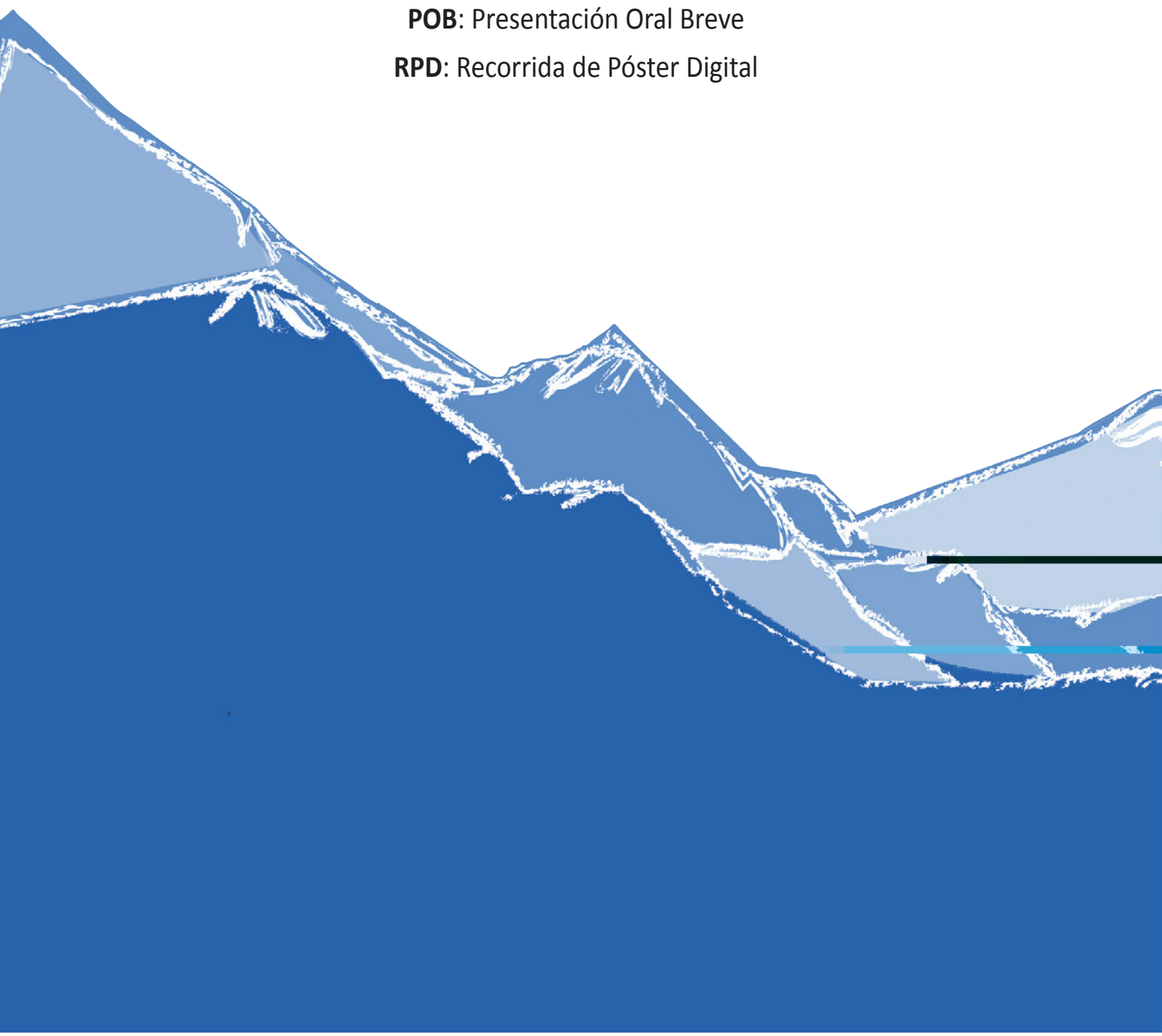
RESÚMENES de TRABAJOS LIBRES

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.

POB: Presentación Oral Breve

RPD: Recorrida de Póster Digital





SINDROME MIELOPROLIFERATIVO NEONATAL TRANSITORIO ASOCIADO A SINDROME DE DOWN.

RPD
001

Suarez N.¹; Falk J.²; Debuñ M.³; Jaroslasky D.⁴; Veber E.⁵

SERVICIO NEONATOLOGÍA CLÍNICA SANTA ISABEL^{1,2,3,4,5}

norbortoluisuarez@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN:

El síndrome mieloproliferativo neonatal transitorio asociado a síndrome de Down, corresponde a una proliferación descontrolada clonal de Blastos mieloides que expresan marcadores megacarioblásticos, perteneciendo a un linaje megacariocítico.

Se presenta en un 10 % de los recién nacidos con trisomía 21.

El 70% se resuelve espontáneamente en los primeros meses de vida.

El 20-30% pueden presentar en los primeros 5 años de vida una leucemia megacarioblástica.

Puede ser silente, con expresión, hematopoyética, dermatológica, cardiorespiratoria, y 20% puede producir fibrosis hepática, (con alta morbilidad y mortalidad y este compromiso indica la utilización de quimioterapia).

OBJETIVO:

Sensibilizar a neonatólogos y pediatras a un seguimiento exhaustivo con controles periódicos, a un paciente con síndrome de Down con trastorno hematopoyético.

POBLACIÓN:

Se analizan los hallazgos Biológicos de una recién nacida con rasgos físicos de síndrome de Down, con cariotipo 47,xx,+21, 37 SG, PN: 3,170kg, madre de 45 años. Se interna en cuidados intermedios de neonatología por succión débil. Al sexto día presenta desaturaciones iniciando un plan de estudios.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Laboratorio de ingreso presenta leucocitosis 36700 x mm³ (formas blásticas en sangre periférica) y médula ósea = diferenciación Intermedia-madura 31% y Blastos 51%.

Función hepática con colestasis: Bilirrubina directa 5mg%, estudio citogenético, Inmunofenotipo de médula ósea compatible con leucemia megacarioblástica, (realizado en Oncolab), detección de mutaciones en el Gen Gata1 (detección por PCR se amplificaron mediante cromatografía líquida de alta resolución). Este Gen codifica proteínas que intervienen en la maduración de precursores megacariocíticos, su mutación dan proteínas con menor actividad.

CONCLUSIÓN Y RESULTADOS:

El paciente con síndrome de Down tiene triple dosis génica del cromosoma 21 y en el Brazo largo posee el Gen Runx1 que interviene en la diferenciación de los últimos progenitores de los Megacariocitos.

La combinación de la mutación del gen Gata1 (que tiene menor actividad) y un exceso de Gen Runx1 mutado genera el riesgo de padecer este trastorno.

Mecanismo de muerte celular programada, envejecimiento o diferenciación celular permitiría la resolución espontánea del cuadro inicial, con la extinción de los clones leucémicos.

Nuestro paciente normalizó espontáneamente el laboratorio al mes de vida. Continuando vigilancia por consultorios externos de pediatría y hematología.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: NUESTRA EXPERIENCIA

RPD
002

Delfino C.¹; Clemente A.²; Delfino L.³

CONSULTORIO Y CEMICI ; CONSULTORIO^{2,3}

<delfinocarolina@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La leche humana es la más apropiada de todas las leches disponibles para el recién nacido, porque esta exclusivamente adaptada a sus necesidades. La lactancia sigue proporcionando ventajas prácticas y psicológicas implicancias, personales.

OBJETIVOS:

Evaluar la prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses; determinar las causas por las cuales se suspende la lactancia materna exclusiva.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal. Muestra de 100 pacientes. Se entrevistaron madres de lactantes de 6 a 18 meses de edad atendidos en un consultorio en Tapiales Provincia de Bs As, desde enero del año 2014 a febrero del año 2015. El relevamiento de los datos se llevara a cabo mediante un cuestionario que será respondido por la madre del lactante luego de realizar la consulta médica .

RESULTADOS:

El 42% de nuestros pacientes tomaron pecho exclusivo hasta los seis meses, el 58% abandonaron la lactancia, un 21% al mes 16% a los 2m, 13 % a los 3 m, 6% a los 4 m y 2% a los 5 m. Motivos de abandono de la lactancia: 63% dice que el niño se queda con hambre, 37% que se queda sin leche; El 21% incorporaron complemento antes del mes de vida sin indicación médica.

CONCLUSIONES:

Nuestros resultados ponen de manifiesto que aún nos queda mucho por hacer en este sentido pues la mayoría de los niños de nuestro estudio 58% abandonaron la lactancia exclusiva mucho antes de los 6 meses. Las causas que nos refieren las madres para el abandono de la lactancia nos hacen pensar que existe entre ellas desconocimiento sobre técnicas de amamantamiento, y poca motivación con respecto a la lactancia materna a pesar de que todas recibieron asesoramiento y orientación sobre lactancia durante el embarazo y el puerperio y no conocen que es beneficiosa para el desarrollo y la salud de su hijo. Durante mucho tiempo se subvaloró el papel de la lactancia materna aceptándose la lactancia artificial como método más práctico y que permitía la rápida integración de la madre a las actividades sociales sin tener en cuenta los riesgos. El desconocimiento de las técnicas de amamantamiento puede dar ansiedad a la madre que tiende a ofrecer otro alimento al bebe bajo la creencia errónea de que no tiene leche, o el niño queda con hambre. Es imprescindible fortalecer una cultura de lactancia materna y defenderla vigorosamente.



REPORTE DE CASOS: SINDROME UREMICO HEMOLÍTICO EN NEUQUÉN ENTRE 2010 – 2015

Piastrellini M.¹; Zoratto S.²; Polischuk M.³; Tomassone R.⁴

CLÍNICA SAN LUCAS^{1,2,3,4}

<lauritapiastrellini@gmail.com>

RPD
004

INTRODUCCION:

Argentina presenta la mayor tasa de incidencia mundial de SUH en niños menores a 5 años de edad, constituyendo un problema crítico para la salud pública. El SUH es la principal causa pediátrica de insuficiencia renal aguda y la segunda de insuficiencia renal crónica, siendo además responsable del 20% de los trasplantes de riñón en niños y adolescentes en Argentina.

OBJETIVOS:

En el presente trabajo se describe la situación del SUH para los años 2010 (enero) - 2015 (enero) en la provincia del Neuquén – Río Negro y La Pampa (Alto Valle).

POBLACIÓN:

Población infantil del sistema nacional de vigilancia de salud – unidad centinela Síndrome Urémico Hemolítico Neuquén.

MATERIALES Y METODOS:

Para sistematizar los datos y lograr la información más completa y válida posible, se utilizó la base de datos del sistema nacional de vigilancia de salud (SNVS) - unidad centinela Neuquén.

Así, los casos presentados en todo el período han sido revisados uno a uno a partir del nombre, apellido y/u otros datos de interés y luego, según año y provincia, consistidos en una sola base.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

En dicho periodo, se notificaron un total de 43 casos de SUH y de infecciones por *E. coli* cepas 0157 / 0145.

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL EL CRUCE, NÉSTOR CARLOS KIRCHNER: CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE ADMISIÓN Y ALTA COMPLEJIDAD

Arrospide N.¹; Montali C.²; Ves Losada J.³; Del Marmol F.⁴; García Munitis P.⁵

HOSPITAL EL CRUCE^{1,2,3,4,5}

<nataliaarrospide1@gmail.com>

RPD
005

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

En junio de 2008 comenzó a funcionar un Hospital de alta complejidad en red en el conurbano bonaerense, basado en un concepto de trabajo coordinado entre las capacidades de los hospitales de la zona y este centro, desde una lógica de actuación en red, complementaria entre los distintos servicios. Este centro está ubicado equidistante del resto, en una zona que abarca a cuatro municipios y en la que viven aproximadamente 2.000.000 habitantes.

Su puesta en funcionamiento y posterior crecimiento han producido un impacto considerable en la opinión pública y la salud de la región, generando controversias respecto al significado de la alta complejidad y restricciones para la admisión y egreso de pacientes al mismo. El hospital procura a través de su plan estratégico, un modelo innovador de gestión por procesos, tanto a nivel general como de los servicios, centrado en el usuario y la comunidad, donde la planificación resulta un requisito indispensable para el trabajo, y el monitoreo y análisis de la información de lo que se hace, una herramienta para la mejora continua.

El **objetivo principal** de nuestro trabajo fue evaluar si los pacientes admitidos en la Unidad de Cuidados intermedios pediátricos (CIPED):

- 1- cumplieron con los criterios de admisión a la misma.
- 2- cumplieron con algún criterio de alta complejidad.

Objetivo secundario: Identificar barreras que obstaculizan la contrarreferencia de pacientes a centros de segundo nivel.

MÉTODOS:

Trabajo prospectivo, observacional. Fueron incluidos todos los pacientes egresados de manera consecutiva de la CIPED entre mayo y septiembre de 2014. En todos los pacientes egresados se verificó el cumplimiento de los criterios de admisión y alta complejidad, y se registraron el/los motivos que impidieron su contrarreferencia.

RESULTADOS:

Egresaron 197 pacientes de la CIPED. Cumplieron criterios de admisión y alta complejidad, 173 (88%) y 154 pacientes (78%) respectivamente. Fueron contrarreferidos 41 pacientes (20,8%). Las principales causas de no contrarreferencia de pacientes fueron: ser asumidos como pacientes del centro de tercer nivel 85 (54,5%) y la indicación médica 39 (25%).

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes internados en la CIPED cumplieron con los criterios de admisión y de alta complejidad. Trabajar desde la gestión en la integración del intercambio asistencial entre los diferentes niveles asistenciales resultará determinante para una adecuada continuidad asistencial.



OJO ROJO: CUANDO LA INTERCONSULTA ES AL PEDIATRA

García Munitis P.¹; Ves Losada J.²; Mata E.³

HOSPITAL EL CRUCE^{1,2}

<pgarciam9@gmail.com>

RPD
006

INTRODUCCIÓN:

El ojo rojo es la manifestación clínica de un amplio grupo de enfermedades, que en ocasiones pueden afectar de forma definitiva a la visión. La consulta inicial suele ser al pediatra quien en ocasiones es quien define, con el aporte del oftalmólogo, el diagnóstico final. Las uveítis son un grupo heterogéneo de entidades clínicas, de diversas causas, que tienen en común la inflamación ocular. El diagnóstico en niños suele retrasarse ya que los síntomas funcionales pueden ser indetectables y los signos inflamatorios imperceptibles, estar ausentes o mal interpretados. Pueden ser la manifestación inicial de una enfermedad generalizada ya establecida, un proceso limitado al globo ocular, o ser un primer signo clínico de una entidad que se desarrollará con el tiempo. El pediatra orientará el diagnóstico con los datos del examen oftalmológico y los hallazgos extraoculares.

El **objetivo** del trabajo es presentar una paciente de 16 años que consultó al oftalmólogo por ojo rojo asociado a lagrimeo, fotofobia y dolor; una vez realizado el diagnóstico de uveítis anterior aguda el especialista sugiere la evaluación por el pediatra de cabecera para descartar una enfermedad sistémica. La exploración clínica y los estudios complementarios fueron normales arribándose al diagnóstico de uveítis anterior aguda idiopática. El amplio abanico de causas de uveítis hace en ocasiones difícil el diagnóstico y la contención de la familia y coloca al pediatra en un lugar determinante a la hora de abordar una estrategia diagnóstica coherente y oportuna.

CONCLUSIÓN:

Entre las causas asociadas a uveítis en niños habría que considerar en primer término a la toxoplasmosis y tuberculosis entre las infecciones, la asociada a artritis idiopática juvenil entre las enfermedades sistémicas y las idiopáticas. Una historia clínica completa, una exploración con especial énfasis en el sistema músculo esquelético y columna axial y pruebas complementarias básicas deben realizarse a todos los pacientes (hemograma, reactantes de fase aguda, serología luética, prueba de Mantoux, anticuerpos antinucleares, serología para toxoplasmosis, Radiografía de tórax); de manera individualizada y de acuerdo a lo obtenido de la evaluación inicial junto al informe oftalmológico (localización anatómica, duración, grado de inflamación y complicaciones) se puede establecer un listado de posibilidades diagnósticas en base a las cuales se practicarán pruebas más específicas.

PREVALENCIA DE EDEMA CEREBRAL EN PACIENTES CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA QUE RECIBEN REHIDRATACIÓN INICIAL ENDOVENOSA EN 6 HORAS

Balboa R.¹; González Pannia P.²; Navarro R.³; Nocita M.⁴

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4}

<romina.balboa@outlook.com>

POB
007

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

El edema cerebral (EC) es la complicación más grave de la cetoacidosis diabética (CAD) en niños. Según un estudio multicéntrico de la Sociedad Argentina de Diabetes, su prevalencia en nuestro país alcanza 1,8% (2009). Aunque su patogénesis no se conoce con exactitud, es atribuido a edema celular generado por cambios rápidos en la osmolaridad plasmática durante el tratamiento de rehidratación endovenosa. Sin embargo, estudios más recientes han demostrado que existiría edema cerebral subclínico al inicio de toda CAD en pediatría, independientemente del tratamiento y que estaría asociado a isquemia cerebral por hipoperfusión. En el Hospital de Niños Pedro de Elizalde (HGNPE) los pacientes con CAD son tratados mediante hidratación endovenosa rápida, la cual dada la nueva evidencia médica no parece ser un factor de riesgo para edema cerebral.

OBJETIVOS:

Estimar la prevalencia de EC en pacientes con CAD tratados en el HGNPE mediante rehidratación inicial endovenosa, y analizar posibles factores de riesgo para el desarrollo de EC (valores iniciales de urea, bicarbonato, sodio, CO₂, pH y glucemia).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes de 1 a 18 años de edad hospitalizados con diagnóstico de CAD del 1/1/05 hasta el 31/12/14.

RESULTADOS:

Durante el período analizado se hospitalizaron 693 niños con diagnóstico de CAD. En 10 de ellos se evidenció EC clínicamente significativo (1,44%; IC 95%: 1,19-1,73). De las variables analizadas, se encontró una asociación con EC de PCO₂ ≥ 20mmhg (p= 0,04, OR= 4,7), Na inicial ≥ 135mEq/L (p= 0,007, OR= 49), Na corregido por glucemia ≥ 135mEq/L (p= 0,005, OR= 6,12), urea inicial ≥ 40mg/dl (p= 0,0014, OR= 10,2).

CONCLUSIÓN:

La prevalencia de EC en pacientes con CAD que recibieron rehidratación endovenosa rápida fue 1,44%, menor en comparación con la reportada en nuestro país que es del 1,8%. Los factores de riesgo al ingreso asociados a su desarrollo fueron la presencia de urea elevada, hiponatremia, e hipocapnia.

CALIDAD DE ATENCIÓN EN UNA UNIDAD NEONATAL

Giner I.¹; Manzaneda N.²; Fernández Gálvez G.³

POLICLÍNICO NEUQUÉN^{1,2,3}

<fgalvez30@hotmail.com>

POB
008

OBJETIVO:

Conocer y analizar la percepción de la calidad de atención recibida por los padres de pacientes internados en el sector de Neonatología.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Encuesta de calidad de atención, modalidad múltiple opción, afirmativo-negativo y a desarrollar, para ser completada por padres de pacientes internados en Neonatología, al momento del alta.

Los pacientes incluidos en este estudio son neonatos, de término o prematuros, que permanecieron internados durante al menos 72 horas. La encuesta evalúa principalmente el componente interpersonal (relación médico-paciente y la atención de enfermería) y los aspectos de confort (características edilicias).

RESULTADOS:

Se realizaron 90 encuestas, el 87.8% opinó que la atención médica fue muy buena, siendo la comunicación con el médico muy buena en el 67.8%. El 72.2% conoce el nombre de los médicos que lo atendieron, además el 90.8% reconoció a médicos de planta (jefes de sala y médicos de guardia). En cuanto a enfermería, calificaron la atención como muy buena el 80% y buena en el 16.7%. El 68.9% refirió que la enfermera acudió siempre a su llamado, y que la información sobre lactancia materna fue muy buena en el 51.1% y regular a mala en el 7.8%. Con respecto a lo edilicio, el 98.9% refirió que el estado de limpieza y orden de la sala fue muy bueno o bueno.

Sólo 30 padres (33,3%), solicitaron que otros familiares pudieran visitar al bebé internado. De éstos, fueron 17 los que pudieron ingresar a la sala de internación, (56.6%).

En líneas generales, la calidad de atención fue muy buena para el 75.6%, buena para el 21.1%, y regular para el 3.3%. El 94.4% afirmó que volverían a internar a su hijo en la institución. Dentro de las sugerencias dadas por los pacientes, la mayoría hizo hincapié en mejorar las comodidades para los padres, tales como ampliar el espacio físico, contar con baños para los padres, mejorar la sala de espera o disponer de más sacaleches.

CONCLUSIONES

Es muy importante conocer el grado de satisfacción del usuario, para así poder implementar medidas que garanticen una mejor calidad de atención.

Palabras clave: calidad de atención en salud, Neonatología, Policlínico Neuquén.

PREMATUROS TARDÍOS, UNA POBLACIÓN DE RIESGO

Giner I.¹; Godoy F.²; Alvarez A.³; Fernández Gálvez G.⁴

POLICLÍNICO NEUQUÉN^{1,2,3,4}

<fgalvez30@hotmail.com>

POB
009

INTRODUCCIÓN:

Se denominan prematuros tardíos a los recién nacidos entre las 34 y 36.6 semanas de gestación. Este grupo de pacientes mostró un incremento significativo en las últimas 2 décadas, favorecido entre otros factores por el aumento en las prácticas obstétricas y la detección de factores de riesgo maternos y/o fetales. Existe abundante bibliografía que documenta una mayor morbilidad entre las 34 y 37 semanas; a pesar de esto, se observa una infravaloración de su importancia, motivada, entre otras cosas, por una alta tasa de supervivencia de estos niños y por una menor proporción de complicaciones en relación a los prematuros más pequeños.

OBJETIVOS:

- 1) determinar la incidencia de complicaciones en pretérminos tardíos.
- 2) Analizar si las complicaciones a las 37 semanas son mayores que a las 38-41 semanas.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, con obtención retrospectiva de los datos. Se analizó incidencia de complicaciones en prematuros tardíos y recién nacidos de 37 semanas. Grupo control: 38-41 semanas.

	37 sem	%	38-41 sem	%
Total	330		2148	
Ingresos a UCIN	76	23	182	8.5
Distrés Respiratorio	36	10.9	41	1.9
O ₂	27	8.2	36	1.7
ARM	8	1.8	8	0.4
Patologías cardiológicas	7	2.1	17	0.8
Hipoglucemia	4	1.2	16	0.7
Hiperbilirrubinemia	42	12.7	83	3.9
Sepsis	6	1.8	2	0.1
Apneas	-	-	2	0.1

RESULTADOS:

Entre enero de 2008 y diciembre de 2009 se registraron 2.749 nacimientos, de los cuales el 9.8% corresponden a recién nacidos prematuros. De estos últimos, el 66% corresponde a prematuros tardíos (PT). La tasa de cesárea para los prematuros tardíos fue de 73%, para los de 37 semanas fue de 64,5% y para los mayores de 37 semanas fue de 56%. La incidencia de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, gemelaridad, trastornos respiratorios, necesidad de asistencia respiratoria y oxígeno terapia, incidencia de apneas, ictericia que precisó fototerapia, sepsis e hipoglucemia fueron superiores en el grupo de pretérminos tardíos comparado con los recién nacidos del grupo control. En los pacientes de 37 semanas todas las variables (excepto hipoglucemia y apneas) mostraron diferencias al compararlos con los del grupo control.

	34-36.6 sem.	%	38-41 sem.	%
Total	180		2148	
Ingresos a UCIN	142	78.9	182	8.5
Distrés Respiratorio	57	20.6	41	1.9
O ₂	30	16.7	36	1.7
ARM	4	2.2	8	0.4
Patologías cardiológicas	9	5	17	0.8
Hipoglucemia	7	3.9	16	0.7
Hiperbilirrubinemia	109	60.6		
Sepsis	19	10.6	2	0.1
Apneas	3	1.7	2	0.1

CONCLUSIONES:

Los recién nacidos entre las 34 y 37 semanas presentan más complicaciones que sus pares de 38 a 41 semanas.

Palabras clave: prematuros tardíos, morbilidad neonatal, mortalidad.



RIESGO DE SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES

Ehlers B.¹; Fernández Galvez G.²

POLICLÍNICO NEUQUÉN^{1,2}

<fgalvez30@gmail.com>

POB
010

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de *Burnout* o Síndrome de desgaste profesional, se define como una respuesta alterada al estrés laboral. Este síndrome presenta actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, hacia el propio rol profesional, y la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

OBJETIVOS:

Conocer si existe riesgo de sufrir Síndrome de *Burnout* en médicos residentes de Neuquén Capital.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El presente es un estudio observacional, descriptivo. Participaron residentes de diferentes especialidades entre 11/2013 y 03/2014. La encuesta contenía datos personales y el cuestionario de Maslach adaptado. Se definió: Riesgo alto de *Burnout*: niveles altos de agotamiento y despersonalización más niveles bajos de realización personal.

Riesgo moderado: niveles altos de agotamiento y despersonalización más niveles medios de realización personal.

Riesgo bajo: cualquiera de las combinaciones que no se clasifiquen como riesgo moderado o alto.

RESULTADOS:

Se estudiaron 51 médicos residentes. El 66% eran mujeres y el 35% eran varones. La edad media fue de 29 años, (D.E.+/- 2,8), rango 24-35 años. El 70,6% eran médicos de residencias del ámbito privado y 29,4% del ámbito público. Eran residentes de Pediatría 35,3%, de Traumatología 21,6%, de Clínica Médica 17,6%, de Diagnóstico por Imágenes 17,6%, de Ginecología 5,9% y de Terapia Intensiva 2%.

El 66,7% tenía pareja estable, 7,8% tenían pareja no estable y 25,5% estaban sin pareja. El 17,7% tenían hijos. El 33,3% cursaban el 1º año de la residencia, el 27,5% el 2º año, el 25,5% el tercer año y el 13,7% el cuarto año.

El 68,5% de los médicos no contaban con sus familiares cerca de donde hacían su residencia. El 46,1% realizaba actividades extracurriculares de esparcimiento, y el 56,9% no las realizaba.

Se observó que 19,6% tiene alto riesgo de sufrir *Burnout*, 58,8% tiene bajo riesgo y 21,6% tiene riesgo moderado.

De los residentes que tienen cerca a su familia 12,5% tienen Alto Riesgo de tener *Burnout* (ARB), y 62,5% tienen Bajo Riesgo de *Burnout* (BRB). De los que no tienen familia cerca tienen ARB 22,85% y 5,7% tienen BRB, $p=0,32$. De los residentes con hijos tienen ARB el 44,4%, los que no tienen hijos tienen ARB 14,28%, $p=0,06$. Las mujeres tuvieron ARB 23,5% y los varones 11,76%, $p=0,27$. De los residentes que hacen actividades extracurriculares, tienen ARB 9%, y los que no hacen actividades tienen ARB 27,5%, $p=0,09$.

CONCLUSIONES:

Presentan Alto Riesgo de *Burnout* el 19,6% de los residentes encuestados. Los que tienen mayor riesgo, son las mujeres, los que no tienen cerca a su familia, los residentes que tienen hijos y los que no tienen actividades de esparcimiento fuera del programa de residencia. Reconocer la presencia del riesgo de síndrome de *Burnout* es relevante a nivel institucional e individual. Se deben adoptar estrategias de prevención acordes a cada Institución

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE PEDIATRÍA

Ehlers B.¹; Maschio M.²; Fernández G.³; Fernández Gálvez G.⁴

POLICLÍNICO NEUQUÉN^{1,2,3,4}

fgalvez30@gmail.com

RPD
011

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 bronquial (9,3%). En la *tabla 1* figuran los motivos de consulta predominantes.

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
Abdomen agudo	191	1,6%
Accidentes-lesiones no intencionales	93	0,8%
Amigdalitis-faringitis	694	5,8%
BOR	1106	9,3%
CNS	3497	29,3%
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%



TEST DE SUDOR FALSO POSITIVO Y VIH: A PROPÓSITO DE UN CASO

Busi L.¹; Lamponi C.²; Mendelevich M.³; Arias V.⁴

HOSPITAL DE TRELEW, COMITÉ DE NEUMONOLOGÍA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA¹; HOSPITAL DE TRELEW^{2,3,4}
<lucianobusi2@gmail.com>

RPD
012

INTRODUCCIÓN:

El test de sudor (TS) continúa siendo hoy la herramienta más útil para el diagnóstico de fibrosis quística (FQ), siempre y cuando sea realizado por personal experimentado. La única prueba del sudor aceptable para la confirmación del diagnóstico es el test cuantitativo de iontoforesis con pilocarpina.

Las causas de falsos positivos de TS que encontramos en los consensos de FQ fueron: fucosidosis, glucogenosis del tipo I, mucopolisacaridosis, hipotiroidismo no tratado, diabetes insípida nefrogénica, insuficiencia adrenal, hipoparatiroidismo familiar, eczema, desnutrición proteico-calórica, displasia ectodérmica, infusión de prostaglandina E1, anorexia nerviosa, disfunción autonómica, déficit de glucosa 6-fosfatasa, síndrome de Mauriac, pseudo hipoaldosteronismo, colestasis familiar, medicación realizada en las primeras 24hs del nacimiento, mala técnica. Encontramos sólo 1 caso publicado de TS falso positivo por infección sintomática con virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

OBJETIVOS:

Reconocer las causas de falso positivo del TS

Exponer la infección sintomática por VIH como posible causante de falso positivo en el TS

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Sexo femenino, 9 años de edad, gemelar sin otros antecedentes perinatólogicos de importancia. Comienza con "bronquitis", "falso crup" y "broncoespasmos" desde los 6 años de edad, con respuesta regular a

antibióticos, salbutamol y corticoides. Recibió varios esquemas de corticoterapia preventiva (budesonide, fluticasona y fluticasona/salmeterol) sin respuesta. Al consultar a Neumonología (5 años de edad) se constata buena técnica inhalatoria, ausencia de intercrisis libres, mal progreso ponderal (notable al compararla con hermana gemela), espirometría obstructiva y persistencia de infiltrados bibasales en radiografías de tórax. Se evidencian bronquiectasias bibasales en TAC. Se recibe TS positivo en 2 ocasiones e hipogamaglobulinemia. A los 15 días de comenzar tratamiento para FQ se recibe serología VIH positiva, y luego genético para FQ negativo, elastasa normal y cultivo de secreciones bronquiales negativo. Se inicia tratamiento antirretroviral y se constata normalización de TS y de la mayoría de los síntomas.

CONCLUSIONES:

En el presente trabajo mencionamos la infección sintomática por VIH como probable causal de falso positivo de TS, por lo cual creemos conveniente la realización de estudios de diseño cuantitativo para decidir la inclusión de esta causa de TS falso positivo.

(13) - DÉFICIT DE IgA SINTOMÁTICO: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Busi L.¹; Lamponi C.²; Mendelevich M.³; Arias V.⁴

HOSPITAL DE TRELEW, COMITÉ DE NEUMONOLOGÍA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA¹; HOSPITAL DE TRELEW^{2,3,4}
<lucianobusi2@gmail.com>

RPD
013

INTRODUCCIÓN:

El déficit selectivo de IgA es la inmunodeficiencia primaria más frecuente. Se define como IgA en sangre inferior a 7 mg/dl con IgG e IgM normales y una función intacta de las células T en mayores de 4 años, o con niveles al menos 2 desviaciones estándar por debajo de la concentración normal para su edad habiendo descartado otras causas de déficit.

Se conoce muy poco acerca de los mecanismos etiopatogénicos. Los anticuerpos contra IgA están en el 44% de individuos deficientes de IgA. El 85-90% de los pacientes se encuentran asintomáticos porque se cree que hay mecanismos que intentan compensar este déficit.

Algunos desarrollan a lo largo de su vida infecciones respiratorias recurrentes, enfermedades alérgicas, autoinmunes (anemia hemolítica, PTI, enfermedad de Graves, asma, rinitis alérgica, LES, diabetes tipo 1, celiacía, miastenia gravis, artritis reumatoide), infecciones u otras enfermedades gastrointestinales y anafilaxia frente a algunos hemoderivados. Estas infecciones se deben principalmente a bacterias, por ejemplo, Haemophilus influenzae y Streptococcus pneumoniae. Se ha visto que algunos pacientes pueden desarrollar bronquiectasias secundarias a infecciones recurrentes o crónicas.

OBJETIVOS:

Exponer dos casos de déficit de IgA sintomático pediátricos

Reconocer la importancia de sospechar y detectar esta inmunodeficiencia en pediatría

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS:

Caso 1: Sexo femenino, 17 años. Sin antecedentes perinatólogicos de importancia. Comienza con "crisis broncoobstructivas" y "broncoespa-

mos" desde los 6 meses de edad, con respuesta positiva a salbutamol y corticoides. Se diagnostica "asma" a los 5 años, recibiendo budesonide aerosol con respuesta "insuficiente", por lo cual se solicita "perfil inmunológico básico", detectándose IgA no dosable constatada con segunda muestra. Al consultar a Neumonología (13 años de edad) se constata respuesta broncodilatadora espirométrica positiva y rinitis crónica y se indica fluticasona+salmeterol con mejor técnica inhalatoria, además de fluticasona nasal con buena evolución clínica. Se recibe HIV negativo y subclases de IgG normales.

Caso 2: Sexo masculino, 9 años. Comienza con "bronquitis" y "broncoespasmos" desde los 11 meses, con respuesta regular a antibióticos, salbutamol y corticoides. Recibió a partir de los 3 años varios esquemas de aerosolterapia preventiva (budesonide, fluticasona y fluticasona/salmeterol) sin respuesta. Al consultar a Neumonología (5 años de edad) se constata buena técnica inhalatoria, ausencia de intercrisis libres, regular progreso ponderal, espirometría obstructiva y persistencia de infiltrados bibasales en radiografías de tórax. Se evidencian bronquiectasias bibasales en TAC. Se recibe HIV negativo y test de sudor, hemograma, IgG, IgM, estudios para DCP, test de deglución con esofagograma y evaluación cardiológica normales. Se constata IgA no dosable en 2 oportunidades.

CONCLUSIONES:

En pacientes con patología respiratoria recurrente de regular o mala evolución siempre debe sospecharse un déficit inmunológico, siendo unos de los más frecuentes el déficit de IgA. En caso de confirmarse este diagnóstico, debe considerarse su asociación con otras enfermedades y el riesgo de anafilaxia tras realizar transfusiones.

MALFORMACIONES PULMONARES: AUMENTANDO LA SOSPECHA

Martín R.¹; Pérez F.²; Tornatore S.³; Rodríguez Vuan A.⁴; Bracco F.⁵

HIAEP SOR MARÍA LUDOVICA^{1,2,3,4,5}

<rodrigo_martin@live.com>

RPD
014

INTRODUCCIÓN:

La malformación adenomatoidea quística (MAQ) y el secuestro pulmonar son malformaciones pulmonares poco frecuentes. Hoy en día cada vez más son detectables por ecografía prenatal. De no debutar en el período neonatal suelen pesquisarse como hallazgo radiológico de un comienzo o por persistencia de imágenes patológicas a pesar de la mejoría clínica. Otros pacientes se presentan con infecciones respiratorias agudas bajas, en muchos casos neumonías recurrentes localizadas.

OBJETIVO:

Generar un aumento en la sospecha de esta patología mediante la descripción de tres casos clínicos.

Metodología: Descriptivo retrospectivo de 3 casos clínicos de niños hospitalizados en un hospital pediátrico.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1: Paciente de 3 meses de edad que consulta por fiebre de 5 días de evolución, decaimiento de 4 días y agitación de 4 días. Sin antecedentes de relevancia. Al examen: taquipnea, taquicardia, disminución del murmullo vesicular en base pulmonar izquierda. La analítica revela leucocitosis con neutrofilia y anemia. La radiografía de tórax de frente muestra imagen sin trama pulmonar en dos tercios inferiores de hemitórax izquierdo con densidad aérea. Se realizan SEG y TC de tórax revelando imagen compatible con MAQ.

CASO 2: Paciente de 55 días de vida hospitalizada por bronquiolitis. Sin antecedentes patológicos. Al examen: estridor inspiratorio sin semiología

de patología pulmonar localizada. Se realiza una endoscopia respiratoria y una videodeglución revelando laringomalacia y compresión extrínseca en tercio medio de esófago. Una angiogramografía de tórax muestra la presencia de un doble arco aórtico y una lesión compatible con malformación pulmonar en lóbulo inferior derecho.

CASO 3: Paciente de 9 años de sexo femenino que consulta por fiebre, tos y dificultad respiratoria. Vacunas incompletas y antecedente de neumonía a los 18 meses de vida con supuración pleuropulmonar izquierda. Al examen: taquipneica con signos clínicos de condensación pulmonar en hemitórax izquierdo. La analítica revela leucocitosis con neutrofilia y anemia. La radiografía de tórax muestra imagen redondeada de bordes gruesos en base pulmonar izquierda con nivel hidroaéreo. Se practicó una TC de tórax revelando imagen compatible con malformación pulmonar en lóbulo inferior izquierdo. La anatomía patológica encontró hallazgos compatibles con secuestro pulmonar.

CONCLUSIONES:

Si bien las malformaciones pulmonares son lesiones poco frecuentes, no es obligado el antecedente de neumonías recurrentes localizadas para sospecharlas. El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno disminuirían la morbilidad asociada a este tipo de lesiones: neumonías recurrentes y sus posibles complicaciones así como el impacto sobre el crecimiento y el desarrollo por infecciones y hospitalizaciones reiteradas.

LA ILEOSTOMÍA: UN MODELO DE MORBILIDAD POCO RECONOCIDO

Martín R.¹; Prozzi M.²; Martínez M.³; Dalieri M.⁴; Barcellandì P.⁵; Fernández A.⁶; Fabeiro M.⁷

HIAEP SOR MARÍA LUDOVICA^{1,2,3,4,5,6,7}

rodrigo_martin@live.com

RPD
015

INTRODUCCIÓN:

La ileostomía es un recurso quirúrgico generalmente transitorio utilizado en patología quirúrgica gastrointestinal. Consiste en desviar la corriente fecal, permitiendo la recuperación del intestino distal (desfuncionalizado) y la utilización del proximal. De acuerdo a su altura es el débito de volumen y electrolitos esperado. Clásicamente se asume como “perdedoras” a las yeyunostomías o ileostomías proximales. El desconocimiento de que las distales, de bajo débito habitual, son potencialmente perdedoras expone a éstos pacientes a desequilibrios hidroelectrolíticos y nutricionales de tal gravedad que requieren internación y/o estudios para descartar otras patologías que simulan (renales o metabólicas).

OBJETIVO:

Describir la evolución de pacientes con ileostomías distales.

METODOLOGÍA:

Análisis descriptivo retrospectivo de historias clínicas de pacientes ileostomizados atendidos entre 05/2012 y 05/2014 en consultorio de nutrición del hospital. Se analizaron: edad, motivo de ostomía, evolución clínico nutricional, aporte de sodio, y complicaciones (médicas relacionadas con la ostomía). Estas fueron: Leves: deshidratación, trastorno hidroelectrolítico y dermatitis leves, desnutrición leve o moderada. Graves (requirieron internación): deshidratación moderada o grave, desnutrición, trastorno hidroelectrolítico y dermatitis grave.

Se utilizó Mann Whitney para la comparación del estado nutricional

RESULTADOS:

39 pacientes tuvieron ostomías entre 5 y 45 cm de la válvula ileocecal.

Edad de realización de la ostomía

Neonatales: 59%

Motivos de realización de ostomía

Grupo Neonatales

Enterocolitis necrotizante (ECN) 40%

Atresia intestinal 30%

Defectos de la pared abdominal 13%

Enfermedad de Hirschprung 9%

Peritonitis meconial 4%

Extrofia de cloaca 4%

SHU 6%

Débito por ostomía

Aporte de Sodio

Complicaciones

X Z P/E NEONATALES NO NEONATALES

Inicial

Final

p (Mann Whitney)

X Z T/E NEONATALES NO NEONATALES

Inicial

Final

p (Mann Whitney)

No Neonatales: 41%

Grupo No Neonatales

Estenosis post ECN 19%

Invaginación intestinal 19%

Púrpura de SH 13%

Atresia intestinal 13%

Enfermedad de Hirschprung 12%

Apendicitis perforada 12%

Enfermedad inflamatoria intestinal 6%

Menos de 30 ml/k/día: 80% Más de 30 ml/k/día: 20%

Sí: 71% (x 3.25 meq/k/día) No: 29%

Sí: 72% (graves 33%) No: 28%

-2.36 -2.19

-1.02 -0.96

0.08 0.14

-1.83 -1.64

-1.24 -1.15

0.25 0.24

CONCLUSIONES

- Entre las indicaciones de ileostomía distal predominan las neonatales siendo la ECN una de las principales.
- La pérdida potencial de volumen por la ostomía así como el requerimiento de aporte extra de sodio vía oral ponen de manifiesto la morbilidad asociada con el balance hidroelectrolítico.
- Otro marcador de morbilidad a destacar es la frecuencia de complicaciones relacionadas con la ostomía muchas de las cuales requirieron internación.
- Resalta la mejoría en los Puntaje z de peso y talla en todos los pacientes lo cual muestra la importancia de la intervención nutricional.



SÍNDROME OPSOCLONUS MIOCLONUS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Glasman M.¹; Murrone L.²; Sorasio V.³; De Lillo L.⁴
HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4}
<patoglasman@gmail.com>

RPD
018

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome Opsoclonus Mioclonus (SOM) es una entidad poco frecuente de diagnóstico clínico. Se caracteriza por opsoclonus, mioclonías, ataxia e irritabilidad. Su origen puede ser paraneoplásico, postinfeccioso, metabólico, tóxico o idiopático.

OBJETIVO:

Descripción de una enfermedad infrecuente con alta asociación tumoral y riesgo de secuelas.

CASO CLÍNICO:

Paciente femenino de 14 meses, sana, consulta por presentar irritabilidad y ataxia progresiva de 10 días de evolución, 48hs previas al ingreso se agregan movimientos oculares caóticos. Se encontraba vigil, reactiva y afebril. Niega ingestión de tóxicos o vacunación reciente. Se solicita hemograma, EAB, Ionograma, Glucemia, función renal y hepática (normales), se realiza PL (normal). Es evaluada por servicio de Neurología y con sospecha de SOM se indica internación y Gamaglobulina EV (2gs/kg). Se solicita TAC de cerebro y toraco-abdominal (normales), RNM de cerebro (normal), catecolaminas en orina (pendientes), serologías virales (negativas). Durante la internación continúa en regular estado general, persistiendo atáxica y con opsoclonus. Se realizan interconsultas con oftalmología y oncología, descartando al momento del examen origen neoplásico del cuadro. Cumplió 2 series de Gamaglobulina EV, al no obtener respuesta se decide indicar ACTH (40 UI/día) IM durante 15 días, observándose mejoría progresiva.

Se otorga egreso con seguimiento por servicios de neurología, oncología, oftalmología.

Presenta recuperación completa a los 60 días de inicio del cuadro.

DISCUSIÓN:

El SOM es una entidad poco frecuente, ocurre principalmente en menores de 3 años. El diagnóstico es clínico y se plantea un origen autoinmune. Puede ser Idiopático o Secundario, el 45% de los casos son secundarios a un neuroblastoma. El cuadro suele cursar con recaídas de todos o algún síntoma. El pronóstico depende de la edad de inicio, la severidad, el inicio precoz del tratamiento y del número de recaídas. Entre el 70 y 80% pueden presentar secuelas neurológicas.

Al momento actual el tratamiento no está completamente estandarizado.

CONCLUSIÓN:

El SOM es una enfermedad crónica con alto riesgo de secuelas neurológicas que puede asociarse a neoplasias. Nuevos avances en terapias inmunomoduladoras parecen promisorios. Es importante recordar que el diagnóstico y tratamiento precoz mejora el pronóstico neurológico de estos niños.

MEDULOBLASTOMA DESMOPLÁSICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Glasman M.¹; Murrone L.²; Sorasio V.³; De Lillo L.⁴
HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4}
<patoglasman@gmail.com>

RPD
019

INTRODUCCIÓN:

El meduloblastoma es un tumor intracraneal maligno frecuente en la infancia. La variedad desmoplásica es extremadamente rara en este grupo etario.

OBJETIVO:

Descripción de una variedad poco habitual de meduloblastoma.
Caso clínico: Paciente masculino de 3 meses, que consulta por comenzar con rechazo al alimento, alteración del ritmo sueño-vigilia e irritabilidad de 10 días de evolución.

Al examen físico se presenta irritable, con fontanelas anterior y posterior tensas, diastasis de huesos parietales, mirada en sol naciente y pupilas isocóricas reactivas. No presenta sostén cefálico.

Se realiza TAC cerebral (dilatación triventricular con signos de reabsorción transependimaria, se observa tumoración supra e infraependimaria). Se completa con RMN y ecografía doppler cerebral.

Se decide internación con diagnóstico de hidrocefalia y tumor de fosa posterior, se inicia tratamiento con acetazolamida, dexametasona y colocación de sistema de derivación ventrículo-peritoneal.

Se realiza exéresis del tumor, la anatomía patológica informa meduloblastoma desmoplásico.

Actualmente el paciente se encuentra recibiendo tratamiento quimioterápico.

DISCUSIÓN:

Los meduloblastomas son tumores de origen neuroectodérmico, agresivos, altamente metastásicos (principalmente dentro del SNC) y con alto riesgo de recurrencias.

Suelen observarse entre los 3 y 9 años. Su localización más frecuente es el vermis cerebeloso. Presentan una variabilidad histológica y molecular tan importante que determina amplias diferencias en su pronóstico. Otros factores pronósticos son el grado de extirpación, la diseminación al momento del diagnóstico y la edad del paciente.

La variedad desmoplásica, caracterizada por la presencia de tejido conjuntivo fibroso en cantidad excesiva, representa entre el 5-25%, generalmente se observa en adolescentes y adultos jóvenes. En pacientes pequeños se postula la existencia de un componente genético.

Si bien los mejores resultados se obtienen con la combinación de cirugía con quimio y radioterapia, en menores de 3 años los protocolos de tratamiento están en constante revisión.

Es frecuente la observación de secuelas, principalmente neurocognitivas.

CONCLUSIÓN:

El meduloblastoma desmoplásico es una neoplasia infrecuente en el grupo etario de nuestro paciente. Requiere tratamiento agresivo y seguimiento por el riesgo de secuelas y recurrencias.



PANTOEA AGGLOMERANS UN GERMEN EN LA COMUNIDAD

Dacquila M.¹; Ledesma L.²; Medina Y.³; Lara L.⁴

SANATORIO ITOIZ^{1,2,3,4}

<mariaabelen_data@yahoo.com.ar>

RPD
020

INTRODUCCION:

Pantoea agglomerans (Antiguamente *Enterobacter agglomerans*) es un bacilo gram negativo causante fundamentalmente de infecciones nosocomiales por poseer la capacidad de crecer en medios ricos en glucosa, de esta manera se pueden localizar en sueros de administración endovenosa, aunque también se han descrito casos de meningitis neonatal y de artritis séptica. Debido a la escasa frecuencia de infecciones por este germen presentaremos este caso.

OBJETIVOS:

Analizar las características de dicho agente, su relación con la sepsis en pediatría y documentar un caso adquirido en la comunidad.

POBLACIÓN:

Paciente femenino de 14 años de edad, previamente sana. Se interna por cuadro febril asociado a lesiones purpúricas palpables de 7 hs de evolución. Presenta como único antecedente traumatismo contundente en tobillo derecho bajando escaleras, lo que ocasiona al mismo nivel una flictena violácea con contenido serohemático asociada a lesión homóloga satélite eritematosa y dolorosa a nivel plantar. La paciente ingresa con aspecto tóxico, cursando cuadro de Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) por lo que se decide plantear y se inicia medicación empírica con ceftriaxona 100 mg/kg/día. Es evaluada por traumatología infantil, quien realiza desbridamiento de flictena descartando necrosis y compromiso osteoarticular. En cultivos sanguíneos se rescata *Pantoea*

agglomerans, siendo sensible al antibiótico usado empíricamente. Se realiza hemocultivos de control, los cuales se informan negativos. La paciente cumple tratamiento antibiótico 10 días totales con evolución favorable. Seguimiento ambulatorio multidisciplinario sin secuelas.

CONCLUSIÓN:

Pantoea agglomerans es un germen poco frecuente en la comunidad. Los casos descritos en la bibliografía corresponden a infecciones secundarias a lesiones producidas por astillas principalmente vegetales.

Dado el caso que nos ocupa, la paciente sufre una entorsis en piso cubierto con astillas de madera producto de escalera en construcción (dato obtenido por reinterrogatorio)

RECOMENDACIÓN

Artritis originadas por punciones con astillas o espinas vegetales y etiquetadas como a sépticas, enmascaran verdaderos cuadros infecciosos incluso desencadenantes de SIRS como en nuestro caso.

CONOCIMIENTOS DEL PEDIATRA CLÍNICO SOBRE ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA.

Marmaruso D.¹; Doba N.²; Ruggieri M.E.³; Costaguta A.⁴; Tabacco O.⁵

SANATORIO DE NIÑOS^{1,2,3,4,5}

<diegomarmaruso@hotmail.com>

POB
023

INTRODUCCIÓN:

La alergia a la proteína de la leche de vaca ha incrementado su prevalencia. Sin embargo, el conocimiento de los pediatras es probablemente insuficiente, con diagnóstico tardío y tratamiento, errático. Lo expresado se asocia a persistencia de los síntomas, afectación nutricional del paciente y emocional de la familia, reiterados cambios de fórmulas, e incremento de los costos de atención.

OBJETIVOS:

Evaluar el conocimiento de los pediatras clínicos en relación con el diagnóstico, terapéutica y prevención de la alergia a las proteínas de la leche de vaca.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo en base a entrevistas a pediatras clínicos de atención primaria, elegidos al azar, pertenecientes a efectores públicos y privados de la ciudad de Rosario. El instrumento de recolección de datos consistió en una encuesta, con un cuestionario impreso, anónimo, con respuestas de opciones múltiples a completar por el entrevistado. La muestra quedó conformada por un total de 85 encuestas luego de 13 exclusiones por rechazo. La encuesta incluyó tres preguntas sobre diagnóstico, tres de tratamiento y una de prevención con tres opciones múltiples cada una, con una puntuación de 0 para las incorrectas y 1 para las correctas. Una de las preguntas de tratamiento fue de respuesta abierta, a completar

un nombre comercial para cada fórmula genérica con una puntuación del 0 al 4. El valor máximo esperado por pediatra fue 10 puntos, el máximo esperado de la muestra fue 850 puntos. Las proporciones se expresan como porcentajes.

RESULTADOS:

El mínimo alcanzado por pediatra fue 1 punto y el máximo 10 puntos, mediana: 7 (desvío intercuartilo: 4-8 puntos). La proporción total de aciertos fue 60,47% (514/850); en diagnóstico 78,21%; en tratamiento 47,84%; en prevención 80% y la relación entre el conocimiento de la fórmula genérica y el nombre comercial fue 21,18%.

CONCLUSIONES:

En relación a diagnóstico y prevención las proporciones de aciertos superaron a los otros tópicos. Las preguntas referidas a tratamiento y a la asignación de, al menos, un nombre comercial fueron respondidas con una elevada tasa de errores. La proporción de rechazo del 13,2% podría introducir un sesgo de selección en los resultados obtenidos.



CONTROL DE SALUD DEL PERSONAL DEL HOSPITAL ZUBIZARRETA

Dubcovsky G.¹; Borelli L.²; Ramos A.³; Ostuni H.⁴; Carril N.⁵; Ferrucci G.⁶; Altamirano Z.⁷; Sanchez L.⁸; Chaparro P.⁹; García G.¹⁰; Nasazzi P.¹¹

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

<dubcovsky@gmail.com>

POB
025

El personal de salud no siempre cuida su salud. La Dirección de Hospital encargó a nuestro Servicio confeccionar una ficha de Control de Salud para el Personal

OBJETIVOS:

Controlar los esquemas de vacunación del personal de Salud del Hospital Zubizarreta. - Determinar la reactividad del anti HBs en los vacunados que aun no se dosaron y revacunar a los negativos. - Determinar la serología de Hepatitis A y Varicela y vacunar a los negativos. - Realizar serología de Hepatitis C. - Realizar control de laboratorio, Rx, clínico y cardiológico a quienes no lo hubieran realizado en los últimos 2 años, y ginecológico a las mujeres.

MATERIAL Y METODO:

Estudio descriptivo transversal. Se efectuó ficha de control de salud al personal de salud del Hospital Zubizarreta entre marzo de 2012 y septiembre de 2014. Se consideró reactivo valores de anti HBs mayores o iguales a 10 mUI/ml. En Hepatitis B se comenzó esquema a los no vacunados, se completaron esquemas cuando tenían menos de 3 dosis y se dosaron anticuerpos a quienes aún no lo habían hecho. Se completaron esquemas de vacunación con D. adulto, T. acelular, D. Viral, Hepatitis A y Antigripal. Se indicaron los controles de laboratorio, Rx, clínicos, cardiológicos, ginecológicos, serología de hepatitis A, B, C y varicela a quienes lo requirieron. Se vacunó con Hepatitis A y Varicela a los negativos.

RESULTADOS

Entrevistamos 213 personas (33% del personal de salud), 150 (70%) mujeres y 63 varones (30%). En hepatitis B 1% padeció la enfermedad, 78% tenía vacunación completa, 9% incompleta, no se había vacunado el 10% e ignoraba su status el 2%. El 83% tenía vacunación completa y se chequeó anticuerpos. De éstos el 80% fue positivo y el 20% negativo. Lo esperable era encontrar un 10% de negativos. Pero debido al largo tiempo transcurrido entre la vacunación y el testeo, fue el doble. Indicamos dosaje de anticuerpos HBs al 52% de los entrevistados, serol. hep. A al 46%, AC varicela al 22% y serol. Hepatitis C al 65%. Vacunamos al 72% de los entrevistados. Indicamos: Control clínico al 37%, cardiológico al 38%, ginecológico al 31%, laboratorio al 32%, Rx al 22%.

CONCLUSIONES:

Las acciones tomadas fueron positivas. Esperamos llegar a controlar al total del personal. Es muy importante que estemos todos protegidos.

ACTINOMICOSIS TORACICA EN PEDIATRÍA. APROPOSITO DE UN CASO

Petracca L.¹; Cardigonde M.²

HIGA DR RAMON CARRILLO^{1,2}

<lucianapetracca@yahoo.com.ar>

POB
026

INTRODUCCIÓN

La actinomicosis es una infección invasiva, poco frecuente, asintomática, causada por *Actinomices spp.*; bacteria facultativa, anaerobia, flora normal de la orofaringe, el tracto gastrointestinal y tracto genital femenino. Produce fístulas con característicos "granos de azufre". Los sitios de mayor infección son: cervicofacial, abdominopelvicano, tórax y SNC. Actinomicosis torácica afecta más hombres que mujeres y adultos más que a pediátricos. Los factores de riesgo: caries dentales, traumas (aspiración de cuerpo extraño), inmunodeficiencia y escaso control de DBT. Signos y síntomas clínicos: Tos (40%), dolor de espalda, pecho, hombro y axila (36%), pérdida de peso y fiebre (35%) y hemoptisis (9%). Se diagnostica con métodos complementarios. El tratamiento incluye penicilina EV, en primera instancia, y si la evolución no es favorable se realiza debridamiento quirúrgico.

OBJETIVO

Presentar un caso de actinomicosis torácica e incluirlo como diagnóstico diferencial aunque su presentación es poco frecuente.

CASO CLÍNICO

Niño de 7 años 4 meses de edad, previamente sano. Presenta tumoración en región pectoral derecha, astenia, palidez y tos durante la alimentación de 1 mes de evolución que progresa con dolor e impotencia funcional en miembro superior derecho.

Radiografía de tórax: opacidad paraesternal derecha con compromiso del lóbulo superior derecho. TC tórax con contraste: Masa ovoidea, bordes irregulares, heterogéneo, compromete los músculos pectorales derechos, se extiende entre los músculos intercostales hacia el mediastino anterior, medio y parte del posterior, desplazando hacia caudal el 1ro, 2do y 3er

arco costal homolateral. Envuelve infiltrando la pared del esófago superior y medio. Trayectos fistulosos hacia mediastino superior. Radioopacidad en segmento anterior del lóbulo superior derecho, con broncograma aéreo. Adenomegalias heterogéneas retrocavas, paratraqueales derechas e infracarinales. Esófagograma: Región de la unión del tercio superior y medio esofágico, área con falta de relleno, dilatación esofágica y fístula a la vía aérea. HIV y PPD negativas.

Cultivo de lesión: material purulento, Agregatibacter acinomicetae comitans +. Recibe ampicilina-sulbactam EV 31 días, buena evolución clínica y laboratorio. Alta con LK por SNG 15 días y luego vía oral, continuando con amoxicilina 6 meses y controles mensuales.

Diagnósticos diferenciales Lesiones de la pared torácica: sarcoma de Ewing, rhabdomyosarcoma, neuroblastoma, tumor de Askin, linfoma, neurofibroma, leucemia.

CONCLUSIÓN

La actinomicosis torácica, poco frecuente en pediatría, con presentación subclínica pero de evolución invasiva. El diagnóstico se retrasa debido a su historia natural, escasos signos de inflamación, y la dificultad de cultivar *Actinomices spp* anaeróbicamente en los laboratorios. Se sugiere tríada radiológica, poco específica: consolidación crónica, derrame pleural y periostitis costal. La enfermedad reúne características que facilitarían el diagnóstico, pero raramente se lo sospecha, probablemente por su baja frecuencia. Un diagnóstico a tiempo, favorece la evolución, ya que *Actinomices spp*, es uniformemente sensible a penicilina.

**INFECCIONES FÚNGICAS INVASIVAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INMUNOCOMPROMETIDOS. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD EN CUATRO AÑOS DE SEGUIMIENTO.****POB
027****Bellomo J.¹; Canda P.²; Zifferman A.³; García F.⁴; Acerenza M.⁵**SANATORIO SAGRADO CORAZÓN^{1,2,3,4,5}

<julieta.bellomo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La infección fúngica invasiva (IFI) acontece casi exclusivamente en el paciente inmunocomprometido llevando a una elevada morbimortalidad. Su incidencia, evolución y pronóstico se han modificado notablemente en los últimos años, la aparición de hongos menos frecuentes pero con importancia médica está aumentando y ahora son más los niños en riesgo al realizarse tratamientos médicos que llevan a neutropenias prolongadas. *Candida spp* es la causa globalmente más frecuente de IFI, sin embargo, los hongos filamentosos han aumentado su prevalencia en particular *Aspergillus spp* *Fusarium spp* y *Zygomycetes spp*

OBJETIVO:

Realizar una revisión descriptiva y retrospectiva de los casos de IFI en pacientes pediátricos con patología oncohematológica en seguimiento en un sanatorio de alta complejidad en un período de 4 años. Describir la incidencia, metodología diagnóstica, tratamiento y evolución en dicha población.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión sistemática de todas las Historias Clínicas de los pacientes internados con neutropenia y fiebre en dicho período.

RESULTADOS:

Durante un período de 4 años se atendieron en el Centro 104 pacientes con enfermedad oncohematológica. Se documentaron 323 episodios de neutropenia febril y en el 4,6 % (N=15) de ellos se documentó IFI representado *Candida spp* el 53 % (N=8) del total de las infecciones. Como foco clínico de infección se documentó en el 75 % (N= 6) candi-

demias asociadas a catéter implantable, en el 12,5 % (N= 1) candidemia secundaria a tiflitis y en el 12,5 % (N= 1) restante candidemia primaria. Dentro de los aislamientos de *Candida* el 87,5 % (N= 7) fueron sensibles a fluconazol. Todos los pacientes completaron tratamiento antifúngico con curación del episodio. En todos los casos de candidemia asociada a catéter implantable el mismo fue retirado.

Los hongos filamentosos representaron el 47 % (N= 7) del total de IFI siendo *Aspergillus spp* el germen más frecuentemente aislado (N= 6) y 1 caso de IFI por *Fusarium oxysporum*.

El 52 % (N=3) tuvo compromiso pulmonar, el 16 % (N= 1) tuvo compromiso pulmonar y de senos paranasales, otro 16 % (N= 1) tuvo compromiso de senos paranasales y SNC y el 16 % restantes compromiso en senos paranasales, hígado y tórax.

Todos fueron tratados en forma secuencial con Anfotericina B-Voriconazol y al momento de finalizar este reporte el 68 % (N=4) se encontraban aún en tratamiento con franca mejoría clínica y radiológica.

Un 16 % (N=1) presentó curación y finalizó el tratamiento y otro 16 % (N=1) falleció por recaída de enfermedad de base.

CONCLUSIÓN:

Las IFI son cada vez más frecuentes, es importante conocer su incidencia y contar con métodos adecuados para un rápido diagnóstico.

Es necesario conocer los factores de riesgo para desarrollo de dicha infección y tener alta sospecha clínica sobre todo en niños con neutropenia prolongada.

La incidencia de IFI en esta serie fue similar a la descripta en la bibliografía.

ALTE: EXPERIENCIA EN HOSPITAL H. NOTTI DE MENDOZA DESDE EL AÑO 2010 A 2014**POB
029****Maihlos Hassan A.¹; Lavado L.²; García E.³; Albar Díaz D.⁴; Jorquera L.⁵; Tejada L.⁶; Llano López L.⁷**HOSPITAL NOTTI^{1,2,3,4,5,6,7}

<mumilae@hotmail.com>

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

Episodio de aparente amenaza a la vida (ALTE), evento súbito e inesperado, constituido por: apnea, cambio de color de la piel y modificación del tono muscular. Es la forma de presentación de diferentes patologías. En ocasiones, puede producirse por eventos fisiológicos y/o benignos que conducen a internaciones prolongadas y realización de estudios innecesarios.

OBJETIVOS:

Evaluar diagnósticos etiológicos de ALTE en pacientes internados en el Hospital Notti entre enero de 2010 y octubre de 2014, registrando los costos asociados a internación y exámenes complementarios realizados. Evaluar morbimortalidad de dicha entidad.

POBLACIÓN:

Pacientes internados en el Hospital Notti con diagnóstico de ingreso de ALTE entre enero de 2010 y octubre de 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se analizaron historias clínicas de 179 pacientes (por muestreo aleatorio simple) internados en Hospital H. Notti de Mendoza, entre enero de 2010 y octubre de 2014, con diagnóstico de ingreso de ALTE. Variables analizadas: diagnóstico de ingreso, edad, exámenes complementarios solicitados, días de internación en sala común, días de internación en unidad de terapia intensiva (UTI), realización de curso de reanimación cardiopulmonar (RCP) a padres, diagnóstico de egreso.

RESULTADOS:

Diagnósticos más frecuentes: 18,43% reflujo gastroesofágico (RGE), 12,8% obstrucción bronquial y 11,17% catarro de vía aérea superior (CVAS). 29,6% egresa con diagnóstico de ALTE. 27,7% de seriadas esofagogastro-duodenales (SEGD) y 32,14% de pHmetrías fueron patológicas. 100% de ecografías cerebrales, electroencefalogramas (EEG) y videodegluciones sin alteraciones. 4 pacientes (2,23%) requirieron internación en UTI, 100% de ellos con diagnóstico de RGE. Mortalidad 0%. Se realizó curso de RCP para padres a 47 personas (26,24%). Costo total promedio por paciente AR\$ 8.213.

CONCLUSIONES:

Las etiologías más frecuentes de ALTE fueron RGE, obstrucción bronquial y CVAS. Los estudios con mayores resultados patológicos fueron SEG y pHmetría. Las ecografías cerebrales, EEG y videodegluciones no resultaron útiles para el diagnóstico. No se llegó al diagnóstico etiológico en 29.6% de la muestra. El ALTE es una entidad de baja morbimortalidad y alto gasto económico. Aproximadamente el 75% de los padres no recibió el curso de RCP al alta del niño.



TUMOR CARDIACO POCO FRECUENTE. A PROPOSITO DE UN CASO

Gonzalez Bastianon D.¹; Arri M.²; Ardanza I.³; Kreutzer R.⁴

INSTITUTO CARDIOVASCULAR INFANTIL^{1,2,3,4}

<dgonzalezbastianon@gmail.com>

RPD
030

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de tumor cardiaco primario benigno en la edad pediátrica.

INTRODUCCIÓN:

En la edad pediátrica los tumores cardiacos primarios son una entidad poco frecuente, el "Boston Children's Hospital" en su amplia experiencia comunica una incidencia del 0.027% al 0.08% en estudios necropsicos, y de hasta un 0.3% en estudios ecográficos. El 90% de los tumores son benignos, sin embargo presentan el particular riesgo de producir alteraciones hemodinámicas graves. El fibroelastoma papilar, tiene una incidencia del 1 al 5% del total, pudiendo cursar de manera asintomática, o con síntomas cardiológicos inespecíficos como arritmias, embolismo, muerte súbita. Actualmente pueden detectarse de manera no invasiva por medio del ecocardiograma.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 3 días de vida, sexo femenino, RNT/BPEG que ingresa derivada a nuestra institución con diagnóstico de Síndrome genético en estudio, Cardiopatía congénita con descompensación hemodinámica (CIA OS 9mm, DAP, válvula tricúspide displásica con insuficiencia moderada). A las 48 hs de internación inicia con registros febriles, con elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza Ecocardiograma que confirma el diagnóstico informando imagen sesil móvil de 7-8 mm adherida a valva septal de tricúspide. Es evaluada por servicio de infectología y hematología, iniciando tratamiento antibiótico de amplio espectro y anticoagulación.

Una vez finalizado tratamiento antibiótico, por persistencia de imagen en válvula tricúspide se decide realizar exeresis quirúrgica total, incluyendo base de implantación, con toma de muestra anatomo-patológica, realizando en mismo procedimiento quirúrgico cierre de CIA y plástica de válvula tricúspide. Confirmándose posteriormente el diagnóstico de Fibroelastoma Papilar Incipiente. Actualmente la paciente continua en control ambulatorio con evolución favorable.

CONCLUSIONES:

Si bien la tumoración en válvula tricúspide asociada a fiebre en pacientes menores de 1 mes, previamente invadidos es altamente sugestivo de endocarditis bacteriana, no se debe descartar tumoraciones cardíacas. Incluso en sitios anatómicos pocos frecuentes.

MUCOPOLISACARIDOSIS (MPS) II, ENFERMEDAD DE HUNTER. SIGNOS DE ORIENTACIÓN PRECOZ

Shibukawa C.¹; Cañete M.²; Specola N.³; Fernández Z.⁴; Nuñez M.⁵

HOSPITAL DE DÍA POLIVALENTE HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,4};

UNIDAD DE NEUROMETABOLISMO HIAEP SOR MARIA LUDOVICA³; UNIDAD DE NEUROMETABOLISMO HIAEP SOR M. LUDOVICA⁵

<caroshibu@hotmail.com>

RPD
031

INTRODUCCIÓN:

Las MPS son trastornos de depósito lisosomal, multisistémicos y progresivos, causados por deficiencia de enzimas que degradan mucopolisacáridos o glucosaminoglucanos (GAGs). Causa MPS II el déficit de la enzima iduronato 2-sulfatasa, que cliva una molécula de sulfato ligada al heparán y al dermatán, llevando a la acumulación de estos GAGs y su excreción aumentada en orina. La enfermedad de Hunter es una patología genética con herencia ligada al cromosoma X. Su incidencia se estima en 1 de cada 170000 varones nacidos vivos.

OBJETIVOS:

Describir 2 casos clínicos con enfermedad de Hunter asistidos en el Hospital de Día de un hospital de alta complejidad. Resaltar los aspectos clínicos precoces que permiten tempranamente la orientación diagnóstica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presentan 2 pacientes que concurren al Hospital de Día Polivalente para tratamiento de reemplazo enzimático con idursulfasa. Caso 1: Varón de 6 años, en seguimiento desde los 4 ½ años. Consulta inicialmente a cirugía por presentar hernia umbilical. Debido al fenotipo es derivado a genética y de allí a neurometabolismo para confirmación diagnóstica. Caso 2: Varón de 3 años, que es derivado por traumatólogo a los 11 meses al servicio de neurometabolismo por estudio de cifosis lumbar y mancha mongólica aberrante. Ambos pacientes comparten las manifestaciones físicas de la MPS II, incluyen fascie tosca, labios gruesos, piel gruesa en muslos y brazos, cuello corto, macrocráneo, talla baja, lordosis lumbar, limitaciones articulares múltiples progresivas, hepatoesplenomegalia,

engrosamiento de válvulas cardíacas, hipoacusia, enfermedad respiratoria obstructiva y retraso del desarrollo mental en diferentes grados.

DISCUSIÓN:

El fenotipo de la MPS II es heterogéneo, por lo que su espectro clínico oscila entre la forma atenuada y la grave. La sospecha de la enfermedad en ambos casos no fue realizada por pediatras. Caso 1 tuvo bronquitis obstructivas a repetición hasta los 2 años, internaciones por hipoxemia, operación a los 18 m de hernia umbilical, otitis a repetición con colocación de diábolos a los 2 años 1/2, llega al servicio de neurometabolismo por derivación de cirugía. Caso 2 padece infecciones respiratorias recurrentes, y es derivado para estudio de neurometabolismo por traumatología. Es recomendable realizar una evaluación basal de los diferentes órganos, y hacer seguimiento clínico y multidisciplinario, según las características individuales. El objetivo del tratamiento sintomático es anticiparse a posibles complicaciones mejorando la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Es importante la evaluación y seguimiento por parte de neurometabolismo, cardiología, neumonología, ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología, psicopatología, kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional para ir dando solución a los diferentes problemas.

CONCLUSIÓN:

La MPS II tendrá mejor evolución y calidad de vida si se realiza un diagnóstico precoz e intervención temprana. El pediatra debe conocer la historia natural de la enfermedad para poder sospecharla en las consultas iniciales o en los controles de salud ante la presencia de infecciones óticas y respiratorias a repetición, hernias y talla baja.



MENINGITIS BACTERIANA EPIDEMIOLOGÍA Y SU RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

**POB
032**

Romano M.¹; Garnica S.²; Fernandez M.³; Delgado P.⁴; Ferreyra L.⁵

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

<tincho_247@hotmail.com>

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

La meningitis bacteriana es una enfermedad que pone en peligro la vida, es un proceso infeccioso del sistema nervioso central de urgencia médica que requiere diagnóstico y tratamiento correcto, eficaz, para abatir sus altas tasas de morbilidad, mortalidad. Un 80% ocurre en la infancia, especialmente en niños menores de 10 años.

OBJETIVOS:

Describir y analizar casos de pacientes con meningitis bacterianas. Determinar epidemiología y características del Líquido Cefalorraquídeo.

POBLACIÓN

Con 3900 nacimientos anuales con servicio de neonatología (nivel IIIB); pediatría (nivel II) de referencia y derivación de la provincia. Todos los recién nacidos internados en el servicio de neonatología, hasta los niños de 15 años, en un período que abarca desde 01 de Enero del 2014 al 28 de Febrero del 2015, durante dicho período se solicitaron estudios de LCR a 324 pacientes, en el 2014 y a 26 pacientes en el 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo. La información se obtuvo de la historia clínica.

Estudios microbiológicos

Selección de cepas: aislamientos clínicamente significativos obtenidos en el laboratorio de bacteriología provenientes de pacientes con diagnóstico de meningitis y LCR con citoquímico patológico.

Sensibilidad a los antimicrobianos:

Los antimicrobianos por protocolo Whonet y normas CLSI 2013 se analizaron a todos los aislamientos.

Palabras clave: meningitis bacteriana, *Haemophilus*, *Pneumococcal*, *Staphylococcus aureus*.

RESULTADOS

Se estudiaron 350 pacientes con probable diagnóstico de meningitis bacteriana desde 01 de Enero del 2014 al 28 de Febrero del 2015, los cuales 20 eran ≥ 1 mes de edad. La documentación bacteriológica en el LCR en pediatría fue del 75% (15/20) y 0,3 pacientes/mes; en neonatología fue del 0,9% (3/324) y 0,06 pacientes/mes. En pediatría el grupo lactantes sumó el 65% (13/20) de los casos confirmados de MB, preescolares 10% (2/20), escolares 20% (4/20), y adolescentes 5% (1/20). La moda en menores de 3 meses *Streptococcus pneumoniae*, de 3 a 5 meses *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*, y en mayores de 5 años *Staphylococcus aureus*.

La mayoría de los pacientes provenían de la capital (50%) y en segundo lugar de Ingeniero Juárez. El paciente con *Haemophilus influenzae* tipo b pertenecía al grupo etario de 3 meses a 5 años. En los mayores de 5 años el 67% de los *Staphylococcus aureus* que produjeron Meningitis Bacteriana se encontraban en este grupo etario, este microorganismo fue productor de Meningitis Bacteriana en los servicios de neonatología, pediatría y UCIP. Entre todos los microorganismos que produjeron MB el más frecuente fue el *Streptococcus pneumoniae* 33% y en pediatría el 50% de estos microorganismos eran CIM 1 para penicilina y resistentes a TMS, le seguía en segundo lugar el *Staphylococcus aureus* que en neonatología era metilino resistente y resistente a gentamicina. La *Pseudomonas aeruginosa* de neonatología era BLEE +, resistente a meropenem y gentamicina.

OBESIDAD, SOBREPESO, BAJO PESO EN PEDIATRÍA

**POB
033**

Romano M.¹; Antinori M.²; Velazco M.³; Fernandez M.⁴; Collier M.⁵

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

<tincho_247@hotmail.com>

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

Los niños con prolongado balance negativo de los nutrientes respecto a las necesidades biológicas del individuo sufren bajo peso. La humanidad ha producido cambios significativos en los patrones alimentarios, así como el hambre y la desnutrición durante décadas fueron y son el principal problema de salud, la obesidad comienza a insinuarse como un grave problema por su creciente prevalencia.

OBJETIVOS:

Mostrar el estado nutricional de niños con un balance positivo de energía dependiendo de los hábitos alimentarios en un centro de salud de segundo nivel de atención público.

Expresar la valoración nutricional de niños que asisten a una fundación de atención a ciudadanos más carenciados de una localidad del interior de Formosa.

POBLACION:

Se evaluaron 389 pacientes en el período 07/2008 hasta 07/2010 en consultorio externo del Hospital. Además por facultativos de infectología pediátrica, cardiología, odontología, nutrición y enfermería, grupo formado por la UNaF (Universidad Nacional de Formosa), en la fundación Mita pora, de una municipalidad del departamento Patiño, provincia de Formosa fueron asistidos 117 chicos de bajo recursos socioeconómicos en modalidad de primer nivel de atención, en el período 07/2012 hasta 08/2013. Los estudios por el equipo completo de salud se realizaron en dos visitas por semestre, y facultativos de nutrición una vez por mes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Prospectivo. Se utilizó un cuestionario prediseñado de la institución, con el fin de obtener las variables en estudio. Se utilizaron balanzas,

taquímetro, tablas estándares de nutrición.

RESULTADOS:

En el Hospital la frecuencia de obesidad, predominio en menores de 6 años (Total: 389) con sobrepeso: 3,8% (14); Obesidad: 8,2% (32); ≤ 6 años 25% (8), >6 años 75% (24). Prevalencia media de sobrepeso y obesidad del 11,8%. Obesidad ≤ 6 años (Leve 25%, Moderado 12,5%, Grave 62,5%). Los hábitos alimentarios (dieta en los pacientes) Calidad de la ingesta a lo largo del día predominó azúcares y ácidos grasos saturados (mayor del 10% del valor calórico total). La mayoría de los pacientes tuvo contacto semanal (25%) con el personal de salud, el resto quincenal (15%) o mensual (10%). La edad que con más frecuencia se controló fue de 10 años, 9 años y 6 años (rango: 4 años a 15 años).

En la fundación de la localidad de Belgrano, Mita porá 79 niños cumplían con los criterios de lactantes, preescolares, escolares, con diagnóstico de trastorno de la nutrición: 66% normopeso, 10% bajo peso, 15% sobrepeso, 9% obesidad.

CONCLUSIÓN:

Con este trabajo se constató en el hospital una mayor frecuencia de obesidad con respecto al sobrepeso. Siendo en menores de 6 años la obesidad mórbida de mayor prevalencia. La transición nutricional puede explicar el aumento de la obesidad y el sobrepeso en la población infantil. Los antecedentes familiares, los hábitos alimentarios aparecen como situaciones que incrementan la vulnerabilidad al aumento de peso. Sugerimos que la obesidad en la infancia y adolescencia debe ser considerada dentro de los problemas de salud.

Primer nivel de atención de la salud: En la valoración nutricional un 34% presento estar con malnutrición.



MORTALIDAD INFANTIL EN LA REGION METROPOLITANA SAP

Gleich S.¹; Luzzani C.²; Vaccarelli C.³; Acuña M.⁴; Rodríguez Ponte M.⁵; Rocca Huguet D.⁶

LANUS¹; CABA²; LANUS³; MALVINAS ARGENTINA⁴; EZEIZA⁵; LA MATANZA⁶

<saulegleich@gmail.com>

RPD
034

INTRODUCCION:

La mortalidad infantil (MI) valora los entornos socioambientales y al equipo de salud. El observatorio de salud de la Region Metropolitana (RM) lo tomó como base para analizar la situación de salud de la region.

OBJETIVOS:

Analizar las tendencias de la MI durante el siglo XXI de los 25 municipios que componen la RM de la SAP. Analizar perspectivas de cumplimiento en el 2015 del punto 4 del Objetivo del Milenio (ODM). Describir características relevantes de la MI en la RM.

POBLACION:

Niños fallecidos menores de 1 año de edad en los años 2000 y 2013.

METODOLOGIA:

Estudio transversal comparativo de las muertes de menores de 1 año registradas los años 2000 y 2013 en la RM, en la Provincia de Buenos Aires (PBA), y en la Argentina. Las fuentes son datos oficiales de los ministerios de Salud de Nación y de PBA, y el informe SAP-UNICEF, la salud en cifras. Las muertes se dividen por año y por municipio para su evaluación. Se analizan las tendencias de las tasas de MI por municipio, por RM, regiones sanitarias y por cordones del conurbano. Comparandolas con la tendencia país y PBA. Se considera cumplida la meta ODM si la tasa de MI es de un dígito.

RESULTADO:

El descenso de la MI en la Argentina fue 36,5%, PBA 26%, caba 11%, conurbano 25,6, 1er cordón 20,2% t 2º cordón 29%. La MI domiciliaria en el 2013 fue de 11,6% conurbano, 11,4% PBA, 8,6% PAIS Y 1,5% caba. La brecha entre municipio fue de 2,54 en el 2000 y 2,34 en el 2013. En el 2000 un solo municipio tenía 1 dígito de MI y 3 tenían más de 20%, y en el 2013 son 7 los de un dígito y 0 con 20%. La MI reducible neonatal 58,4% y posneonatas 69% en el 2013.

CONCLUSIONES:

Se observa un descenso desigual de la MI en todos los sectores analizados. El descenso es mayor en los del 2º cordón conurbano. CABA se mantiene con un dígito variable. En el año 2000 solo un municipio tenía 1 dígito y 3 más de 20%, en el 2013, 7 tienen un dígito y no hay con más de 20%. Se mantiene alta la mortalidad reducible, sobre todo PNN. El conurbano tiene la más alta tasa de MI domiciliaria. Las brechas de la MI se han acortado en un 8%. No todos los municipios cumplieron con el ODM 2015.

SECRETOS FAMILIARES Y SINTOMATOLOGÍA ORGÁNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fairman A.¹; Berenstein P.²; Sastre G.³; Wasserman J.⁴

OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE COMERCIO^{1,2,3,4}

<afairman@fibertel.com.ar>

RPD
035

INTRODUCCIÓN:

Los trastornos vinculares se manifiestan en las consultas habituales de pediatría. Las ocupan y las desbordan. Esto ha motivado, dentro del equipo pediátrico de la Obra Social, la creación de un espacio de "Orientación Vincular". Este consultorio busca detectar y prevenir disfunciones que surgen de la relación parentofamiliar. Además facilita la articulación con Salud Mental para derivaciones o interconsultas. Es el pediatra de este consultorio, desde un espacio de escucha, quien intenta fortalecer el vínculo entre hijos y padres e interviene ante factores de riesgo. A través de un caso se muestra el abordaje que se realiza en una consulta por problemas de conducta y encopresis aislada.

OBJETIVO:

Analizar las situaciones vinculares relacionadas con los secretos de familia como productores de síntomas, en un paciente de 7 años, sin antecedentes patológicos, que consulta por trastornos de conducta y episodios de encopresis.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Se trata de un niño que manifiesta problemas de conducta e inquietud en la escuela. Por este motivo le sugieren una consulta psicológica. La madre del niño no acepta esta sugerencia y recurre a su pediatra de cabecera, quien lo deriva al "Consultorio de Orientación Vincular". En la primera consulta la mamá destaca importante angustia por la noche al momento de dormir y refiere que desde hace un par de meses, cuando se baña defeca en la bañera mostrando una actitud indiferente. En las

siguientes entrevistas se va desplegando una problemática vincular relacionada con secretos familiares. La familia del niño es religiosa ortodoxa. El padre, previo a su matrimonio, había mantenido una relación casual y oculta con una mujer no perteneciente a su comunidad, con la que tuvo un hijo 18 años atrás. El paciente conoció a su hermano en encuentros muy espaciados, pero nunca le habían hablado de dicho parentesco. Pocos meses antes de la consulta, este joven se suicida en la casa de su madre. Tanto la muerte, como este vínculo eran temas silenciados en el ámbito familiar. En entrevistas con el padre, se va trabajando la necesidad de pensar estas temáticas y de hacer circular las emociones. Tanto la angustia del niño, como la pseudo-encopresis comenzaron a disminuir. Fue derivado a tratamiento psicológico con la aceptación de sus padres.

CONCLUSIÓN:

Los secretos tienen consecuencias en la trama familiar. Entre lo que se dice y lo que se oculta queda un camino evitativo, sin posibilidad de transitar con palabras y con afectos. Muchas veces estos vacíos de la historia familiar se expresan en actos o en síntomas que ocupan el cuerpo del niño. La relación médico-paciente posibilita la escucha de las dificultades que surgen en una familia y permite encontrar una relación entre lo silenciado y los síntomas actuales. A su vez, esto permite descartar etiologías orgánicas sin la necesidad de realizar estudios invasivos y demoras en el tratamiento.

**COREA DE SYDENHAM, “ MANIAS DANZANTES”***Baltar M.¹; Cherichetti, M.²; Casanova, L.³; Juarez F.⁴; Homilka N.⁵; Chiattonne M.⁶; Manzi E.⁷; Aguirre L.⁸; Pellizoni L.⁹; Marcon L.¹⁰; Azqueta V.¹¹*HOSPITAL MATERNO INFANTIL MAR DEL PLATA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}

<marielabaltar@ciudad.com.ar>

INTRODUCCION:

La corea de Sydenham es la causa mas frecuente de corea adquirida en el niño. Existe una respuesta autoinmunitaria contra los ganglios de la base del cerebro inducida tras una infeccion estreptococcica. Constituye uno de los criterios mayores de diagnostico de fiebre reumatica y puede ser la forma de presentacion de esta entidad.

OBJETIVO:

Presentar un paciente con corea de Sydenham, describir su signosintomatologia, estudios diagnósticos y alternativas terapéuticas.

PRESENTACIÓN DE CASO

Niño de 8 años, RNTPAEG, vacunación completa. Presentó varicela, broncoespasmos reiterados y alergias múltiples inespecíficas. Motiva la consulta episodio de cefalea, mareos y movimientos involuntarios de cara, manos y pies de comienzo brusco que parecen ceder ante maniobras distractoras pero se tornan incontrolables en el curso de los días. Se sospechó de inicio cuadro conversivo. Neurología sugiere diagnóstico de corea de Sydenham. Exámenes complementarios: ecocardiograma, ERS, PCR, Hemograma, medio interno (normales), hisopado de fauces (flora oral), ASTO 357 UI/l, RMN de cerebro normal. Se indica tratamiento con fenobarbital y penicilina con buena evolución. Actualmente en seguimiento interdisciplinario.

DISCUSIÓN:

La corea se describe como movimientos anormales, súbitos, bruscos, breves de afectación predominantemente distal fundamentalmente de extremidades que aumentan con los movimientos voluntarios. Puede asociar síntomas como disartria, hipotonía, incoordinación motora, y labilidad afectiva. Edad promedio 8 años. Rango de 5-15 años. El intervalo entre la infección y comienzo de los síntomas es de 2-4 meses. Puede autolimitarse o seguir un curso prolongado de 2 años con riesgo elevado de recurrencia. Las opciones terapéuticas incluyen fenobarbital, carbamazepina, ácido valproico entre otros.

CONCLUSION:

Realizar un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y supervisado de la enfermedad estreptococcica por parte del pediatra clínico permitirá disminuir considerablemente las complicaciones severas asociadas como la fiebre reumática y/o su expresión neurológica de corea que sin duda producen un daño físico y emocional de nuestros niños.

**RPD
036****SÍNDROME DE RANSAY HUNT***Mendi M.¹; Tomey P.²; Volovik I.³; Zanutigh J.⁴; Carcuro S.⁵*HIGA SAN JOSÉ PERGAMINO^{1 2 3 4 5}

<madeboramendi@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El SRH se produce por la reactivación del virus varicela zóster en el ganglio geniculado originando lesiones vesiculares en pabellón auricular, parálisis facial periférica ipsilateral y otalgia. Se puede acompañar de hipoacusia, vértigo, acúfenos. La afectación facial suele aparecer entre 4 y 15 días después de la erupción. Presenta variantes clínicas muy amplias, con compromiso de varios pares craneales. Es poco frecuente en pediatría, su diagnóstico precoz es importante para iniciar una terapéutica temprana con Aciclovir y corticoides con el objetivo de maximizar la tasa de recuperación de la función nerviosa.

OBJETIVO

Presentación de un caso de síndrome de Ransay Hunt.

DESCRIPCIÓN

Paciente de 5 años de edad con antecedente de varicela a los 4 meses de vida que ingresa a sala de pediatría por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por lesiones ampollares en pabellón auricular izquierdo, eritema y tumefacción. Agregando registro febril y parálisis facial ipsilateral grado II. A la otoscopia, dificultosa evaluación por conducto auditivo externo con lesiones costrosas. Laboratorio de bajo riesgo con VES levemente aumentada, TAC sin compromiso de mastoides, hemocultivos negativos. Por sospecha clínica de SRH se indicó Aciclovir 80 mg/kg/día EV por 10 días, dexametasona 0,6mg/k/día EV, ceftazidima 150mg/kg/día, amikacina 15mg/kg/día por compromiso celulítico importante. Se realizaron interconsulta con otorrinolaringología y fisiatría.

DISCUSIÓN

El SRH corresponde a la reactivación del VVZ, también llamada herpes zóster óptico. Las manifestaciones clínicas incluyen vesículas y eritema en pabellón auricular, parálisis facial periférica, compromisos de nervios craneales producto del edema secundario a la reacción inflamatoria provocada por el VVZ. El diagnóstico es clínico. El aislamiento e identificación del virus es útil en casos atípicos. La RMN estaría indicada en neuralgias resistentes que requieran descompresión quirúrgica del nervio. El tratamiento con Aciclovir durante 7 a 10 días endovenoso u oral dentro de las 72 horas de la erupción ha demostrado mejorar el pronóstico de la parálisis facial. Los corticoides se recomiendan por su efecto antiinflamatorio. La kinesioterapia facial en parálisis facial periférica grado IV a VI o en mala respuesta al tratamiento. Es importante la vacuna anti varicela para disminuir el riesgo.

**POB
041**



ANGIOMATOSIS CUTANEO-MENINGO-ESPINAL SINDROME DE COBB

Baltar M.¹; Lirussi P.²; Homilka N.³; Casanova L.⁴; Chiattonne M.⁵; Pellizoni L.⁶; Forte M.⁷; Cragnaz R.⁸

HOSPITAL MATERNO INFANTIL MAR DEL PLATA^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<marielabaltar@ciudad.com.ar>

RPD
042

INTRODUCCIÓN:

El Sme de Cobb consiste en la asociación de una malformación arteriovenosa o venosa a nivel cutáneo que coexiste con una extensión a planos musculares profundos, áreas paravertebrales y ocasionalmente medula espinal.

OBJETIVO:

Presentar un paciente con Sme de Cobb, describir su signo sintomatología, estudios diagnósticos y alternativas terapéuticas.

PRESENTACIÓN DE CASO

Niño de 13 años, sin antecedentes perinatales relevantes. Presentó convulsiones (ausencias) a los 10 años. Motiva la consulta dolor e impotencia funcional de miembro inferior derecho de 2 meses de evolución, invalidante, que afecta su actividad diaria. Se evidencia atrofia muscular y disminución de la fuerza en miembro inferior derecho, escoliosis dorso-lumbar. Se realiza RMN de médula espinal con evidencia de malformación arteriovenosa. Ecocardiograma con dilatación ventricular izquierda con buena función. En estudio de angiografía digital medular se observó malformación arteriovenosa intramedular en D8-D9 por aferencia del eje espinal anterior por D10 izquierda asociada a angiomatosis paravertebral, vertebral y muscular D11-D12 y L1 con fistulas de alto flujo; hallazgos compatibles con Sme de Cobb. Recibe tratamiento médico con propanolol y gabapentin.

DISCUSIÓN:

El síndrome de Cobb presenta lesiones localizadas en tronco y más raramente en miembros. Puede asociarse a malformaciones de columna vertebral, piel y vísceras. Proceso lento, progresivo y sin regresión. La complicación más severa es la compresión medular generando paraplejía. Las posibilidades terapéuticas son diversas y varían según la extensión de la lesión no siendo en la mayoría de los casos curativo.

CONCLUSIÓN:

Se trata de una patología infradiagnosticada por su escaso conocimiento. El objetivo debe ser disminuir las secuelas neurológicas reduciendo el efecto de masa, hipertensión y sangrado de vasos afectados. Es interesante conocer dicha asociación en angiomas extensos que tengan distribución metamérica ya que pueden asociar una malformación vascular espinal que seguro se pondrá de manifiesto al final de la infancia.

NEUROCISTICERCOSIS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PRIMER EPISODIO CONVULSIVO EN LA INFANCIA. SERIE DE CASOS

Diomedi L.¹; Serrano Redonnet C.²; Sosa G.³; Kadi S.⁴; Abramovich N.⁵

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN^{1 2 3 4 5}

<ludiomedi@gmail.com>

POB
043

INTRODUCCIÓN:

La neurocisticercosis es la infección por helmintos más frecuente del sistema nervioso, endémica en América Latina, Asia y África. La prevalencia en nuestro país es de 0.01%. Es provocada por la larva *Taenia solium* (*Cysticercus cellulosus*). Se adquiere por contacto fecal oral. Las manifestaciones clínicas son convulsiones, signos de foco, hipertensión endocraneana y deterioro cognitivo. El diagnóstico se hace en base a datos clínicos, neuroimagen y serologías.

OBJETIVOS:

Sospechar neurocisticercosis frente a pacientes con primer episodio convulsivo y epidemiología compatible.

RESUMEN:

Caso 1: paciente masculino, 17 años de edad, oriundo de Bolivia. Consulta por crisis tónico-clónica generalizada. Se realizó laboratorio (normal), TAC de cerebro con/sin contraste (imágenes calcificadas de 6 y 3 mm que impresionan secuelas de procesos infecciosos), EEG (patológico), RMN de SNC con/sin gadolinio (imagen isoíntensa en T1-T2 con edema en región frontal derecha y parietal izquierda, con tinción en anillo post contraste). IgG suero *Taenia solium* (negativas). Recibió carbameceptina, dexametasona y albendazol con buena evolución clínica.

Caso 2: Paciente femenino, 15 años de edad, oriunda de capital federal. Consulta por cefalea temporoparietal izquierda de un mes de evolución asociado a crisis tónico clónica generalizada. Antecedente de viaje a zona

rural de Bolivia 10 años atrás. Se realizó laboratorio y EEG (normal), RMN de cerebro (imagen focal parietal izquierdo con halo periférico y edema vasogenico). Se medicó con oxcarmaceptina y metilprednisona. ELISA para cisticercosis: POSITIVO. Recibió albendazol con buena evolución clínica.

CONCLUSIÓN:

Los casos pediátricos de cisticercosis reportados son oriundos de países limítrofes o del interior del país, es importante estudiarlo como diagnóstico diferencial en pacientes inmuno-competentes que debutan con convulsiones. El antecedente familiar y/o viaje a zona endémica es relevante hasta 10 años previos. Las serologías tienen bajo rendimiento; ELISA (sensibilidad 44-74 %) contra Western blot (sensibilidad 90 %). Las TAC o RMN son características y junto con la epidemiología avalan para comenzar tratamiento con antiparasitarios. Siempre con protección anti comicial, dado el riesgo de ruptura de quistes comenzado el tratamiento.



USO DE INTERNET EN NIÑOS ENTRE 4 Y 11 AÑOS

Sancilio A.¹; Albiol P.²; Cardozo A.³; Dueñas K.⁴; Fumagalli M.⁵; Merchert G.⁶; Szathmary A.⁷; Suwezda A.⁸

HIGA EVITA LANUS^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<andreasancilio@yahoo.com.ar>

RPD
044

INTRODUCCIÓN:

Internet es uno de los avances tecnológicos más importantes que ha modificado el modo de relación entre las personas, convirtiendo a las redes sociales en una plataforma de interacción, difícil de supervisar.

Si bien los padres advierten a sus hijos sobre determinadas conductas riesgosas en la vida cotidiana, como no dar información a extraños, controlar con quienes juegan o que programas de televisión miran, no sucede lo mismo cuando se trata de internet.

OBJETIVO:

-Documentar la percepción que poseen los padres a cerca del uso de internet en niños.

-Detectar el fácil acceso a la red que tienen los menores en la actualidad.

- Determinar el grado de supervisión que presentan los menores frente al uso de internet.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional y descriptivo, mediante 279 encuestas realizadas por internet a padres de niños de 4 a 11 años desde el 1º de febrero al 30 de marzo de 2015, constaban de 30 preguntas de opción múltiple y se analizó el uso de internet por los niños. Con el objetivo de evaluar los cambios acontecidos estos últimos años, debido a la mayor accesibilidad a internet y el mayor uso de redes sociales, se realizó una comparación con una encuesta validada realizada por la SAP en el 2009.

RESULTADOS:

Se analizaron 279 encuestas, abarcando 383 niños, con una edad media de 7 años. El 73.8% de los encuestados residen en el Gran Buenos Aires, el 87.1% fueron respondidas por madres y el 12.9% por padres. La edad promedio en la que comienzan a utilizar internet es de 5 años.

El 15.8% posee solo un dispositivo con conexión, mientras que el 62% posee tres o más; en el año 2009 el 77% poseía solo una computadora. El 39.8% se conecta además a través de teléfono celular.

El 100% de los niños utilizan la red para entretenimiento, solo el 30% con fines educativos. La red social más utilizada fue You tube (36.6%).

El 52.7% de los padres aplica filtros de contenidos para niños, en el 2009 los aplicaba el 29 %.

Un 60,9% refiere haber siempre un adulto responsable supervisando, en el 2009 lo hacía un 53%. El 59,1% conversar con sus hijos acerca de las actividades en línea, sin diferencias con lo descrito en el 2009.

El 7.2% de los niños informó alguna experiencia desagradable ocurrida durante la navegación en la web, significativamente menor al 26 % registrado en el 2009. El 10% establecieron citas por internet, mientras que en el 2009 lo hicieron el 47%.

El 45.4% de los padres al igual que en el 2009, asienten que deberían supervisar con mayor énfasis el uso que sus hijos hacen de internet, a pesar que en 83,1% refieren que existen reglas de uso en su hogar.

CONCLUSIONES:

Se observó un inicio muy temprano en el uso de internet, aumento del número de dispositivos disponibles en los hogares, mas uso de filtros y supervisión de los padres, pero un alto porcentaje de los niños se conecta a través de celulares siendo muy difícil su control. Encontramos menos citas concretadas y experiencias desagradables.

Con el advenimiento de los avances tecnológicos, los pediatras tenemos la responsabilidad de aconsejar a los padres, siendo muchas veces difícil acortar la brecha generacional que plantea la nueva tecnología, pero necesario para el uso correcto de este tipo de herramientas, previniendo riesgos asociados al uso de web.

A PROPÓSITO DE UN CASO: HANTAVIRUS EN PEDIATRÍA, DE LA EPIDEMIOLOGÍA AL DIAGNÓSTICO

Weber F.¹; Arredondo C.²; Caggiano M.³

HOSPITAL ZONAL DE ESQUEL^{1 2 3}

<fla_fla77@hotmail.com>

POB
045

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad por hantavirus es una zoonosis emergente, causada por virus ARN de la familia *Bunyaviridae*. Se transmite a través de vectores biológicos, los roedores silvestres de la familia *Muridae*, reportándose incluso casos de transmisión interhumana.

OBJETIVO:

Descripción de un caso ocurrido en nuestro hospital a partir del cual se desprende la importancia de la epidemiología para el diagnóstico temprano y la prevención adecuada.

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo femenino de 3 años de edad, oriunda de Carrenleufú, con vacunación completa para la edad. Abuelo fallecido por hantavirus 15 días previos. Consulta por cuadro febril de 4 días de evolución asociado a dolor abdominal, odinofagia, fauces congestivas, exantema en torso y cuello, y mialgias; por lo que realizó 48hs de tratamiento antibiótico con amoxicilina, sin mejoría.

Se realiza primer laboratorio de control, dentro de parámetros normales (plaquetas 116000/mm³). Se repite a las ocho horas encontrándose plaquetopenia (55000/mm³).

Rx de tórax sin particularidades al ingreso y con infiltrado intersticial difuso, bilateral, al momento de la derivación.

La paciente se deriva a centro de mayor complejidad, con diagnóstico probable de enfermedad por hantavirus. El mismo se confirma por serología, siendo positiva para la variedad Andes.

CONCLUSIÓN:

Existen pocos virus zoonóticos de animales silvestres que causen enfermedades en humanos que tengan tan amplia distribución geográfica, tal como la de los miembros de este género.

Resulta indispensable conocer las áreas de transmisión, los factores de riesgo y la investigación epidemiológica de contactos. Solo de esta forma se puede realizar un buen diagnóstico ante una sospecha clínica y realizar posteriormente un tratamiento específico. Siendo la única forma de controlar la enfermedad, la prevención.



STROKE NEONATAL: A PROPOSITO DE UN CASO

Masachessi L.¹; Cardetti M.²; Brezigar A.³; Verges E.⁴; Vergara M.⁵; Cantisani M.⁶; Cáseres H.⁷; Falco Ferreira M.⁸

CLINICA Y MATERNIDAD CERHU^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<lauramasachessi@yahoo.com.ar>

RPD
046

INTRODUCCIÓN:

Stroke Neonatal, episodio hemorrágico o trombotico focal isquémico que se presenta entre el trabajo de parto que lleva al nacimiento y los 28 días de vida. En el cerebro del neonato a término el Accidente Cerebro Vascular puede presentarse como infarto arterial isquémico, trombosis seno venoso, hemorragia por lesión vascular o neoplásica. Los factores de riesgo son: 50% complicaciones del embarazo/trabajo de parto: RPM, prolongación de la segunda fase del trabajo de parto, traumatismo, cardiopatías congénitas, cateterismo de la vena umbilical y ECMO. Entre las causas fetales de ACV neonatal las Trombofilias merecen especial atención

OBJETIVO:

Presentación de un paciente con convulsión con posterior diagnóstico de Stroke Neonatal

CASO CLÍNICO

Niña de 17 días de vida, con episodios de movimientos clónicos focalizados en miembro superior derecho, ingresa a guardia y se interna en UTI Neonatal, Al ingreso se indica Fenobarbital dosis de ataque y mantenimiento.

ANTECEDENTES PERINATALES:

RNT/PAEG, (38-3230) Nacida por cesárea, embarazo controlado, Serología y Streptococo B Negativos, Sin antecedentes patológicos de importancia y alta hospitalaria 36 hs. de vida

Hemocultivos Negativos, Orina: Sedimento y Urocultivo Normal, LCR Cultivo y PCR Herpes Negativo (Tratamiento con Aciclovir hasta PCR Herpes).

RNM y Angioresonancia de Cerebro: Foco Hemorrágico Frontoparietal izquierdo, heterogéneo, impresiona contacto con vaso sanguíneo. Se deriva a centro de mayor complejidad con diagnóstico presuntivo de MAV vs Tumor Cerebral.

TAC y Angio TAC evidencian sistema venoso y arterial normal, se evalúa RNM por especialistas en Neuroimágenes, Neurocirugía y Neurología quienes descartan Cavernoma y confirman diagnóstico de STROKE NEONATAL, INFARTO HEMORRÁGICO. Hematología conducta expectante y estudio de trombofilias en segundo tiempo. Egreso hospitalario con control clínico y tratamiento con Fenobarbital.

CONCLUSIONES:

El ACV neonatal es producido por una gran cantidad de patologías y aunque los eventos se analizan y estudian cada vez mejor, los datos y conocimientos actuales son todavía limitados. Hay pocos estudios sobre Stroke Fetal por lo que se desconoce la incidencia de ACV Fetal, en tanto el ACV Neonatal la incidencia es de 17/93 casos cada 10000 Nacidos Vivos. Los hallazgos más comunes son: Lesiones únicas que comprometen la circulación anterior y hemisferio izquierdo. El conocimiento de este espectro de lesiones, se ve complicado por la falta de consenso respecto a la terminología de los episodios Cerebrovasculares que se producen durante el periodo Fetal y Neonatal. No existe tratamiento definitivo para el ACV, debido a que el diagnóstico tardío limita esa posibilidad. La mayoría tienen déficit neurológico y 1/3 desarrollo Parálisis Cerebral

NEURITIS ÓPTICA EN NIÑOS SANTAFESINOS

Mathey M.¹

HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA¹

<marinamathey@hotmail.com>

POB
047

INTRODUCCIÓN:

La neuritis óptica es la inflamación idiopática del nervio óptico. Si bien es una patología de baja frecuencia en pediatría, presenta gran importancia el conocer sus formas de presentación clínica, dado que un diagnóstico y tratamiento oportunos, mejora la evolución, previniendo la ceguera.

OBJETIVO:

Describir una serie de casos, analizando variantes de presentación clínica, resultados en los exámenes complementarios y evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, retrospectivo, de serie de casos sucesivos en niños menores de 15 años internados en nuestro hospital desde Enero de 2006 a Julio de 2014.

De los 10 casos, uno se excluye por falta de acceso a la historia clínica.

RESULTADOS:

De los 9 pacientes, 5 fueron femeninos y 4 masculinos. La edad media de presentación de 11.2 años (r: 8-14 a). El 100% de ellos manifestaba disminución de la agudeza visual, siendo bilateral en el 33%.

En 6 de los 8 fondos de ojo realizados se observó papilitis.

2 de 8 RMN mostraron hiperintensidad del nervio óptico en T2.

6 de 7 potenciales evocados visuales informaron alteración en la conducción.

Se buscaron BOC en LCR en 4 pacientes, siendo estas negativas.

El 100% de los niños realizó corticoterapia en pulsos, con mejoría clínica y de la agudeza visual en todos ellos.

Las recaídas se observaron en 4 de 9; 2 de ellos evolucionaron a Enfermedad de Devic (neuritis óptica asociada a mielitis).

CONCLUSIÓN:

Al igual que la bibliografía, la mayoría de los casos se presenta en mujeres de 11 años; siendo el motivo de consulta más frecuente la disminución de la agudeza visual unilateral, con edema de papila en el fondo de ojo. En los pacientes que realizaron potenciales evocados, se observa la disminución de conductancia nerviosa.

Pese a que el informe de la RMN no fue concluyente para diagnóstico de neuritis en nuestro trabajo, por disponer de equipamiento de bajo campo (0.35T), se arribó al diagnóstico de neuritis óptica retrobulbar mediante este método, en un paciente que no presentaba papilitis en el fondo de ojo.

Los pacientes presentaron adecuada respuesta al tratamiento con corticoides en altas dosis.

A pesar de los pocos casos, a diferencia de la bibliografía se encontró un alto número de recidivas.



MENINGOCELE SACRO ANTERIOR PRESENTACION DE UN CASO

Palmerio L.¹; Pensa P.²; Blanco A.³; Raitano P.⁴; Ajler G.⁵; Barbagallo M.⁶; Kunzi A.⁷; Tuccillo P.⁸

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

<lihuel_pal@hotmail.com>

RPD
049

INTRODUCCIÓN:

El meningocele sacro anterior es una rara forma de disrafismo espinal, localizado en el espacio presacro extraperitoneal. Generalmente es asintomático y suele presentarse como una pequeña masa pélvica.

OBJETIVO:

Exponer un caso poco frecuente de meningocele anterior para incluir en los diagnósticos diferenciales de masa abdominal.

Población: paciente de sexo femenino de 9 años de edad, con antecedente de resección y anastomosis recto sigma por megasigma y ano anterior a los 3 años de edad.

Ingresa para exéresis de tumor quístico abdomino-pelviano, durante el postoperatorio en sala pediátrica comienza con cefalea durante la sedestación y debito hemático por drenaje de sitio quirúrgico que, posteriormente, es líquido claro y abundante (500 ml/día), con estas características se envía para análisis, corroborando la presencia de líquido cefalorraquídeo. Se reevalúa al paciente con servicios de cirugía y neurocirugía y, ante la sospecha de meningocele anterior, se realiza RNM que confirma el diagnóstico.

Se programa nueva cirugía para corrección del defecto. Ingresa a UTIP donde permanece en posición de Trendelenburg con antibióticos (metronidazol, gentamicina y ceftriaxona),

Material y métodos:

Al ingreso se realiza: hemograma, coagulograma, orina completa, TAC abdomen-pélvis. En internación: Resonancia Magnética y TAC.

RESULTADOS:

GB4400 (42/40) Hb13, 3 HTO41 plaquetas 211000 quick84% kptt42s; orina completa normal, TAC abdomino-pelvíca: formación hipodensa de bordes netos que se extiende hacia el fondo de saco de Douglas por detrás de la vejiga. RMN se evidencia médula anclada. Se interviene neuroquirúrgicamente con reparación de fistula de líquido cefalorraquídeo y ligadura del saco por vía posterior. Durante el postquirúrgico evoluciona adecuadamente. Se arriba al diagnóstico de síndrome de Currarino.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Currarino se define como una agenesia sacra parcial asociada con una masa presacra y una malformación ano rectal. Siendo una patología de baja frecuencia, es importante su reconocimiento para evitar un mal abordaje en el tratamiento.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Lamberti F.¹; Pensa P.²; Farina M.³; Raitano P.⁴; Fuentes K.⁵; Manini P.⁶; Tuccillo P.⁷

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO¹²³⁴⁵⁶⁷

<floppi.lamberti@hotmail.com>

RPD
050

INTRODUCCIÓN:

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad de base genética y patogenia autoinmune de evolución crónica. Si bien es una afección de baja prevalencia en niños y adolescentes, 20-30% se inician en esta etapa de la vida. Su reconocimiento, tratamiento precoz y adecuado mejoran el pronóstico de esta enfermedad multisistémica.

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de la enfermedad de LES, y resaltar la importancia de su abordaje precoz y multidisciplinario.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Hemograma. Perfil reumatológico. Hemocultivos *2, tac de tórax y abdomen. Biopsia pleural, ppd, serologías, sedimento urinario, orina 24 hs.

POBLACIÓN:

Paciente de 14 años derivado del hospital Dr. Fernando Barreyro de Posadas, Misiones. Con Diagnóstico de síndrome febril y poliserositis (derrame pleural bilateral y derrame pericárdico) en estudio con hipoxemia, acompañado de adinamia, astenia y anorexia con pérdida de peso.

RESULTADOS:

Se realiza tac de tórax y abdomen donde se constata derrame pleural y derrame pericárdico. Se decide realizar toracentesis diagnóstica con líquido pleural inflamatorio y cultivos negativos. Perfil reumatológico: FAN positivo 1/1280 homogéneo, anti DNA positivo 1/640, hipergammaglobulinemia y c3 -c4 bajos. Orina completa con hematuria ++++ y

proteinuria 832 mg/24hs. Ex físico: paciente en regular estado general, con requerimiento de oxígeno con máscara simple. Adelgazado con lesiones purpúricas palpables en dorso de muslos. Presenta artralgias de grandes articulaciones sin signos de inflamación ni de impotencia funcional. Ausencia de murmullo vesicular hasta vértices pulmonares con matidez a la percusión. Luego de resultados de perfil reumatológico se interpreta como LES; comienza con pulsos de metilprednisolona 1gr 3 dosis. Con mejoría clínica y radiológica, sin requerimientos de oxígeno suplementario. Luego del tratamiento se realiza nuevo control de orina con proteinuria empeorada de 2280 mg/24hs por lo que comienza con esquema de ciclofosfamida 700mg. Se decide realizar biopsia renal que arroja: Nefritis lúpica clase IV-G, índice de actividad 16/24; índice de cronicidad 1/12.

CONCLUSIÓN:

La nefritis lúpica (NL) es una enfermedad con elevada morbilidad y mortalidad en pacientes con LES. Se jerarquiza la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento adecuado por equipo multidisciplinario para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.



DERMATOMIOSITIS INFANTOJUVENIL. REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS

POB
051

Rispolo Klubek D.¹; Battagliotti C.²; Mathey M.³

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

<danirispolok@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria idiopática del músculo y la piel, incluida dentro de las miopatías inflamatorias adquiridas. Es un raro trastorno, con una incidencia de 1 a 3,2 casos por millón. Un tratamiento oportuno limita el daño y reduce las secuelas.

OBJETIVO:

Analizar las manifestaciones clínicas y alteraciones del laboratorio, la evolución y respuesta al tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS/ POBLACIÓN:

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes con diagnóstico de Dermatomiositis juvenil entre 1993–2014.

RESULTADOS:

Se incluyeron 10 pacientes femeninas, con mediana de edad de 8 años (r: 3-13 años) y latencia entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de 3 meses (r: 0-2 años). Con seguimiento promedio de 2 años.

Motivo de consulta más frecuente: edema generalizado y cambios cutáneos.

La debilidad muscular fue progresiva (cuello, cintura escapular y pelviana) acompañada de mialgias en los 10 casos, con compromiso deglutorio y disfonía en 2 pacientes.

Rash en heliotropo y malar y pápulas de Gottron en todas. Cambios capilares del lecho ungueal y borde de párpados en 7. Rash en alas de mariposa y fotosensible en escote en "V" en 2. Úlceras en 3 y 1 livedo reticularis asociado a fenómeno de Raynaud. En la evolución 1 agregó lipodistrofia. Un 60% presentó fiebre, 50% artritis, 40% compromiso pulmonar, 30%

dolor abdominal con melena en el 10%. Compromiso cardíaco y calcificaciones 20%.

Aumento de VSG en 90%, hipergamaglobulinemia 70% y FAN+ 30%. Déficit de IgA y C4 asociados en 1 de ellas.

Anticuerpo antisintetasa negativo en las 3 realizadas.

Enzimas musculares elevadas en el 100%, a predominio de CPK.

EMG con patrón miopático en 8. RMN con compromiso muscular en 2. Biopsia muscular compatible en el 80%.

Todas recibieron esteroides (pulsos y mantenimiento), metrotexato e hidroxiquina. Un 80% requirió gamaglobulina EV por el grave compromiso.

Remisión en el 70% con 1 forma refractaria al tratamiento convencional e inmunomoduladores. Otra evolucionó a esclerodermia.

CONCLUSIÓN:

Esta serie cumplía con los criterios de Bohan y Peter al diagnóstico y comparte los hallazgos descriptos en la literatura.

La mayoría llegaron gravemente comprometidas, confundiendo el edema y los cambios cutáneos con cuadros alérgicos, siendo la debilidad muscular más tardía.

El órgano más comprometido fue el pulmón.

La evolución favorable coincide con el corto tiempo de latencia entre el inicio de síntomas y el tratamiento oportuno. De allí, la importancia del diagnóstico precoz de esta enfermedad.

CUANDO LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE NO ES SUFICIENTE PARA CONTENER A UNA FAMILIA NEGADORA, LA CALIDAD DE VIDA SE VE AFECTADA. FACTORES CONCLUYENTES PARA EL DIAGNÓSTICO TARDÍO EN ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS(FQP)

RPD
054

Goldberg C.¹; Aybar Lobo P.²; Castillo A.³; Fernandez L.⁴; Poliszczuk B.⁵; Ursino F.⁶; Bail N.⁷; Pozo F.⁸; Freire N.⁹; Forman P.¹⁰;

Ausilio G.¹¹; Muñecas M.¹²; Salocha M.¹³; Alais E.¹⁴; Britze A.¹⁵; De Sousa Serro R.¹⁶

HTAL ARGERICH^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16}

<carolinagoldberg@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La FQP es una enfermedad crónica y hereditaria caracterizada por una importante pleiotropía, y dependiendo del gen/ o genes mutados, fenotípicamente se expresa en forma diferente. Afecta el aparato respiratorio, páncreas y el riñón. La sospecha clínica, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno determinan el pronóstico. El diagnóstico y tratamiento tardío aumentan la morbi-mortalidad. Es importante la información, educación con respecto a la enfermedad, al paciente y su familia, y la contención familiar del equipo multidisciplinario. Es primordial que el pediatra haga un diagnóstico del entorno familiar, porque podemos encontrarnos ante una familia negadora, que muchos años antes tuvo la oportunidad de arribar a un diagnóstico y por diferentes motivos no se logró.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 16 años, consulta por presentar dificultad respiratoria y febril de 39°C. RNT, PN 2.900Kg. No refiere internaciones. Broncoespasmos desde los 3 meses de vida, en seguimiento y tratamiento con neumonología y pediatras. Trae Rx de senos paranasales (opacificados), TAC de tórax (bronquiectasias). Ordenes para realizar 2 test de sudor que no realizo. NAC a los 3 y 15 años. Adenotomía a los 9 años.

EXAMEN FÍSICO:

Peso 41.5kg (<P3) Score z -2.43, Talla 1.65cm (25-50), IMC 15.25 (<3) Facies peculiar, estrías en miembros inferiores, escoliosis, pectus carinatum, dedos en palillo de tambor. FR 28 x', hipoventilación generalizada, rales a

predominio en bases pulmonares, buena mecánica ventilatoria, FC 120 x'. Evolución y exámenes complementarios: registros febriles intermitentes, desmejoría clínica, taquipnea, taquicardia, regular mecánica ventilatoria, aumento de requerimiento de oxígeno y esputo + (Pseudomona), HC x 2- . Tratamiento con Piperacilina tazobactam, Ceftazidima. Esputo control positivo para pseudomona. Test del sudor +. Espirometría con obstrucción severa al flujo aéreo. Se realiza 2º test del sudor, Elastasa, alfa 1 antitripsina, antitransglutaminasa IgA Total, Van de Kamer. Seguimiento con especialista en FQP, Genética. AKR, nutrición. Egreso hospitalario con Dieta hipercalórica, suplementos vitamínicos, Fluticasona + Salmeterol, Acemul, Enzimas pancreáticas.

CONCLUSIÓN:

La FQP es una enfermedad que altera la calidad de vida. El tratamiento adecuado y el seguimiento estricto favorecen la sobrevida. Lo convalidante es por la función respiratoria que dependiendo del contexto familiar y el apego al tratamiento puede ir empeorando rápidamente o lentamente. El tratamiento es de alto costo y es a lo largo de la vida. Requiere de un equipo multidisciplinario, y el cumplimiento depende del grupo familiar. Genera dudas de pensar si el paciente y su madre cumplieran con todo esto teniendo en cuenta que tuvo posibilidades de llegar a un diagnóstico años atrás y no lo hizo. Nos planteamos el hoy por hoy de la consulta pediátrica. De porqué habrán pasado por tantos médicos sin lograr un seguimiento adecuado. Durante la internación se trabajó a nivel de psicopatología, esperando que en esta hospitalización se logre el cambio hacia el tratamiento.





ENFERMEDAD DE MOYA MOYA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO EN UNA NIÑA DE DIECIOCHO MESES DE EDAD

RPD
055

De Carli D.¹; Firpo M.²; Lovrics C.³; Parenza P.⁴; Checcacci E.⁵

CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1,2,3,4,5}

<norbertodecarli@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION:

La enfermedad de Moya Moya es una vasculopatía progresiva, caracterizada por la estenosis u oclusión de la porción supraselar de la arteria carótida interna y principalmente de la cerebral media y anterior. La sintomatología en los niños, consiste en episodios isquémicos, que se manifiestan fundamentalmente por déficit motor y convulsiones de aparición súbita. El diagnóstico se efectúa por angiografía digital, que muestra los vasos estenosados u ocluidos con infartos cerebrales y vasos de neovascularización (moyamoya).

OBJETIVOS:

Presentación de un caso clínico de Enfermedad de Moya Moya internado en la Clínica del Niño de Quilmes en agosto de 2014.

DESCRIPCIÓN:

Paciente de 18 meses de edad, sexo femenino, que ingresa por hemiconvulsión izquierda afebril, cuadro que repite en tres ocasiones durante las primeras 24 hs, quedando con una hemiparesia homolateral. Se medica con anticonvulsivantes y se efectúa TAC cerebral que informa edema cerebral asimétrico y ventriculomegalia. En el LCR, el citoquímico, bacteriológico, PCR para herpes y enterovirus y bandas oligoclonales, fueron normales.

El octavo día de internación presenta un status convulsivo, por lo que se refuerza la medicación anticonvulsivante y e ingresa en ARM, permaneciendo en esta situación durante tres semanas, quedando con secuelas neurológicas y traqueostomía.

Se realizó una RMI de encéfalo que mostró imágenes parcheadas bilaterales nuevas y viejas con compromiso de los núcleos de la base izquierdos compatibles con isquemia. Se descartó MELAS por estudio molecular específico.

El 4 de noviembre, se realizó RMI de cerebro con difusión, espectroscopía y angiorrsonancia de vasos encefálicos que mostro disminución del calibre de las arterias cerebral anterior y media y del polígono de Willis, hipoperfusión del sector anterior del cerebro y algunos vasos de neoformación, imágenes compatibles con Enfermedad de Moya Moya. Actualmente se encuentra medicada con anticonvulsivantes, Aspirina como antiagregante y Baclofeno como miorelajante. Debido al rechazo de sus padres, no se efectuó tratamiento quirúrgico..

CONCLUSIÓN:

A pesar de su baja frecuencia en nuestro país, la Enfermedad de Moya Moya debe ser sospechada en un niño que presente sucesivos episodios de ACV Isquémicos. Su diagnóstico se confirmará por Angioresonancia o Angiografía Digital y pese a su mal pronóstico el paciente puede beneficiarse de la terapia antiagregante o anticoagulante o de una cirugía de revascularización.

CRANEOSINOSTOSIS: IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ

RPD
056

Bertani C.¹; Falk J.²; Nakayama N.³; Serrano D.⁴

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

<gabrielabertani@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las craneosinostosis (CS) son un grupo de Alteraciones del Desarrollo Neural que se caracterizan por el cierre prematuro de una o varias suturas craneales. Se asocia con patrones bien reconocidos de deformidad en el cráneo o en la cara y en ocasiones alteraciones clínicas y de la función. Es un defecto relativamente común al nacer, con una incidencia de 1/21.000 a 1/25.000 niños.

OBJETIVO:

Reportar un caso de CS Multisutural Congénito (a descartar Sme de Crouzon), la importancia del diagnóstico prenatal y la Identificación etiológica, para el adecuado asesoramiento genético familiar.

Es necesario diferenciar las CS verdaderas de las deformidades posicionales, ya que las primeras requieren tratamiento quirúrgico temprano.

CASO CLÍNICO:

El 06/02/2014 nace un Niño de término de peso adecuado para la edad gestacional: 38 semanas, peso de nacimiento: 2820 grs. (percentilo 10-25), Talla: 47 cm(percentilo 3-10), Perímetro Cefálico: 30,5 cm (percentilo < 3), de sexo masculino, por parto vaginal, cefálico, líquido amniótico claro, RAM, Apgar 7/9, al examen físico se constatan malformaciones craneales, faciales y auditivas, que no requirió complejidad de terapia intensiva. El egreso hospitalario fue el 12/02/14 a su domicilio, con fecha para cirugía programada.

Se realizaron luego del nacimiento estudios complementarios: RX de cráneo, Eco. Abdominal y Cardíaca, TAC y Fondo de ojos.

Se efectuaron las Interconsultas con Neurología y Cardiología en nuestro Hospital y con Neurocirugía en el Hospital Ricardo Gutiérrez.

CONCLUSIÓN:

El cierre prematuro de las suturas craneales produce alteraciones en el desarrollo del Encéfalo (retraso mental, alt. auditivas, oculares, convulsiones, Hidrocefalia.

El Objetivo fundamental del Tratamiento es funcional, es decir, restablecer la capacidad (continente de la cavidad craneal), para prevenir las alteraciones.

El Tto. de la mayoría de los pacientes con CS es Quirúrgico, realizado en forma precoz

El paciente fue derivado en forma temprana al centro Neuroquirúrgico para su Tto.

La anomalía ligada a la CS se enfocada a un único defecto genético. Los síndromes craneofaciales actualmente se clasifican de acuerdo con las alteraciones moleculares.

El paciente tuvo una evolución favorable postquirúrgica y continúa su seguimiento ambulatorio.



SANGRADO ORONASAL EN EL LACTANTE

Hernandez L.¹; Aramayo L.²
HTAL ZONAL BARILOCHE^{1,2}
<lauhernandez@yahoo.com.ar>

RPD
058

La sofocación es reconocida como causa de muerte en la infancia. Es difícil de observar y de explicar, cuando la muerte no es el final del evento, que es lo que sucede en el organismo.

La presencia de sangrado oral o nasal, que ocurre cuando la vía aérea superior se obstruye y es liberada en un período corto de tiempo, debe hacer sospechar a la sofocación como causa.

Ante esta situación debe investigarse la presencia de edema y/o hemorragia pulmonar. Este cuadro es generado por la presión negativa intratorácica durante el esfuerzo ventilatorio, resolviéndose en 24-48 hs. El objetivo de la presentación es describir un caso clínico que permita facilitar el reconocimiento y la comprensión de las manifestaciones halladas en presencia de obstrucción repentina de la vía aérea.

Se reporta el caso de un lactante de 6 meses de edad, que sufre episodio asfíctico agudo accidental, con sangrado nasal y edema agudo hemorrágico de pulmón.

Se estudió con Rx de tórax y TAC pulmonar. A las doce horas del ingreso presentó recuperación clínica y a las 36 hs desaparición de las imágenes radiológicas.

CONCLUSIONES:

La evidencia de sangrado oral o nasal en un lactante previamente sano, que presenta esfuerzo ventilatorio repentino, puede ser manifestación de edema agudo hemorrágico causado por obstrucción aguda de la vía aérea. Dicho edema se resuelve espontáneamente entre 12 a 24 hs, lo que permite diferenciarlo de otras causas.

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y SINDROME DE BURNOUT LUEGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ESPACIOS DE CONTENCIÓN EN RESIDENTES DE PEDIATRÍA

Moreno E.¹; Piera L.²; Tollí A.³; Puri E.⁴; Llano López L.⁵
HOSPITAL NOTTI^{1,2,3,4,5}
emiliamoreno77@hotmail.com

RPD
059

INTRODUCCIÓN

El síndrome de *burnout* (SB) es un trastorno adaptativo crónico asociado a un afrontamiento inadecuado a las demandas psicológicas del trabajo, que altera la calidad de vida de la persona y afecta la prestación de servicios médicos asistenciales. Presenta tres dimensiones: Alto nivel de agotamiento emocional (AE), alto nivel de despersonalización (DP) y baja realización personal (RP).

OBJETIVO

Demostrar el efecto de la implementación de espacios de contención (Actividad física reglada y terapia psicológica grupal) dentro del programa de residencia de clínica pediátrica sobre el SB y parámetros de calidad de vida.

POBLACIÓN

Residentes de clínica pediátrica de 1er a 3er año durante los años 2014 y 2015 del Hospital H. Notti de Mendoza

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, analítico, de casos y controles. Período febrero 2014 a febrero 2015. Hospital Pediátrico H. Notti. Se utilizó encuesta semiestructurada para determinar variables de calidad de vida, factores sociodemográficos y laborales, asociado al cuestionario Maslach Burnout Inventory. Se compararon resultados de encuestas realizadas antes de la implementación de espacios de contención y 11 meses posteriores al mismo.

RESULTADOS

67,39% presentó altos niveles de agotamiento emocional. 54,35% presentó altos niveles de despersonalización. 43,48% presentó bajos niveles de realización personal.

Residentes de segundo año 2015 luego de la intervención: Menor nivel de AE $p=0,0013$ (IC 95% 5,328 a 19,86). Menor nivel de DP $p=0,0193$ (IC 95% 0,795 a 8,397). Disminución de los niveles de RP $p=0,0005$ (IC 95% 1,89 a 10,20).

Residentes de tercer año 2015 luego de la intervención: Menor nivel de AE $p=0,0008$ (IC 95% 3,81 a 13,31). Disminución de los niveles de RP $p<0,0001$ (IC 95% 6,17 a 13,12).

Residentes de segundo año 2015 vs segundo año 2014: Menores niveles de AE $p=0,0006$ (IC 95% 5,988 a 19,79). Menores niveles de DP $p=0,043$ (IC 95% 0,17 a 9,79). Menores niveles de RP $p=0,0035$ (IC 95% 2,10 a 9,73).

Residentes de primer año 2015 vs segundo año 2014: Menores niveles de RP $p<0,0001$ (IC 95% 5,91 a 15,14).

En 2015, 12 casos de *burnout* (26%): 6 (50%) residentes de tercer año, 4 (33,33%) de segundo año y 2 (16,67%) de primer año.

CONCLUSIÓN

A pesar de no haber disminuido los casos de residentes con SB, la implementación de espacios de contención ha mejorado los niveles de despersonalización y agotamiento emocional en residentes de todos los años.



COSTO EFECTIVIDAD DEL USO DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTES INTERNADOS CON DIAGNÓSTICO DE BRONQUIOLITIS

POB
060

Opción a premio

Nosal P.¹; Navia M.²; Márquez P.³; Sanchez F.⁴; Delgado F.⁵; Lemos E.⁶; Vidal G.⁷; Martín H.⁸; Llano López L.⁹

HOSPITAL NOTTI^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<pgnosal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La bronquiolitis es la infección más común de vías aéreas inferiores en niños menores de 2 años. Aunque su diagnóstico es clínico, aún genera controversia la necesidad de realizar radiografía de tórax en forma rutinaria, con el fin de detectar posibles patologías asociadas, especialmente neumonía. Esto ha sido asociado a tratamientos innecesarios, mayores días de internación y mayores costos sanitarios.

OBJETIVOS:

Evaluar costo-efectividad de realizar radiografía de tórax versus no realizarla a todos los lactantes internados con sospecha clínica de bronquiolitis, tasa de diagnósticos erróneos y sus costos económicos, el costo y el impacto en el sistema de salud que generan las radiografías y la requerimientos hospitalarios por bronquiolitis.

POBLACIÓN:

Pacientes internados con diagnóstico de ingreso de bronquiolitis en el hospital pediátrico Dr. H. Notti en los meses de Junio a Agosto del año 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se efectuó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Los datos fueron obtenidos a partir de historias clínicas. Se evaluó la realización o no de radiografía de tórax dentro de las 48 horas de internación, así como el diagnóstico y tratamiento implementado. Posteriormente se comparó el diagnóstico radiológico a cargo del médico tratante vs médico especialista en radiología (Gold estándar). Verdaderos positivos: Diagnóstico

radiológico de neumonía realizado por médico tratante y por especialista. Falsos positivos: Diagnóstico radiológico de neumonía por médico tratante refutado por especialista. Verdadero negativo: Diagnóstico radiológico de bronquiolitis (ausencia de neumonía) por médico tratante y por especialista. Falsos negativos: Diagnóstico radiológico de bronquiolitis (ausencia de neumonía) por médico tratante refutado por especialista. Resultados: N= 110 pacientes. 81,8% presentó radiografía de tórax al ingreso hospitalario. El médico tratante diagnosticó neumonía en el 8,2%, en el resto de los pacientes (91,8%) la radiografía no modificó el diagnóstico ni la conducta tomada. Tasa de falsos positivos de 46,7% para diagnóstico de neumonía. Tasa de verdaderos negativos de 100% para bronquiolitis. Número necesario de pacientes a tratar (NNT)=25. El análisis elaborado reflejó un exceso de gastos por radiografías de US\$ 2.050 y por internación de US\$ 5.546,15.

CONCLUSIÓN:

La radiografía de tórax no demostró ser costo-efectiva en el diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis. Se realizaron diagnósticos radiológicos erróneos de neumonía en la mitad de los casos, con sus respectivos costos agregados.

Por los resultados obtenidos no se sugiere la realización en forma rutinaria de radiografía de tórax con pacientes con diagnóstico de bronquiolitis que requieren internación hospitalaria.

TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO EN SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE DOS HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

RPD
062

Dalla Dea M.¹; Corbelle R.²; Dechiara I.³; Echevarria C.⁴

HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS S. T. SANTAMARINA¹; HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR. DIEGO E. THOMPSON²;

HOSPITAL GRAL DE AGUDOS DR. J.A. FERNANDEZ³; HOSPITAL GRAL DE NIÑOS DR. P. DE ELIZALDE⁴

<Mdalladea@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El traumatismo encéfalo craneano (TEC) constituye una lesión por causa externa muy frecuente en pediatría. Las lesiones por causas externas representan la primera causa de mortalidad en niños mayores de 1 año. Algunos aspectos de la evaluación y el manejo de los pacientes pediátricos con TEC no cuentan con consenso universal.

OBJETIVOS

Describir características epidemiológicas de pacientes que consultaron por TEC en Pediatría de Urgencias del Hospital (Htal.) Gral. de Agudos Fernández, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Htal. Municipal Thompson, de Gral. San Martín, de la Provincia de Buenos Aires, entre Junio y Diciembre de 2014. Determinar la prevalencia según lugar y horario de ocurrencia, mecanismo lesional, signos y síntomas, gravedad del TEC, realización de estudios complementarios y hospitalización según la gravedad.

POBLACIÓN

Pacientes de ambos sexos, de 0 a 12 años y 11 meses atendidos en los hospitales mencionados, con TEC, del 01/06/14 al 31/12/14.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, cuali-cuantitativo. Recopilación de datos de 580 historias clínicas. Planilla de recolección de datos. Microsoft Excel 2010®.

RESULTADOS

N= 580 (Htal. Fernández N= 226, Htal. Thompson N= 354), 4% del total de consultas pediátricas. Sexo: Masculino 63%, Femenino 37%. Edad: 0 a 3 años 66%. Mecanismo lesional: Caída propia altura 58%, Mayor a propia altura 32%. Lugar de ocurrencia: Hogar 68%, Vía pública 21%, Institución educativa 11%. Según severidad: Leve 98%, Moderado 1%, Grave 1%. Realización de Rx Cráneo frente y perfil en TEC leve: 87% de pacientes, de los cuales el 83% eran mayores de un año, el 50% se encontraba asintomático y el 58% presentaba caída de propia altura. Destino: Alta 89%, Observación y alta 3%, Observación e internación 3%, Hospitalización 4%, Derivación 1%. No se registraron óbitos.

CONCLUSIONES

El TEC es una patología prevalente en pediatría. Más del 90% son leves, no requieren hospitalización ni estudios complementarios. El manejo de los pacientes con TEC leve es un desafío para el pediatra. Resulta necesario identificar factores predictivos de lesiones intracraneales en pacientes con TEC leve para optimizar la utilización de neuroimágenes y definir criterios de egreso hospitalario. La prevención primaria debe enfocarse principalmente en la educación de la familia y cuidadores de niños de primera infancia que representan el grupo más vulnerable.



MORTALIDAD INFANTIL 2013 EN LA REGION METROPOLITANA (RM) SAP. OBSERVATORIO DE LA SALUD DE LA RM

POB
063

Gleich S.¹; Luzzani C.²; Rodriguez Ponte M.³; Acuña M.⁴; Libanio A.⁵; Vazquez L.⁶

LANUSI ; REGION METROPOLITANA^{2,3,4,5,6}

<saulegleich@gmail.com>

El observatorio de la salud es un grupo de trabajo de la RM de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) creado para estudiar indicadores relacionados con la salud infantojuvenil. La RM esta compuesta por ciudad de Buenos Aires (CABA) y 24 municipios del conurbano divididos en 1er y 2º cordón o Zona sanitaria V (norte), VI (sur), VII (oeste) y XII (La Matanza). el primer cordón lo conforman losa municipios de V. Lopez, San Isidro, Avellaneda, Lanus Moron, San Martin, 3 de Febrero, Ituzaingo y Hurlingham. El 2º cordón San Fernando, Tigre, L. de Zamora, F. Varela, Berazategui, Quilmes, E. Echeverría, Ezeiza, A. Brown, La Matanza, Moreno, Merlo, J. C. Paz, M. Argentinas, y San Miguel.

OBJETIVOS:

Difundir la MI de la RM, Visualizar las tasas de los 25 municipios. Analizar los municipios de mayores tasas.

POBLACION:

Todas las defunciones de niños menores de 1 año denunciadas en la RM.

MATERIAL Y METODOS:

Se analizan las cifras oficiales de la MI y sus componentes difundidas por los ministerios de salud de Nación, PBA y CABA.

RESULTADOS:

La MI 2013 en la PBA fue de 10,98%, zona V 10,7%, zona VI 12,2%, zona VII 11,6% y zona XII 11,1%. Primer cordón 10,3% y 2º cordón 11,8%. CABA 8,9% y conurbano 11,5%. La Mortalidad NeoNatal

(MNN) en la PBA fue de 7,23%, zona V 7,3%, zona VI 8%, zona VII 7,7%, zona XII 7,3%, el 1er cordón 7% y el 2º 7,7%. CABA 6,5% y conurbano 7,6%. La mortalidad postneonatal (MPN) EN LA pba FUE DE 3,75%, zona V 3,4%, zona VI 4,2%, zona VII 3,9%, zona XII 3,8%. El primer cordón 3,3% y el 2º 4%. CABA 3,7%, conurbano 3,9%. La mortalidad fetal (MF) en la PBA 7,39%, zona V 7,3%, zona VI 7,9%, zona VII 8% zona XII 8,3%. La brecha es de 2,34 entre V Lopez 6,3% y Hurlingham 14,8%.

CONCLUSIONES:

La MI fue menor en CABA, que en el conurbano. Las menores tasas del conurbano corresponden a zona V y al primer cordón. La MNN del conurbano fue superior en todas las zonas y cordones que la de la PBA. En cambio en la MPN la zona V y el primer cordón fueron menores a la de la PBA. La brecha de 2,34 sigue mostrando un alto grado de inequidad en la RM.

ESTILOS DE VIDA, HÁBITOS DIETÉTICOS Y PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS

RPD
064

Cantisani M.¹; Cardetti M.²; Brezigar A.³; Solis M.⁴; Nolte N.⁵; Vergara M.⁶; Masachessi L.⁷; Cáseres H.⁸; Falco M.⁹

CLINICA Y MATERNIDAD CERHU^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<mbcantisani@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera que el sobrepeso y la obesidad infantil se han convertido en uno de los principales problemas de salud pública de siglo XXI.

El cambio de los patrones de alimentación y el estilo de vida ha generado un estallido mundial de la prevalencia de obesidad infantil.

Así como el sedentarismo es un factor clave en la reducción del gasto calórico que se ve reflejado en un aumento de tiempo frente al televisor, juegos pasivos y computadora agravándose por la crisis social y la inseguridad que limitan los espacios, descendiendo de forma manifiesta la actividad física.

OBJETIVO

Determinar la Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en niños de 5 a 12 años que concurren a consultorio pediátrico y la relación con la nutrición y actividad física

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional prospectivo con evaluación de los pacientes de 5 a 12 años que concurren a consultorio para control de salud en Clínica y Maternidad CERHU San Luis entre diciembre y abril 2015. Se pesaron y midieron y determino IMC y se clasifico Sobrepeso y Obesidad de acuerdo a las tablas de SAP. Hábitos Alimentarios y Actividad Física se midieron con el test rápido de Krecz Plus.

RESULTADOS

Se analizaron 250 pacientes, el 20% son Obesos y el 20% tiene Sobrepeso. El 23% sexo femenino presentó sobrepeso y solo el 10% obesidad, mientras que del sexo masculino el 18% mostró sobrepeso y el 27% obesidad. Sobre hábitos alimentarios puso en evidencia que 80,8% de los encuestados desayuna diariamente, un 40% lo hace solo con lácteo, 17% con

insumos de panadería y el resto con un lácteo asociado a insumos de panadería o cereales. Un 76% consume un segundo lácteo al día.

El 48% no consume fruta en forma diaria; un 64% consume una verdura fresca o cocida una vez al día y de ellos un 55% consume más de una verdura por día. Un 76% consume pastas u arroz casi a diario.

El consumo de golosinas fue de 62,8% y de comida chatarra más de una vez por semana de 62%.

En cuanto a las horas frente a la televisión y otros medios electrónicos: el 51,8% pasaba más de dos horas y solo el 6% menos de una hora.

El nivel de actividad física arroja que un 58,6% de los pacientes realiza menos de una hora por día. Y de cuatro horas o más solo el 17,2%.

Al procesar datos sobre nivel nutricional encontramos que un 62% tiene un nivel nutricional muy bajo y de estos un 55% presento un nivel bajo de actividad física con más de dos horas de televisión. En un 36,8% el nivel nutricional fue medio y en el 1,2% fue alto.

No hay diferencia en la prevalencia de Obesidad y Sobrepeso entre los niveles nutricional bajo y medio y los niños con nivel nutricional alto no presentaron ni Sobrepeso ni Obesidad. El porcentaje de Sobrepeso y Obesidad creció cuanto mayor era las horas de Sedentarismo y menor de Actividad Física.

CONCLUSIONES

Innumerables trabajos realizados ponen en evidencia alarmantes resultados sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad que afecta en nuestro país uno de cada cuatro niños. Las causas son múltiples y el impacto en la salud es a corto y largo plazo. De modo que se convierte en una realidad, nuestra realidad, que requiere un accionar multidisciplinario para garantizar el completo desarrollo del potencial físico y mental de la población pediátrica.





TUMORACIÓN FRONTAL INTERMITENTE.

Tomezzoli R.¹; Sabbaj L.²; Viola P.³; Scharodsky L.⁴

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

<silvanatomezzoli@hotmail.com>

POB
065

INTRODUCCIÓN:

El tumor inflamatorio de Pott es una complicación infrecuente de la sinusitis frontal caracterizado por tumefacción y edema interciliar secundario a absceso subperióstico por osteomielitis frontal

OBJETIVOS:

Destacar una complicación rara de una patología frecuente

MATERIAL Y MÉTODOS:

Descripción de caso clínico

CASO CLÍNICO:

paciente de 8 años con tumor intermitente interciliar de 1 mes de evolución asociado a cefalea y fiebre intermitentes, asumido en varias consultas como CVAS y luego con diagnóstico de sinusitis frontal y reacción alérgica recibe amoxicilina-clavulánico, corticoides y antihistamínicos por 10 días. Un mes después, por reaparición de la tumoración frontal, consulta en nuestro hospital donde al examen físico se evidencia: buen estado general, afebril, con cefalea leve y tumoración que abarcaba desde la zona interciliar hasta la inserción del cuero cabelludo, renitente, con ligero dolor, sin cambios en la coloración de la piel subyacente y edema bipalpebral. Se realiza TAC cerebral sin contraste que mostró imagen hipodensa con ligero refuerzo periférico, a nivel frontal en línea media compatible con colección. Subyacente a la misma, erosión de hueso frontal y ocupación del seno homónimo. Tumoración de partes blandas adyacentes. Ocupación de las celdillas etmoidales y el seno maxilar izquierdo. Con diagnóstico de empiema extradural y osteomielitis del frontal se

decide su internación en el servicio de neurocirugía.

Hemograma: Leucocitosis. Hemocultivos x 2 negativos.

Infectología: tratamiento con vancomicina, cefotaxime y amikacina endovenosa.

Se realiza RMN con contraste: imagen compatible con osteomielitis de la calota craneana a punto de partida de sinusopatía con absceso extradural y pequeño absceso subgaleal. Se realiza toilette quirúrgica con ectomía frontal.

Anatomía patológica confirma el diagnóstico. Cultivo del material quirúrgico: positivo para *Streptococo Viridans* sensible a Beta lactámicos. Luego de 28 días de tratamiento endovenoso, se externa para completarlo por vía oral y se programa la cirugía reparadora del hueso frontal, aproximadamente, luego de los 6 meses de finalizado el mismo.

CONCLUSIÓN:

Siendo la sinusitis frontal una entidad frecuente, el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado disminuyen el riesgo de complicaciones graves. Los pediatras debemos estar alertas ante la presencia de síntomas no habituales como la tumoración frontal intermitente.

¿CÓMO CONCURREN NUESTROS PACIENTES A LA ATENCIÓN MÉDICA? SEGURIDAD Y CONCIENCIA

Giulioni G.¹; Giraudon N.²; Sioli N.³; Fessia L.⁴; Mayo R.⁵

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

<gastongiulioni@hotmail.com>

POB
066

INTRODUCCIÓN:

El objetivo del presente es exponer la forma en que se transportan los pacientes hacia nuestro nosocomio, evaluando seguridad con que cuentan y número de accidentes de tránsito dado que esta es una de las causas más frecuente de morbimortalidad en nuestra sociedad.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Este mismo consiste en un trabajo prospectivo, utilizando datos extraídos de 350 historias clínicas, pertenecientes a pacientes con un grupo etario de 1 mes a 15 años de edad.

Los datos fueron recolectados en un periodo de 9 meses con el objetivo de continuarlo a largo plazo.

Las variables utilizadas fueron:

- Medio de transporte.
- Utilización de casco.
- Cantidad de ocupantes.
- Utilización de cinturón de seguridad/Babysit.
- Cantidad de accidentes.

RESULTADOS:

De un total de 350 pacientes, el 30% se traslada en colectivos, el 26% en motos, el 24% en automóviles, 11% peatones, el 4% en bicicleta y el 5% otros.

Se observo que solo el 36% utilizo cinturones de seguridad/ Babysit.

De los pacientes que se trasladaron en moto el 50% solo utilizaban casco alguno de los integrantes, el 31% ninguno y solo el 19 % utilizaba el total de los pasajeros.

Se encontró una incidencia de accidentes de tránsito del 13,4%.

Si realizamos una comparación con las estadísticas realizadas históricamente en la ciudad y en la provincia de Santa Fe, tomando como familia tipo integrada por 5 personas observamos que estamos dentro del promedio que publica indec-ipec (1999-2008), 25 accidentes cada 1000 habitantes a nivel provincial y 18 cada 1000 en la ciudad, comparado con nuestra estadística 21 accidentes cada 1000 habitantes.

CONCLUSIÓN:

Por lo expuesto anteriormente se observa que el medio de transporte más utilizados por nuestros pacientes es el colectivo urbano, pero el mayor número de accidentes fueron producidos por moto vehículos y la mayor parte no cuenta o no utilizan los medios de seguridad necesarios y establecidos.

Así podremos implementar las medidas pertinentes para tratar que nuestros pacientes logren acceder al sistema de salud y de la forma más segura.

Se plantea como propuesta desde nuestro lugar promocionar educación vial tanto a pacientes como a sus padres dentro de la internación, aumentar los controles viales y mejorar el servicio de transporte urbano.



DETECCIÓN DE PROTEÍNAS LÁCTEAS EN ALIMENTOS DESTINADOS A NIÑOS CON FRASES DE ADVERTENCIA

POB
067

Binaghi M.¹; Greco C.²; Martín M.³; Lopez L.⁴; Ronayne P.⁵

CAT DE BROMATOLOGÍA, FFYB. UBA^{1,2,3,4,5}

<jbinaghi@ffyb.uba.ar>

INTRODUCCIÓN:

Desde junio de 2011 la declaración obligatoria de los componentes alérgicos en el rótulo de alimentos envasados se encuentra suspendida, hasta tanto la CONAL elabore una propuesta de adecuación. La Resolución correspondiente contemplaba la declaración obligatoria de 8 alérgenos alimentarios (cereales que contienen gluten, crustáceos, huevos, pescados, maní, soja, leche, frutos secos y sus derivados) así como dióxido de azufre, sulfitos y tartrazina. Esta establecía que debían declararse "Contiene: ..." seguido del nombre de la sustancia y/o "derivados de ..." completando el espacio según corresponda, y no admitía ninguna frase de advertencia que expresara o sugiriera el posible o probable contenido de un alérgeno. A pesar de dicha suspensión muchos de los productos comerciales contienen declaración de alérgenos e incluso presentan frases de advertencia.

OBJETIVO:

Analizar alimentos destinados a niños con el fin de determinar la posible presencia de proteínas lácteas.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se analizaron dos lotes seleccionados por muestreo aleatorio de las siguientes muestras: a) galletitas dulces, sabor chocolate, con dulce de membrillo, cracker y sin sal; b) snacks (dos tipos); c) alimento para preparar puré de papas; d) productos en polvo con zapallo o espinaca, para preparar papillas, y galletitas sabor banana, manzana o ciruela destinados

a niños en la primera infancia. La determinación de proteínas lácteas se realizó utilizando un kit ELISA de la marca R-Biopharm. Las muestras se analizaron por duplicado siguiendo el protocolo de trabajo del kit.

RESULTADOS:

Sólo uno de los snacks que declaraba "Contiene derivados lácteos", presentó valores positivos de contenido de proteínas lácteas (>67,5ppm). El resto de los alimentos contenían en sus rótulos frases de advertencia alertando sobre el posible contenido de trazas de leche o frase similar. En todos ellos se obtuvieron valores por debajo del límite de cuantificación del kit empleado (<2,5ppm).

CONCLUSIONES:

Según los resultados obtenidos, sería recomendable que la industria implementara un control eficaz de alérgenos en sus plantas elaboradoras para poder evaluar la posibilidad de no utilizar las frases de advertencia si realmente no son necesarias. Esto permitiría ampliar el espectro de alimentos que pueden ser consumidos por los niños alérgicos a las proteínas de leche.

Financiado: UBACyT 20020120100175A y 20020130100520BA.

INCREMENTO DE LOS COSTOS POR PROLONGAR LA INTERNACIÓN DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

RPD
068

Roggiero E.¹; Cavagna J.²; Aguayo P.³; Alvarez M.⁴; Ayala M.⁵; Belen F.⁶; Halabe K.⁷; Ciolfi D.⁸; Noman R.⁹; Signorelli C.¹⁰; Machicado P.¹¹; Tito Pacheco P.¹²

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DE QUEMADOS DE LA CABA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12}

<eroggiero@buenosaires.gob.ar>

INTRODUCCIÓN:

La internación de pacientes en una Terapia Intensiva genera costos no siempre tenidos en cuenta por los profesionales que trabajan en el ámbito de salud. En este estudio se analizó el incremento en los costos que se produjo por una prolongación innecesaria en la estadía de un grupo de pacientes que se atendieron en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital de Quemados (UTIP del HQ)

OBJETIVOS:

- 1- Evaluar el incremento de los costos generados por días de estadía evitables en la UTIP del HQ.
- 2- Racionalizar los recursos de un hospital público.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Setenta y dos niños que, a pesar de no tener indicadores de Terapia Intensiva, debieron permanecer internados innecesariamente en la UTIP del HQ de la CABA durante el año 2014. Para la evaluación se utilizó el escore de TISS 28, la base de datos SATI Q, una base de datos propia y datos aportados por la División Arancelamiento del hospital. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

RESULTADOS:

El costo de un día de internación es de \$ 2.419 en la Unidad de Cuidados Intermedios de Pediatría (UCIP) y de 3.990 en la UTIP. Durante el 2014, por diferentes causas (cierre de salas por refacciones, bloqueo de camas, falta

de disponibilidad o problemas diversos en las salas de Pediatría) setenta y dos niños que estuvieron internados en la UTIP debieron prolongar su estadía en promedio 11 días (rango: 1 a 45 días). Esto implicó un aumento del costo de la internación en un 45% ya que por cada día excedido en la UTIP se generó un costo extra de \$ 1.571 por paciente. Esto equivalió a \$ 2.665.320.- de exceso respecto lo que se debería haber gastado en el hospital durante el período de estudio.

CONCLUSIONES:

La imposibilidad de trasladar oportunamente a pacientes desde la UTIP a la UCIP generó un significativo y evitable gasto de dinero que podría haberse destinado a la compra de medicación o insumos. Se debe tomar conciencia respecto las consecuencias económicas de una internación innecesariamente prolongada, razón por la cual se debería educar al personal de salud e implementar un sistema de auditoría.



INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS EN PEDIATRÍA (IDP): ¿CUANDO SOSPECHARLAS?

POB
069

Luengo D.¹; Perez P.²; Giliberti C.³; Carelli Secchi R.⁴; Ullua S.⁵; Ceraci M.⁶; Macia A.⁷; Ciafardo A.⁸; Jerez L.⁹; Bastons S.¹⁰

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<dani.luengo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las IDP son enfermedades poco frecuentes que predisponen a infecciones recurrentes, crónicas, graves y oportunistas, al desarrollo de manifestaciones de auto-inmunidad y a una mayor frecuencia de enfermedades malignas. Son poco frecuentes su diagnóstico y tratamiento precoz permite disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

POBLACIÓN:

Estudio retrospectivo y observacional. Se analizaron las historias clínicas de pacientes del área de pediatría de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Caso 1: Niño 4 años, eutrófico, Antecedentes: BOR, en seguimiento neuromonológico con poca adhesión al tratamiento. Ingresó con diagnóstico de neumonía izquierda con escaso derrame homolateral.

Aisló en hmc periféricos s. pneumoniae sensible a penicilina. Cumplió tratamiento con ampicilina-sulbactam por 5 días endovenoso rotándose a vía oral por buena evolución clínica para completar en forma ambulatoria 14 días. Reingresa 36 hs pos-alta, por fiebre y dificultad respiratoria. Se constata hemitorax velado, con derrame tabicado. Se realiza drenaje quirúrgico y toliette, se roto antibiótico a ceftriaxona completando 14 días endovenosos.

Actualmente en estudio por sospecha de inmunodeficiencia celular con ausencia completa de Ac para neumococo.

Caso 2: Lactante de 6 meses de vida, previamente sano, vacunas completas. Se interna por registro febril y llanto persistente. Hemograma de bajo riesgo, Rx de torax, urocultivo negativo permaneciendo en observación clínica. A las 36 hs del ingreso, comienza con dificultad respiratoria con hipoxemia constatándose neumonía bullosa izquierda. Requirió ingreso a UTI, ARM y soporte inotrópico, cultivando en hemocultivos y líquido pleural Staphilococo aureus MR. Cumplió Atb 28 días. El paciente fue derivado a inmunología arribándose al diagnóstico Inmunodeficiencia humoral.

CONCLUSIÓN:

La sospecha debe surgir de los datos clínicos, en función de la presencia de infecciones recurrentes o de evolución tórpida, los antecedentes familiares. El hecho de ser poco frecuentes hace que difícilmente se las incluya en los diagnósticos diferenciales de los pediatras; sin embargo, su reconocimiento temprano es importante, para instaurar el tratamiento adecuado que puede reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes y en algunos otros lograr su curación.

COMORBILIDADES EN SÍNDROME DE DOWN

POB
070

Forzani M.¹; Tomas M.²; Sioli N.³; Fessia L.⁴; Cantarutti D.⁵; Ricart M.⁶; Mayo R.⁷

HOSPITAL ITURRASPE^{1 2 3 4 5 6 7}

<meliforzani@hotmail.com>

INTRODUCCION

El Síndrome de Down (SD) es una anomalía genética causada por una alteración cromosómica en el par 21 produciendo trisomía, asociada a Retraso Mental.

En nuestro país la frecuencia es de 1 en 700 recién nacidos vivos y 1 en 150 concepciones.

Debido al abordaje multidisciplinario, la calidad y esperanza de vida mejoraron en las dos últimas décadas.

OBJETIVOS

- Comparar la frecuencia de comorbilidades de pacientes atendidos en nuestro Consultorio de SD en relación a la descrita en la bibliografía.
- Comparar la edad materna de concepción en relación a la descripción bibliográfica.
- Conocer y fomentar el seguimiento óptimo del paciente con SD.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo-retrospectivo del análisis de 70 historias clínicas desde Marzo de 2004 a Marzo de 2015.

Se confeccionaron tablas utilizando Microsoft Excel con las variables: Sexo, Edad Materna de concepción, Cardiopatías, Función Tiroidea, Enfermedad Celíaca, Alteraciones Oftalmológicas, Auditivas, Traumatológicas y Hematológicas; Otras enfermedades asociadas y Estimulación Temprana.

RESULTADOS

En comparación con la descripción bibliográfica, podemos observar que:

- Edad Materna: Coincide con la población estudiada, donde la mayoría de los casos de SD se da en madres <35 años (51%).
- Cardiopatías: Coincide en cuanto a frecuencia de aparición (46%) y en cuanto al tipo (Defecto del Tabique 53,13%).
- Hipotiroidismo: No coincide. Un 74% de los pacientes tiene hormonas tiroideas normales.
- Oftalmología: Coincide que la alteración más encontrada son los defectos en la refracción (11,43%); siendo un 67,14% normal.
- Audición: No coincide ya que un 12% tiene hipoacusia, en relación a un 50% descrito.
- Enfermedad Celíaca: Un 2,7% tiene confirmación diagnóstica, siendo 4-7% en la bibliografía. Se encuentran en estudio 11,2% con Anticuerpos alterados.
- Traumatología: El 18,5% presentaron alteraciones.
- Enfermedades Hematológicas: En 2,8% se diagnosticó LMA.

CONCLUSION

Podemos concluir que un 62,5% de las variables analizadas, coinciden con la descripción bibliográfica; siendo de utilidad para fomentar la intervención temprana en la atención de pacientes con SD, conociendo sus comorbilidades y seguimiento oportuno. Estimulando al pediatra a aprender la manera de abordar al paciente y favoreciendo la comunicación con el medio social y adaptación al ambiente siendo una patología tan frecuente.



ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Falco Ferreira M.¹; Cardetti M.²; Brezigar A.³; Solis M.⁴; Nolte N.⁵; Vergara M.⁶; Cantisani M.⁷; Masachessi L.⁸; Cáseres H.⁹

CLINICA Y MATERNIDAD CERHU SAN LUIS¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

<bel_falco@hotmail.com>

RPD
072

INTRODUCCIÓN

Se sospechará de fallo hepático agudo ante un paciente con encefalopatía, alteración en la coagulación (actividad de protrombina < 50%) y disfunción hepática grave sin historia previa de enfermedad hepática. Entre un 40-50% de los casos no se consigue establecer la etiología.

OBJETIVO

Presentación de un caso clínico con Encefalopatía Hepática grado I

CASO CLÍNICO

Paciente de 8 meses con sospecha de Alergia proteína leche vaca desde los 3 meses tratado con dieta de exclusión, enfrentado con leche de fórmula láctea, comienza con deposiciones líquidas 7 días previos a la internación, a la que se agrega cvas, rush, síndrome febril, concurre pediatra de cabecera donde se indica dieta, paracetamol, dipirona y betametasona que se administra a dosis adecuadas. 24 hs previas se agrega rechazo parcial a la alimentación, hiporreactividad marcada, hipotonía, succión débil, palidez, letárgico con sensorio alternante y signos de deshidratación moderada por lo que consulta a guardia donde se decide internación en pediatría con diagnóstico presuntivo de invaginación intestinal y deshidratación.

Se solicita laboratorio, rx, ecografía abdominal: hepatomegalia con ecoestructura conservada. Enzimas hepáticas elevadas, bilirrubina total y directa normal, Ggt elevada, coagulograma alterado, hipoalbuminemia, leucopenia con neutropenia leve, anemia, PCR negativa. Se interpreta

el cuadro como encefalopatía hepática, se indica neomicina 50-100 mg/kg/día, restricción proteica: 0,5-1 g/kg/día, lactulosa 5ml/día, vitamina K 0.3mg/kg. Ranitidina 5mg/kg/día.

A las 48 comienza con mejoría de estado general. Vigil, reactivo, conectado con el medio. Mejora tono. Presenta descenso paulatino de enzimas hepáticas sin colestasis, mejora leucopenia con hiperplaquetosis. Alta médica al séptimo día de internación con buen estado general, clínicamente estable. Se recibe serología para Virus Hepatitis negativa. Se interpreta el cuadro como insuficiencia hepática medicamentosa.

CONCLUSIÓN

Encefalopatía hepática suele ser tardía en los lactantes y niños pequeños. A veces los cambios son sutiles y sólo son apreciados por los padres: leves periodos de desorientación, sueño anormal o comportamientos inadecuados y puede confundirse con enfermedades de características similares, pero que no cumplen criterios de fallo hepático agudo (FHA). Los tóxicos son la segunda causa de FHA tras las infecciones, existiendo hasta 200 fármacos y sustancias implicando fallo hepático agudo y tienen mejor recuperación que las de etiología infecciosa. Hay que revalorizar y es la responsabilidad del equipo de salud como educador y formador de educadores de consumo responsable de medicamentos.

SEMAFORO DE LA SALUD. MORTALIDAD INFANTIL REGION METROPOLITANA (RM) SAP OBSERVATORIO DE LA SALUD RM

Gleich S.¹; Rodriguez A.²; Peuchot J.³; Celestino J.⁴; Ruiz O.⁵; Flamenco E.⁶

LANUS¹; REGION METROPOLITANA²³⁴⁵⁶

<saulegleich@gmail.com>

POB
073

INTRODUCCION:

La mortalidad infantil (MI) es un indicador usado para visualizar el estado de salud de una población y meta del objetivo 4 de los Objetivos del milenio. El semáforo de la salud es una representación gráfica de presentar las diferentes tasas de MI de los municipios de la RM con el fin de visualizar rápidamente su situación y evolución.

OBJETIVO:

Representar gráficamente la MI para seguir su evolución por el nivel relativo zonal y no solo por la tasa.

POBLACION:

Todas las defunciones de menores de un año registradas en la RM.

MATERIAL Y METODOS:

Se analizan las tasas de MI oficiales publicadas por los ministerios de salud de Nación, Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el informe SAP-UNICEF "La salud en cifras". Se ordenan en forma decreciente, se busca la mediana, quedando dividida la muestra en 2 partes de 12 municipios cada una. A cada una de estas se las divide en 2 partes de 6 municipios, quedando 4 áreas de 6 municipios, siendo las superiores las de mayor MI y las inferiores las de menor MI. A cada cuartil se le asigna un número siendo los 1 y 2 los inferiores y 3 y 4 los superiores. Al cuartil 1 se lo representa de verde y al 4 de rojo, el 2 y 3 de amarillo, quedando conformado así el semáforo, con el rojo indicando los municipios de tasas mayores de MI, y el verde con los menor MI.

RESULTADOS:

Analizando la MI del 2013 se ve que los municipios que corresponden al verde son V. Lopez, Moron, Ituzaingo, San Isidro, San Miguel y E. Echeverría., Los que corresponden al rojo son Hurlingham, F. Varela, J. C. Paz, Ezeiza, Moreno y Lanus. Los cuartiles amarillos, el 2 y 3, son de tasas intermedias.

CONCLUSIONES:

Este método gráfico nos permite ubicarnos rápidamente en el nivel de la tasa de MI de cada municipio, en relación a sus vecinos de la RM, que es el solo hecho de conocer el valor de cada tasa. Se puede usar para comparar entre ciudades, provincias, países, etc, y para otros indicadores que elija el equipo investigador. No solo se puede hacer la comparación única, sino también hacerla interanual (bi, tri, quinquenal, etc), donde se visualizan los cambios de cuartiles que cada municipio tiene con el correr del tiempo, siendo los de mayor alerta cuando se va ascendiendo de cuartil.



ANEMIA DE BLACKFAN-DIAMOND, A PROPÓSITO DE UN CASO

Mastropasqua M.¹; Carrizo B.²; Villanueva N.³; Balcazar V.⁴; Carozzo M.⁵; Gilardenghi T.⁶; Kozicki V.⁷; Setien C.⁸; Alba Caero L.⁹; Bustamante L.¹⁰; De Risio K.¹¹; Muller C.¹²; Flores Y.¹³; Macula B.¹⁴; Otondo O.¹⁵

HZGA IRIARTE DE QUILMES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15}

<pediatria.iriarte@gmail.com>

RPD
074

INTRODUCCIÓN:

La anemia de Blackfan-Diamond (BD) es un desorden genético caracterizado por aplasia pura de la serie eritropoyética y anomalías congénitas. Es una entidad heterogénea con distintas formas clínicas de presentación que se produce por un defecto intrínseco de los progenitores trayendo como consecuencia una apoptosis de los precursores eritropoyéticos. Fenotípicamente fascias caracterizadas por micrognatia, labio o paladar hendido, aplanamiento de la eminencia tenar, debilidad de pulsos radiales, pulgar trífalángico, talla corta, hipertelorismo, alteraciones renales o cardíacas. El cuadro hematológico, se manifiesta como anemia normo o macrocítica, con reticulocitopenia y médula ósea hipocelular con marcada hipoplasia eritropoyética.

OBJETIVO:

Presentación de un caso clínico de una niña de 6 meses de edad con diagnóstico de anemia de BD.

CASO CLÍNICO:

Niña de 6 meses de edad que consulta por agitación y regular conducta alimentaria de 24 hs de evolución. Presenta taquipnea, taquicardia, soplo sistólico y palidez generalizada. Distrófica (P/E - T/E con PC < 3). Al interrogatorio relata falta de progresión pondoestatural desde el 4 mes de vida. Se realizan estudios, donde resalta Hto no detectable, Hb 1.69, recuento de GR 460000/ul, reticulocitos 0.2 %, coombs directa negativa, resto dentro de parámetros normales. Se interpreta como anemia severa.

Se interna y se realizan 3 transfusiones de GR. Es evaluada en forma conjunta con servicio de genética (sin hallazgos positivos) y hematooncología pediátrica, quienes solicitan: dosaje de ac.fólico, perfil férrico, serologías (Parvovirus B19 negativa), ecografía abdominal normal y PAMO que informa escasos eritroblastos. Continuó durante 6 meses requiriendo transfusiones de GR de forma periódica. Al año de vida, se medica con corticoides por vía oral a dosis adecuada, presentando escasa respuesta, arribando de esta manera al diagnóstico de Anemia de BD.

CONCLUSIÓN:

Presentar el caso de una niña de 6 meses con controles de salud realizados en tiempo y forma en la cual se arriba al diagnóstico de anemia poco frecuente, solapada por retraso pondoestatural y alteraciones cardíacas tras 6 meses de estudio y seguimiento hematológico.

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE EN LACTANTES A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Macula B.¹; Muller C.²; Villanueva N.³; Balcazar V.⁴; Carozzo M.⁵; Gilardenghi T.⁶; Kozicki V.⁷; Setien C.⁸; Alba Caero L.⁹; Bustamante L.¹⁰; De Risio K.¹¹; Flores Y.¹²; Carrizo B.¹³; Mastropasqua M.¹⁴; Otondo O.¹⁵

HZGA IRIARTE DE QUILMES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15}

<xbmacula@hotmail.com>

RPD
075

INTRODUCCIÓN:

La PTI (Púrpura trombocitopénica inmune) se define como trombocitopenia persistente menor a 100.000 /ul plaquetas, no asociada a otra patología reconocible, con ausencia de enfermedad infecciosa aguda, sin patología sistémica de base y megacariocitos normales o aumentados en médula ósea. Enfermedad autoinmune que se caracteriza por anticuerpos contra antígenos plaquetarios que causan su prematura destrucción. Se manifiesta con sangrado moderado o severo en piel y/o mucosas: petequias, equimosis y hematomas, la distribución de las lesiones es irregular y depende del recuento plaquetario. Presenta una incidencia de 4-6 / 100.000 niños menores de 5 años previamente sanos, sin demostrarse preferencia de sexo y con un pico entre los 2 y 4 años. El pronóstico en general de las PTI es favorable, el 70-80% remiten dentro de los seis meses del diagnóstico independientemente de la terapia realizada.

OBJETIVO:

Reporte de 2 casos ocurridos en lactantes femeninos de 2 meses en nuestro hospital.

POBLACIÓN:

Lactantes femeninos de 2 meses de edad, previamente sanas, con vacunas completas, en BEG, con exantema petequeial generalizado, hematoma en paladar, sin sangrados activos.

CASO CLÍNICO 1:

Cuadro de 24 hrs de evolución. Laboratorio: plaquetopenia de 33.500/ul, con leucocitosis 21.700 GB, 46 % N/42 % L. Se deriva a hematología, que indican tratamiento con gammaglobulina a 1 g/kg/día por 1 día, con buena respuesta, laboratorio de egreso 127.000 /ul y 10.100g/dl, con control hematológico ambulatorio.

CASO CLÍNICO 2:

Cuadro de 48hs de evolución, asociado a deposiciones oscuras de 12 hs de evolución. Laboratorio: plaquetopenia de 13.700 /ul, Hb 8,2g/dl. Se deriva a Hematología, que indican transfusión plaquetaria, tratamiento con gammaglobulina 1g/kg/día por 2 días, se realiza PAMO: eritropoyesis 25%, granulopoyesis 35%, hiperplasia megacariocitos, linfocitos 40%, recibe tratamiento con corticoides. Egresó con 136.000 /ul plaquetas y tratamiento ambulatorio con corticoides.

CONCLUSIÓN:

Dada la baja incidencia de aparición en este grupo etario, se presenta 2 casos de PTI en lactantes de 2 meses de edad, con buena respuesta al tratamiento.



CALIDAD DE LA DIETA DE NIÑOS ENTRE 6 Y 24 MESES DE EDAD BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL EN LA CIUDAD DE ROSARIO

POB
076

Britos S.¹; Saraví A.²; Moneda B.³

ESCUELA DE NUTRICIÓN UBA^{1,2}; CARRERA DE NUTRICIÓN UCEL³

<sbritos@nutrinfo.com.ar>

INTRODUCCIÓN.

Se analizaron los patrones de lactancia y alimentación complementaria en niños menores de 2 años de Rosario que reciben leche fortificada y su ingesta de energía y nutrientes y calidad nutricional de su dieta.

POBLACIÓN Y MÉTODOS.

La muestra estuvo constituida por 301 niños que se atienden y reciben leche fortificada en centros de atención primaria en Rosario. A sus madres se les aplicaron un formulario sobre patrones de lactancia y alimentación complementaria y un recordatorio dietético de 24 horas. Las ingestas calculadas se compararon con los requerimientos y recomendaciones y con metas de densidad de nutrientes.

RESULTADOS.

Un 97% de los niños inició la práctica de lactancia materna. La tasa de lactancia materna exclusiva al sexto mes fue de 35%. La edad mediana de abandono fue de 8 meses; sin embargo, el 35% lo había hecho antes del sexto mes de vida.

Un 69% de los niños consumieron algún tipo de leche diferente a la materna. El 40% la incorporó antes del sexto mes. El tipo de leche más consumida es la del Programa Materno-Infantil (leche fortificada).

Un 25% de los niños inició la etapa de alimentación complementaria antes del sexto mes y un 9% la retrasó hasta después del noveno. La carne fue el alimento más tardíamente incorporado en la dieta.

La ingesta energética promedio fue de 1269 kcal. Su distribución se halló desplazada hacia valores superiores al 100% de adecuación, (mediana

122%) y hallándose un 25% de los niños por encima de 176% de adecuación (percentil 75).

El nutriente de menor adecuación fue el calcio (mediana 88%), hallándose un 43% de los niños por debajo del valor del requerimiento. La mediana de adecuación de hierro fue de 97% y 23% de los niños presentaron ingestas inferiores al requerimiento. Un 47% de los niños presentaron ingestas de ácidos grasos poliinsaturados que no alcanzaron la recomendación, mientras en un 82% se hallaron ingestas elevadas de azúcares. No se registraron niños con ingestas deficitarias de proteínas.

La calidad de la alimentación complementaria fue baja; la prevalencia de inadecuación alcanza 88% en hierro y 95% en calcio. Esa baja calidad es solo parcialmente mejorada por el componente lácteo de la dieta, de forma que los porcentajes de inadecuación en calidad mejoran en la dieta total en cuatro de los cinco nutrientes (calcio, hierro, zinc y vitamina C).

Si bien la leche fortificada fue la más consumida, solo el 34% de las madres entrevistadas manifestó que sus niños la consumieron el día previo al recordatorio. Además, la dilución se realizó en forma correcta solo en el 9% de los casos; 60% de las madres la diluyen a menos del 12% y 33% a menos del 10%.

CONCLUSIONES.

Es necesario intervenir en forma temprana, promoviendo y protegiendo la práctica de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida y ajustando las recomendaciones e intervenciones de política pública a las deficiencias y excesos de la alimentación complementaria y el patrón lácteo infantil.

INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES POR BACILOS GRAM NEGATIVOS OPCIONES TERAPÉUTICAS

POB
077

Shaieb A.¹; Dugo R.²; Dalieri M.³; De Angeli F.⁴; Prezioso B.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA^{1,2,3,4,5}

<shaguzurdo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El uso de catéteres vasculares (CV) es esencial para el cuidado de pacientes con cáncer, síndrome de intestino corto, hemodiálisis y los críticamente enfermos. Estos se clasifican según el tipo en no tunelizados y tunelizados.

OBJETIVOS:

Analizar las distintas opciones terapéuticas frente a las infecciones asociadas a catéteres (IAC) respecto al tipo de dispositivo vascular y a la condición clínica del paciente.

CASO CLÍNICO 1:

Niña de 8 años, se interna por una crisis asmática, y recibe oxígeno, aerosolterapia, y medicación endovenosa. Progresó a insuficiencia respiratoria, requiere cuidados intensivos y asistencia ventilatoria mecánica, y se coloca un CV no implantable. En los días siguientes presenta fiebre, se realiza cultivo de secreciones traqueales, hemocultivo (HC) central y periférico, pseudomicelios en orina y urocultivo. Se recibe en HC central *Klebsiella pneumoniae*; su diagnóstico fue IAC, se indica su extracción, y recibe 10 días de piperacilina tazobactam (PT) y 7 días de amikacina (A) por acceso venoso periférico.

CASO CLÍNICO 2:

Niña de 2 años, dependiente de nutrición parenteral secundario a una insuficiencia intestinal por gastroquiasis, portadora de un CV semiimplantable, presenta en su domicilio una bacteriemia con la conexión. Se interna ante la sospecha de IAC, se solicita HC central y periférico, urocultivo;

se realiza cierre del catéter con lock de A (3 días) y se medica por vía periférica con Vancomicina (V) y A. A las 48 horas informan HC central positivo para *Klebsiella pneumoniae*, se suspende V y se agrega PT según antibiograma (cumple 21 días). HC de control negativo.

CASO CLÍNICO 3:

Varón de 5 años, con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, que presenta 10 días después de recibir quimioterapia a través de un *port-a-cath* un registro febril de 38º sin foco aparente. Se interna, policultiva y se medica con Cefazidime, A y V. A las 48 horas comienza con dolor abdominal y diarrea; se recibe HC central y periférico positivo para *Klebsiella pneumoniae*, se cierra el CV, se rota a PT y A, y suspende V, solicitando su extracción.

CONCLUSIONES:

Las IAC se han convertido en una de las principales causas de infecciones asociadas al cuidado de la salud. El tratamiento depende del germen aislado, de la condición del paciente, presencia de complicaciones y la disponibilidad de otro acceso vascular. La aplicación de estrategias preventivas resulta indispensable para evitar esta complicación.



ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS Y ÁCIDO-BASE EN LA GASTROENTERITIS AGUDA ASOCIADA A ROTAVIRUS. REVISIÓN DEL EFECTO DELETÉREO EN EL METABOLISMO DEL POTASIO SECUNDARIO A LA EXPANSIÓN DE VOLUMEN EN UN GRUPO DE PACIENTES

**POB
079**

Opción a premio

Brenzoni L.¹; Tatay D.²; Repetto H.³
HOSPITAL NACIONAL PROF. A. POSADAS^{1,2,3}
<lubrenzoni@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En pacientes con shock hipovolémico secundario a gastroenteritis aguda [GEA] que recibieron como tratamiento inicial expansión del volumen intravascular [EVI] con soluciones isotónicas se han descrito complicaciones por el riesgo de alterar concentraciones de potasio [K], pH, o generar sobrecargas de volumen intersticial o de Cl. Se han detectado casos de paro cardíaco irreversible en pacientes con GEA por rotavirus en los que se documentó hipokalemia antes o después de la EVI.

OBJETIVOS:

Revisar nuestra experiencia en niños con GEA por rotavirus que requirieron EVI. Registrar variaciones en la kalemia y pH.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo sobre el análisis de historias clínicas de niños internados con GEA por rotavirus aislado en materia fecal desde 2013 a 2014.

RESULTADOS:

17/65 pacientes incluidos recibieron como intervención inicial EVI. Se realizó el análisis de los laboratorios (mediana y rango) conformando 3 grupos.

Pre-expansión (11 pacientes): [Na] 140 mEq/L (r 133- 173). Hipernatremia: 4/11. Hiponatremia: 1/11. [K] 4 mEq/L (r 3,2-7,3). Hiperkalemia: 4/11. Hipokalemia: 1/11. Acidosis con acidemia -pH 7,14 (r 7,04-7,44)- e hipercloremia: 8/11.

Post-expansión (14 pacientes): [Na] 143,5 mEq/L (r 133-170). Hipernatremia: 6/14. Hiponatremia: 2/14. [K] 3,85 mEq/L (r 1,6-5,6). Hiperkalemia: 2/14. Hipokalemia: 2/14. Acidosis con acidemia -pH 7,23 (r 7,06-7,45) - e hipercloremia: 8/14.

Pre y post-expansión (9 pacientes): Para observar el riesgo de hipokalemia sintomática relacionado al aumento del pH se calculó la diferencia de pH y de kalemia evidenciándose un aumento del pH que se correlacionó directamente con un descenso en [K+] en 7 pacientes -mediana 1,3 mEq/L (r 0,2-2,3). Un paciente no fue incluido para el cálculo porque recibió, además de la EVI, 2 correcciones con bicarbonato de sodio. Este caso representa la mayor variación de pH (> 0,43) y de [K] (< 2 mEq/L).

CONCLUSIONES:

Es aconsejable determinar ionograma y EAB al comenzar la EVI. Si se detecta hipokalemia indicar K según guías y no corregir la acidosis con bicarbonato de sodio inicialmente. Repetir los exámenes de laboratorio al terminar la expansión.

TROMBOCITOPENIA EN PACIENTE HIV

**RPD
080**

Guzman S.¹
HOSPITAL DURAND¹
<sabrinaguzmancsi@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La trombocitopenia constituye una de las múltiples alteraciones hematológicas presentes en la evolución de la infección por VIH.

En la mayoría de los casos cursa de forma asintomática y constituye un hallazgo de laboratorio pero en ocasiones se puede presentar como un síndrome hemorrágico cutáneo mucoso.

En la púrpura trombocitopenica inmune asociada al HIV, el mecanismo fisiopatológico principal es la destrucción plaquetaria periférica mientras que la trombocitopenia de pacientes con inmunosupresión grave (recuento de CD4 menor 200/ml) es la hematopoyesis inefectiva por infección de los megacariocitos.

El abordaje terapéutico de esta complicación comprende el tratamiento de la infección por VIH y los tratamientos que interfieren con la destrucción plaquetaria (corticoides, inmunoglobulina endovenosa, inmunomoduladores, esplenectomía entre otros).

OBJETIVO

Demostrar la importancia de plantear y descartar como etiología a la infección por el virus del HIV en pacientes con Púrpura Trombocitopenica Autoinmune (PTA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación de caso clínico.

RESUMEN

Se comunica el caso de un paciente de 12 años de edad, internado inicialmente para estudio y control clínico por cuadro de dolor abdominal en el que se produce el hallazgo de trombocitopenia. A partir de la sospecha clínica y teniendo en cuenta el relato familiar del fallecimiento de ambos padres HIV positivos y desconociendo serologías del paciente se decide iniciar estudios. Se realiza hemograma control que confirma trombocitopenia, serología para HIV positiva por dos métodos (ELISA y Western Blot), recuento de linfocitos CD4 3%(59) y se decide la realización de una PAMO con Biopsia, resultando: Celularidad global conservada heterogénea, micro megacariocitos y ausencia de elementos atípicos.

CONCLUSIÓN

Finalmente con el resultado del frotis de médula ósea y la confirmación de la infección por VIH se interpretó Trombocitopenia asociada a VIH. Dado que es un desorden relativamente común en estos pacientes varios autores sugieren que frente a la presencia de una PTA descartar esta posible causa.

La importancia de pensar este diagnóstico diferencial radica en que el adecuado manejo terapéutico y el trabajo interdisciplinario resulta en la disminución de la severidad de la infección, reconstitución inmune y la corrección de las alteraciones asociadas.



TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE EN NIÑOS DE MEDIANO RIESGO NEONATAL

POB
082

Vericat A.¹; Orden A.²

INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES PEDIÁTRICAS (IDIP, MS/CIC)^{1,2}

<agustinavericat@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los neonatos de mediano riesgo (NMR) son niños que permanecieron en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) e integran una población heterogénea, formada mayormente por prematuros tardíos y por niños nacidos de término, con patologías de moderada gravedad. Constituyen una población con baja tasa de mortalidad, pero de mayor morbilidad que la población general, que presenta riesgo neurológico.

OBJETIVO:

Conocer la prevalencia y expresión de las alteraciones en el área del lenguaje en NMR y la influencia de factores biológicos y socio-ambientales sobre las mismas.

MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional transversal sobre una muestra no probabilística de 162 NMR egresados del Servicio de Neonatología del Hospital de Gonnet, que al momento de la evaluación tenían entre 2 meses y 2 años de edad. Se consideraron como criterios de inclusión la internación en UCIN \geq 72 hs, peso al nacer \geq 1500 g, edad gestacional \geq 34 semanas, examen clínico-neurológico normal al alta de UCIN. El lenguaje –variable dependiente del estudio- fue evaluado como parte de la evaluación global del desarrollo a través de la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE). La asociación entre el desarrollo del lenguaje y las variables independientes relevadas (características antropométricas, edad gestacional, patologías gestacionales y perinatales, estructura

familiar y características socioeconómicas, lactancia y alimentación actual) fue analizada mediante pruebas de Chi-cuadrado, test de Fisher y regresión logística binaria.

RESULTADOS:

Un 34% de los niños evaluados falló en el resultado global de la prueba. El fallo en el lenguaje (11.7%) fue el segundo en importancia tras la motricidad gruesa. El consumo de tabaco ($p < 0.001$; OR=3.5, 1.3-9.4) y alcohol ($p < 0.001$; OR=22.6, 2.4-42.4) durante la gestación se asociaron significativamente con fallos en la prueba de pesquisa del desarrollo, afectando particularmente al lenguaje.

CONCLUSIÓN:

La prevalencia de problemas del desarrollo en NMR triplica la hallada en la población general. El lenguaje es la segunda área del desarrollo más afectada, siendo particularmente vulnerable a adicciones maternas como el alcoholismo y el tabaquismo.

EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCOCCICA CONJUGADA 13 VALENTE: ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL EN UN MUNICIPIO, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

POB
083

Gentile A.¹; Bakir J.²; Bialorus L.³; Caruso L.⁴; Fernández M.⁵; Mirra D.⁶; Santander C.⁷; Terluk M.⁸; Zurdo P.⁹; Gentile F.¹⁰

HTAL DE NIÑOS R.GUTIERREZ^{1,2,10}; HTAL PEDIATRICO F. FALCON DE DEL VISO³; HTAL J. SANGUINETTI DE PILAR⁴

<angelagentile21@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En enero de 2012 en Argentina, fue introducida la vacuna neumocócica conjugada 13 valente (PCV13) en el calendario nacional de inmunizaciones, con el esquema 2 + 1 para niños <2 años de edad, con coberturas de vacunación altas en el municipio estudiado.

OBJETIVO:

Evaluar el impacto de esta incorporación en la incidencia de neumonía consolidante (NC) en un Municipio.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo de base poblacional. Se incluyeron todos los niños ambulatorios y hospitalizados <5 años con signos clínicos de neumonía atendidos en hospitales de referencia, entre enero de 2012 y diciembre de 2014. Se efectuó evaluación clínica radiológica según el criterio de la OMS. Se compararon las características de la población y la incidencia anual de NC entre el período basal (2003-2005) y los 3 años posteriores a la incorporación de la vacuna (2012-2014).

RESULTADOS:

Se incluyeron 897 pacientes con sospecha clínica de neumonía. El 97.3% (873/897) de las radiografías fueron fotografiadas, diagnosticándose NC en el 45.9% (401/873). De ellos el 4.0% (16/401) presentó NC bacteriana confirmada por laboratorio (S. pneumoniae: 5, N. meningitidis: 4, S. aureus: 3, Otros:4).

El 50.6% (203/401) era de sexo femenino, 70.3% (282/401) eran <2 años, 55.1% tenía enfermedad de base y 57.1% estaba vacunado con PCV13. Se observó una reducción significativa en la incidencia de NC (por 105 niños <5 años) entre los períodos pre y postvaccinal, de 750 (204/27209) a 561 (171/30475) en 2012, 453 (138/30475) en 2013 y 302 (92/30475) en 2014 con una efectividad del 25.2%, 39.6% y 59.7% respectivamente. La reducción en los <1 año fue de 33,9% en 2012, 44.6% en 2013 y 56.3% en 2014 y en el grupo de 12 a 23 meses fue de 57.9% en 2013 y 78.9% en 2014. En los niños de 24 a 59 meses la reducción fue del 53.3% en el 2014. No se observaron diferencias significativas en las características de la población.

CONCLUSIONES:

Luego de la introducción de la vacuna PCV13 en el calendario nacional de inmunizaciones de Argentina, se observó una reducción rápida y significativa en la incidencia de NC, principalmente en niños <1 año de edad en 2012 y en <2 años en 2013. La efectividad en edades mayores se evidenció en el tercer año de la introducción de la vacuna.



INTERCONSULTA MÉDICO-PSICOLÓGICA EN INTERNACIÓN PEDIÁTRICA

Joaquín A.¹; Falk J.²; Rozemblum H.³; Aguirre P.⁴; Orellano L.⁵

CLINICA SANTA ISABEL^{1,2,3,4,5}

<agustina_joaq@hotmail.com>

RPD
085

Opción a premio

INTRODUCCIÓN

En la internación pediátrica se presenta, 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 permite 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

Se realizó interconsulta con psicología sobre cuatro pacientes internados en sala de pediatría con patología aguda. Las interconsultas fueron solicitadas por el equipo tratante. Se realiza Evaluación y entrevista abierta por una Lic. en Psicología a las familias y pacientes, durante el periodo de internación, orientado a realizar un diagnóstico de situación junto al registro de sus juegos, pruebas gráficas y comentarios. Se crean intervenciones con el niño y la familia, encontrando junto al pediatra la propuesta de intervención.

RESULTADOS

Caso 1: Niña de 13 años. Politraumatismo. Surge el relato de varias ocasiones en las que se había lastimado o enfermado antes de las pruebas escolares. Se detectan mecanismos de defensa autodestructivos nocivos. Caso 2: Niña de 3 años: Con diagnóstico de Trastorno de Espectro Autista, herida vulvovaginal. Ha presentado conductas extrañas en los últimos meses, se muestra inquieta, aumento en las autoagresiones, actitudes ligadas a la masturbación, y conductas regresivas.

Caso 3: Niño de 11 meses: Gastroenteritis. El equipo médico se muestra desconfiado de los síntomas que relata la madre. Se muestran fantasías de muerte acerca del niño y su nacimiento desde el momento de su concepción.

Caso 4: Niño de 4 años: Crisis asmática. Presenta auto y heteroagresiones con el equipo médico y enfermería. Se detectan fantasías persecutorias y de muerte.

CONCLUSIONES

Assumiendo 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.

NIVELES SÉRICOS DE HEMOGLOBINA ALCANZADOS EN LACTANTES DE SEIS MESES DE VIDA, ALIMENTADOS EXCLUSIVAMENTE A LECHE MATERNA O FÓRMULAS DE INICIO

Obregón P.¹; Passaro M.²; Mateos M.³; Burgos D.⁴; Erica D.⁵

HOSPITAL NOEL SBARRA^{1,2,3,4,5}

<docpabloregon@gmail.com>

RPD
086

INTRODUCCIÓN:

Entre las múltiples causas que favorecen la aparición de anemia por deficiencia de hierro, se encuentra la ingesta insuficiente o inadecuada del mismo. El contenido y biodisponibilidad de hierro en las leches varía enormemente; la leche materna, con un menor contenido de hierro, presenta una absorción aproximada del 50%, mientras que una fórmula de inicio, con un mayor contenido de hierro, presentaría una absorción del 10 %.

Pese a que ambas leches pueden cubrir los requerimientos nutricionales, ¿la alimentación exclusiva hasta los 6 meses, con un solo tipo de leche (leche materna o fórmula de inicio), mostrará diferencias en las mediciones serológicas de hemoglobina a esta edad?

OBJETIVO:

Establecer si existen diferencias entre los niveles de hemoglobina sérica en lactantes alimentados con fórmula de inicio exclusiva y los alimentados con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida.

POBLACIÓN:

Constituida por 147 lactantes atendidos en el Consultorio de Niño Sano del Hospital Zonal Especializado Dr. Noel H. Sbarra, entre Octubre 2011 y Febrero 2015. Los criterios de inclusión son: edad gestacional \geq 37 semanas, peso al nacer \geq 2500 gramos, sin suplementación con Hierro, con alimentación acorde a grupo y sin enfermedad crónica.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de 147 historias clínicas. Se utilizó como marcador hematológico a la hemoglobina sérica, el indicador más común de los niveles de hierro, más accesible y económico.

RESULTADOS:

Dentro del grupo de lactancia materna exclusiva el 48% (n= 50/105) de los lactantes presentaron hemoglobina menor a 11 mg/l. Dentro del grupo de fórmula de inicio exclusiva el 33% (N=14/42) de los lactantes presentaron hemoglobinas menores a 11 mg/l.

CONCLUSIONES:

Las recomendaciones globales avalan a la lactancia en forma exclusiva como primera alternativa nutricia durante los primeros seis meses de vida. Teniendo en cuenta dichos resultados, se nos plantean tres interrogantes:

- En primer lugar, si el punto de cohorte sugerido por la OMS es representativo para nuestra población en estudio.
- En segundo lugar, si es válido plantear el inicio de la alimentación complementaria incluyendo alimentos fuentes de hierro hem, entre el cuarto y sexto mes para mejorar los niveles de hemoglobina de nuestra población.
- En tercer lugar si sería necesario y adecuado debatir sobre la edad de inicio de profilaxis con sulfato ferroso en niños sin factores de riesgo.

**INFECCIÓN URINARIA EN LA INFANCIA: PREVALENCIA Y RESISTENCIA ANTIBIÓTICA 1999-2014****POB
087**Lepetic S.¹; Martignetti C.²; Longueira S.³; Mariñansky A.⁴; Lombardo F.⁵HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. ARTURO OÑATIVIA^{1,2,3,4,5}

<lepeticsonia@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Infección Urinaria tiene una prevalencia del 2 al 5% en lactantes y niños. Para la elección del antimicrobiano empírico de inicio es importante conocer la prevalencia de los agentes y su resistencia en nuestra población. Las recomendaciones actuales aconsejan realizar estudios epidemiológicos locales para monitorear el comportamiento de los diferentes patógenos con respecto los antibióticos.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de los agentes causales de Infección urinaria en la población pediátrica de nuestro hospital y la resistencia antibiótica, comparando con resultados previos.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo anual en 2014. Se incluyeron urocultivos con recuento de colonias mayores de 10⁵ en pacientes de 1 mes a 14 años ingresados al Sector de Bacteriología desde consultorios externos, guardia e internación. La sensibilidad antibiótica se determinó por prueba de microdilución en caldo equipo automatizado Phoenix BD. Se compararon los resultados con igual estudio realizado en 1999-2007-2011. Se tabularon los datos en Excel 2007 y se realizó el procesamiento estadístico con el programa SPSS versión 17. Se realizó un estudio retrospectivo anual en 2014. Se incluyeron urocultivos positivos con recuento de colonias mayores de 10⁵ en pacientes de 1 mes a 14 años.

RESULTADOS

Se analizaron las muestras de 602 urocultivos con recuento de colonias igual o mayor 100000 tomados en pacientes de edad pediátrica, entre un mes de vida y 14 años. Se incluyeron en el año 1999: 184, en 2007: 83, en 2011: 172 y en 2014: 163 respectivamente. El patógeno predominante en todos los años estudiados fue *Escherichia coli*, seguida de *Klebsiella*

(*oxitoca y pneumoniae*), *Proteus (mirabilis)*.

En el rubro otros, se incluye: *Enterococcus sp*, *Streptococcus agalactiae*, *Staphylococcus sp*.

En cuanto a la resistencia antibiótica nos enfocamos en *Escherichia coli*, por ser el patógeno predominante en las infecciones urinarias en edad pediátrica. Ver tabla. La resistencia a trimetoprima-sulfametoxazol (TMS) se mantuvo entre el 30% al 40% en todos los años, la resistencia a nitrofurantoína fue entre 0% al 10%, siendo en 2014 del 0,7%.

La resistencia a cefalexina osciló entre 4,3% en 2014 a 35% en 2011, siendo esta disminución estadísticamente significativa (p<0,001)

Ampicilina-Sulbactam presentó valores entre 18% al 50,3%. Con respecto a Ampicilina solo tenemos datos de 2011-2014 donde se observa una resistencia superior al 60%.

TMS	Nitrofurantoína	Cefalexina	AmpiSulbactam	Ampicilina
1999 32%	9%	17%	18%	
2007 34%	0%	18,00%	40%	
2011 40%	10%	35%	50,30%	74,80%
2014 37%	0,70%	4,30%	22,40%	63%

CONCLUSIONES

El patógeno prevalente de infección urinaria en la población estudiada fue *Escherichia coli*. La resistencia a TMS se mantuvo superior al 30%.

La cefalexina presentó un cambio en la resistencia antibiótica, comparando 2011 con 2014 la diferencia fue estadísticamente significativa. Las cefalosporinas junto con la nitrofurantoína son los antibióticos más adecuados para iniciar el tratamiento empírico inicial y la profilaxis antibiótica hasta obtener la tipificación y antibiograma de la infección urinaria.

PARALISIS BILATERAL DEL RECURRENCIAL**RPD
088**Colombo M.¹; Eidner S.²; Julio S.³OSETYA^{1,2,3}

<lolicolombo@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Afección del nervio laríngeo superior, afectando los músculos aritenoides y la movilidad de las cuerdas vocales. Pueden ser bilaterales o unilaterales como periféricas y/o centrales. También idiopáticas. La mayoría de las veces son por compresión o traumatismos. Síntoma temprano la disfonía o voz bitonal. Las cuerdas vocales quedan en aducción lo que acarrea una gran disnea generalmente grave como síntoma principal, aparte de la disfonía y estridor; muchas veces es necesaria la taqueostomía. Una vez que la parálisis aparece, hay que investigar otras causas en cuello, gl tiroides, traquea, esófago y tórax. Tras una exhaustiva exclusión, se establece el diagnóstico de parálisis recurrencial idiopática. Se realiza diagnóstico por laringoscopia, TAC cabeza, cuello, tórax y tiroides. En casos especiales electromiografía de laringe. El tratamiento generalmente se realiza pasado un tiempo prudencial cuando no habido una recuperación del nervio. Puede esperarse una recuperación espontánea al cabo de seis meses a un año. Tratamiento quirúrgico: laringoplastia

OBJETIVO

Presentación de un caso

DESCRIPCIÓN

A los 7 días de vida inicia con llanto disfónico, estridor y disnea. Diagnóstico: laringitis química secundaria a reflujo gastroesofágico. Se inicia tratamiento anti reflujo más corticoterapia oral y se sugiere alimentación por sonda. A las 48 hs presenta estridor grave, dificultad respiratoria e hipoxemia. Queda internado en UTIP, con intubación. Se realizan estudios

en el contexto que la gravedad del paciente lo permite. ECG y ecocardiograma normal. No se logra descartar anillo vascular por el estado crítico del paciente ni se realiza angiografía de vasos del cuello (sepsis. ARM. RGE. Neumonía). Videodeglución normal. RNM c/ gadolinio: ensanchamiento espacio subaracnoideo. Se realiza traqueostomía. Paciente se externa con internación domiciliaria. Normal desarrollo psicomotor, recupera peso, sin tratamiento anti reflujo, se alimenta por boca. Niño actualmente a la espera de una pronta recuperación espontánea de su patología de base. Se aguarda los 18-24 meses para modificar conducta

CONCLUSIÓN:

Plantearse según clínica del paciente los diagnósticos diferenciales, el estudio rápido del paciente en cuestión descartando las causas posibles de mayor a menor gravedad e instaurar tratamiento oportuno. En el caso de este paciente, solo depende de su evolución coincidente con su maduración neurológica para su recuperación.



INFLUENCIA DE LAS VARIABLES SOCIO-AMBIENTALES SOBRE LA PRÁCTICA DEL COLECHO.

RPD
091

Francesca A.¹; Menna I.²; Ducant F.³; Villa Nova S.⁴

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

<andrea_francesca@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El sueño es una de las funciones más importantes en la vida del/a niño/a, ya que en ella invertirá la mayor parte de las horas del día desde su nacimiento. A su vez forma parte de la cultura, las costumbres y las tradiciones de cada sociedad cómo, dónde y con quién duermen los/as niños/as. Definimos colecho a "la situación en la cual el niño duerme en la misma cama junto a su madre o a otros miembros de la familia todas las noches, durante por lo menos cuatro horas". Evaluamos que ésta es una práctica frecuente entre los pacientes atendidos en consultorio externo de pediatría del Hospital Juan A. Fernández y ello motivo el presente estudio.

OBJETIVO

Explorar la influencia de las variables socio-ambientales (trabajo, vivienda, educación, nacionalidad, conformación familiar) en la práctica del colecho.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde el paradigma cuantitativo se trabajó con una encuesta como instrumento de recolección de datos, la misma fue de elaboración propia desarrollada luego del planteamiento del problema y la discusión de las variables de interés para los investigadores. Para garantizar que fuera confiable y viable, fue sometida a 30 pruebas piloto y se realizaron los cambios sugeridos por quienes efectuaron dicha evaluación. Una vez terminado este proceso se encuestó sobre la práctica del colecho a 200 niños sanos de hasta 3 años de edad inclusive, mediante una encuesta realizada al adulto acompañante. Es importante aclarar que para el análisis de los resultados fueron excluidos aquellas encuestas a niños/as que realizan colecho de forma obligada por carecer de cama o cuna propia.

POBLACIÓN

Lactantes y niños/as entre 0 a 3 años inclusive, sanos, sin patología crónica, nacidos de término, con peso adecuado a edad gestacional, que permanecieron en internación conjunta de 48 a 72 hs.

RESULTADOS

El análisis cuantitativo se realizó por variables, es decir, por relaciones de variables y por comparación de las mismas, lo que facilitó la interpretación y las conclusiones del estudio. De un total de 200 pacientes encuestados, 46,5% eran mujeres y 53,5% varones de nacionalidad argentina. El promedio de los pacientes fue de 10,9 meses. Algunos de los resultados alcanzados por el estudio tienen que ver con las siguientes enunciaciones: -De las madres mayores de 35 años, representan el 69,5% las que no realizan colecho. Siendo las de menor edad las que si lo practican. -El nivel educativo de las madres de los pacientes es mayor entre los que no realizan colecho. -Las madres argentinas encuestadas practican el colecho en un 45%, las madres peruanas 62,1% y las madres paraguayas 34%.

CONCLUSIÓN

Los resultados no arrojaron diferencias significativas en relación a la práctica del colecho con el trabajo materno, la presencia o no de hermanos y la convivencia o no de los padres, que tenían que ver con nuestras hipótesis de partida. La construcción social sobre la práctica del colecho está inmersa en pautas culturales que son difícilmente visibilizadas y tienen que ver con el ámbito de la vida privada de la población en estudio, algunas de los resultados que logramos son a partir de esta limitación.

ESTRABISMO AGUDO, COMO MANIFESTACIÓN DE LINFOMA DE BURKITT

RPD
093

Mathey M.¹

HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA¹

<marinamathey@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El estrabismo agudo en los niños es una urgencia pues es necesario descartar las causas tumorales (las más frecuentes).

El Linfoma de Burkitt (LB) es raro en niños, y en su mayoría se presenta como una masa abdominal, siendo excepcional su localización rinosinusal. Se lo clasifica en endémico y esporádico, desconociendo la etiología de este último, aunque se lo asocia a inmunodeficiencia y a ciertas infecciones virales.

OBJETIVO:

Describir un caso de LB que debuta con estrabismo agudo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analiza la historia clínica de un paciente atendido en nuestro hospital en Junio de 2014.

RESULTADOS:

Varón de 4 años de edad, hijo de padres descendientes europeos, con crecimiento y desarrollo normales, sin antecedentes patológicos de jerarquía, que consulta por estrabismo agudo convergente de ojo izquierdo de 15 días de evolución. Al examen físico, se presenta de buen aspecto, afebril, sin signos de dolor, sin compromiso de la agudeza visual, ni afectación de los pares craneales.

RMN: Formación en el seno maxilar izquierdo, que se extiende hacia órbita homolateral erosionando el piso orbitario, con compresión del músculo recto inferior, llegando a contactar mínimamente con el globo ocular, siendo éste desplazado en sentido superior y lateral (ver imagen 1). La formación presenta leve refuerzo con contraste EV.

TAC: A lo antes descripto se agrega erosión de la pared interna del seno maxilar izquierdo con invasión de la fosa nasal izquierda y obstrucción de las coanas (ver imagen 2).

Se biopsia la masa. La anatomía patológica informa células pequeñas, redondas y azules (ver imagen 3), la inmunomarcación confirma Linfoma no Hodgkin tipo Burkitt.

Inicia tratamiento quimioterápico con adecuada evolución, actualmente en remisión clínica.

CONCLUSIÓN:

Destacamos la importancia de las neuroimágenes en presencia de estrabismo agudo, ya que las causas tumorales son las de mayor frecuencia en la infancia.

La localización rinosinusal de los LB no es habitual, siendo excepcional en los senos paranasales.

El abordaje interdisciplinario, en carácter urgente, llevó al diagnóstico oportuno e inicio del tratamiento adecuado, posibilitando el éxito terapéutico.



TUBERCULOSIS INFANTIL, EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN EL CONURBANO BONAERENSE

POB
094

Sampaio Y.¹; Rodríguez A.²; Oleiro Hidalgo L.³

HOSPITAL EVITA PUEBLO DE BERAZATEGUI^{1,2,3}

<yesicasampaio@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La Tuberculosis (TBC) en pediatría tiene diversas formas de expresión clínica. La signosintomatología, PPD, lavados gástricos y el contacto no fácil de hallar, son clave para arribar al diagnóstico de esta enfermedad.

OBJETIVO:

Dar a conocer formas de presentación clínica de TBC infantil, en 20 años de ejercicio en un Hospital del Conurbano Bonaerense. Promover el trabajo multidisciplinario en el control y seguimiento de esta patología, para evitar abandono, recaída y resistencia del BAAR en la comunidad. Material y Método: Estudio retrospectivo en Sala de Internación pediátrica de un Hospital del Conurbano Bonaerense, en el período de Noviembre 1994 a Enero 2015.

RESULTADOS:

Casos clínicos

Mayo 1995, niña de 2 años con impotencia funcional de miembros inferiores de 2 meses de evolución. PPD negativa (-), lavados gástricos (LG) -, catastro familiar (CF), padre bacilífero. Diagnóstico: Mal de Pott D10-12. Abril, 1996, niño de 8 meses, somnolencia y febrícula de 20 días, PPD -, LG -, CF, padre bacilífero. Diagnóstico: Meningitis TBC con colocación de VDVP.

Agosto 1998, niño de 3 meses, IRAB grave. PPD 5 mm, LG BAAR+, CF -. Diagnóstico: TBC Miliar.

Diciembre 1999, niño de 3 años, ECNE con VDVP por TBC meníngea y dificultad respiratoria.

PPD -, LG BAAR+, CF +. Diagnóstico: recidiva de TBC, forma pulmonar cavitada. Tratamiento familiar incompleto.

Agosto 2001, niña de 14 años, con PTI esplenectomizada, presenta Síndrome ascítico. PPD 14mm, LG -, CF +. Diagnóstico: TBC peritoneal.

Agosto 2014, niña de 14 años, Ápex gangrenoso con plastrón apendicular, Sepsis con foco abdominal, Fístula cecal como complicación. PPD -, LG -, CF -. Anatomía patológica cecal: BAAR+. Diagnóstico: TBC Intestinal.

Enero 2015, niño de 14 años, Neumonía necrotizante con hemoptisis. Bronquiectasias lóbulo superior derecho en TAC. PPD -, LG BAAR+. En paralelo, hermano de 8 años con Supuración pleuro pulmonar. Diagnóstico: TBC pulmonar.

CONCLUSIONES:

Las diversas formas de presentación de la TBC, obligan al Clínico Pediatra a plantearla en el diagnóstico diferencial de cualquier consulta, sobre todo la respiratoria. Los pilares en el diagnóstico siguen siendo PPD, lavado gástrico, Rx de tórax y detección del caso índice, lo cual es esencial para evitar la diseminación y resistencia del bacilo. Su seguimiento, prolongado en el tiempo, implica el trabajo conjunto con la Asistencia Social y Centros de Atención Primaria próximos al domicilio del paciente. La contención del grupo familiar favorece la adherencia y cumplimiento del tratamiento.

REPORTE DE UN CASO DE SÍNDROME DE INSENSIBILIDAD COMPLETA A LOS ANDRÓGENOS.

RPD
095

Vega G.¹; Verna Herlein G.²; Llorca M.³

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO.^{1,2,3}

<vegagonza@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de insensibilidad completa a los andrógenos (SICA) es una enfermedad genética caracterizada por la resistencia de los tejidos diana a la acción de las hormonas masculinas como producto de mutaciones en el receptor de andrógenos en individuos con cariotipo masculino (46XY). Fenotípicamente presentan genitales externos femeninos no ambiguos, bolsa vaginal ciega, estructuras müllerianas ausentes o vestigiales, y testículos localizados en labios, canal inguinal o abdomen.

OBJETIVOS

Reportar un caso de SICA con diagnóstico precoz, trabajando interdisciplinariamente desde el primer nivel de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Historia clínica del centro de salud y hospital Roque Saenz Peña.

POBLACIÓN (CASO CLÍNICO)

Paciente de 10 años de edad con diagnóstico de SICA durante su etapa de lactante por cirugía de hernia inguinal bilateral a los 65 días hallándose testículos en trayecto inguinal. Se realiza gonadectomía y biopsia. Se solicita cromatina sexual y ecografía pélvica que no muestra estructuras compatibles con útero.

A los 80 días se solicita estudio citogenético por sospecha de pseudohermafroditismo masculino.

El resultado de la biopsia fue testículo y estudio citogenético 46 XY. Durante el interrogatorio con la madre surge el antecedente de dos tías maternas con características masculinas e infertilidad. Se pide el asesoramiento genético para el resto de la familia, el cual nunca se pudo realizar.

Siete años después se hace el diagnóstico de dos de sus cuatro hermanas; una de 11 años a través de una ecografía y RMN donde no se visualizan útero y anexos y la otra de 21 años por amenorrea primaria e infertilidad. Actualmente se trabaja el abordaje interdisciplinario para enfrentar la llegada de la adolescencia, evaluar la terapia hormonal de reemplazo y la reconstrucción de una neovagina.

DISCUSIÓN

El SICA se debe sospechar en pacientes fenotípicamente mujeres con hernia inguinal bilateral. Realizar el diagnóstico en la adolescencia por la amenorrea primaria o infertilidad supone mayor riesgo de complicaciones futuras.

CONCLUSIÓN

Considerando al SICA como una patología poco frecuente, insistimos en la sospecha precoz para lograr un asesoramiento genético adecuado y la búsqueda de familiares afectados y así ofrecer un abordaje interdisciplinario, en nuestro caso, desde un centro de salud.

TABAQUISMO: UNA ADICCIÓN QUE AFECTA A LOS NIÑOS DE NUESTRA POBLACION.**POB
096****Salazar Penha F.¹; Piccolomini J.²; Chavez O.³; Castro R.⁴**HOSPITAL CLAUDIO ZIN^{1,2,3,4}

<faisalazar@hotmail.com>

INTRODUCCION:

La bronquiolitis (BQL) se define como el primer episodio de sibilancias asociado a evidencia clínica de infección viral en un niño menor de 2 años. Tiene una alta morbilidad causando un impacto en Salud Pública. Son múltiples los factores de riesgos asociados a su presentación y complicaciones entre los cuales se encuentra el tabaquismo pasivo. Datos en los EE.UU. De 1997 a 2006: 5,5 millones de internaciones por IRAB, 24% BQL1. Costo de internaciones en niños menores de un año es de 700 millones de dólares estimados por año². Según la OMS: 150 millones de nuevos casos por año, y de estos 7-13% requieren hospitalización³. Uno de los factores de riesgo para que un menor presente la enfermedad y aumenten sus complicaciones es el antecedente de tabaquismo en algunos de los padres, tanto en la vida intrauterina como en el periodo post natal⁴.

OBJETIVO GENERAL:

Describir el tiempo de internación, los días de requerimiento de oxigenoterapia y las complicaciones de los pacientes con BQL expuestos al humo del tabaco y compararlos con aquellos no expuestos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Evaluar la prevalencia de padres fumadores en pacientes internados con diagnóstico de bronquiolitis en el servicio de pediatría del Hospital Dr. Claudio Zin.
- Evaluar los días de requerimiento de oxigenoterapia en esta población durante su estancia hospitalaria, discriminando según exposición al humo del tabaco.
- Evaluar los días de internación en esta población durante su estancia hospitalaria, discriminando según exposición al humo del tabaco.
- Establecer las principales complicaciones en los pacientes estudiados.

MUESTRA: Pacientes entre 0-2 años de edad internados en sala de pediatría con diagnóstico de BQL en el periodo comprendido entre el 1 de abril hasta el 31 de agosto de 2014 en el Hospital Pediátrico de Malvinas Dr. Claudio Zin.

MATERIALES Y METODOS:

Se obtuvieron los datos de las Historias Clínicas. Se identificaron los antecedentes de tabaquismo en los convivientes, duración de internación, días de requerimiento de oxigenoterapia y las complicaciones agudas. Los datos obtenidos se volcaron en una planilla de Excel para su procesamiento.

RESULTADOS:

- 92 pacientes con Diagnóstico de BQL.
- Fueron solicitadas 183 historias. Se excluyeron 80 por no cumplir con el diagnóstico de BQL. Y 11 no pudieron ser revisadas.
- La Edad promedio fue de 6.9 meses
- El promedio de días de internación fue de 5.69 y 4.56 días de requerimiento de oxigenoterapia para los pacientes expuestos al humo del tabaco; y de 4.94 y 3.67 días respectivamente en los pacientes no expuestos (Gráfica 3).
- EL riesgo relativo para los expuestos al humo de tabaco: Para neumonía es de 1,66. Para atelectasia es de 2,0. Para ingreso a UTIP es de 2,0.

DISTRIBUCION SEGÚN SEXO

Masculino: 53 Femenino: 39

EXPOSICION AL HUMO DE TABACO

SI: 45 NO: 47

COMPLICACIONES DURANTE LA INTERNACION

	Expuestos al humo de tabaco	No expuestos a humo de tabaco	total
Neumonía	9	6	15
Atelectasia	4	2,0	6,0
Ingreso a UTIP	2	1,0	3,0

DIAS DE INTERNACION Y OXIGENOTERAPIA

	Expuestos a humo de tabaco	No expuestos a humo de tabaco
Días internación	5,69	4,94
Días de oxígeno	4,56	3,67

DISCUSION:

Es evidente el impacto que ocasiona la exposición al humo del tabaco en la morbilidad de la población estudiada, convirtiéndose no solamente en un problema médico que conlleva a una alta tasa de internación y complicaciones, sino también en un problema de salud pública ya que los pacientes con familiares fumadores convivientes, sea por ignorancia de sus implicancias o por incapacidad de cesación del hábito, se asocian con peores pronósticos.

PANCREATITIS AGUDA COMO DEBUT DE UNA COLITIS ULCEROSA (A PROPÓSITO DE UN CASO)**POB
097****Vega G.¹; Llorca M.²; Verna Herlein G.³**HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO.^{1,2,3}

<vegagonza@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Colitis Ulcerosa (CU) es un trastorno inflamatorio crónico que afecta exclusivamente al colon, con un compromiso de extensión variable, de predominio distal y de carácter continuo. La forma más común de presentación en la edad pediátrica es la pancolitis (60%). El cuadro clínico puede cursar con manifestaciones digestivas, extradigestivas o con enfermedades asociadas, entre ellas las más frecuentes son la colangitis esclerosante y la hepatitis autoinmune.

OBJETIVO

Reportar un caso de CU cuyo cuadro clínico debutó con una pancreatitis aguda.

MATERIALES Y MÉTODO

Historia clínica del centro de salud y epicrisis del hospital de niños.

POBLACIÓN (CASO CLÍNICO)

Paciente femenino de 12 años de edad que consulta por diarrea líquida sin pus ni sangre y dolor abdominal de tipo continuo, epigástrico, irradiado al dorso sin fiebre ni vómitos de 24 hs de evolución. Laboratorio: FAL 1973 UI/l; TGP 63 mUI/ml; TGO 60 mUI/ml; GGT 317 UI/l; Amilasa 633 U/l; Bilirrubina total 0.48 mg/dl y ecografía que muestra páncreas aumentado de tamaño con mínima cantidad de líquido libre. Se interna y se realiza tratamiento para pancreatitis aguda. Durante la internación presenta episodios de diarrea sanguinolenta. Se solicitan estudios complementarios para evaluar la causa probable de pancreatitis aguda y descartar diarrea de causa infecciosa.

A los 10 días post externación consulta nuevamente por dolor abdominal epigástrico, sin vómitos y persistencia de diarrea. Se solicita nuevo laboratorio: FAL 1161 UI/l; TGP 371 mUI/ml; TGO 674 mUI/ml; Amilasa 56 U/l, internándose para realizar video endoscopia digestiva alta y baja y biopsia hepática. La endoscopia baja informa lesiones compatibles con colitis extensa ulcerosa, y biopsia hepática con patrón de hepatitis autoinmune. Se comienza tratamiento con prednisona y 5-ASA.

DISCUSIÓN

La CU es una enfermedad infrecuente. La forma de presentación más común es la diarrea crónica. Su asociación a pancreatitis aguda ha sido reportada en un número muy bajo de casos y relacionada a la evolución crónica de la enfermedad y al uso de 5-ASA y mercaptopurina.

CONCLUSIÓN

Ante un diagnóstico de pancreatitis aguda de causa desconocida y acompañada de diarrea sanguinolenta se debe pensar en una posible asociación de CU.

ESTUDIO CUALI CUANTITATIVO DE TIPO TRANSVERSAL Y DESCRIPTIVO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA CAPACIDAD INTELECTUAL EN ADOLESCENTES NACIDOS CON MUY BAJO PESO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ DE BUENOS AIRES

POB
098

Vivas S.¹; Oyhanart J.²; Bucking C.³; Cuneo Libarona M.⁴; Schapira I.⁵; Aspres N.⁶
HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ^{1,2,3,4,5,6}
<silvanavivas@hotmail.com>

Un número muy importante de niños nacidos con muy bajo peso muestran en la adolescencia problemas cognitivos y del aprendizaje.

MÉTODOS:

Estudio cuali-cuantitativo, transversal y descriptivo de cohorte de adolescentes entre 13 y 18 años nacidos y controlados en el seguimiento de Alto Riesgo en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires con peso de nacimiento menor o igual a 1500 g. con el objeto de conocer la calidad de vida (PedsQL 4.0) y su capacidad intelectual (Test de Matrices Progresivas de Raven). Se evaluó la capacidad intelectual y la calidad de vida de 70 adolescentes con antecedentes de prematuridad.

RESULTADOS:

Arrojaron que el 64.3% de los adolescentes evaluados poseen una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) alta. El 54% de los adolescentes evaluados poseen una capacidad intelectual por debajo del término medio. Se separó a la población de adolescentes que nacieron con más de 1000 g. y menos de 1000 g. Un 52.94 % de los adolescentes nacidos con un peso menor a 1000 g obtuvieron un rendimiento intelectual bajo. No se encontró asociación directa con su rendimiento intelectual y la calidad de vida.

CONCLUSIÓN:

Los adolescentes con antecedentes de prematuridad como grupo presentan un bajo rendimiento en la capacidad intelectual general aunque la mayoría de ellos obtiene puntuaciones dentro del intervalo de normalidad. De los adolescentes nacidos con muy bajo peso al nacer, la mayoría expresa tener CVRS alta. La CVRS es más alta en el funcionamiento físico y social que en el funcionamiento escolar y emocional. Solo un 30% presentaron un rendimiento intelectual muy bueno o superior. Constituyéndose una de las poblaciones con mayor vulnerabilidad a presentar déficit cognitivo y dificultades de aprendizaje.

ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN NIÑOS DE ARGENTINA

POB
100

Melonari P.¹; Abate H.²; Llano Lopéz L.³; Cuttica R.⁴; Apaz M.⁵; Battagliotti C.⁶; Vilca I.⁷; Cancellara A.⁸; Calvari M.⁹; Ellis A.¹⁰; Collia A.¹¹; Flynn L.¹²; Aletti A.¹³; Lazarte G.¹⁴; Petricca J.¹⁵; Tonetto I.¹⁶; Santillán A.¹⁷; Brusadin M.¹⁸; Gaiano A.¹⁹; Bonardo V.²⁰
HOSPITAL HUMBERTO NOTTI^{1,2,3}; HOSPITAL ELIZALDE^{4,8}; HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESUS⁵; HOSPITAL DE NIÑOS DE SANTA FE DR ORLANDO ALASSIA⁶; HOSPITAL DE JUJUY⁷; HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESUS⁹; SANATORIO MATER DEI^{10,11}; SANATORIO DE NIÑOS DE ROSARIO¹²; HOSPITAL VILELA DE ROSARIO^{13,14}; HOSPITAL SCHESTAKOV¹⁵; HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS JOSÉ PENNA¹⁶; HOSPITAL DE CATAMARCA¹⁷; HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA¹⁸; HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO¹⁹; HOSPITAL BRITANICO²⁰
<pa_melonari@yahoo.com.ar>

Opción a premio

INTRODUCCION:

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis que afecta vasos de pequeño y mediano calibre.

OBJETIVOS:

1- Determinar clínica y epidemiología de EK en niños internados en 22 centros pediátricos de referencia en Argentina. 2- Identificar factores de riesgo para complicaciones coronarias (CC).

MATERIAL Y METODOS:

Estudio retrospectivo y analítico, entre 01/01/2010 al 31/12/2013. Variables: edad, sexo, frecuencia cardíaca (FC), clínica, eritrosedimentación (VSG), proteína C reactiva (PCR), leucocitos (Gb), neutrófilos, hemoglobina (Hb) y CC. Ecocardiograma doppler color: fase aguda y 4-6 semanas.

RESULTADOS:

Sujetos: 191, edad (Md) 29 meses (R: 2-144). Relación v/m: 1.8/1. Clínica: fiebre 100%(191/191) más frecuente y adenomegalia: 57%(110/191) menos frecuente. CC: 15.7% (30/191). Mortalidad: 0.52% (1/191 casos). Mayor riesgo de CC: Leucocitosis > 20.000/mm³ Odds ratio (OR)= 4.235. (IC 95% 1.704 a 10.529); Hto <30, OR= 6.042. (IC 95% 2.469 a 14.782) p<0.0002; Hb < 10 OR= 5.056 (IC 95% 2.163 a 11.814) p< 0.0003; VSG >100mm/1h OR= 3.725 (IC95% 1.642 a 8.447) p<0.0018; PCR >100mg/dl OR= 6.417. (IC 95% 2.441 a 16.869) p<0.0002 y otras alteraciones

cardíacas. OR= 7.964. (IC 95% 2.459 a 25.794) p<0.0010. Los niños del Oeste del país tienen 2.7 veces mayor riesgo de CC OR= 2.714 (IC 95%: 1.228 a 5.997) p<0.019 con respecto al resto.

Factores de riesgo de compromiso coronario

	Edad (Md) p<0.001	Días de fiebre (Md) (X) p<0.003	FC (Md) (X) p<0.002	VSG (X) p<0.007	PCR (X) p<0.001	Hto (X) p<0.007	Hb (X) p<0.001	GB (X) p<0.006	Rto. Neutrófilos(X) p<0.0021
Grupo1: sin CC	29.5	6.81	110	68.59	57.27	33.01	10.97	13865.83	8765.85
Grupo2: con CC	27	9.17	130	93.34	112.73	30.65	9.92	19711.67	12771.36

CONCLUSIONES:

Mayor frecuencia en varones. Mayor riesgo de CC en sujetos del oeste del país. Mortalidad baja. Mayor riesgo de CC con: Hto y Hb bajos, leucocitos, neutrófilos, VSG, PCR, FC, elevados, presencia de otras alteraciones cardíacas y mayor días de fiebre al momento de colocación del tratamiento. La PCR y la presencia de otras alteraciones a nivel cardíaco fueron los factores predictores más importantes de CC.



PROCESOS REUMATOLÓGICOS O PROCESOS ONCOLÓGICOS. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES A LA ORDEN

RPD
101

Kondratiuk G.¹; Ameruso Y.²; Rohr R.³; Elena G.⁴

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4}

<graciela.kondratiuk@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Niños con leucemia pueden presentar síntomas musculoesqueléticos similares a una artritis idiopática juvenil (AIJ) con variables hematológicas normales. El diagnóstico correcto puede demorarse porque la evaluación se enfoca en la artritis.

OBJETIVO

Presentar un caso de leucemia aguda en paciente con enfermedad reumática tratada con inmunosupresores.

CASO

Niña de 15 años con sinovitis de rodilla izquierda asociado a impotencia funcional de una semana de evolución refractario a analgésicos. Laboratorio con hemograma, reactantes de fase aguda, función renal y hepática normal. FAN y FR negativos. Se confirma diagnóstico: Artritis Idiopática Juvenil. Inicia metotrexate y naproxeno con buena evolución clínica.

A los 22 meses de iniciado el tratamiento concurre por presentar síndrome febril de 24 hs de evolución, sinovitis de tobillo izquierdo y celulitis de pierna izquierda. Ecografía con derrame articular en tobillo izquierdo y aumento de espesor y ecogenicidad del tendón del músculo tibial anterior. Laboratorio con leve descenso de plaquetas en hemograma. Hemocultivos negativos. Resonancia Magnética Nuclear: Edema – Hiperemia de tercio medio y distal de tibia y peroné. Cumple tratamiento con Clindamicina 30mg/kg/día por 14 días.

Al mes y medio de su internación persiste con sinovitis de rodilla derecha.

Laboratorio con leucopenia y neutropenia (GB: 3290, NT: 1250), reactantes de fase aguda aumentados (ERS: 50 – PCR: 45).

Se interconsulta con Servicio de Hematología. Frotis de sangre periférica: GB 2000. Punción Aspiración de Medula Ósea (PAMO) con diagnóstico de Leucemia Bifenotípica.

DISCUSIÓN

Existen características clínicas que pueden diferenciar los procesos reumáticos y oncológicos. El dolor nocturno, el dolor óseo, la ausencia de rigidez y el compromiso oligoarticular son más frecuentes en pacientes oncológicos. En cuanto al laboratorio, se sugiere que la neutropenia con relativa linfocitosis y/o niveles plaquetarios bajos se asocian con malignidad.

CONCLUSIÓN

Considerar varios diagnósticos diferenciales ante la presencia de síntomas musculoesqueléticos permite el diagnóstico temprano de malignidad en la infancia. Se recomienda que ante casos de artritis con características atípicas se realice PAMO fundamentalmente previo al inicio de inmunosupresores

TROMBOSIS DE SENO CAVERNOSO POR CELULITIS FACIAL

RPD
103

Spitta G.¹; Rodriguez V.²; Nieves G.³

HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA-RIO CUARTO^{1,2,3}

<georginaspiatta@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La trombosis de seno cavernoso es potencialmente fatal. La etiología puede ser: infecciosa (facial, senos paranasales o focos sépticos distantes) y no infecciosa (postquirúrgico, trauma). Patógenos más frecuentes: estafilococo aureus (70%), estreptococo (20%), gram negativos y anaerobios. Cursa con sepsis, fiebre, cefalea, hiper o hipoestesia en región oftálmica y/o maxilar, y anomalía en movimientos oculares. El diagnóstico se basa en la clínica y se confirma por imágenes. El tratamiento consiste en antibiótico endovenoso dirigido al patógeno asociado al sitio de infección primaria, drenaje quirúrgico del mismo y anticoagulación.

OBJETIVO:

Sospechar precozmente trombosis de seno cavernoso como complicación de infecciones de origen facial.

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica a partir del análisis de la historia clínica de un paciente hospitalizado.

CASO CLÍNICO:

Niña de 11 años con tumoración en maxilar superior izquierdo de evolución tórpida en 24 hs, celulitis en hemicara y edema bpalpebral, apertura bucal limitada, fiebre y taquipnea. Recibe antibioticoterapia de amplio espectro. Presenta sepsis grave, neumonía bilateral con derrame pleural izquierdo, neumotórax derecho y osteomielitis de maxilar superior y calcáneo izquierdos. Sin rescate de gérmenes.

Al 7º día refiere parestesia en hemicara afectada y diplopía; ptosis palpebral y parálisis incompleta del III y VI par craneal. RMN de cerebro y órbitas: Trombosis de seno cavernoso izquierdo; inicia tratamiento con enoxaparina.

CONCLUSIÓN:

La trombosis de seno cavernoso en niños es infrecuente, con alta mortalidad y morbilidad significativa (parálisis de los nervios craneales y ceguera). La sospecha, diagnóstico y tratamiento precoz son cruciales; aún es un reto el diagnóstico y la terapéutica. Hay consenso internacional del uso asociado de antibióticos y anticoagulación; ésta previene la propagación del coágulo y contribuye a la recanalización del mismo, permitiendo así, una mejor penetración del antibiótico.



ANGIOMATOSIS CUTANEO-MENINGO-ESPINAL: SÍNDROME DE COBB

Chiattonne M.¹

HOSPITAL MATERNO INFANTIL MAR DEL PLATA¹

RPD
106

INTRODUCCIÓN:

El Sme de Cobb consiste en la asociación de una malformación arteriovenosa o venosa a nivel cutáneo que coexiste con una extensión a planos musculares profundos, áreas paravertebrales y ocasionalmente medula espinal.

OBJETIVO:

Presentar un paciente con Sme de Cobb, describir su signo sintomatología, estudios diagnósticos y alternativas terapéuticas.

PRESENTACIÓN DE CASO

Niño de 13 años, sin antecedentes perinatales relevantes. Presentó convulsiones (ausencias) a los 10 años. Motiva la consulta dolor e impotencia funcional de miembro inferior derecho de 2 meses de evolución, invalidante, que afecta su actividad diaria. Se evidencia atrofia muscular y disminución de la fuerza en miembro inferior derecho, escoliosis dorsolumbar. Se realiza RMN de médula espinal con evidencia de malformación arteriovenosa. Ecocardiograma con dilatación ventricular izquierda con buena función. En estudio de angiografía digital medular se observó malformación arteriovenosa intramedular en D8-D9 por aferencia del eje espinal anterior por D10 izquierda asociada a angiomatosis paravertebral, vertebral y muscular D11-D12 y L1 con fístulas de alto flujo; hallazgos compatibles con Sme de Cobb. Recibe tratamiento médico con propranolol y gabapentin.

DISCUSIÓN:

El síndrome de Cobb presenta lesiones localizadas en tronco y más raramente en miembros. Puede asociarse a malformaciones de columna vertebral, piel y vísceras. Proceso lento, progresivo y sin regresión. La complicación más severa es la compresión medular generando paraplejía. Las posibilidades terapéuticas son diversas y varían según la extensión de la lesión no siendo en la mayoría de los casos curativo.

CONCLUSIÓN:

Se trata de una patología infradiagnosticada por su escaso conocimiento. El objetivo debe ser disminuir las secuelas neurológicas reduciendo el efecto de masa, hipertensión y sangrado de vasos afectados. Es interesante conocer dicha asociación en angiomas extensos que tengan distribución metamérica ya que pueden asociar una malformación vascular espinal que seguro se pondrá de manifiesto al final de la infancia.

CONDUCTAS Y CREENCIAS DE MADRES Y PADRES FRENTE A SUS HIJOS CON FIEBRE

Suwezda A.¹; Matamoros R.²

FUNDACIÓN HOSPITALARIA¹; HOSPITAL ESPAÑOL DE LA PLATA - HOSPITAL DR. RICARDO GUTIÉRREZ DE LA PLATA²

<suwezda@gmail.com>

RPD
108

INTRODUCCIÓN:

La fiebre es el motivo de consulta más frecuente en la guardia de pediatría y la conducta de las madres y padres refleja lo que los pediatras recomendamos en la consulta. En la investigación de Straface de 2001 los mayores temores fueron a las convulsiones (31%) y meningitis (16%), y la alternancia de antitérmicos fue de 1 a 3% en lactantes de 1 a 24 meses de edad. En los últimos 15 años creemos que algunas de estas conductas y creencias se modificaron lo que motivó el presente estudio.

OBJETIVO:

Determinar las prácticas antipiréticas de las madres y padres por iniciativa propia o por prescripción médica y las creencias relacionadas con la fiebre.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Encuesta online realizada a madres y padres en 2014 de 42 preguntas convocada a través de blogs de pediatría, redes sociales, mailing y desde el consultorio de los médicos participantes. Se recabaron datos sociodemográficos, utilización de antitérmicos y temores más instalados aplicando escalas tipo Likert de 5 puntos. Se usaron técnicas estadísticas habituales.

RESULTADOS:

Participaron 609 personas que completaron la encuesta en una mediana de siete minutos. 51% del Conglomerado La Plata, 33% del conglomerado Buenos Aires, 90% con obra social o prepaga, 85% sexo femenino, edad media 36 años, 76% con estudios universitarios, 54% 1 hijo, 24% menores de 1 año de edad. La mediana fue de 4 para preocupación. En una escala de 1 a 5 la mediana para preocupación por la fiebre fue 4 y el

66% considera que es peligrosa. El 50% considera fiebre de 37.0 a 37.5°C y el 31% de 38.0 a 38.5°C. Al 70% el pediatra le explicó el significado de la fiebre. El 74% cree que bajar la fiebre evita las complicaciones, siendo las convulsiones el temor más frecuente (33%), luego la deshidratación (25%) y el delirio (20%). El 90% usa medios físicos, el más frecuente baños tibios (61%). El 75% usa antitérmicos cuando la temperatura está entre 37.8 y 38.9°C. El paracetamol (76%) y el ibuprofeno (65%) son los más utilizados en menores y mayores de 6 meses respectivamente, el 51% lo elige por la mayor respuesta. El 43% alterna antitérmicos, utilizando el 55% ibuprofeno + paracetamol, el 21% dipirona + ibuprofeno. 64% calcula la dosis por el peso y 55% según lo que indica el médico. El 30% consulta en las primeras horas de fiebre.

CONCLUSIONES:

En los últimos 15 años no se modificaron la mayoría de los temores de los padres respecto a la fiebre en sus hijos. Aumentó significativamente la alternancia de antitérmicos, lo que refleja el cambio en las indicaciones de los pediatras.



INDICACIÓN DE ANTITÉRMICOS POR PEDIATRAS 2015

RPD
109

Suwezda A.¹; Matamoros R.²; Enriquez D.³

FUNDACIÓN HOSPITALARIA¹; HOSPITAL ESPAÑOL Y DR. RICARDO GUTIERREZ DE LA PLATA²;

ASESOR MÉDICO DE LABORATORIOS ROEMMERS³

<suwezda@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En 2006 se realizó una encuesta publicada en Archivos Argentinos de Pediatría para conocer el uso de antitérmicos por médicos pediatras, en donde la alternancia era del 59%. En 2014 decidimos realizar nuevamente la encuesta para evaluar si hubieron cambios en esta modalidad terapéutica.

OBJETIVO:

Conocer la modalidad terapéutica en el uso de antitérmicos por parte de los médicos pediatras y compararla con la encuesta anterior.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una encuesta en línea difundida a través del Portal Médico Intramed mediante un cuestionario con preguntas generales y específicas sobre el manejo de la fiebre en cuanto a su diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS:

Participaron 770 médicos pediatras, 60% de CABA, GBA y provincia de Buenos Aires, 67% sexo femenino, 55% con menos de 20 años de recibido, 73% realizó residencia en Pediatría. El 95% utiliza la axila para medir la temperatura, 64% define fiebre a partir de los 38°C. El criterio para indicar antitérmicos es mejorar el confort del paciente (33%), el nivel de temperatura (31%) y luego la clínica del paciente (23%). El 98% indica paracetamol en menores de seis meses y el 83% ibuprofeno en mayores de seis meses. El 62% alterna antitérmicos ($p=0,216$ en comparación con 2006), el 77% con un intervalo de cuatro horas, en primer lugar ibuprofeno + dipirona (36%) y luego ibuprofeno + paracetamol (35%).

Un 46% espera que la temperatura baje a 37 °C y un 34% a 37,5 °C. El 90% considera segura una temperatura menor o igual a 37,5 °C. El 53% define sus acciones basados en evidencia científica y el 47% basado en la experiencia.

CONCLUSIONES:

Los pediatras consultados por esta encuesta indican antitérmicos en forma regular a partir de valores establecidos de temperatura y fomentan su alternancia a pesar de no haber evidencia fundamentada sobre esta práctica. No hemos observado cambios en la conducta médica en los estos últimos ocho años. Un porcentaje importante basa su conducta en evidencia inexistente y otro porcentaje no menor en su experiencia personal. Agradecemos al Dr. Ariel Melamud por su colaboración en la realización de este trabajo.

ELIZABETHKINGIA MENINGOSEPTICA EN NEONATOLOGIA

RPD
110

Montane P.¹; Gambaro P.²; Siccardi M.³

HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA^{1,2,3}

<paolamontane@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN:

Elizabethkingia Meningoséptica es un bacilo Gram negativo no fermentador, ampliamente distribuido en la naturaleza pero poco frecuente en humanos, en quienes se considera un patógeno oportunista, posee enzimas de resistencia frente a los antibióticos prescritos usualmente contra las bacterias Gram negativas. En el ambiente hospitalario se ha encontrado en todo material que pueda acumular agua y que sea de difícil limpieza, puede causar infección en neonatos e Inmunocomprometidos.

OBJETIVO:

Presentación de un caso clínico de etiología poco habitual

MATERIAL Y MÉTODO:

Caso descriptivo, retrospectivo. Neonato, masculino, de 37 semanas, de peso adecuado. Embarazo sin complicaciones. Ingres a UTIN por dificultad respiratoria, interpretado como taquipnea transitoria. Al 7° día presenta descompensación con apnea. Laboratorio: PCR: 91. Se pancultiva Comienza con Meropenem y Vancomicina, por sospecha de sepsis neonatal tardía intranosocomial. LCR alterado: pleocitosis, hipoglucoorraquia. 12 hs posteriores presenta Shock séptico y 24 hs siguientes Síndrome convulsivo. Bacteriología informa hemocultivos y LCR: Bacilo Gram Negativo no fermentador de glucosa, catalasa y oxidasa +, sensible a TMP-SMX, Piperacilina-Tazobactam. Se rota antibiótico según antibiograma: Piperacilina-Tazobactam. A las 96 hs de evolución se confirma: Elizabethkingia Meningoséptica sensible a Vancomicina, Rifampicina, TMP-SMX. Inicia tratamiento con Vancomicina y Rifampicina. Estudios complementarios: Ecografía cerebral 7° día: hidrocefalia. Ecocardi-

grama Normal. Fondo de Ojo Normal. TAC cerebral: Ventriculomegalia. Potenciales evocados auditivos alterados. Hemograma, hepatograma y función renal normal. Hemocultivos de control negativos. LCR del 10° y 27° día: negativos. Cumplió 28 días de tratamiento con Vancomicina y Rifampicina. Alta hospitalaria a los 40 días de vida.

CONCLUSIÓN:

Elizabethkingia Meningoséptica es un germen atípico, de difícil identificación en el laboratorio que produce meningitis y otras infecciones en neonatos. Presenta una mortalidad del 23 al 52% con importantes secuelas en los sobrevivientes. El tratamiento es complejo por multi-resistencia frente a betalactámicos. La identificación en el laboratorio y correcta elección del antimicrobiano mejora la evolución y pronóstico en los pacientes.



PAYAMEDICOS EN INTERNACIÓN PEDIÁTRICA. SU INTERVENCIÓN DESDE LOS ASPECTOS SANOS CONSERVADOS DEL PACIENTE. RELATO DE EXPERIENCIA.

POB
111

Catoyra M.¹; Arzo V.²; Rey M.³; Mohamad T.⁴; Marchionni V.⁵; Suarez G.⁶

HOSPITAL FERNANDEZ^{1 2 3 4 5 6}

<belcatoyra@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los payamedicos son una asociación civil, sin fines de lucro cuya misión es contribuir a la salud emocional del paciente hospitalizado. Para tal fin utilizan recursos psicológicos y artísticos. En el Hospital Fernández trabajan desde hace 1 año.

OBJETIVO:

Describir y compartir con los equipos de salud las técnicas de abordaje que utilizan los payamedicos en su intervención terapéutica con los pacientes internados en la sala de pediatría.

La técnica se divide en cuatro tiempos. El primero es el PAYAPASE que comienza con una reunión con los médicos y revisión de las historias clínicas, tratando de conocer al paciente (productente). El segundo tiempo es la INTERVENCIÓN. Para ello utilizan un vestuario especialmente diseñado que se colocan en un aula destinada a tal fin. Luego, se elabora una estrategia, basada en un abordaje escénico terapéutico, logrando acciones más dirigidas y cuidadas. La actividad propia, es acudir al encuentro de los productentes en duplas o triplas, generando la producción junto al productente, utilizando todo lo que el propongá para lograr mejorar su estado de anímico. El encuentro va en busca de la parte sana del paciente. De ahí surgen actividades improvisadas o premeditadas que hacen que el productente se sienta cómodo y pueda relajarse. Gracias a los diferentes recursos comunicacionales que utilizan, los payasos de hospital pueden entablar vínculos con su auditorio, el cual incluye al paciente, los familiares, el equipo médico y hasta las personas que se

encuentran en el mismo espacio de quien recibe la intervención. Luego se realiza un PAYABALANCE. Aquí el grupo comparte sus experiencias luego de las intervenciones. Finalizando la actividad está el CUARTO TIEMPO, cada encuentro de los cuatro en el mes se realiza una actividad distinta: payagrafía, donde interviene una persona ajena al equipo (el payamédico de los payamédicos), actualizaciones de material y ateneos.

CONCLUSIÓN:

Los Payamédicos trabajan el concepto de RESILIENCIA, intentan reconectar con la capacidad de producir, reconociendo que su ser persona va más allá de su enfermedad. Los conecta con su parte sana mejorando el estado anímico del niño y su familia y así cambiando la forma de percibir el entorno como un todo. En este estado de relajación que produce la intervención de los payamedicos se genera la ya conocida liberación de endorfinas colaborando en su salud emocional y secundariamente física.

VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO. PATRÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO DE LETALIDAD EN NIÑOS HOSPITALIZADOS: 15 AÑOS DE EXPERIENCIA.

POB
112

Lucion M.¹; Juarez M.²; Martínez A.³; Romanin V.⁴; Bakir J.⁵; Viegas M.⁶; Mistchenko A.⁷; Gentile A.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<flor_lucion@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN:

El Virus Sincicial Respiratorio (VSR) es el principal agente asociado a infección respiratoria aguda baja (IRAB) en niños. El objetivo de este estudio fue describir el patrón clínico-epidemiológico e identificar los factores de riesgo de letalidad por VSR.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Estudio observacional, transversal, analítico y prospectivo de pacientes internados por IRAB en el Hospital de Niños R Gutiérrez, 2000-2014. El diagnóstico viral (VSR, adenovirus, influenza y parainfluenza) se realizó por inmunofluorescencia indirecta de aspirados nasofaríngeos y RT-PCR.

RESULTADOS:

Se incluyeron 13.309 niños, 38.6%(5118) presentaron rescate viral; VSR predominó en toda la serie 81%(4146/5118) sin variaciones anuales significativas (71-88); presentó un patrón epidémico estacional (mediana de semana epidemiológica de inicio y finalización de período de circulación: 19-35) coincidiendo con los meses de menor temperatura media; fue seguido por Influenza 7.4%, Parainfluenza 6% y adenovirus 4.5%.

Los casos de VSR (4146) tuvieron una mediana de edad de 7 meses (0-216), 74% < 12 meses, 43% < 6 meses; 56.5% varones; la manifestación clínica más frecuente fue bronquiolitis (60.6%). El 41.5%(1717/4146) tenía comorbilidades, las más frecuentes: enfermedad respiratoria crónica (ERC) 73.9%, cardiopatías congénitas 13.9% y enfermedad neurológica crónica 10.1%. El 95% eutróficos y 1.9% inmunosuprimidos. El 24% presentó complicaciones y el 6.5 infección nosocomial. La letalidad fue 1.9%(78/4108).

Los pacientes fallecidos tuvieron una mediana de edad de 5 meses (1-180), 77% < 1 año, 51% < 6 meses; la manifestación clínica más frecuente fue neumonía (53%). El 65.4%(51/78) tenía comorbilidades, las más frecuentes: ERC 50.9%, cardiopatías congénitas 33% y enfermedad neurológica crónica 25%. El 20% presentaba desnutrición moderada y grave y 2.6% eran inmunosuprimidos. Dentro de las complicaciones, las más frecuentes fueron: 82% claudicación respiratoria, 48% infección nosocomial, 33.3% sepsis.

La desnutrición moderada a grave OR 2.28 (1.19-4.36) p<0.01, la presencia de cardiopatía OR 3.53 (1.95-6.39) p<0.01 y de enfermedad neurológica crónica OR 3.25 (1.65-6.39) p<0.01 resultaron predictores independientes de letalidad por VSR.

CONCLUSIONES:

La infección por VSR presentó un patrón epidémico estacional, afectó en su mayoría a lactantes pequeños. La letalidad se asoció a la presencia de desnutrición, cardiopatía y enfermedad neurológica crónica.



PATRÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA (IF) EN NIÑOS INTERNADOS: 15 AÑOS DE EXPERIENCIA.

POB
113

Lucion M.¹; Juárez M.²; Martínez A.³; Romanin V.⁴; Bakir J.⁵; Viegas M.⁶; Mistchenko A.⁷; Gentile A.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<flor_lucion@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN:

El IF es uno de los agentes etiológicos de infección respiratoria aguda baja (IRAB) que causa hospitalización y morbimortalidad en pediatría.

OBJETIVOS:

Describir el patrón clínico-epidemiológico e identificar los factores asociados a la infección por IF. Comparar las características de los pacientes con IRAB por IFA y IFB.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de corte transversal, analítico y prospectivo de pacientes internados con infección por IF, período 2000-2014. El diagnóstico etiológico viral (virus sincicial respiratorio, adenovirus, influenza y parainfluenza) se realizó por inmunofluorescencia indirecta de aspirados nasofaríngeos y RT-PCR.

RESULTADOS:

Se incluyeron 13.309 niños, 38.6% (5118) presentaron rescate viral; el IF representó el 7.3% (377/5118) de las muestras positivas, correspondiendo un 91% a IF tipo A y un 9% a IF B; con un patrón epidémico estacional (pico mayo-julio) sin variaciones anuales significativas y coincidiendo con los meses de menor temperatura media.

Los casos presentaron una mediana de edad de 12 meses (rango intercuartílico 6-21 meses), 56.5% varones y 57,5% se manifestaron clínicamente como neumonía. El 9,5% de los casos fueron reinternaciones del mismo episodio y 49,6% tuvieron internaciones previas de causa respiratoria. El 60.6% tenían comorbilidades. El 27.2% presentó complicaciones (la más común claudicación respiratoria). El 8.1% (30/370) correspondió a infecciones nosocomiales. La letalidad fue 2.1% (8/370).

La edad ≥ 6 meses OR 1.83 (1.37-2.43) $p=0.000$, enfermedad neurológica crónica OR 1.53 (1.00-2.32) $p=0.04$, reinternación por el mismo episodio OR 1.82 (1.22-2.70) $p=0.003$, antecedente de internación previa de causa respiratoria OR 1.56 (1.19-2.03) $p=0.001$, neumonía como forma de presentación clínica OR 1.47 (1.17-1.82) $p=0.001$, inmunosupresión OR 1.91 (1.09-3.34) $p=0.023$ y fibrosis quística OR 5.2 (1.45-18.57) $p=0.011$ resultaron ser los predictores independientes de infección por IF. No se hallaron diferencias significativas al analizar los casos de IFA vs IFB.

CONCLUSIONES:

La infección por IF presentó un patrón epidémico estacional y se asoció a edad ≥ 6 meses, neumonía, antecedente de internación por patología respiratoria y ciertas comorbilidades.

PANHIPOPITUITARISMO CONGÉNITO, DIAGNÓSTICO PRECOZ EN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. REPORTE DE CASO.

RPD
114

Silva A.¹; Soto J.²; Gutte P.³

HOSPITAL CENTRAL DE PEDIATRÍA DR. CLAUDIO ZIN^{1 2 3}

<ana_maria_silva@live.com>

INTRODUCCIÓN

El Hipopituitarismo se debe al déficit de una o más hormonas hipofisarias. Se puede presentar como Déficit Aislado de Hormona del Crecimiento o Déficit Múltiple de Hormonas Hipofisarias (Panhipopituitarismo) pudiendo ser congénito o adquirido. La incidencia de la forma congénita es baja, se estima entre 1/ 4.000 y 1/10.000 nacidos vivos.

OBJETIVO

Presentar el caso de un lactante masculino de 2 meses de vida con diagnóstico de Panhipopituitarismo congénito.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de tipo caso clínico. Se realizó una revisión retrospectiva de la historia clínica del paciente objeto en el Hospital Pediátrico Dr. Claudio Zin de Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires. Los estudios endocrinológicos y de imágenes complementarios se obtuvieron por medio de la Oficina de Comunicación a Distancia del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

RESULTADOS

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 2 meses de vida internado por episodios de hipoglucemia grave asociada a convulsiones, ictericia prolongada y alteraciones anatómicas como micropene, paladar hendido, hernia umbilical y baja talla. Se investigaron causas metabólicas y endocrinológicas. El diagnóstico se orientó tras obtener una muestra crítica bajo hipoglucemia inducida para dosaje de hormonas contrarreguladas

ras y se confirmó demostrando el déficit de Hormona del Crecimiento (GH) y Hormona Estimulante de la Tiroides (TSH). Posteriormente se identificó el defecto neuroanatómico asociado -a través de Resonancia Nuclear Magnética de Región Selar y Supraselar- que correspondió a Neurohipofisis ectópica infraquiasmática. Se inició tratamiento sustitutivo hormonal con resolución de los síntomas y buena evolución en el seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIÓN

El Hipopituitarismo congénito es una enfermedad infrecuente que puede presentar espectro clínico variable. Una de las formas habituales de presentación es la hipoglucemia neonatal y se debe sospechar ante la presencia de alteraciones fenotípicas asociadas tales como micropene, defectos de línea media y baja talla. La importancia del diagnóstico temprano de esta condición radica en iniciar tratamiento sustitutivo precoz y prevenir daño de la función cognitiva, déficit de crecimiento y alteraciones metabólicas en estos pacientes.

**PERFIL SOCIO-AMBIENTAL DE LA POBLACIÓN ESCOLAR NIVEL PRIMARIO***Clemente G.¹; Teicher K.²; De Gregorio A.³; Nevisardi M.⁴; Nuñez Z.⁵; Cavalli L.⁶*

HOSPITAL DE AGUDOS "CARLOS G. DURÁN" 1 2 3 4 5 6

<graclementeb@hotmail.com>

**RPD
115****INTRODUCCIÓN:**

La importancia de conocer el entorno socio ambiental del niño/a es fundamental para incidir e instrumentar estrategias de prevención y promoción de la salud escolar.

OBJETIVO:

Conocer el perfil socio ambiental de la población escolar, nivel primario, atendida por el Programa de Salud Escolar del Área Programática del Hospital Durand en el año 2013

POBLACIÓN:

Alumnos: 2832 de nivel primario (1º; 4º y 6º grados), de los distritos escolares (2,6,7 y 8) pertenecientes al Área Programática Hospital Durand del GCBA, controlados de marzo a diciembre del año 2013.

MATERIAL Y METODOS:

Muestra de n 435 niños según protocolos del control de salud escolar. Disciplinas participantes pediatría y trabajo social. Estudio retrospectivo observacional. Variables: Sexo/Nacionalidad/Lugar de residencia/Cobertura de salud/Tipo de vivienda/Vínculo de convivencia /Número de convivientes/ Nivel educativo del adulto referente/Beneficiarios de Planes Sociales /Tipo de vulnerabilidad social: habitacional/educacional/familiar/laboral.

RESULTADOS:

Sexo: F n 210(48%) y M n 225 (52%), Nacionalidad argentina n 411(94%), extranjeros n 24 (6%) Residencia: CABA n 422 (97%), AP n 346 (79%). Obra Social: SI n 294 (67,5%) NO n 102 (23,5%), Cobertura Porteña n 39(9%).

Viven en casas/Dptos n 389 (89%), en hotel/inquilinatos/casa tomadas: n 40 (9%); villas de emergencia n 6 (2%). Convivencia grupo familiar: Con ambos padres n 283 (65%), solo con la madre: n129 (30%), con Padre: n 12(3%); abuelos/otros n11 (2%) Nivel educativo secundario completo o menos n 269 (72%). Beneficiarios de planes sociales n 59 familias (13%) Presentaron vulnerabilidad social n 167 (38%) de los entrevistados con una o más vulnerabilidades.: Vulnerabilidad Laboral: n137 (61%), Habitacional n 64 (29%), Educacional n 11(5%) y Familiar n 11(5%).

CONCLUSIONES:

Esta pequeña muestra expresa la necesidad y posibilidad de utilizar la herramienta epidemiológica como preponderante en el Programa de Salud Escolar, y así poder instrumentar acciones cuyos objetivos sean la promoción y prevención de la salud de nuestra población a cargo como parte de un sistema efector del primer nivel de atención.

MUERTE SUBITA: FACTORES ASOCIADOS*Favant L.¹; Martínez A.²; Ortellao L.³; Sioli N.⁴; Fessia L.⁵; Mayo R.⁶*HOSPITAL ITURRASPE^{1,2,3,4,5,6}

<luci.favant@hotmail.com>

**RPD
116****INTRODUCCIÓN:**

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) se define como el fallecimiento de un lactante <1 año, cuya causa permanece inexplicada después de una minuciosa investigación. El diagnóstico se realiza por exclusión. En Argentina la tasa de SMSL en 2011 fue de 0,28 cada 1000 nacidos vivos.

OBJETIVOS

- Analizar factores de riesgo de muerte súbita.
- Evaluar el impacto que cada uno tiene sobre la población.
- Promover la lactancia materna
- Promover estrategias de educación para la prevención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Trabajo basado en 150 encuestas dirigidas a madres de pacientes de 0 a 6 meses internadas en el Servicio de Pediatría del Hospital J.B Iturraspe, en el periodo comprendido de 1/10/14 al 31/03/15, de bajo nivel socioeconómico. Se incluyeron en dicha encuesta variables como tabaquismo, uso de almohadas, posición de descanso, colecho, uso de chupete y lactancia materna.

RESULTADOS:

Se concluye de la población estudiada que:

- Sexo: Masculino 53% Femenino 47%.
- Con respecto al descanso: Decúbito dorsal 60%, Decúbito lateral 33% Decúbito ventral 7%.
- Colecho: colecho materno 87%. 54% comparte con dos personas.

- Almohada: 93% no utiliza.
- Chupete: no usa 30%.
- Tabaquismo: 87% no consume tabaco.
- Lactancia Materna: 100%.
- Muerte Súbita: un 67% de la población no cuenta con información.

CONCLUSIÓN:

Podemos concluir que el factor de riesgo más destacado es el colecho materno, siendo escasos los factores de riesgo agravantes para SMSL en la población encuestada. La lactancia materna esta presente en el total de la población, como factor protector.

Un dato relevante extraído de las encuestas, es que un 67% de las madres no cuentan con información de SMSL, careciendo de herramientas para su prevención.

De esto se desprende que el rol fundamental del Pediatra es brindar la información necesaria para la prevención del SMSL, haciendo participe a la familia en la adquisición de hábitos protectores del niño.



SÍNDROME DE DRESS (REACCIÓN A DROGAS CON EOSINOFILIA Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS): UN DESAFÍO DIAGNOSTICO EN PACIENTES POLIMEDICADOS

POB
117

García Vélez P.¹; Paterno M.²; Osa Noseda M.³; Stechina E.⁴; Mandracho M.⁵; Dubny D.⁶; Iribarren A.⁷; Ferraro E.⁸; Gonzales M.⁹; Delamagiora R.¹⁰; Wayman C.¹¹; Marengo F.¹²; Galante M.¹³

HOSPITAL OLAVARRIA DR. HECTOR CURA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13}

<patofulton@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome DRESS es una farmacodermia infrecuente, caracterizada por fiebre, exantema, adenopatías, alteraciones hematológicas y afectación visceral.

OBJETIVOS:

Describir un paciente polimedicado con diagnóstico inicial de Síndrome de Kawasaki, confirmándose posteriormente DRESS secundario a medicación anticonvulsivante.

POBLACIÓN:

Paciente pediátrico de 10 años de edad

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 10 años de edad, cursando internación por desorganización psicótica de inicio en la infancia en tratamiento con Risperidona. Durante la evolución agrega episodios de hipertonia y cianosis peribucal, interpretados como equivalentes convulsivos, siendo medicados con ácido valproico y carbamacepina. Al mes evoluciona con episodios febriles asociado a un exantema eritematomaculopapular confluyente y generalizado, respetando pequeñas áreas (surco nasogeniano, plantas y palmas), leucopenia, linfocitos activados con inclusiones, elevación de enzimas hepáticas (TGO y TGP mayores a 400 UI/L), esplenomegalia leve a moderada y mínima presencia de líquido libre en región pelviana.

Es evaluada por Dermatología, quien ante sospecha de síndrome de DRESS, sugiere suspensión de anticonvulsivantes. Neurología, decide suspender carbamacepina y aumentar dosis de ácido Valproico. Paciente persiste febril, agregando inyección conjuntival y derrame pleural. Ante sospecha de síndrome de Kawasaki, reumatología indica tratamiento con aspirina y gammaglobulina. Paciente persiste febril, agregando insuficiencia hepática con alteración de coagulograma (Concentración protrombina 36%, con buena respuesta a carga de vitamina K). Debido a esto, dermatología indica retirar toda medicación, insistiendo en el diagnóstico de DRESS. Se suspende aspirina, valproato, gammaglobulina y se rota risperidona a aripripazol más clonazepam y se agrega corticocoides. Paciente evoluciona favorablemente, afebril a las 24hs y con resolución completa del exantema a la semana de suspensión de medicación.

RESULTADOS:

Paciente con diagnóstico de desorganización psicótica de inicio en la infancia, asociado a episodios convulsivos que intercurrió con síndrome de DRESS secundario a medicación anticonvulsivante.

CONCLUSIONES:

El Síndrome de DRESS en una patología infrecuente y de difícil diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes pediátricos y polimedicados. Se requiere alta sospecha para una oportuna suspensión de la medicación, evitando falla hepática y mortalidad.

HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS CON COMPROMISO ESPINAL. CASO CLÍNICO.

RPD
118

Scrigni A.¹; Luong T.²; Paglia M.³; Garavaglia M.⁴; Aisemberg N.⁵; Rowensztein H.⁶; Sampor C.⁷

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

<ascrigni@intramed.net>

La Histiocitosis de células de Langerhans (HCL) constituye un grupo de enfermedades de etiología desconocida, que se caracterizan por la proliferación no controlada de histiocitos. Es una enfermedad rara, y si bien el compromiso óseo es común, la afectación de la columna vertebral es infrecuente.

Presentamos una niña de 4 años que consulta por dolor abdominal difuso, intermitente, progresivo de 1 mes de evolución asociado a pérdida del apetito y constipación. En los días previos a la consulta se agrega debilidad en ambos miembros inferiores. Al examen físico impresiona eutrófica, afebril, y como único dato positivo se observa disminución de la fuerza muscular en miembros inferiores con hiperreflexia y clonus. La marcha es inestable.

El laboratorio básico con medio interno, función hepática y renal, serologías y plumbemia resultaron normales. Urocultivo negativo y ecografía abdominal normal.

En la radiografía tóraco-abdominal se observa disminución asimétrica de la 9° vertebra dorsal.

RM: aplastamiento del cuerpo vertebral de D9 asociado a tumoración que compromete espacio epidural D8-D10 rodeando la medula espinal, con compresión raquí-medular.

Se realiza de urgencia laminectomía y descompresión, con toma de biopsia de la lesión y se estabiliza la columna con artrodesis de D6-D11.

Diagnóstico histopatológico: HCL. Cultivo negativo de las muestras quirúrgicas.

Se realizó estadificación sin encontrarse afectación de otros huesos u órganos.

Se instaura tratamiento con Metilprednisona + Vimblastina. A los 2 meses se observa remisión de la enfermedad sin secuelas neurológicas. La paciente deambula con corset sin dificultad.



HOSPITAL DE DÍA POLIVALENTE: UNA REALIDAD EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL SIGLO XXI

Cañete M.¹; Fernández Z.²; Shibukawa C.³

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA, LA PLATA^{1,2,3}

<maricagnete@gmail.com>

RPD
119

INTRODUCCIÓN.

Hospital de día es la modalidad asistencial destinada a la atención de pacientes con prestaciones programadas prescriptas por el profesional tratante, durante 8 a 12 horas por día con la interacción de distintas disciplinas, utilizando unidades intermedias de apoyo manejo interdisciplinario, sin necesidad de hospitalización convencional. Se asisten pacientes crónicos en etapas de diagnóstico, terapéutica ó de seguimiento, crónicos con episodios agudos de descompensación, pacientes agudos de difícil manejo ambulatorio y pacientes que requieren cirugía ambulatoria de baja complejidad.

OBJETIVOS:

Describir las características de los pacientes asistidos en el Hospital de Día Polivalente en un Hospital de alta complejidad.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo desde febrero de 2011 a diciembre de 2014 realizado en el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica de La Plata. Se utilizó planilla Excel para el registro diario. Se analizaron las siguientes variables: procedencia, edad, patología de base, sexo, especialidad tratante, tratamiento instituido, complicaciones, internaciones y cobertura social.

RESULTADOS:

Los pacientes estudiados en un año fueron 14338. La distribución por sexo fue mayoritariamente masculino, 59,4% (N=8516). Con respecto a la procedencia, el 60,4% (N= 8663) residían en el interior de la provincia

de Buenos Aires, y 38,8% (N=5567) de La Plata y Gran La Plata. El 0,7 % restante correspondió a otras provincias. El 74,8% (N=10736) fueron menores de 11 años, y el resto 24% (N=3450) mayores de esa edad. En relación a las especialidades intervinientes, el 59,7% (N=8570) correspondió al Servicio de Hematología, el 12,6% (N=1809) a Oncología; el 5,9% (N=847) a Gastroenterología; el 6,7 % (N=961) a Reumatología; el 4,6 % (N=667) a Inmunología; el 3,8 % (N=555) a Neurometabolismo; el 2,1% (N=304) a Otorrinolaringología; el 2,9% (N=422) a Oftalmología; y el 1,7% (N=243) a otras especialidades.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

La creación de Hospitales de Día constituye una realidad en el Hospital del siglo XXI. Resaltamos la coordinación del Clínico Pediatra en el manejo interdisciplinario de los pacientes crónicos- complejos en el Hospital de Día Polivalente.

Palabras clave: Hospital de Día.

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE EMBRIOPATÍA POR ÁCIDO RETINOICO

Echeverría M.¹; Satragno D.²

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJÍA¹ ; HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ²

<marceche@yahoo.com.ar>

RPD
122

Presentación de un caso de embriopatía por ácido retinoico. Los retinoicos son derivados de la síntesis de vitamina A, utilizados principalmente para tratamiento del acné grave. En la edad fértil, siempre deben asociarse con anticoncepción, ya que en el embarazo podrían presentar malformaciones graves.

CASO CLÍNICO:

Madre de 28 años, argentina, con 2 hijos previos sanos, no consanguíneos, embarazo controlado, con serologías negativas, parto vaginal, cefálico, con líquido claro. Refiere ingesta de ácido retinoico durante el primer trimestre junto con anticonceptivos orales, ambas medicaciones fueron suspendidas ante la confirmación de la gesta. Nace bebe femenino de 38 semanas, 3060 gr., APGAR 8/8, que presenta al examen físico facies peculiar con: plagiocefalia, patrón atípico de implantación del pelo; ojos profundos; nariz con puente nasal con rodete y base ancha, columna triangular; filtrum borrado curvo, labios finos; orejas displásicas, bajas, rotadas y en cartucho, con hélix sobrepregado, sin antihelix y micrognatia. Se observa además hipomimia. En el examen cardiovascular presenta soplo sistólico de moderada intensidad y taquipnea lo que motiva realizar el ecocardiograma. Se halla doble tracto de salida del ventrículo derecho, comunicación interventricular muscular, desalinamiento septal posterior, con severa obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo, discontinuidad mitroaórtica, anillo aórtico hipoplásico. Se realizan además ecografía cerebral, y abdominal que resultan normales junto con el fondo de ojo.

Embriopatía por ácido retinoico: las afectaciones más comunes son las del sistema nervioso central (hidrocefalia, microcefalia, malformaciones cerebelosas), del corazón (principalmente patologías de la septación), y del área craneofacial, estas afectan al oído externo, (ausencia o disminución del conducto auditivo externo), microftalmia, dismorfias faciales, (micrognatia entre otras), paladar hendido, alteraciones del timo, deficiencia de parathormona. Las malformaciones descritas afectan a estructuras derivadas de las crestas neurales así como estructuras mesodérmicas.

DISCUSIÓN:

A pesar de las precauciones, las embriopatías por ácido retinoico se siguen observando. No hay acuerdo si las mismas son dosis dependiente. Las dificultades en la prevención deberían hacernos pensar acerca de las indicaciones de esta droga en mujeres en edad fértil. Tal vez cabría la posibilidad de asociar más de un método anticonceptivo, sobretodo en la adolescencia.



ENFERMEDAD DE KAWASAKI PRESENTACIÓN ATÍPICA

Amoretti N.¹; Figini C.²; Vega Cabezas E.³

HOSPITAL REGIONAL DE RÍO GRANDE^{1,2,3}

<naty_6289@hotmail.com>

RPD
123

Paciente de 2 años 4 meses, sin antecedentes patológicos de relevancia, consulta por fiebre de 4 días de evolución asociado a inyección conjuntival no supurativa en tratamiento con tobramicina tópica. En las últimas 48 horas presenta intolerancia a la vía oral y adenopatía cervical izquierda medicada con amoxicilina ambulatoriamente. A las 24 horas de iniciado el tratamiento antibiótico presenta rush generalizado maculo papular eritematoso que no respeta palmas ni plantas. Se asume el cuadro como Sme Mononucleosico.

Consulta nuevamente por presentar vómitos biliosos, dolor abdominal y sensorio alternante. Se coloca SNG abierta con débito bilioso por lo que se interna en sala de pediatría con diagnóstico de oclusión intestinal. Se interconsulta con Cirugía Infantil y se realiza laparotomía exploradora, con diagnóstico posquirúrgico de suboclusión intestinal secundaria a adenitis mesentérica y apendicetomía profiláctica.

Evoluciona presentando edema bupalpebral, en miembros y escrotal, conjuntivitis a predominio derecho con secreción ocular (cultivo: Haemophilus Influenzae), queilitis, glositis, adenopatía cervical, fiebre de 5 días

de evolución y uretritis con piuria estéril. Se asume el cuadro como Enf. de Kawasaki. Presenta hiponatremia e hipopotasemia asintomática que mejoraron con aporte parenteral de electrolitos. Se solicita valoración por Cardiología Infantil, quien realiza Ecocardiograma: sin dilatación de las coronarias. Inicia tratamiento con gammaglobulina humana a 2 g/kg/día. Responde parcialmente al tratamiento con exacerbación de la clínica a las 48 horas (mayor edema, empeoramiento de queilitis, glositis y subfebril persistente) asociado a hipoalbuminemia (1.73 g% previa al ingreso 4.2g%). Se realiza interconsulta con Hospital Nacional Ricardo Gutierrez, quienes sugieren pasaje de gammaglobulina a 1 g/kg/día, albúmina humana a 0.25 g/kg/día y AAS a 50 mg/kg/día. Paciente evoluciona con mejoría, desaparición de edemas, mejorías de las lesiones bucal, conjuntival y adenopatía. Permanece internado 9 días. Egresos con diagnóstico: Enfermedad de Kawasaki, Posoperatorio de suboclusión intestinal secundario a adenitis mesentérica, Hipoalbuminemia, Conjuntivitis por Haemophilus Influenzae. Tratamiento al egreso AAS 4mg/kg/día. Ecocardiograma control a los 20 días normal.

FUNCION PULMONAR RELACIONADA AL GRADO CLINICO DE RINITIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SIN ASMA

Agresta M.¹; Saranz R.²; Lozano N.³; Lozano A.⁴; Sasia L.⁵; Bovina Martijena M.⁶; Ianiero L.⁷

CATEDRA DE INMUNOLOGIA, FACULTAD DE MEDICINA. SERVICIO DE ALERGIAS E INMUNOLOGIA, CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA. UNIVERSIDAD CATOLICA DE CORDOBA^{1,2,3,4,5,6}; CATEDRA DE INMUNOLOGIA, FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD CATOLICA DE CORDOBA⁷

<ferny_agresta@hotmail.com>

POB
124

INTRODUCCIÓN:

Evidencias epidemiológicas, funcionales y patológicas vinculan las vías aéreas superior e inferior, reconocidas como una "vía aérea única". Se han observado alteraciones espirométricas subclínicas en pacientes con rinitis, sin asma, que podrían ser directamente proporcionales al grado clínico de rinitis.

OBJETIVOS:

Investigar las posibles alteraciones de la función pulmonar y su potencial reversibilidad al broncodilatador en niños y adolescentes con rinitis alérgica y no alérgica, sin asma, según el grado clínico de rinitis clasificado por ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*).

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Estudio observacional, analítico, de corte transversal, en el que se incluyeron niños y adolescentes entre 5 y 18 años con síntomas de rinitis alérgica y no alérgica, sin asma. Se realizó espirometría por curva flujo-volumen y se analizó la existencia de anomalías en la función pulmonar y la respuesta broncodilatadora relacionada al grado clínico de rinitis por ARIA ajustando un modelo logístico.

RESULTADOS:

Se estudiaron 189 pacientes; en 42 (22,2%) se observó al menos un parámetro alterado en la función pulmonar. Los pacientes con rinitis persistente moderada-grave presentaron mayor afectación de la función pulmonar respecto a los otros grados de rinitis ($p=0,0086$). El defecto se asoció tanto a la frecuencia ($p=0,0257$) como a la gravedad de los síntomas de rinitis ($p=0,0353$) pero no con la condición de atopia ($p=0,2802$). La respuesta broncodilatadora positiva fue más frecuente en los grados de rinitis moderada-grave que en las formas leves ($p=0,0476$) y no se asoció con la expresión de atopia ($p=0,6320$).

CONCLUSIONES:

Existieron alteraciones funcionales respiratorias en un importante porcentaje de niños con rinitis alérgica y no alérgica, sin asma, afectación que es más prevalente en la rinitis persistente moderada-grave. La alteración de la función pulmonar se asoció a la frecuencia y la gravedad de la rinitis y fue independiente de la condición de atopia. El defecto funcional fue reversible al broncodilatador en pacientes con rinitis moderada-grave.



TRANSFERENCIA TRANSPLACENTARIA DE INMUNOGLOBULINA G EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

POB
126

Agresta M.¹; Lozano N.²; Lozano A.³; Saranz R.⁴; Marini V.⁵; Bovina Martijena M.⁶; Concari E.⁷; Ponzio M.⁸

CATEDRA DE INMUNOLOGIA, FACULTAD DE MEDICINA. SERVICIO DE ALERGIA E INMUNOLOGIA, CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA. UNIVERSIDAD CATOLICA DE CORDOBA1 2 3 4 5 6; SERVICIO DE ALERGIA E INMUNOLOGIA, CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA. UNIVERSIDAD CATOLICA DE CORDOBA7 ; CATEDRA DE FISILOGIA HUMANA, INICSA-CONICET, FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA8
<ferny_agresta@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los recién nacidos (RN) a término tienen un sistema inmune completamente desarrollado, pero presentan una capacidad de respuesta disminuida. La respuesta inmune inicial es dependiente de la inmunoglobulina G (IgG) materna transferida a través de la placenta existiendo relación exponencial entre edad gestacional (EG) y nivel de IgG en el RN.

El objetivo del presente estudio fue establecer la relación entre EG y concentración sérica de IgG en el RN durante el tercer trimestre de embarazo. Pacientes y métodos: Estudio observacional analítico, de corte transversal. Se incluyeron muestras de sangre de cordón umbilical de RN con EG mayor a 32 semanas. Se los dividió en cuatro grupos de acuerdo a la EG: 32-33 semanas, 34-35 semanas, 36-37 semanas y 38-40 semanas. El dosaje de IgG se realizó mediante Inmunodifusión radial simple, se expresó su resultado en mg% y se consideró como valor medio normal de referencia en recién nacido a término (RNT) 1031mg%.

RESULTADOS:

Se analizaron 90 RN con un peso medio de 3033,7 + 654,4gr. El valor medio de IgG fue de 1036,9 ± 20,25mg% con la siguiente distribución: grupo 1: 1015,56+8,15mg%, grupo 2: 1024,63 ± 17,08mg%, grupo 3: 1026,93 ± 15,76mg% y grupo 4: 1047,73 ± 17,14mg%. La concentración sérica de IgG fue significativamente mayor en los RNT con respecto al grupo pretermino, observándose asociación positiva (p <0,001). No se

constato diferencia significativa entre los grupos de RN prematuros. En ningún caso se detectó una concentración de IgG menor al rango de referencia normal.

CONCLUSIÓN:

Los RNT presentan una mayor concentración sérica de IgG que los prematuros, demostrando así relación directa entre la IgG materna transferida al RN y la EG. En ningún grupo se demostró hipogamaglobulinemia.

LOS NIÑOS ACCEDEN A LAS REDES SOCIALES A EDADES CADA VEZ MÁS TEMPRANAS

RPD
127

Suwezda A.¹; Dueñas K.²; Sancilio A.³

FUNDACIÓN HOSPITALARIA1 ; HOSPITAL EVITA DE LANÚS^{2,3}
<suwezda@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La oferta de dispositivos tanto fijos como móviles para acceder a Internet es cada vez mayor exponiendo a las generaciones más jóvenes a nuevos hábitos y nuevos riesgos. En el año 2013 Unicef comunicó los resultados de una encuesta con 500 casos en donde el 43% de los niños, niñas y adolescentes de Argentina sacaron su primera cuenta en una red social antes de los 13 años ("Acceso, consumo y comportamiento de los adolescentes en internet"). Creemos que esta cifra está aumentando mucho más rápido de lo que pensamos, lo que motivó la presente investigación.

OBJETIVO:

Conocer la frecuencia de utilización de redes sociales (RS) en niñas, niños y adolescentes (de 4 a 18 años).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Encuesta realizada a través de la web a madres y padres en los meses de febrero a abril de 2015 adaptando la encuesta publicada en 2009 por el Grupo de Informática de la Sociedad Argentina de Pediatría con el agregado del uso de RS con o sin cuenta propia. Se convocó a los encuestados a través de RS o mailing, recolectando y almacenando los datos en formularios y hojas de cálculo de Google. Se aplicaron técnicas estadísticas habituales y se investigó la edad de inicio en RS con análisis de sobrevida de Kaplan Meier.

RESULTADOS:

Se encuestaron 491 personas con media de 40 años y 82% mujeres que tenían 1001 hijos de 4 a 18 años con 1722 dispositivos fijos y móviles conectados a internet por hogar. Se los agrupó por edades de 4 a 8 (G1= 32,6%), 9 a 13 (G2 = 37,5%) y 14 a 18 años (G3 = 29,9%). En G1 el 45% utilizó alguna RS (Facebook, Twitter, Instagram o Youtube), 78% en G2 y 98% en G3. Las más empleadas fueron Youtube en G1 (38%) y Facebook en G2 y G3 (65% y 97%). Por análisis de sobrevida se estimó que la probabilidad de usar alguna RS es del 70% a los 8 años y del 100% a los 13 años, y en particular la probabilidad de usar Facebook es del 40% a los 8 años y 100% a los 13 años.

CONCLUSIONES:

De acuerdo con lo revelado por las madres y los padres encuestados, los niños utilizan las RS mucho antes de que su edad les permita crear su propia cuenta, seguramente usando la cuenta de un adulto para acceder a juegos en red, tomando así contacto con desconocidos y exponiéndose a peligros. Los pediatras debemos acompañar en el uso de estas nuevas tecnologías como herramientas que ayuden a los niños a crear y a compartir conocimiento. Conocer que los niños acceden a muy corta edad a las RS nos permite anticipar la existencia de riesgos que deben ser evaluados día a día en conjunto con los padres y sus hijos.



MARCAS EN LA PIEL

Rodriguez C.¹; Riveros L.²; Figueroa L.³; Castro J.⁴; Cañas A.⁵

HOSPITAL GUILLERMO RAWSON^{1 2 3 4 5}

<caro.cba@live.com>

RPD
128

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones autoinflingidas puede definirse como la lesión directa, deliberada del propio tejido corporal, sin una finalidad suicida. Diversos estudios proporcionan información sobre este tipo de lesiones, nosotros queremos mostrar nuestra realidad.

OBJETIVOS:

- 1- Intentar conocer la incidencia de lesiones autoinflingidas.
- 2- Describir la población afectada.
- 3- Describir los elementos asociados a estas lesiones.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó encuesta dirigida, elaborada junto a Psicología, a adolescentes que asistieron al Servicio de Pediatría del Hospital Guillermo Rawson de San Juan.

RESULTADOS:

Mayor incidencia en sexo femenino, edad entre 15 y 18 años, las lesiones más frecuentes son los cortes, seguido de rascado intenso y golpes con objetos, las zonas más afectada brazos y piernas, los elementos más utilizados hoja de afeitarse; tristeza y problemas familiares son las causas más frecuentes, luego de realizarlo predomina el alivio y el placer.

CONCLUSIÓN:

El conocimiento de estas lesiones nos ayuda a conocer nuestros adolescentes y realizar diagnóstico precoz de comportamientos y conductas de riesgo.

SÍNDROME DE ISAAC. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Marmo G.¹; Yori S.²; Goldring J.³; Orozco É.⁴

HOSPITAL GARRAHAN^{1 2 3 4}

<gaston_marmo@hotmail.com>

RPD
129

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Isaac es un trastorno autoinmune causado por anticuerpos contra los canales de potasio de los nervios periféricos, originando hiperexcitabilidad nerviosa, lo que genera hiperactividad de la fibra muscular en reposo. No existen datos precisos de su prevalencia e incidencia. Puede presentarse como síndrome paraneoplásico y se asocia a otros desórdenes autoinmunes. Se caracteriza por pseudotetania, calambres, fasciculaciones, fatiga y mioquimia. Puede asociar trastornos sensitivos, autonómicos y compromiso del sistema nervioso central. Su diagnóstico se realiza con un patrón electromiográfico "mioquímico". En un 30 a 50% se encuentran anticuerpos contra los canales de potasio voltaje-dependientes. El tratamiento es sintomático, utilizando fármacos estabilizadores de membrana.

OBJETIVO:

Reportar un caso clínico compatible con Síndrome de Isaac, siendo ésta una patología de baja incidencia.

POBLACIÓN:

Descripción de un caso clínico pediátrico.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Reporte de caso, con búsqueda bibliográfica y revisión de la historia clínica del paciente.

RESULTADOS:

Paciente de 18 años de edad, con antecedente de alopecia idiopática y toxoplasmosis congénita, que consulta por mialgias generalizadas, calambres, pseudotetania y fasciculaciones de tres años de evolución, con empeoramiento progresivo. Deserción escolar por dificultades en la escritura. Al ingreso se realiza corrección de calcio empírica, sin mejoría clínica, presentando un laboratorio con calcio sérico e ionograma normal, CPK y LDH francamente aumentadas. Dosaje de psicofármacos negativos, cupremia negativa, serologías negativas. Se efectúa electromiograma que muestra patrón mioquímico. Se descarta enfermedad neoplásica de base. Inicia tratamiento con carbamacepina, presentando franca mejoría clínica. Mantuvo buena evolución clínica, permaneció asintomático y normalizó los valores de laboratorio. La mala adherencia al tratamiento y el regular seguimiento, hicieron reaparecer la sintomatología.

CONCLUSIÓN:

El síndrome de Isaac y otras canalopatías constituyen trastornos autoinmunes poco descritos en la literatura, de baja prevalencia. Presenta un abordaje diagnóstico y terapéutico específico y se debe considerar dentro de los diagnósticos diferenciales del paciente con tetania.



BACTERIEMIA, INFECCIÓN URINARIA Y MENINGITIS EN LACTANTES FEBRILES DE 28 A 90 DÍAS

POB
130

Lepetic S.¹; Martignetti C.²; Longueira S.³; Mariñansky A.⁴; Rossiter M.⁵; Rolando M.⁶; Bickham D.⁷

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. ARTURO OÑATIVIA^{1 2 3 4 5 6 7}

<lepeticsonia@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La fiebre en lactantes menores de 90 días obliga a buscar infección bacteriana grave. 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.

La realización de punción lumbar es recomendada a los menores de 60 días con riesgo de infección bacteriana grave (IBS). No hay acuerdo con respecto a los lactantes entre 60 a 90 días.

OBJETIVOS:

Establecer la prevalencia de bacteriemia, ITU y meningitis en lactantes febriles de 29 a 90 días internados en Sala de Pediatría con infección urinaria.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo con revisión de historias clínicas de lactantes febriles que se internaron en Sala de Pediatría en el periodo febrero 2008 abril 2015.

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, en mal estado general o en buen estado general pero con riesgo de IBG por Criterios de Rochester.

Criterios de exclusión: neumonía, otitis, bronquiolitis, infecciones de piel o partes blandas, diarrea, punción lumbar no realizada o traumática.

Se define Pleocitosis al recuento de glóbulos blancos (GB) en LCR mayor a 10 células por/mm³, en lactantes mayores de 4 semanas.

Procesamiento bacteriológico

Hemocultivo procesado por sistema automático BACTEC 9120 de Benton Dickinson (BD)

Urocultivo por sonda vesical. Se consideró ITU al recuento de colonias mayor a 100000. La sensibilidad antibiótica se determinó por prueba de microdilución en caldo equipo automatizado Phoenix BD.

Procesamiento Estadístico programa SPSS versión 17

RESULTADOS:

Se incluyeron 146 lactantes febriles, 88 masculinos (60%) 56 femeninos (40%), menores de 60 días 91% (62%) y entre 60 a 90 días 55 (38%) Lactantes en buen estado general 111 (76%) y en mal estado general 35 (24%) Las diagnósticos fueron: Fiebre sin foco 87 (60%), Infección Urinaria 49 (33%) el 85.7% a *Escherichia coli* y meningitis aséptica 10 (7%) No hubo casos de meningitis bacteriana. Se presentó pleocitosis en el 10,3% el 50% coincidió con recuento GB superior a 15000/mm³.

Hallamos un 4.8% de bacteriemias (n= 7) que correspondieron 6 a *Escherichia coli*. Todas las bacteriemias se acompañaron de ITU, en 5 el recuento de GB fue mayor a 15000/mm³, 3 presentaron pleocitosis. Ningún caso de meningitis aséptica se acompañó de ITU o bacteriemia. No hubo diferencias estadísticamente significativas al relacionar Infección urinaria con buen o mal estado general o el recuento de glóbulos blancos mayor/ menor de 15000/mm³ con el diagnóstico final. (p 0.2)

CONCLUSIONES:

La prevalencia de ITU en el grupo estudiado es elevada (33%), la prevalencia de bacteriemia y meningitis coincide con trabajos publicados. La implicancia clínica de la pleocitosis con LCR estéril en niños con ITU y/o bacteriemia no está claro.

Si bien todas las bacteriemias coexistieron con ITU y el 71% presentaron recuento de GB superior a 15000/mm³ este no se relaciona con el diagnóstico final y no puede utilizarse para decidir la realización de la punción lumbar.

PSEUDOACONDROPLASIA: A PROPÓSITO DE DOS FAMILIAS

RPD
131

Gatica C.¹; Dri J.²; Cortesi V.³; Elescano A.⁴; Carbajal C.⁵; Pereyra M.⁶; Verdaguer M.⁷

HOSPITAL PEDIÁTRICO DR.H. J.NOTTI^{1 2 3 4 5 6 7}

<gatica.molina@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Se reportan 4 casos clínicos con Pseudocondroplasia (PSACH) en 2 familias seguidas en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo de un Hospital Pediátrico.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS:

Familia 1: Madre portadora de baja talla asimétrica (115,6 cm), genu varo y marcha bamboleana. Padre sano, talla 166,9 cm. Su primer hija fue derivada al servicio a los 4,2 años de edad por "acondroplasia". Peso: 12,200 kg (PZ -2,37), talla: 85,2cm (PZ-4,4), y talla sentada 55,2 cm (pc 97-90). Nació de término por cesárea con talla normal. Presenta facies normal, marcha bamboleana, hiperlordosis lumbar, acortamiento rizomélico de miembros, braquidactilia y genu varo severo. Se solicitan radiografías. Vuelve a consultar a los 9,2 años por dolor en la cadera y claudicación en la marcha. Concorre con su madre y su hermano de 3,9 años, ambos con fenotipo similar a la niña. Los hermanos comparten las imágenes radiográficas: afectación espondilo-epi- metafisaria con acortamiento generalizado de todos los huesos tubulares. Metáfisis irregulares con fragmentación epifisaria. Rx de columna perfil: hipoplasia de la vértebra lumbar superior y formación de lengüetas anteriores y centrales, que dan un aspecto piriforme; ligera platiespondilia. En la pelvis se observa irregularidades en el acetábulo y la epífisis femoral proximal; estrechamiento de la escotadura sacroilíaca. Estos hallazgos son compatibles con PSACH. La niña requirió corrección del varo bilateral a los 10 años.

Familia 2: Padres sanos. Sus dos primeras hijas, gemelas, derivadas al Servicio a los 4,9 años, por bajo peso y baja talla disarmónica. Nacieron pre término a las 30 semanas con tamaño adecuado a la edad gestacional. El examen físico y la radiología son compatibles con PSACH. Durante el seguimiento el IMC ascendió en ambas pacientes hasta llegar a obesidad, actualmente en rehabilitación nutricional.

CONCLUSIONES:

PSACH es una patología poco frecuente, 1 en 60000. Se manifiesta desde los 2 años con baja talla disarmónica, facies normal y marcha bamboleana. Los hallazgos radiológicos son un pilar importante para el diagnóstico y es primordial que sea en etapa prepuberal ya que en el adulto no se observan las características típicas de las vértebras en forma de lengüeta. En la familia 1 se diagnosticó a la mamá a partir del diagnóstico a sus hijos.



SÍNDROME DE NICOLAU EN UN NIÑO DE 6 MESES: UN CASO POCO FRECUENTE DE EVENTO SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLE A LA VACUNACION E INMUNIZACIÓN (ESA VI)

RPD
132

Garello M.¹; Nolte F.²; Lamy P.³; Giglio N.⁴; Castellano V.⁵; Stefano P.⁶; Gentile A.⁷

HNR GUTIERREZ^{1,2,3,4,5,7}; HTAL GARRAHAM⁶

<monica.garello@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Nicolau (SN), también conocido como dermatitis live-doidea o embolia medicamentosa cutis, es una reacción cutánea rara, secundaria a la aplicación intramuscular de algunas drogas.

Se define como ESAVI a los eventos que aparecen en forma consecutiva a la administración de una vacuna y que supuestamente puede atribuirse a la vacuna o la aplicación de la misma. La causalidad entre el evento y la vacunación se determinará mediante la investigación del caso.

OBJETIVO:

Presentación de un ESAVI poco frecuente.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentación de caso de SN secundario a la aplicación de vacuna séxtuple.

PRESENTACIÓN CLÍNICA:

Paciente de seis meses previamente sano, que recibe la tercera dosis de vacunas séxtuple (Infanrix hexa[®]) y neumococcica conjugada 13 valente (Prevenar[®]). En el sitio de aplicación de la vacuna séxtuple a los 20 minutos se observa lesión reticulada violácea que compromete las 2/3 partes del muslo. En las 72 horas siguientes la lesión progresa observándose flictenas y ulceración posterior.

Se realiza notificación de ESAVI, asumiéndose inicialmente como síndrome de Arthus y se contraindica vacunación con componente antitetánico.

El paciente recibió tratamiento local, con buena evolución de la lesión.

Posteriormente se revalora el caso y se realiza diagnóstico de SN. Actualmente presenta retracción cicatrizal en dicho muslo.

Se continúa con la vacunación correspondiente a la edad sin complicaciones.

CONCLUSIÓN:

Un diagnóstico correcto permitió completar el calendario de vacunación en tiempo y forma.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE EMBARAZADAS CON INFECCIÓN POR VIH Y SUS HIJOS EXPUESTOS EN UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL

POB
133

Argerich S.¹; Ramos G.²; Irigoien M.³

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MAR DEL PLATA^{1,2,3}

<argerichsoledad@gmail.com>

OBJETIVO:

Estudiar características epidemiológicas de embarazadas con infección de VIH y de sus hijos.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio descriptivo de vigilancia epidemiológica. La población estudiada fueron las embarazadas VIH positivas y sus hijos, que nacieron en el HIEMI durante el período enero 2011-diciembre 2014. Las variables analizadas fueron: edad materna, momento del diagnóstico, profilaxis realizada y modalidad de parto. Para prevención de la transmisión vertical y diagnóstico de los hijos expuestos al VIH se utilizaron los criterios vigentes según las recomendaciones nacionales. Para el análisis se calculó proporciones para las variables categóricas, y media o mediana para las variables continuas con sus intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS:

Sobre un total de 18.416 partos en el período estudiado, se atendieron 152 embarazadas VIH positivas (0.82%). La mediana de edad materna fue de 28,5 años. El diagnóstico anterior al embarazo se realizó en 57%. El 44,5 % recibía tratamiento antirretroviral previo. El diagnóstico en el embarazo fue de 33,8%, en el parto 4,6% y en el postparto 2,6%. El 88,1% realizó profilaxis anteparto e intra parto, solo intraparto 9,3% y sin profilaxis 2,6%. La profilaxis anteparto en 62,5% se hizo con LMV/AZT/IP, el resto con esquemas alternativos. La cesárea electiva fue en el 81,6%, cesárea de emergencia en el 13,8% y parto vaginal 4,6%. El 75% de los recién nacidos recibió AZT solo y el 25 % esquema ampliado. La tasa de transmisión vertical fue del 1,3% y por lactancia 2%.

CONCLUSIONES:

Más de la mitad de las embarazadas conocían su estado serológico previamente, lo que permite implementar medidas preventivas en forma oportuna. En el grupo diagnosticado durante el embarazo se pudo realizar profilaxis a partir del momento del diagnóstico. En un número significativo de embarazadas solo se pudo intervenir en el parto. Debido a las dificultades para contar con un resultado de carga viral inmediato, se utiliza la cesárea electiva como parto. La tasa de transmisión vertical no evidencia diferencias significativas con respecto a las reportadas por el programa nacional. La transmisión por lactancia es una problemática a resolver mediante el testeo de parejas masculinas el cual se está comenzando a implementar en nuestra institución.



COALESCENCIA DE LABIOS MENORES, NUESTRA EXPERIENCIA

Terrazas Ríos E.¹; Coblan De Petris V.²; Guirao De Ramirez A.³; Mallol E.⁴

HOSPITAL HUMBERTO NOTTI^{1,2,3,4}

<elnamari55@hotmail.com>

RPD
135

INTRODUCCION/OBJETIVO

La coalescencia de labios menores es un motivo de consulta frecuente en nuestro servicio de Ginecología infantojuvenil, que se caracteriza por la fusión parcial o total de labios menores en la primera infancia.

El objetivo principal de este trabajo fue analizar las tres conductas médicas instauradas.

Otros objetivos: analizar incidencia, edad, localización, antecedentes patológicos y patologías locales.

MATERIAL Y METODO

Metodología: retrospectiva y descriptiva.

Material: 507 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de coalescencia de labios menores; de un total de 6988 consultas de primera vez realizadas en un periodo de 10 años (2004- 2013).

Se analizó: incidencia, edad, localización, antecedentes patológicos, patologías locales, tratamiento y su respuesta.

Se tomaron tres conductas: expectante, separación con estrógenos conjugados equinos (ECE) en crema y separación con vaselina sólida más vitamina A.

RESULTADOS

Incidencia: 7,25%.

Edad: mínima 1 mes y máximo 10 años.

Entre los 3 meses y 3 años: 395 pacientes (78%).

De 1 año: 116 pacientes (22,9%).

Clasificación: coalescencia total: 343 pacientes (67,6%).

Coalescencia parcial: 164 pacientes (32,2%).

Antecedentes patológicos: en 186 pacientes (36,6%). De éstos, los más frecuentes son:

Infecciones de vías aéreas en 125 pacientes (67,2%); gastroenteritis aguda en 33 pacientes (17,7%); infecciones urinarias a repetición en 19 pacientes (10,9%).

Patología local: vulvitis en 147 pacientes (98%).

Tratamiento: Conducta expectante en 38 pacientes (7,5%), separación con estrógenos equinos conjugados en 123 pacientes (26,3%) y separación con vaselina sólida seguida con vitamina A en 346 pacientes (68,2%).

Resultados:

Fueron tratadas 469 pacientes (92,5%).

De 123 pacientes tratadas con ECE, separaron 77 (62,6%).

De 346 pacientes tratadas con vaselina sólida, separaron 224 (64,7%).

En 135 pacientes (28,8%) se necesitó mayor número de consultas para su separación.

No volvieron a la consulta 33 pacientes (7%).

CONCLUSIONES

La coalescencia de labios menores es una patología frecuente en la consulta pediátrica, principalmente entre los 3m y 3 años.

Preferimos la separación manual con vaselina y vitamina A por inocuidad y bajo costo.

Consideramos importante la separación para constatar la morfología de los genitales y dejar una vía urinaria libre.

Si no es necesaria la separación, se puede tomar una conducta expectante, ya que la asociación con IUR es poco frecuente. No obstante, a todas se le solicitan de rutina un estudio de orina.

Es importante tomar medidas preventivas para las recidivas.

En nuestra casuística no constatamos asociación con abuso sexual.

NEUTROPENIA FEBRIL: EPIDEMIOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA EN NUESTRO SERVICIO

Reggiani C.¹; Giraudon N.²; Mayo R.³; Sioli N.⁴; Fessia L.⁵; Vassia V.⁶; Bieti J.⁷

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

<carinareggiani@hotmail.com>

POB
136

INTRODUCCIÓN

Se define Neutropenia Febril (NF) a la temperatura aislada de 38,5° C en una ocasión o dos tomas de 38° C, dentro de un periodo de 24 horas separadas por al menos 4 horas de diferencia en un paciente con recuento de neutrófilos igual o menor a 1500. La neutropenia es considerada una urgencia infectológica y su mortalidad asciende a un 70% si se retrasa su tratamiento.

OBJETIVO

Analizar microorganismos prevalentes, cultivos, tratamientos antibióticos, sensibilidad, resistencia a los mismos, patología de base y fase del protocolo en que se encuentran los pacientes neutropénicos internados en el Servicio de Pediatría del Hospital J.B. Iturraspe.

MATERIALES Y METODOS

Estudio retrospectivo con análisis de 71 historias clínicas de pacientes con NF, abarcando grupo etáreo de 1 año a 16 años de edad en el periodo comprendido de 20/05/13 al 28/02/15.

RESULTADOS

El 8% de los casos (6) corresponden a pacientes no oncohematológicos y un 92% (65) a pacientes oncohematológicos. En estos últimos, los casos de NF ocurrieron en fase de Inducción en un 40%, en fase de Consolidación 22%, en fase de Mantenimiento 20% y en fase de Intensificación en el 18%. El 48% de los casos (34) poseen cultivo (+). El 20% de los 71 casos estudiados presentan HMC (+), el 17% Retrocultivos (+), el 10% PD (+), el 8% urocultivo (+), el 4% ANF (+) y el 3% coprocultivos (+). La familia de Estafilococos predomina en los HMC en un 50% y en retrocultivos un

42%. Rotavirus aparece en el 57% de PD. *Escherichia Coli* predomina en el 67% de Urocultivos (+). Con respecto al tratamiento, el doble esquema Ceftazidima – Amikacina fue utilizado en el 61% de los casos, Vancomicina en un 37%, Imipenem en un 23% y Ceftriaxona en un 18%. Dentro de los microorganismos aislados en HMC y Retrocultivos, se encontró una resistencia antibiótica a Meticilina en un 57% (8).

CONCLUSIÓN

Los casos de NF se dan en un mayor porcentaje en pacientes oncohematológicos, primordialmente en fase de Inducción, siendo en esta etapa prioritario un diagnóstico y tratamiento oportuno. Más del 50% de los casos no se aisló microorganismo causante, el esquema antibiótico implementado se adecuó a la epidemiología del lugar, presentado la dificultad de no obtener la sensibilidad y resistencia de algunos cultivos. Ante lo expuesto consideramos importante el uso racional de antibióticos, seguimiento y control de cultivos.



BACTEREMIA ASOCIADA A CATETER

Kabacoff J.¹; Correa P.²; Gallardo M.³

HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA^{1,2,3}

<skabacoff@gmail.com>

POB
138

INTRODUCCION:

Los catéteres vasculares centrales son dispositivos que permiten el acceso al torrente sanguíneo a nivel central para la administración de medicamentos, fluidos y nutrición parenteral total. El empleo de los catéteres en el tratamiento de niños recién nacidos es un procedimiento común en el manejo que se hace en ellos en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Las infecciones son su complicación más frecuente. Prolongan el tiempo de internación en 7 a 14 días y aumentan en aproximadamente 6.000 U\$S el costo por hospitalización.

OBJETIVOS

- Conocer la incidencia de bacteremias asociadas a catéter en el servicio de neonatología del Hospital Virgen de la Misericordia
- Establecer factores de riesgo

POBLACION MATERIAL Y METODOS:

Estudio descriptivo, analítico de casos y controles. Se analizó a pacientes nacidos en el servicio de neonatología del hospital Virgen de la Misericordia a los cuales se les colocó catéteres centrales (umbilicales y percutáneos) durante el primer semestre de 2014.

Se reconoció como infección asociada a cateter, aquella que ocurre en un paciente con un catéter central (CC), colocado por más de 48 horas, con por lo menos:

- Cultivo positivo de la punta del catéter y de un HC periférico para el mismo germen
 - Retrocultivo y hemocultivo periférico positivos para el mismo germen
- Se tomaron diversas características de los pacientes para establecer factores de riesgo.

RESULTADOS:

Se analizaron 30 historias clínicas de pacientes a los cuales se les realizaron catéteres centrales (CC) en el servicio de neonatología del hospital Virgen de la Misericordia durante el primer semestre de 2014. Se excluyeron 3 de ellas por no cumplir criterios de inclusión (n=27). La edad gestacional promedio fue de 32, 2 semanas (con un intervalo entre 24 y 38 semanas), con un peso promedio de 1860 gramos (con un intervalo desde 820 a 3470). La Tasa de BAC por cada 1000 días de CC fue de 18,8 por cada 1000 días de CC. El germen más frecuente fue Staphylococcus epidermidis. La asociación con los días de utilización de cateter y alimentación parenteral, en ambos casos por más de 10 días, fue la siguiente: Odds ratio 12,5 (IC95% 5,3- 19,6) y 2,6 (IC95% 2,14- 3,07) respectivamente.

CONCLUSIONES:

La tasa de BAC por cada 1000 días es apenas superior a la descrita en la bibliografía consultada y la distribución por gérmenes es similar. La permanencia por más de 10 días o la utilización de alimentación parenteral por el mismo tiempo son factores de riesgo.

ENCEFALOPATÍA HERPÉTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cáseres H.¹; Cardetti M.²; Brezigar A.³; Verges E.⁴; Vergara M.⁵; Cantisani M.⁶; Masachessi L.⁷; Falco M.⁸

CLÍNICA Y MATERNIDAD CERHU SAN LUIS^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<hugocaseres@live.com.ar>

RPD
139

INTRODUCCIÓN:

La infección por Herpes Simplex (HSV) es devastadora en el recién nacido asociada a una alta morbilidad y mortalidad a pesar de los avances logrados en el tratamiento antiviral. El retraso en el diagnóstico y el tratamiento se asocian con una rápida progresión de la enfermedad y aparición de secuelas permanentes. Se requiere un alto índice de sospecha puesto que la presentación suele ser inespecífica y cuadro clínico variable.

OBJETIVO:

Presentación de un caso clínico de Encefalitis Herpética

CASO CLÍNICO:

RNT/AEG (39 semanas/ 3.620 grs), sexo masculino, Apgar 8/9, parto vaginal, cefálica, sin antecedentes perinatales importantes, con alta médica a las 48 hs. Ingresó a neonatología a los 5 días de vida por hiperbilirrubinemia para luminoterapia, se constata lesión costrosa más dos lesiones pústulo-ampollares (una destechada) en región occipital diagnosticadas como pústulos transitorios neonatales, se realiza lavado con clorhexidina, hemocultivo y laboratorio normal, alta médica en buen estado general a las 48 hs.

A los 14 días de vida ingresa a UTI neonatal por consultorio externo en grave estado presentando hiporreactividad, rechazo del alimento, succión débil, hipertonia en cuello y cuatro miembros, mas movimientos clónicos intermitentes exacerbados con el llanto e hiperextensión de miembros a predominio derecho de 48 hs. de evolución, afebril, al examen físico disminución de 10,2 % del peso, deshidratación moderada, fontanela llena, lesión costrosa en región occipital más cinco lesiones vesiculares peri-lesión.

Se interpreta como sospecha de sepsis con foco central, se policultiva con toma de muestra adicional de LCR para PCR para virus, y se medica empíricamente con Ampicilina, Cefotaxime y Aciclovir. LCR: Hiperproteínorragia, Cristal de roca, Glucorraquia normal, Leucocitos x campo. Se realiza ecografía cerebral con signos de edema generalizado, fondo de ojo normal.

A las 48 hs presenta retro desviación de la mirada y parpadeo constante, se medica con fenobarbital dosis de carga y mantenimiento, mejoría del cuadro neurológico a las 72 hs. Cultivos negativos llevan a suspender terapia antibiótica, se recibe PCR para Virus Herpes Simple positiva. Continúa con Aciclovir hasta completar 21 días de tratamiento.

Se solicita RMN de encéfalo: Lesiones hipointensas e hiperintensas y hemorragias focales. Punción lumbar de control, con citoquímico normal y PCR para VHS 1 y 2 negativos.

Se da alta alta sanatoria a los 25 días de internación, con seguimiento multidisciplinario por consulta externa.

CONCLUSIÓN:

Si bien la incidencia de herpes neonatal es de aproximadamente 1:3000 a 1:10000 recién nacidos vivos, hay que tener una alta sospecha ante un paciente con cuadro neurológico y aspecto séptico. Hay que pensar en procesos virales ante sospecha de meningitis con LCR cristal de roca y celularidad normal. Aproximadamente el 60 % de los pacientes fallece y más del 50 % de los niños que sobreviven quedan con secuelas permanentes. Generalmente el diagnóstico se realiza cuando el niño ya tiene una enfermedad grave y ha desarrollado complicaciones.



ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA A TRAVÉS DE UNIDADES CENTINELAS EN ARGENTINA: 3 AÑOS DE VIGILANCIA.

POB
140

Opción a premio

Gentile A.¹; Bakir J.²; Agosti M.³; Ensinck G.⁴; Abate H.⁵; Gajo Gane A.⁶; Santillan Iturres A.⁷; Efron A.⁸; Regueira M.⁹; Ruttimann R.¹⁰; Grupo De Trabajo E.¹¹

HTAL DE NIÑOS R.GUTIERREZ¹²; HTAL DE NIÑOS SOR LUDOVICA LA PLATA³; HTAL DE NIÑOS J VILELA ROSARIO⁴; HTAL PEDIATRICO H NOTTI MENDOZA⁵; HTAL PEDIATRICO J PABLO II CORRIENTES⁶; HTAL DE NIÑOS E. PERON CATAMARCA⁷; INEL-ANLIS "DR. CARLOS G. MALBRÁN"^{8,9}; FUNCEI¹⁰; MULTICENTRICO¹¹
<angelagentile21@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad meningocócica (EM) constituye una emergencia infecciosa y continúa siendo un problema sanitario importante. Considerando la disponibilidad de nuevas vacunas meningocócicas, es esencial implementar una vigilancia epidemiológica de EM, que permita establecer una línea de base previa a cualquier intervención futura.

OBJETIVOS

Determinar el patrón clínico-epidemiológico y la carga de EM con base hospitalaria en centros pediátricos de referencia de Argentina.

MÉTODOS

Vigilancia hospitalaria activa prospectiva de la EM en ≤15 años a través de 6 unidades centinelas pediátricas durante un período de 3 años (01/03/12–28/02/15).

RESULTADOS:

Sobre un total de 184.360 pacientes internados, 1444 cumplieron los criterios de inclusión como caso sospechoso de meningitis o EM (0.78%), de ellos 18.6% (268/1444) presentaron meningitis agudas bacterianas (MAB); 62.7% (168/268) fueron confirmadas por cultivo, correspondiendo el 23.8% (40/168) a N. meningitidis (Nm). En los 100 casos de MAB con cultivo negativo, se realizó PCR para Nm en LCR o suero resultando positivas 30 muestras (30.0%). Otras formas de presentación de EM se registraron

en 24 pacientes, sumando así un total de 94 casos de EM (Incidencia 5.1 por 104 pacientes internados IC95% 4-6). De éstos, 54 (57.4%) eran varones, 47.9% <1 años, mediana de edad 12.5 meses (1 mes–15 años), 24.5% presentaba enfermedad de base, 23.4% antecedente de infección respiratoria aguda en la semana previa, 33.0% tabaquismo pasivo y 13.8% internaciones previas. Las presentaciones clínicas fueron (n,%): meningococemia con meningitis (35;37.2%), meningitis (28;29.8%), meningococemia (15;16.0%), artritis (7;7.4%), bacteriemia oculta (5;5.3%), meningococemia con neumonía (2;2.1%), meningitis con artritis (2;2.1%). Presentó complicaciones el 27.7%, secuelas a los 3 meses del alta 8.2% y la letalidad fue del 9.6% (9/94). Se identificaron los serogrupos de Nm en 84 muestras: B (43;51.2%), W (37;44.0%), C (3;3.6%) e Y (1;1.2%). El serogrupo W se asoció más a la edad <1 años OR 3.12 (1.13-8.76) y la forma clínica de meningococemia se asoció más a mortalidad p= 0.0038.

CONCLUSIONES:

La carga anual de EM hospitalaria en el periodo de estudio se focalizó en lactantes y niños pequeños. El empleo de la PCR en muestras clínicas aumentó sustancialmente la medida de carga de enfermedad. Los serogrupos predominantes fueron, en orden de frecuencia B y W; este último asociado más a <1 año. La meningococemia se asoció más a mortalidad.

HERNIA DE MORGAGNI NO CONGÉNITA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN

POB
141

Opción a premio

Vadela Trivi E.¹; Di Benedetto C.²; Sanz Salazar J.³; Lacerna R.⁴; Alvarez D.⁵; López M.⁶; Gasque M.⁷

HOSPITAL VIRGEN DEL CARMEN^{1,2,3,4,5,6,7}
<soledad.vadela@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Hernia de Morgagni es un defecto diafragmático retroesternal congénito, producida por la falta de fusión de las porciones esternal y crural del diafragma. Representa el 2 al 6% de las hernias diafragmáticas. 90% son derechas.

OBJETIVO

Presentación de un caso: paciente con diafragma indemne al nacimiento, que a los 2 años de edad presenta una Hernia de Morgagni izquierda.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente varón de 2 años de edad, Síndrome de Down, sin cardiopatía congénita, sibilante recurrente, con trastorno de la deglución y síndrome aspirativo crónico, EPOC, con bronquiectasias bilaterales, oxígeno dependiente e hipertensión pulmonar leve sin alteraciones estructurales. Ingresa a sala de internación de este hospital con diagnóstico de neumonía en base izquierda.

ENFERMEDAD ACTUAL

Al ingreso, paciente taquipneico, taquicárdico, afebril, Sat. 85% con ½ L O₂ por CN. Aumenta el requerimiento a 2 L, Sat. 98%. Se asume el cuadro como Neumonía.

Rx Tórax F: radioopacidad paracardíaca izquierda, mediastino ensanchado e imagen redondeada de bordes netos que abarca mediastino inferior y campo pulmonar izquierdo, con imágenes aéreas en su interior.

Rx. Tórax P: aumento del espacio retroesternal hasta tercio superior del tórax con imágenes aéreas en su interior.

TAC de Tórax: imágenes aéreas anterolaterales izquierdas (compatibles con asas intestinales que protruyen al tórax) y colapso del pulmón subyacente. Infiltrado intersticial difuso con zonas en vidrio esmerilado y atrapamiento aéreo; atelectasia derecha.

SEG D: Intestino Delgado: tránsito lento. Imagen proyectada a tórax, compatible con ángulo esplénico del colon y desplazamiento de hojuelas anteriores del diafragma.

Se realiza interconsulta con Neumonología Infantil en Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Diagnóstico: Hernia de Morgagni. Resolución quirúrgica con funduplicatura de Nissen y gastrostomía.

CONCLUSIÓN

Nuestro paciente desarrolló una hernia de Morgagni en el lapso de 11 meses y a la edad de 2 años, lo cual no es habitual, ya que la misma es de presentación congénita.

POB
142**MODIFICACIÓN DEL SCORE FUNCIONAL DE UN GRUPO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE ESPECTRO AUTISTA (TEA) EN TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO**Saad M.¹; Cacchiarelli N.²; Ceriani C.³; Nogueiras M.⁴; Yofre M.⁵; Crea V.⁶; Moro T.⁷; Silva A.⁸; Routurou C.⁹; Baetti S.¹⁰HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<maria.saad@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN

El Hospital Italiano de Bs As cuenta con un equipo multidisciplinario (Equipo TEA) que ofrece tratamiento a pacientes con trastorno del desarrollo. Está formado por médicos, musicoterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, psicomotricistas y acompañantes terapéuticos. Dicho servicio utiliza como herramienta para evaluar la severidad y respuesta al tratamiento de los pacientes, el IDEA (Inventario de espectro autista). El IDEA es una escala de observación conductual que evalúa 12 dimensiones del desarrollo y que permite estimar la severidad de los rasgos autistas, proporcionar objetivos de intervención y monitorizar la evolución. No se han encontrado estudios en Argentina que muestren la utilidad de esta herramienta en el seguimiento de los pacientes con TEA.

OBJETIVO

Describir la evolución de los pacientes que se encuentra bajo tratamiento y seguimiento por el equipo TEA.

POBLACIÓN

Pacientes pediátricos de 2 a 17 años, con diagnóstico de TEA que hayan cumplido al menos 1 año de tratamiento y seguimiento por el equipo TEA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo retrospectivo, se incluyen todos los pacientes que se encuentran en tratamiento por el equipo TEA en el período comprendido entre enero de 2010 a diciembre de 2014. Para describir la

evolución de los pacientes se analizan los resultados del IDEA aplicado. Variables evaluadas: edad, sexo, score total de IDEA al inicio y luego de 1 año de tratamiento y score parcial de IDEA de cada dimensión.

Cada dimensión del IDEA presenta una escala de 0 a 8 puntos. La puntuación 8 corresponde a un nivel de máxima afectación en esa dimensión y 0 el mínimo. El score total es la resultante de la suma de las 12 dimensiones (rango entre 0 y 96). Los puntos de corte por debajo de 50 se consideran de buen pronóstico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De un total de 50 pacientes tratados por el equipo TEA actualmente, 40 (80%) tuvieron al menos 1 año de seguimiento. La media de edad 5 años (DS 1,68), siendo el 87,5% varones. Los resultados de la modificación del Score total de IDEA mostró un descenso en 30 pacientes (75%), un ascenso en 9 pacientes (22,5%) y no se modificó en 1 paciente (2,5%). De los que presentaron descenso en el score el 30% disminuyó 10 o más puntos y el 70% entre 1 y 9 puntos absolutos y de los que ascendieron el score aumentaron entre 1 y 9 puntos. Esto muestra una buena evolución en la mayoría de los pacientes a pesar de no mostrar un gran descenso.

ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA EN NIÑO DE 4 MESES DE EDADVacarezza Morelli S.¹; Gonzalez M.²; Morales I.³; Yazde Puleio M.⁴; Sosa R.⁵; Diaz H.⁶; Paganini A.⁷HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7}

<yuni_81@hotmail.com>

POB
143**INTRODUCCIÓN:**

La Enfermedad Granulomatosa Crónica (EGC) es una inmunodeficiencia primaria hereditaria donde la actividad bactericida y fungicida de los fagocitos defectuosa, predispone a infecciones recurrentes, especialmente por gérmenes catalasa positivo(+), y formación de granulomas.

El diagnóstico se confirma con pruebas que miden la producción de radicales libres o su actividad. Prueba de nitroblue tetrazolium (NBT), y con estudios moleculares.

El Tratamiento consiste en administrar interferón-gamma en conjunto con profilaxis antibiótica. En caso de fallo terapéutico se debe recurrir al trasplante de células hematopoyéticas, terapia génica.

OBJETIVO:

Presentación de un paciente con una inmunodeficiencia primaria, enfermedad que no debemos dejar de considerar.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 4 meses con síndrome febril prolongado con exantema maculopapular generalizado, hepatoesplenomegalia, anemia, hiperleucocitosis y eritrosedimentación acelerada. Se realizó biopsia de piel que informó vasculitis leucocitoclástica. Se interpretó como Enfermedad de Kawasaki Atípica y se realizaron 2 pasajes de Gammaglobulina. Por evolución desfavorable se indicó Infiximab con disminución de la curva térmica, pero con aumento de la hepatoesplenomegalia en la evolución posterior. Se plantearon múltiples diagnósticos diferenciales en su evolución se solicitaron los siguientes exámenes complementarios; Serología de Herpes 6 positivo por lo que se sospechó Síndrome de DRESS, por

un antecedente de ingesta de amoxicilina previo al exantema. Punción Aspiración de Médula Ósea normal. PPD negativa. Se solicitaron estudios inmunológicos, incluyendo la prueba NBT. Se realizaron ecografía mediastinal y esplénica con imágenes heterogéneas hipoeoicas y conglomerados adenopáticos predominantemente mediastinales, tomografía axial computada toracoabdominal con imagen hiperdensa que desplaza mediastino y grandes vasos. La biopsia de dicha lesión informa caseum a la macroscopía. Se inicia tratamiento para BCGitis diseminada. Finalmente se recibe resultado de estudio inmunológico NBT +.

Como único antecedente personal, a los 15 días de vida presentó una adenopatía supurada submaxilar derecha que resolvió espontáneamente.

CONCLUSIÓN:

Ante un niño que presenta a temprana edad, adenopatía supurada, sin diagnóstico etológico, síndrome febril prolongado, exantema maculopapular, tener presente dentro de los diagnósticos diferenciales las inmunodeficiencias, en este caso Enfermedad Granulomatosa Crónica.



INFECCIONES POR VIH DE LA NIÑEZ A LA ADOLESCENCIA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

POB
144

Alvarez L.¹; Bruno M.²

HOSPITAL DURAND^{1,2}

<laura_v_alvarez@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los nuevos tratamientos disponibles han transformado la infección VIH en crónica, aumentando la expectativa de vida de los niños con transmisión perinatal. Esto requiere un compromiso de la familia desde la niñez y el acompañamiento en la transición a la adolescencia favoreciendo la adherencia al seguimiento y al tratamiento.

OBJETIVO:

Describir las características del seguimiento en la población de pacientes con vih que se asistieron desde la niñez en un hospital general de agudos.

MATERIALES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de VIH antes de los 10 años de vida y seguimiento en nuestro hospital al menos durante 2 años. Se analizaron variables demográficas, momento de diagnóstico de la infección, adherencia al seguimiento y tratamiento antirretroviral (TARV) y evolución.

RESULTADOS:

Se analizaron las HC de 39 pac. con VIH, 20 (51,3%) de género masculino y 19 (48,7%) femenino. Residencia en CABA 18 (46,1%) pac. y 21 (53,9%) en la Provincia de Bs. As. El diagnóstico de infección materno fue previo al embarazo en 14 (35,9%) mujeres, 5 durante el embarazo, 7 en el momento del parto y 10 (25,6%) luego del puerperio (7m- a 3a. post parto). El diagnóstico de los niños se realizó antes de los 6 m. de vida en 17 (43,6%) pac., entre los 7 y 12 m. en 2 pac. y después del año de vida en 19

(48,7%) pac. Iniciaron el seguimiento en el hospital desde el nacimiento 15 (38,5%) niños, desde el diagnóstico 11 (28,2%) y con seguimiento previo en otra institución 13 (33,3%). Se encuentran en seguimiento 20 pac. (51,3%) con edad actual media de 13,5 años, 7 se encuentran en institución, 2 fallecieron y se desconoce en 10 (25,6%) pac. Tienen un seguimiento adecuado 11/20 (55,0%) pac., con una buena adherencia al TARV en 9/20 (45%) pac., regular en 5 (25%) y mala en 6 (30%). La media de seguimiento fue de 10,5 m (2m – 48m). El abandono de seguimiento fue antes de los 6 años de vida en 2 pac., entre 6 y 10 años 1 pac. y en la adolescencia 7 (18%) pac. Presentan buena respuesta al TARV 13/20 (65,0%) pac en seguimiento sin diferencia significativa en la media de edad comparado con los que se encuentran en fallo.

CONCLUSIONES:

Es importante la proporción de niños con diagnóstico tardío. La disponibilidad de seguimiento en el hospital con el mismo equipo de profesionales podría facilitar la continuidad en las diferentes etapas de la vida. La mayor proporción de abandonos en la adolescencia podría relacionarse con las características de vulnerabilidad de esta población con una enfermedad crónica.

MORDEDURAS DE ANIMALES DOMESTICOS EN MENORES DE 14 AÑOS EN EL CENTRO ANTIRRABICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

POB
145

Langan E.¹; Garrido C.²; Alvarez L.³; Kitos E.⁴; Daghlian M.⁵; Cosido S.⁶; Bruno M.⁷

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

<eugenialangan@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las mordeduras de animales en la población pediátrica es un problema complejo que involucra no solo a la salud pública en relación con el riesgo de exposición al virus rábico y la atención de las lesiones, sino que además relacionado al cuidado de los animales. Se dispone de poca información epidemiológica que permita analizar esta situación en la población pediátrica.

OBJETIVO:

Analizar las características de las lesiones provocadas por animales domésticos en menores de 15 años atendidos en el Centro antirrábico de la Ciudad de Buenos Aires.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, descriptivo, de cohorte transversal. Se evaluaron 1:3 de los registros de niños menores de 15 años atendidos en el hospital durante el año 2014. Se analizaron variables demográficas, características de las lesiones, abordaje en el tratamiento y prevención antirrábica.

RESULTADOS:

Se asistieron 8.319 consultas, correspondiendo el 34,6% (N=2.882) a menores de 15 años, de las cuales se evaluaron 1.015 planillas. El 70% eran residentes de CABA. El grupo más afectado fue el 5 – 9 años (37%), seguido de los de 2 – 4 años (30%) y 10 – 14 años (25%). Se registraron más lesiones en varones (54%) que en mujeres (45%). En los meses de primavera y verano se registraron el 62% de las lesiones (OR=2.66; 2.38-2.96) y el 67% de ellas se relacionaron a exposiciones domiciliarias.

El 95% de los ataques fueron causados por perros (propio o ajeno) y eran ubicables el 71% de los animales. El 69% de las lesiones fueron en áreas anatómicas de riesgo (48% en cabeza y cuello y 21% en mano o pie) y 30% en otros sitios anatómicos (OR=4.82; 3.75-6.20). Si bien la mayoría fueron lesiones consideradas leves, el 10% fueron moderadas y el 5% graves que requirieron internación e intervenciones quirúrgicas, la mayoría en menores de 5 años. Se indicó profilaxis antirrábica con 3 dosis de vacunas en el 54% de los casos, en el 28% profilaxis ampliada y en 18% fue diferida.

CONCLUSIONES:

La mayoría de las exposiciones se relacionaron a contactos domiciliarios en áreas anatómicas de riesgo lo que determinó la necesidad de indicación de profilaxis antirrábica. Si bien la proporción de lesiones graves fue baja, se presentaron en niños pequeños. Se considera la necesidad de generar estrategias disminuir las exposiciones de riesgo y re-evaluar las indicaciones de profilaxis antirrábica en áreas sin circulación de rabia terrestre.



SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES EN UNA NIÑA DE SEGUNDA INFANCIA

Yazde Puleio M.¹; Gonzalez M.²; Morales I.³; Vacarezza Morelli S.⁴; Sosa R.⁵; Indart J.⁶; Mouesca J.⁷; Del Bagge P.⁸

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

<pequeyazde@gmail.com>

RPD
146

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome De Munchausen por poderes tiene una gran variabilidad de formas de presentación. No hay una característica patognomónica de los perpetradores. "Los padres y sobre todo la madre, inventan o producen de manera voluntaria síntomas al niño, con la finalidad de gratificar las necesidades psicológicas de atención de ellos mismos". (Meadow)

OBJETIVOS:

Presentar un caso de Síndrome de Munchausen en una niña de 10 años por tratarse de una patología infrecuente en la cual el equipo de salud tiene un rol determinante al considerar el diagnóstico diferencial para actuar en protección de los derechos del niño.

CASO CLÍNICO:

Niña de 10 años de edad que consulta en Enero del 2015 por vómitos de tipo porráceos y dolor abdominal de 12 hs de evolución. Es oriunda de Colombia, migró con su madre a Argentina en 2012 cuando la niña tenía 7 años. En el año 2013 permaneció internada en 4 oportunidades por cuadros de vómitos incoercibles, se realizó VEDA con diagnóstico de Gastritis crónica por H Pylori y laparotomía con diagnóstico presuntivo de hernia interna y compas aortomesentérico. Permaneció libre de síntomas por un período de 18 meses.

Entre noviembre de 2014 y enero de 2015 sufre 5 internaciones más, con igual diagnóstico al ingreso: vómitos incoercibles. Ingresó nuevamente a quirófano con diagnóstico presuntivo de oclusión intestinal por bridas, dado que presentaba vómitos biliosos; sin hallazgos patológicos.

Se reevaluó el caso en equipo multidisciplinario, la paciente contaba con 10 internaciones conocidas, en al menos 4 Hospitales. Intervino la Unidad de Violencia Familiar del HGNPE, luego de la evaluación, con la inclusión de acompañantes terapéuticos y de los informes elevados al CDNNyA, el juzgado dictaminó la exclusión materna. Luego de estas intervenciones, la niña se mantuvo asintomática, con recuperación progresiva de su peso.

CONCLUSIÓN:

El síndrome de Munchausen constituye un diagnóstico diferencial de importancia cuando hay síntomas o signos persistentes e incongruentes en un caso, sumado a la reiterada demanda de asistencia por sus progenitores en diferentes instituciones sanitarias.

Se trata de una modalidad de maltrato infantil, donde el adulto le provoca un daño real o potencial al niño, con alteración integral de su desarrollo. La intervención frente a la sospecha diagnóstica debe ser de carácter interdisciplinario.

CONOCIMIENTO DEL DOLOR EN NIÑOS POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD DE UN SERVICIO DE PEDIATRÍA

Ballestas S.¹; Urman G.²; Urman J.³; Buendía Rodríguez J.⁴; Grosman A.⁵

UNIVERSIDAD MAIMONIDES^{1,2}; UNIVERSIDAD MAIMONIDES, SERVICIO ESPECIALIZADO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA, HOSPITAL ESPAÑOL^{3,5}; UNIVERSIDAD MAIMONIDES, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.⁴

<sandraballestassolano@gmail.com>

POB
147

INTRODUCCION:

Si bien el manejo adecuado del dolor debería ser prioritario en la atención del paciente, los niños frecuentemente no reciben tratamiento o lo reciben de forma inadecuada, incluso para la realización de procedimientos dolorosos.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio exploratorio, analítico, descriptivo, transversal. Se aplicó una encuesta anónima sobre el manejo del dolor en niños al personal de salud de un servicio de pediatría de un hospital de comunidad.

RESULTADOS:

Respondieron 75 profesionales del Hospital Español de Buenos Aires (76% de ellos fueron mujeres). Un 42,7% tenía menos de 30 años, 40% entre 30 a 39 y 17,3% más de 40. El 58,7% fueron médicos, 32% enfermeros, y 9,3% kinesiólogos. El 22,7% tenía más de 10 años de egresado, el 44% entre 5 y 10 años, y 33,3% menos de 5 años.

En relación a la mejor valoración del dolor en niños un 68% respondió las escalas de observación, el 17,3% eligió el relato del paciente, el 10,7% la propia percepción y el 4% el relato del cuidador.

Con respecto al uso de escalas para valorar el dolor en la práctica diaria el 18,7% respondieron que nunca las utilizan, un 53,4% las utilizan rara vez u ocasionalmente, 17,3% las usan con frecuencia y 10,7% siempre.

Con respecto a mitos o creencias sobre el dolor, el 60,3% afirmó que los niños suelen fingir o utilizar el dolor para obtener compensaciones, un

31% sostuvo que se debe evitar el uso de morfina ya que genera rápida tolerancia y el 69,1% aseveró que hay dolores que no pueden ser controlados efectivamente.

En relación al uso de métodos no farmacológicos el 25,3% nunca los usa, el 52% rara vez u ocasionalmente, 16% muy frecuentemente y 6% siempre. El fármaco de elección para el manejo del dolor agudo fue el ibuprofeno y para el dolor crónico los opiáceos.

Al pedir que atribuyan una intensidad al dolor ocasionado por procedimientos comunes en una escala de 0 (mínimo dolor) a 10 (máximo dolor), los valores más altos se encontraron en punción de médula ósea, seguido por punción torácica, lumbar y arterial, pesquisa neonatal, curación de heridas, colocación de vías y sondas y retiro de suturas, lo que coincide con otra literatura.

A diferencia de otros estudios, no se evidenciaron diferencias de opinión relacionadas con tiempo de recibido, profesión o sexo.

CONCLUSIÓN:

Encontramos una discrepancia entre la preferencia y uso efectivo de escalas de observación del dolor así como presencia de creencias erróneas. Esto dio pie a la realización de una campaña de difusión.



ENFERMEDAD NEUMOCOCICA INVASIVA: ¿SENSACIÓN O REALIDAD?

Vacarezza Morelli S.¹; Gonzalez M.²; Morales I.³; Yazde Puleio M.⁴; Sosa R.⁵; Muriega P.⁶; Cancelara A.⁷

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

<yuni_81@hotmail.com>

POB
148

INTRODUCCIÓN

La enfermedad invasiva por neumococo constituye una de las principales causas de morbimortalidad en niños de todo el mundo. Aunque *Streptococcus pneumoniae* representa solo el 3% - 7% de los casos de endocarditis en niños, a menudo ocasiona graves complicaciones.

OBJETIVOS

Presentación de un caso de infección invasiva por *Streptococcus pneumoniae* en un adolescente sano deportista.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 17 años, deportista, que cursa síndrome febril prolongado de 15 días de evolución, acompañado de pérdida de peso y dolor en región sacroilíaca derecha.

Se realiza hemograma y ecografía abdominal normales. Hemocultivos 2/2 positivos para cocos Gram positivo. Se medica con Vancomicina y Ceftriaxona

Se realiza búsqueda de focos profundos: Centellograma Óseo, RMN columna lumbosacra, Rx cráneo frente y perfil, Ecocardiograma en donde se encuentra en valva anterior de válvula tricúspide vegetación sénil.

En la evolución presenta disnea y dolor en puntada de costado en hemotórax derecho, con sospecha de tromboembolismo pulmonar se realiza Centellograma V/Q el cual confirma el diagnóstico. Se indica anticoagulación con enoxaparina, intervención quirúrgica para exéresis de la vegetación. Con evolución favorable. Se ajusta anticoagulación con acenocumarol.

CONCLUSIÓN

Streptococcus pneumoniae es una causa poco frecuente de endocarditis, que rara vez afecta a la válvula tricúspide, y aun más raro en paciente sano sin patología estructural. Los mejores resultados terapéuticos se obtienen, combinando tratamiento médico y quirúrgico. La vacuna antineumocócica es imprescindible como estrategia preventiva.

PURPURINA: PELIGROS DE UN PRODUCTO DE USO DOMÉSTICO

Cabrerizo S.¹; Cardoso I.²; Crapanzano G.³

Centro Nacional de Intoxicaciones, Hospital Prof A. Posadas¹; Servicio de Pediatría, Hospital Prof A. Posadas²;

Centro Nacional de Intoxicaciones, Hospital Prof A. Posadas³

<silviacabrerizo@yahoo.com.ar>

RPD
149

INTRODUCCIÓN:

La purpurina también llamada polvo de oro o polvo de bronce, es un producto de venta libre que se aplica a las pinturas u objetos para obtener tonos dorados. Su composición es 80% cobre, 20% zinc y estearina. En casos de inhalación puede producir tos, bronquitis, neumonía aspirativa que puede evolucionar a fallo respiratorio y muerte en pocas horas. Su ingesta puede producir síntomas gastrointestinales con hepatotoxicidad, fallo renal, hemólisis y en grandes cantidades depresión del sensorio y convulsiones. Por contacto dérmico puede producir eritema y ampollas. En los últimos años, a partir de un caso de evolución letal la difusión pública contribuyó a la concientización de los peligros que implica su uso.

OBJETIVOS:

Dar a conocer dos casos de distinta gravedad y evolución clínica y presentar casos de intoxicaciones accidentales reportadas al Centro Nacional de Intoxicaciones en los últimos años.

CASO CLÍNICO 1:

Paciente de sexo masculino de 5 años, consulta por inhalación de purpurina 4 horas previas a la consulta. Ingresó en buen estado general, sin dificultad respiratoria. Se constata polvo dorado en ambas fosas nasales. Rx tórax sin particularidades. Permanece 20 horas en observación con evolución favorable.

CASO CLÍNICO 2:

Paciente de sexo masculino, de 18 meses, consulta por ingesta e inhalación de polvo de bronce. Ingresó con tos, acrocianosis, dificultad respiratoria y vómitos. Rx tórax: infiltrado intersticial bilateral. Evolucionó con

requerimientos de ARM e inotrópicos. Recibe tratamiento quelante con d- penicilamina Cupremia elevada al ingreso y cupurias altas hasta los 20 días, cuando se suspende el quelante. Permaneció internado 12 días (4 en terapia intensiva, 3 en ARM) presentando buena evolución clínica.

CONCLUSIONES:

El polvo de oro es un producto de fácil acceso cuya inhalación o ingesta requiere consulta médica inmediata. La evolución depende de la vía de ingreso al organismo y de la cantidad a la que el sujeto es expuesto. Es una intoxicación accidental que puede presentarse en niños y adultos. Por los casos graves ocurridos recientemente y a pesar de la difusión pública seguimos registrando consultas ocurridas en jardines y escuelas, por lo cual consideramos fundamental la prevención de su uso en estos ámbitos.



JUGANDO CRECEMOS. DISPOSITIVO PARA LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL Y LA PREVENCIÓN DE SUS ALTERACIONES

RPD
150

Juan R.¹; Allena F.²; Bergia S.³; Binner C.⁴; Riggio D.⁵; Sigalovsky A.⁶

CENTRO DE SALUD EVA DUARTE, S. S PUBLICA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO^{1,3,4,5,6};

PROFESORADOS DE NIVEL INICIAL. ESCUELAS NORMALES N1 Y 2.²

<rox_67@hotmail.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Este dispositivo surge en el interior del equipo del Centro de Salud, al detectar la necesidad de intervenir en la atención de niños de un modo específico ante las problemáticas del desarrollo en la población de referencia. Se trata de una práctica interdisciplinar ya que se han evaluado alteraciones en la comunicación, el lenguaje, el desarrollo psicomotriz, cognitivas y en el área social.

OBJETIVOS:

Acompañar en el desarrollo infantil y prevenir sus alteraciones en niños/niñas que presentan situaciones de riesgo. Acompañar a la madre (o sustituto) en el desarrollo de su función. Promover hitos del desarrollo en lo cognitivo, psicológico, motriz, del lenguaje verbal y corporal. Evaluar interdisciplinariamente pautas del desarrollo. Diseñar estrategias de abordaje para cada niño/niña en particular.

POBLACIÓN:

Población infantil de 0-3 años que presenta riesgos y/o retrasos según criterio clínico y niños/niñas con diagnóstico de alteraciones en algún área del desarrollo.

MATERIALES Y MÉTODO:

Es un trabajo de campo que comienza en abril de 2013 y continúa desarrollándose. Concurren los niños con sus madres o cuidadores una vez por semana. El equipo coordinador lleva a cabo entrevistas de admisión con la apertura de un registro para cada niño/niña y su familia. Éste se

continúa con los proyectos terapéuticos y evaluaciones que se realizan a lo largo del tiempo de trabajo. En caso de ser necesario se articula con los diferentes niveles de atención de la Salud Pública y Educación. Propuestas lúdicas y artísticas: Juegos motores, de crianza, simbólicos, experiencias musicales, literarias, etc. para promover/estimular el desarrollo del niño y fortalecer el vínculo madre hijo.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

Participaron 55 familias. Se observaron dificultades: del lenguaje, del desarrollo motor y de la relación cuidador-niño. Un 75 % asistió regularmente. Los principales logros percibidos fueron el fortalecimiento de los vínculos, un avance significativo en el desarrollo y el entusiasmo de los cuidadores para seguir estimulando su desarrollo en el hogar.

METAHEMOGLOBINEMIA DEL LACTANTE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE SOSPECHA DE SEPSIS

RPD
152

Cabrerizo S.¹; Crapanzano G.²; Díaz M.³

Centro Nacional de Intoxicaciones, Hospital Prof A. Posadas^{1,2}; Servicio de Pediatría, Hospital Prof A. Posadas³

<silviacabrerizo@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La metahemoglobinemia es una hipoxia tóxica que afecta la capacidad de transporte de O₂ de la hemoglobina. En menores de 6 meses se produce con mayor facilidad por inmadurez enzimática de los sistemas reductores de la hemoglobina. Entre los agentes oxidantes causales podemos citar nitratos y nitritos del agua de bebida, conservantes, alimentos, anilinas, medicamentos y en raras ocasiones es producida por cepas bacterianas productoras de nitritos.

OBJETIVOS:

Dar a conocer un caso clínico de metahemoglobinemia del lactante, como diagnóstico diferencial frente a menores de 6 meses cianóticos que consuman agua de pozo, ya que esta sospecha puede evitar procedimientos cruentos innecesarios una vez diagnosticada esta patología.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 41 días, RNT, PAEG, que concurre por presentar desde hace 15 días episodios de "ahogo" y labios morados con consultas previas al sistema de salud, manejados sintómicamente. Ingresó con deposiciones desligadas, acrocianosis, palidez cutánea mucosa, taquicardia, taquipnea y relleno capilar enlentecido, SO₂:90% FiO₂ 21%. Se expande con solución fisiológica, se coloca O₂ con máscara. Se realiza laboratorio, hemocultivos, cultivo de orina y de LCR (citoquímico normal), asumiéndose como sospecha de sepsis. Surge del interrogatorio que es alimentado con leche entera de vaca diluida al medio, preparada con agua de pozo por lo cual se solicita dosaje de metahemoglobina: 23,8%. Hb: 10,4g/dl. Recibe 1 dosis de azul de metileno 1 mg/kg. A las 3 horas: Metahemoglobina 1,9%.

Durante su internación se realiza ecografía cerebral, abdominal, EEG, TC cerebral donde se constata encefalopatía hipóxica, la cual revierte en la nueva ecografía a las 48hs. Evoluciona afebril, sin tratamiento antibiótico con VSNF y cultivos negativos. Se envió muestra de agua de pozo para análisis químico a bromatología informándose nitritos elevados: 204 mg/L (VN: 45 mg/L). Se otorga el alta al octavo día con controles ambulatorios.

CONCLUSIONES:

Las metahemoglobinemias tóxicas son cuadros que pueden ser potencialmente graves pero por su baja incidencia no siempre son tenidas en cuenta como diagnóstico diferencial frente a pacientes con cianosis. Su diagnóstico se realiza por métodos simples y tiene un tratamiento específico y eficaz que ahorraría estudios y tratamientos innecesarios. Investigando la fuente podemos prevenir nuevos casos cuando la causa es ambiental.

FIBROSIS QUISTICA: 17 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL ANALISIS DE MUTACIONES FRECUENTES EN EL GEN CFTR

POB
153

Loretí N.¹; Cantarella F.²; Samara M.³; Capelli M.⁴; Moya G.⁵; Ferreiro V.⁶

GENOS S.A.^{1,2,3,4,5,6}

<loretinazareth@hotmail.com>

La Fibrosis Quística (FQ) es la enfermedad hereditaria más frecuente en la población caucásica. Su patrón hereditario es autosómico recesivo, siendo la frecuencia reportada de portadores 1 en 27 en la población general. Es producida por mutaciones en el gen CFTR (*Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator*) en el cromosoma 7 (7q31). Es una enfermedad multisistémica, que afecta principalmente los sistemas gastrointestinal, pulmonar y reproductivo, con una amplia variabilidad en su presentación clínica.

Como estrategia general para el diagnóstico de FQ analizamos las 29 mutaciones más frecuentes del gen CFTR mediante el kit Elucigene™ CF29 v.2 (Tepnel®) con el objeto de identificar las mutaciones de mayor prevalencia presentes en las muestras remitidas al laboratorio.

Se analizaron un total de 2852 muestras de ADN. Las mismas provenían de individuos con sospecha o diagnóstico clínico de FQ o infertilidad, individuos normales con y sin antecedentes, e individuos sin información clínica.

El 14% del total de muestras analizadas presentó al menos una mutación en el gen de interés. De las 29 mutaciones evaluadas, 25 fueron detectadas siendo la de mayor prevalencia la mutación ΔF508 (71%), seguida de G542X (6.7%), D1152H (3.5%), W1282X (2.6%) y N1303K (2.4%). Las restantes 20 mutaciones representaron menos del 2% de los alelos fibroquísticos detectados.

El análisis de un grupo de 267 individuos normales no relacionados ovodadores derivados de un centro de fertilidad permitió determinar

una frecuencia de portadores de mutaciones en el gen CFTR de 1:27, resultando la mutación ΔF508 la de mayor prevalencia con el 70%. Otras de las mutaciones halladas en este grupo fueron la G542X (20 %) y la W1282X (10%). Estos datos coinciden con lo reportado previamente en la bibliografía.

Dentro del grupo de 137 pacientes con diagnóstico clínico de FQ, pudieron hallarse ambas mutaciones causantes en el 88% de ellos, se logró determinar una mutación en el 8% y ninguna en el 4%. En el grupo de individuos con 2 mutaciones halladas, la frecuencia de la mutación ΔF508 resultó del 71%, hallándose en homocigosis en 63 individuos y en heterocigosis en 48 de ellos.

Los resultados generales obtenidos corroboran lo publicado hasta el momento y recalcan la utilidad del método descrito en el primer screening diagnóstico de la patología, lo que en definitiva permite el correcto asesoramiento genético de las familias implicadas.

PSEUDO OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA EN PEDIATRÍA (POIC)

POB
154

Guerra M.¹; Saltarelli O.²; Eilert M.³; Maddaleno E.⁴; Mora M.⁵

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

<draluciaguerra@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La POIC es una alteración severa de la motilidad intestinal que ocurre en ausencia de un proceso obstructivo anatómico. El diagnóstico suele ser tardío, a pesar de ser sometidos a múltiples estudios y procedimientos quirúrgicos. Clínicamente la disfunción del tracto superior se presenta como vómitos, náuseas y sobre crecimiento bacteriano; la del tracto inferior como estreñimiento, distensión y dolor. No existe tratamiento específico, requiriendo apoyo nutricional enteral y/o parenteral en algún momento de la evolución, además de farmacológico y, en ocasiones, quirúrgico. Puede ser indicación de Trasplante Intestinal. El pronóstico depende del soporte nutricional y del manejo de las complicaciones.

OBJETIVOS:

Analizar la forma de presentación, diagnóstico, complicaciones y tratamiento de esta patología infrecuente, para considerar este diagnóstico en todo niño con cuadros recidivantes de obstrucción intestinal, sin causa mecánica subyacente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Reporte de casos, mediante revisión de historias clínicas de 3 pacientes internados en nuestro Hospital en el periodo 2013- 2014.

RESULTADOS

Paciente Antecedentes	Niña 2 años Constipación 1º mes-	Niño 11 años ECNE- Gastrostomía (18º mes)- Desnutrición crónica	Niño 9 años Constipación crónica- Desnutrición- Anemia- Hipoalbuminemia
Personales			
Antecedentes Familiares	Padres consanguíneos y 2 primos padecen la misma enfermedad	NO	NO
Compromiso intestinal	Total	Total	Colon
Biopsia Rectal:			
Descarta Hirschprung Rx SEGD	SI	SI	SI
Desnutrición			
Colon por Enema	Retardo severo en la eliminación del bario	SI	Retardo severo en la eliminación del bario
Mapeo Ileocolónico	NO	SI, confirmación por M.E.	SI, confirmación por M.E.
Evolución	Ileostomía, Nutrición parenteral domiciliaria	Ileostomía; nutrición enteral	Enemas, no requiere apoyo nutricional
Complicaciones	Barioma, 2 prolapsos de ileostomía	2 prolapsos de colostomía con resección por necrosis	Severo Barioma

M.E.: microscopía electrónica.

CONCLUSIONES

La POIC es una alteración severa de la motilidad intestinal considerada una Insuficiencia Intestinal Crónica que requiere apoyo nutricional. No está indicado tomar biopsias. Debe sospecharse ante cuadros obstructivos sin causa mecánica y así evitar conductas innecesarias. Considerar su derivación oportuna para seguimiento multidisciplinario.



RETINOPATÍA DEL PREMATURO: AVANCES EN EL CONTROL DE LA “TERCERA EPIDEMIA” EN ARGENTINA

POB
157

Lomuto C.¹; Alda E.²; Grupo Rop D.³

MINISTERIO DE SALUD¹; GRUPO ROP - MINISTERIO DE SALUD²; MINISTERIO DE SALUD³
<clomuto44@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La Retinopatía del Prematuro (ROP) es la primera causa de ceguera en la infancia en Argentina. La tercera epidemia se relaciona con aumento de sobrevida de prematuros y con deficiencias en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) que resultan en altos % de pacientes afectados, en niños de mayor Peso al Nacer (PN) y Edad Gestacional (EG) que los descriptos en países desarrollados: Casos Inusuales (CI); se detectan Oportunidades Perdidas (OP) para el tratamiento oportuno (ROP Grados IV o V).

PROPÓSITO:

Describir los resultados del Programa Nacional, llevado a cabo por el Grupo ROP en Argentina, desde 2004 a 2014, para mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de ésta patología, con activa participación de neonatólogos, enfermeras y oftalmólogos,

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio multicéntrico, sección transversal, consecutivo.

Población: prematuros

< 1500g de PN y/o ≤ 32 semanas (s) de EG (2500 en 2014) y ≥ 1,500 g y/o 33-36 s de EG expuestos a factores de riesgo (4867 en 2014) provenientes de 88 UCIN de 24/24 Provincias (211.053 nacimientos). Variables: PN, EG, pesquisa oftalmológica, tratamiento y lugar del mismo. Matrícula de niños con ROP en escuelas de educación especial.

RESULTADOS:

Los niños pesquisados aumentaron 2 ½ veces y los casos severos disminuyeron un 40%. En éstos, el promedio de PN disminuyó de 1310g a 1165g y la EG de 31 s a 29 s; los CI disminuyeron de 30% a 19,9%. La prevalencia de ROP es todavía alta en <1,500 g: 33% de cualquier Grado de ROP y 8,8% de ROP severa. Tratamiento con láser en 82% y 18% anti-angiogénicos. Se registraron 26 casos de OP en 11 años.

La pesquisa oftalmológica fue del 100% en <1,500 g y del 90% en prematuros con factores de riesgo. El tratamiento en las mismas UCIN aumentó del 57 al 83%, evitando innumerables traslados. La matrícula en escuelas para niños ciegos o disminuidos visuales de niños con ROP disminuyó del 50% (2004) a 23.7% (2013).

CONCLUSIONES:

A pesar de las mejoras observadas en 11 años, la ROP aún es un problema de salud en Argentina, debido especialmente a deficiencias en la prevención (Ej: control en la administración de oxígeno y otros factores de riesgo: infecciones, nutrición, etc.). En países en desarrollo, los criterios de pesquisa y tratamiento de la ROP, deben adecuarse a las situaciones locales y extremarse las medidas de prevención.

MORTALIDAD INFANTIL EN ARGENTINA: TENDENCIA, DESIGUALDAD ENTRE JURISDICCIONES Y DESIGUALDAD SOCIAL ENTRE 1980 Y 2013

POB
158

Bossio J.¹; Arias S.²; Armando G.³

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS “EMILIO CONI”^{1,2,3}
<jebossio@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La tasa de mortalidad infantil (TMI) es un indicador de la condición de salud y su reducción es una prioridad, así como disminuir la desigualdad en su distribución entre áreas.

OBJETIVOS:

Describir la tendencia de la TMI en Argentina y la evolución de la desigualdad total y asociada a las condiciones sociales entre jurisdicciones entre 1980 y 2013.

POBLACIÓN:

Muertes menores de un año y población según necesidades básicas insatisfechas (NBI) entre 1980 y 2013.

METODOLOGÍA:

Estudio ecológico espacial y de serie temporal, con las 24 jurisdicciones como unidades de análisis. Se utilizaron cifras de nacidos vivos y mortalidad de menores de 1 año de la Dirección de Estadísticas de Salud (DEIS) para 1980-2013; y el porcentaje de población en hogares con NBI en 1980, 1991, 2001 y 2010, del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC). Se calculó la TMI y el índice de Gini (con su intervalo de confianza al 95%) para 1980-2013. Se analizó su tendencia con un modelo de regresión exponencial. Se identificaron puntos de quiebre de la tendencia y esta se expresó como Variación Anual Promedio (VAP) porcentual, con su intervalo de confianza (IC) al 95%.

La evolución de la desigualdad asociada a condiciones sociales se analizó con el índice de concentración (ICo) e IC al 95%, utilizando el NBI como indicador social, para los años 1980, 1991, 2001 y 2010.

Se emplearon los programas de computación Excel 2013 y JoinPoint.

RESULTADOS:

La TMI se redujo 66,58% entre 1980 y 2013, con una VAP= -3,47% (-3,63; -3,30). La tendencia fue menor en 1980-1992 que en 1992-2013 (p= 0,0007): VAP= -2,54% (-3,12; -1,97) y -3,87% (-4,13; -3,60), respectivamente.

La desigualdad de la TMI entre jurisdicciones disminuyó 51,53% entre 1980 y 2013, pero no fue uniforme durante el período. Se identificaron dos quiebres (p= 0,0002): entre 1980 y 1987, el IG se redujo, VAP= -6,41% (-8,93; -3,83); y entre 1987 y 2002 aumentó, VAP= 2,20% (1,21; 3,20). Entre 2002 y 2013, la desigualdad disminuyó: VAP= -4,73% (-5,55; -3,91). La desigualdad asociada a las condiciones sociales tuvo una evolución similar. En 1980-1991 se redujo 46,41% y, en 1991-2001, aumentó 35,37%. En 2001-2010, la desigualdad asociada a las condiciones sociales disminuyó 28,83%. Con este nuevo descenso, la desigualdad en 2010 fue 48,37% más baja que en 1980.

CONCLUSIONES:

Argentina redujo la mortalidad infantil pero solo entre 1980 a 1992, y 2002 a 2013, se avanzó también en la reducción de la desigualdad entre jurisdicciones y de la desigualdad asociada a las condiciones sociales de la población.



ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE 16F EN PACIENTE CON VACUNACIÓN COMPLETA

POB
159

Cattaneo L.¹; Lacerna R.²; Sanz Salazar J.³; Lopez M.⁴; Gasque M.⁵; Melo A.⁶

HOSPITAL VIRGEN DEL CARMEN, ZARATE^{1,2,3,4,5,6}

<cattaneoleticiae@gmail.com>

Opción a premio

INTRODUCCION

La meningitis bacteriana es una patología infecto-contagiosa que afecta las leptomeninges, y que reviste una elevada mortalidad y riesgo de secuelas. *Streptococcus pneumoniae* es un agente causal importante de esta patología, OMA, neumonía y bacteriemia. Su serotipificación ha cobrado importancia en los últimos años, debido a la variación en la susceptibilidad individual a los antibióticos y la introducción de vacunas.

OBJETIVOS

Presentación de un caso clínico de paciente menor de 2 años con enfermedad neumococcica invasiva (serogrupo 16F) posterior a una OMA y esquema completo de vacunación con Prevenar 13.

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 1 año y 4 meses de edad, concurre a la guardia por cuadro de 96 hs de evolución de fiebre de 39°C. Cursaba su cuarto día de tratamiento con amoxicilina via oral por OMA supurada. Presentaba mal estado general, hiporreactividad, desconexión, rigidez de nuca con signos meníngeos, opistotonos, hemodinamicamente compensada, sin lesiones en piel. Se interna, se realizan laboratorio, HMCX2, urocultivo y PL. LCR: aspecto turbio, glucoorraquia de 1 mg/dl, proteinorraquia de 225,88 mg/dl, 1396 elementos/ml a predominio de PMN, abundantes gérmenes. Se medica con ceftriaxona EV como meningitis aguda bacteriana. Se rescata de LCR y un HMC *S. pneumoniae* con CIM 0,5 ug/ml para Penicilina y CIM 0.064 ug/ml para Ceftriaxona. Presentó una evolución tórpida inicial y convulsiones en su sexto día de interna-

ción, por lo que se rota ATB a Vancomicina. Se descartan complicaciones con TAC cerebral normal y nueva PL con LCR mejorado. Nuevos cultivos negativos. Buena evolución posterior y resolución completa del cuadro neurológico. Completa tratamiento y es dada de alta. Se recibe informe de Instituto Malbran: *S. pneumoniae* serotipo 16F.

CONCLUSIONES

Un 80% de los serotipos aislados en nuestro país están contemplados en las vacunas disponibles. La Prevenar 13 cubre los serotipos 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F y 23F. Su aplicación en el calendario obligatorio conlleva una elevada eficacia protectora contra infecciones invasivas. Sin embargo, el serotipo 16F está fuera de su espectro de cobertura; siendo además infrecuente en menores de 5 años y mas asociado a OMA que a enfermedad invasiva (según datos del SIREVA).

MIOSITIS DEL PSOAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
160

Fuentes K.¹; Pensa P.²; Farina M.³; Lamberti F.⁴; Manini P.⁵; Raitano P.⁶; Tuccillo P.⁷

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO^{1,2,3,4,5,6,7}

<kevinfuentes_clan@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La miositis del psoas, es una enfermedad caracterizada por dolor vivo que aumenta durante los esfuerzos musculares con dolor en la región lumbar, que aumenta con los movimientos del miembro; fiebre e impotencia funcional.

OBJETIVO:

Exponer un caso de miositis del psoas en un paciente con impotencia funcional.

POBLACIÓN:

Paciente de 5 años de edad, consulta por presentar impotencia funcional del miembro inferior derecho de 5 días de evolución asociada a fiebre persistente.

Al examen físico presenta cuadro febril, posición antálgica, rigidez de cadera. Sin signos de inflamación local.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza hemograma, radiografía (Rx) y RMN de cadera, TAC abdomino pelviana, se toman HMC X 2.

RESULTADOS:

Hemograma con leucocitosis, Rx de cadera: no se evidencia lesión ósea ni aumento del espacio articular. RMN: articulaciones coxofemorales congruentes en forma bilateral. Extenso compromiso de la musculatura en la región infrapelvica derecha y región de sínfisis pubiana. Compromiso de los músculos obturadores interno y externo y del periné, que se evidencia en señal T2 y T2 con supresión grasa. Sin imágenes que sugieran

absceso en dicha región. Compatible con proceso inflamatorio. No se observa líquido articular aumentado. TAC abdomino pelviana normal. HCM X 2: positivos 2/2 para *stafilococo aureus*, cumpliendo esquema antibiótico 7 días de Cefalotina. HCMx2 control, negativos.

CONCLUSIÓN:

La piomiositis es un proceso infeccioso poco común que afecta a los músculos estriados, y que con frecuencia evoluciona hacia la abscesificación. Es más frecuente en varones de 2 a 5 años.

Esta enfermedad puede ser secundaria a heridas penetrantes, úlceras por decúbito u otros focos infecciosos, pero también puede presentarse como un proceso primario. El *Staphylococcus Aureus* es el agente causal más frecuente de esta entidad.

Los músculos que se afectan con mayor frecuencia son los de las extremidades inferiores.

La piomiositis del músculo ilíaco es una entidad rara que debe tenerse en cuenta como una posible causa del dolor agudo en la región de la cadera.



A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENCEFALITIS DE TRONCO ASOCIADO A CHLAMYDIA

Ferrari F.¹; Verrastro M.²; Almiron S.³; Muzzio S.⁴; Rigonatto B.⁵; Chamorro N.⁶

HOSPITAL JUAN PABLO II^{1,2,3,4,5,6}

<mariflo_87@hotmail.com>

RPD
161

INTRODUCCIÓN:

La encefalitis de tronco es un síndrome mediado inmunológicamente, muy infrecuente en pediatría. Se considera que éste, el Síndrome de Miller Fisher y el Síndrome de Guillain-Barre forman un espectro continuo de un mismo proceso de la enfermedad: las enfermedades anti GQ1b, que se desencadenan debido a ciertas infecciones microbianas.

OBJETIVOS:

Describir un caso clínico de encefalitis de tronco de probable causa autoinmune asociado a *Chlamydia spp.*

DESCRIPCIÓN:

Niño de 6 años de edad, una semana previa presenta CVAS, hipertermia y vómito. 4 días después agrega disfagia, disartria, ptosis palpebral y posteriormente disminución de la fuerza en miembros inferiores con dificultad para la marcha. Al ingreso: Glasgow máximo, TA:138/85(106), pupilas midriáticas reactivas, ptosis bpalpebral, nistagmos horizontal y vertical, disartria con trastorno motor lingual, lago faríngeo, disfonía, parálisis facial central derecha, debilidad a predominio de miembros inferiores, hiperreflexia rotuliana izquierda con babinsky positivo. Ingres a a ARM por trastorno deglutorio y tos inefectiva. LCR sin disociación albumino-citológica. TAC cerebral normal. RNM a 24 hs del ingreso: señal hiperintensa en secuencias T2 y flair comprometiendo a la unión bulbo-medular, núcleo lenticular izquierdo, región occipital medial a derecha y ambas convexidades frontales superiores, estas últimas imágenes no superan los 10 mm de diámetro mayor. Sin captación de contraste.

Médula normal. Asumido como encefalitis de tronco de probable causa autoinmune, se instaura terapia con gammaglobulina y pulsos de metilprednisolona, presentando rápida mejoría, logrando retirada de ARM a los 4 días de tratamiento. Laboratorios: LCR: cultivo, herpes, enterovirus, CMV, Mycoplasma negativos. Serologías: CMV, VEB, *Mycoplasma Pneumoniae*, chagas, VDRL, HIV negativos toxoplasmosis positiva 1/32. *Chlamydia spp* IgM reactiva e IgG no reactiva. FAN, anti DNA, ANCA P, ANCA C negativos. C3, C4, anticuerpo antifosfolípido y proteinograma electroforético normales.

CONCLUSIÓN:

Se trata de un caso poco frecuente de encefalitis de tronco de probable causa autoinmune, asociado a *Chlamydia*, con remisión del cuadro clínico, luego de instaurar tratamiento inmunomodulador.

UTILIDAD DEL ÍNDICE DE COMORBILIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO ALOGÉNICO

Figueroa Turienzo C.¹; Roizen M.²; Pizzi S.³; Staciuk R.⁴

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

<cfgueroa59@yahoo.com.ar>

POB
162

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

A pesar de los avances en el tratamiento de soporte el trasplante hematopoyético (TH) es una terapia con riesgo de mortalidad relacionada (MRT). Los antecedentes previos al TH pueden aumentar el riesgo de MRT pero resulta difícil aplicar esta información en la toma de decisiones respecto a pac individuales. El índice de comorbilidad en TH (HCT-CI), desarrollado por Soror y validado en un estudio de cohorte retrospectivo mostró buen poder predictor de la MRT según la comorbilidad previa al TH. Estudios posteriores confirmaron su utilidad pero también la necesidad de repetir su validación para usarlo en contextos diferentes al de origen. Un estudio multicéntrico realizado en EEUU mostró buen poder predictor del HCT-CI en pacientes pediátricos.

OBJETIVO:

Evaluar la utilidad del HCT-CI en una cohorte retrospectiva de receptores de TH en un centro pediátrico de Argentina.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Muestra consecutiva de 140 TH alogénicos realizados en el periodo 2008-2012. Se revisaron las historias clínicas y se registraron las características generales y los 16 ítems de la evaluación pre trasplante requeridos para el cálculo de la puntuación del HCT-CI. De acuerdo al resultado del índice los pac fueron categorizados en 3 grupos de riesgo: leve (0), intermedio (1-2) y alto (> 3). Se registró de su evolución posterior, la frecuencia y severidad de enfermedad de injerto contra huésped (EICH) aguda y cró-

nica, infección fúngica invasiva (IFI) y las causas de MRT. Considerando la MRT y la recaída leucémica eventos competitivos se confeccionaron curvas de sobrevida para cada grupo (Kaplan-Meier), que luego se compararon (logranktest).

RESULTADOS:

Edad m 9 a (r 0,6-18), varones 62%, el 64 % padecían leucemia aguda o síndrome mielodisplásico, el 69% recibieron un TH relacionado. Puntuación HCT-CI: 0: 45,7%, 1-2: 40,7% y > 3: 13,6%. La MRT para cada grupo fue 14,1%, 43,7% y 52,6% respectivamente. La comparación entre curvas mostró diferencias significativas (p 0,01). Las causas de MRT más frecuentes fueron las infecciones y la EICH. Se observó una tendencia a presentar más IFI y EICH severa en los pac con HCT-CI > 0.

CONCLUSIÓN:

El HCT-CI aporta información útil para la toma de decisiones y el proceso de consentimiento antes del TH.



ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR ESTREPTOCOCO PORCINUS EN NIÑO DE 20 MESES PREVIAMENTE SANO: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

POB
163

Maruca S.¹; López R.²; Alzamendi R.³; Soria Nóbrega N.⁴

HZGA MI PUEBLO^{1 2 3 4}

<sj_maruca@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN.

La Endocarditis Infecciosa (EI), es una enfermedad potencialmente grave, caracterizada por la infección de un endotelio previamente alterado; pudiendo suceder sin cardiopatía previa. Los agentes infecciosos más frecuentemente implicados son: estreptococos, estafilococos y enterococos.

OBJETIVO.

Presentación de un caso de EI, por *Streptococo Porcinus*, en un niño sin cardiopatía previa.

POBLACIÓN.

Niño de 20 meses que consulta por síndrome febril de 6 días de evolución y diarrea; con petequias en región distal de miembros inferiores. El mismo día de su internación comienza con convulsiones parciales simples de hemicara izquierda.

MATERIALES Y MÉTODO.

Se solicitó hemograma, EAB/ionograma, función renal y hepática, sedimento urinario. Hemocultivos x6, coprocultivo, urocultivo, punción lumbar. Se realizó Rx de tórax, TAC encéfalo sin y con contraste, y EEG; fondo de ojo, ecografía abdominal y ecocardiograma. Interconsultas con neurología, infectología y cardiología.

RESULTADOS Y CASO CLINICO.

Se constató anemia microcítica-hipocrómica, leucocitosis, sin plaquetopenia. Se pancultivó y se indicó ceftriaxona y aciclovir. TAC de encéfalo sin contraste de ingreso, evidenció imagen hipodensa parieto-frontal

derecha. A las 48hs de internación se informan hemocultivos x2 positivos, interpretándose el cuadro como sepsis y absceso cerebral presuntivo, adicionando vancomicina. Resto de cultivos se informaron negativos por lo que se discontinúa aciclovir. En su séptimo día de internación se recibe tipificación de hemocultivos x2, *Streptococo Porcinus* positivos. Se realiza TAC encéfalo con contraste que informa: área hipodensa subcortical parietal derecha que impresiona corresponder a infarto venoso con necrosis cortical hemorrágica y/o transformación hemorrágica de infarto venoso. Ecografía abdominal y fondo de ojo normales. Hemocultivos control (x4), negativos. El ecocardiograma informó: endocarditis bacteriana con foco en valva anterior mitral con insuficiencia mitral severa e HTP severa. Continúa con ceftriaxona y vancomicina a cumplir 6 semanas; evaluación cardiológica y quirúrgica para reparación valvular.

CONCLUSIÓN.

La EI no es una enfermedad frecuente en niños previamente sanos; no siendo sencillo su diagnóstico en ciertas ocasiones. Atendiendo a lo infrecuente del germen aislado en este caso, el tratamiento antibiótico (inicialmente empírico), y el enfoque médico-quirúrgico mejoran el pronóstico de la enfermedad.

¿ES EL USO DEL CHUPETE UN FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE MALOCCLUSIÓN EN NIÑOS SANOS? REVISIÓN SISTEMÁTICA

RPD
164

Kessler G.1; Leiva C.2; Lulkin S.3; Martínez L.4

HOSPITAL JUAN P. GARRAHAN 1 2 3 4

<giselakessler@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La maloclusión es una desviación morfológica del aparato masticatorio, que relaciona la disposición de los dientes, junto con los músculos y estructuras óseas.

Se considera de etiología multifactorial, relacionándose con factores genéticos y ambientales, como el hábito de succión del chupete.

Puede ser causante de un importante impacto en la calidad de vida del niño y afectar sus interacciones sociales y su bienestar psicofísico.

OBJETIVOS:

Revisar la evidencia disponible acerca del uso del chupete como factor de riesgo para el desarrollo de maloclusión dental.

METODOLOGÍA:

Se utilizó como base de datos PubMed, Lilacs, Cochrane, literatura gris a través de Scholar Google y la bibliografía al final de los artículos.

Además se solicitó la opinión de un experto sobre el tema.

Las palabras claves utilizadas fueron: "chupete Y maloclusión" y "pacifier AND malocclusion".

Los trabajos fueron analizados siguiendo las guías del *Journal of American Medical Association*.

RESULTADOS:

Se encontraron 139 trabajos, solo 28 respondían a la pregunta original. No se pudo acceder al texto completo de 1 trabajo. 1 trabajo se excluyó por idioma alemán. 25 mostraron asociación entre el uso del chupete y la maloclusión, con un OR entre 1,26 y 104. En algunos de ellos también se analizó la duración y frecuencia del hábito.

Los tipos de maloclusión analizados fueron mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, sobremordida y resalte.

CONCLUSIONES:

Los trabajos analizados demuestran que el uso del chupete es un factor de riesgo para el desarrollo de maloclusión dental y que este aumenta si su uso supera los 3 años de edad.



INFECCION A ENTEROVIRUS EN PERIODO NEONATAL

Cesolari J.¹; Benegas L.²

MATERNIDAD MARTIN^{1,2}

<jorgelinacesolari@yahoo.com.ar>

RPD
165

INTRODUCCIÓN:

Los Enterovirus son una causa importante de enfermedad febril en niños. Presenta patrón epidémico estacional, siendo predominante en meses de otoño y verano. En la etapa neonatal las manifestaciones clínicas son variadas, desde formas asintomáticas hasta cuadros compatibles con infección grave bacteriana.

OBJETIVO:

Describir las presentaciones clínicas en neonatos internados en UCIN con infección a enterovirus durante el período de enero 2012 a diciembre 2014

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, retrospectivo tomando como fuente de información las historias clínicas de neonatos con diagnóstico al alta de infección a enterovirus

RESULTADO:

Durante este período se internaron 13 Neonatos con infección a enterovirus, el diagnóstico al ingreso fue: 9 (70%) síndrome febril sin foco, 3 (23%) incremento deficitario de peso y 1 (7%) SDRT, dos tenían foco intrafamiliar para virus y uno era hijo de madre HIV Edad promedio al ingreso fue de 22,1 días, 2 (14%) dentro de los 7 días de vida. Al ingreso a todos se los estudio como IBS, con PCR positiva para enterovirus en LCR. El citofisicoquímico del LCR: 5 presentaron pleocitosis, 3 a predominio polimorfonuclear. 10 (77%) recibieron tratamiento antibiótico hasta el momento del diagnóstico. El promedio de internación fue 8 días

CONCLUSIÓN:

La infección a enterovirus en el período neonatal causa frecuentemente meningitis aséptica por lo que debe sospecharse en niños con diagnóstico al ingreso de síndrome febril sin foco, con viremia en el entorno. El diagnóstico oportuno evitara tratamientos antibióticos innecesarios

RESCATE DE MICOBACTERIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Regueiro F.¹; Giorgetti M.²; Pawluk V.³; Smith S.⁴; Gonzalez N.⁵

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

<florregueiro@hotmail.com>

RPD
166

INTRODUCCION

La tuberculosis (TBC) puede pasar inadvertida en pacientes con Fibrosis Quística (FQ). La presencia de bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) en el esputo de los pacientes con FQ induce a pensar en micobacterias no tuberculosas. Sin embargo en lugares de Argentina dónde la TBC es más frecuente, como la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano bonaerense, debemos tenerla en cuenta.

CASO CLÍNICO

Niño de 4 años, con diagnóstico de FQ a los 2 años, DF508 homocigota. Consultó por exacerbación respiratoria leve, durante el interrogatorio refirió padre con diagnóstico de TBC. Se lo internó en aislamiento respiratorio. Se realizó: PPD: 18mm. Esputo: BAAR +, gérmenes comunes: *Stafilococcus aureus* metilino sensible y *Stenotrophomona maltophilia*. Tomografía de Tórax (TAC): compromiso ganglionar mediastinal y parenquimatoso bilateral con imágenes de árbol en brote y nódulos centrolobulillares; HIV negativo. Se medicó con antibióticos para gérmenes comunes (14 días) y con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol. Cultivo de esputo: *Mycobacterium tuberculosis* (MT) sensible a drogas de primera línea. Cumplió dos meses del esquema inicial con buena evolución clínica, radiológica y microbiológica (baciloscopías negativas). Pasó a fase de mantenimiento con Isoniacida y Rifampicina. Se realizó el estudio de contactos no encontrándose otros enfermos TBC. Completó 9 meses de tratamiento, con buena tolerancia a los fármacos, sin exacerbaciones respiratorias y cultivos negativos para MT. TAC mejorada con respecto a la del inicio del tratamiento antituberculoso.

CONCLUSIÓN

Existen pocos casos publicados de TBC en pacientes FQ. La enfermedad causada por MT puede pasar inadvertida, ya que los síntomas se fusionan con los de la enfermedad crónica y las exacerbaciones bacterianas. La mejoría inicial con antibióticos puede atribuirse al control de la infección pulmonar crónica y a que algunos fármacos, como las quinolonas, tienen actividad frente a MT. La radiografía de tórax puede ser de poca ayuda, y el hallazgo de BAAR en esputo atribuirse a la enfermedad causada por micobacterias no tuberculosas.



(167) - MUCOPOLISACARIDOSIS VI. ASPECTOS CLÍNICOS QUE EL PEDIATRA DEBE CONOCER

Cañete M.¹; Shibukawa C.²; Fernández Z.³; Nuñez M.⁴; Spécola N.⁵

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA, LA PLATA^{1 2 3 4 5}

<maricagnete@gmail.com>

RPD
167

INTRODUCCIÓN:

Las mucopolisacaridosis (MPS) son enfermedades hereditarias, progresivas, causadas por mutaciones de los genes que codifican las enzimas lisosomales, necesarias para degradar los glucosaminoglucanos (GAGs). La MPS tipo VI o enfermedad de Maroteaux-Lamy, de herencia autosómica recesiva, es causada por deficiencia de la enzima lisosomal arilsulfatasa B. Ocasiona acumulación intracelular de dermatán sulfato en diferentes tejidos. La gravedad depende de la cantidad de GAGs acumulados en relación con el grado de deficiencia enzimática, que a su vez está en relación con el genotipo del paciente. Desde el año 2005 se utiliza la galsulfasa, enzima recombinante humana como terapia de reemplazo enzimático (TRE).

OBJETIVOS:

Describir los pacientes con diagnóstico de MPS tipo VI asistidos en el Hospital de Día de un hospital de alta complejidad. Resaltar los aspectos clínicos y evolutivos de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presentan 2 casos clínicos en TRE.

Caso 1: varón de 14 años, derivado del servicio de Cirugía a los 2 1/2 años por presentar hernia umbilical e inguinal prominente y facies tosca. Acompañado de macroglosia, talla baja, pectum carinatum, hepatomegalia, y antecedentes de infecciones respiratorias bajas y altas a repetición.

Caso 2: niña de 10 años, en seguimiento desde los 2 1/2 años, derivada del servicio de Genética por talla baja. Presentaba las mismas manifestaciones clínicas con menor compromiso respiratorio.

Comienzan la infusión de la TRE en nuestro servicio, a los 9 ½ y a los 5 ½ años, respectivamente. No presentando reacciones adversas a la misma.

DISCUSIÓN

Ambos pacientes presentaron la mayoría de las complicaciones de su enfermedad, a nivel articular, respiratorio, cardíaco, ocular y neurológico, necesitando el seguimiento de varias especialidades.

El inicio tardío de la TRE no evitó el compromiso cardiorrespiratorio. Igualmente permitió un enlentecimiento del curso de la enfermedad y mejoras en la calidad de vida.

CONCLUSIÓN

Para su manejo se requiere de un equipo de salud interdisciplinario, con conocimiento y experiencia en la patología. Debe evaluarse la progresión de la enfermedad, la respuesta al tratamiento y los efectos secundarios de la TRE.

Se recomienda realizar una evaluación basal de los diferentes órganos y llevar a cabo de manera periódica el seguimiento clínico, adecuado a las condiciones específicas de cada caso particular.

En nuestros pacientes hemos observado una mejoría en las actividades de la vida diaria, disminución del dolor durante la marcha, mejoras en el patrón de sueño, descenso significativo de tamaño hepático y excreción de MPS urinarios. No hubo cambios significativos en talla, compresión nerviosa y valvulopatía.

La mejoría en parámetros de sueño y respiración en el caso 2 refuerza la necesidad de inicio precoz del tratamiento.

La TRE con galsulfasa mejora el compromiso musculoesquelético y estabiliza la función respiratoria y cardíaca. Debe administrarse a todos los pacientes con diagnóstico confirmado, iniciándose en forma precoz ante signos clínicos menores.

DISPLASIA ESQUELÉTICA: SÍNDROME DE JARCHO LEVIN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Locane F.¹; Ilardo M.²; Gandolfi M.³; Vedire C.⁴; Rothfeld S.⁵; Guerrini M.⁶

HOSPITAL DE CLÍNICAS^{1 2 3 4 5 6}

<fabrilocane88@hotmail.com>

RPD
168

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Jarcho Levin se define por una displasia esquelética que afecta a cuerpos vertebrales y costillas. Presenta un patrón de herencia autosómico recesivo, cariotipo normal que puede asociarse con malformaciones urogenitales y atresia anal. Se produce por un déficit embriológico en la diferenciación de las somitas a esclerotomas y dermomiomas que luego rodearán el tejido neural y la notocorda. Presenta una incidencia de 0,2 por cada 100.000 nacidos vivos.

OBJETIVOS

Descripción y actualización de Síndrome genético en paciente con Displasia esquelética como origen de escoliosis de tipo congénita

CASO CLÍNICO

Paciente RNTPAEG en seguimiento por consultorio de Pediatría de Hospital de Clínicas desde los 11 días de vida con sospecha de Síndrome genético por presentar Hipertelorismo, occipucio prominente, torax corto y hemivértebra. Inicia seguimiento interdisciplinario por servicios de Neurología, Traumatología y Genética. Presentó mal progreso pondoestatural. Se realizó cariotipo que fue normal (46XY). Presentó al año y tres meses de edad diagnóstico de ectacia pielocalicial discreta. En el aspecto quirúrgico se realizaron cirugías de corrección de hernia inguinal y criptorquidea derecha. Se realizó TAC de columna al año y dos meses de vida que reveló malformaciones a nivel vertebral desde C1 a L4. Se encuentra actualmente en seguimiento interdisciplinario a cargo de Hospital de Clínicas Jose de San Martín.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Jarcho Levin se caracteriza fenotípicamente por presentar torax corto, occipucio prominente, fascias características, protuberancia abdominal e hipotonicidad. Presenta disminución de la caja torácica lo que produce una disminución a largo plazo de la compliance pulmonar, lo que puede llevar a insuficiencia respiratoria y muerte por hipoplasia pulmonar en casos más graves. El grado de supervivencia suele variar desde las displasias leves con un 100% a edad adulta, y de 50% en los casos de espondilitorácicas que producen síntomas respiratorios graves.





ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VIRUS VARICELA ZOSTER (VZV); A PROPÓSITO DE UN CASO.

RPD
169

Sancilio A.¹; Aresca L.²; Arseni D.³; Diaz Y.⁴; Luciani A.⁵; Riolfo P.⁶

HIGA EVITA LANUS^{1,2,3,4,5,6}

<andreasancilio@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La encefalomiелitis aguda diseminada (EMDA) es un trastorno desmielinizante inflamatorio post infeccioso o post vaccinal del sistema nervioso central (SNC), infrecuente en pediatría, siendo su incidencia entre 0,1 a 0,6 cada 100000 niños por año, afectando principalmente varones entre 5 a 8 años; se presenta con compromiso encefálico difuso, afectando con mayor frecuencia el estado de conciencia, y signos neurológicos como piramidalismo, hemiparesia, y compromiso multifocal predominante de la sustancia blanca en la neuroimagen.

DESCRIPCIÓN:

Niño de 4 años previamente sano, con vacunación completa, antecedente de cuadro infeccioso de vía aérea superior acompañado de síntomas inespecíficos como malestar general, mialgias en la semana previa, y varicela sin complicaciones 5 meses antes, consulta por presentar signo de foco motor (hipertonía en hemicuerpo derecho) asociado a disfasia de inicio súbito. Luego de un breve periodo desde su ingreso, evoluciona a hemiparesia faciobraquiocrural derecha, con reflejos osteotendinosos conservados y signo de babinski presente; se efectuó tomografía axial computada cerebral que no evidencia imágenes patológicas, laboratorio dentro de parámetros normales, punción lumbar en búsqueda de causa infecciosa con fisiscoquímico de líquido cefalorraquídeo (LCR) normal y cultivo negativo. Se envía muestra para búsqueda de virus neurotrópicos. Los diagnósticos presuntivos en ese momento fueron enfermedad desmielinizante postinfecciosa inmunomediada, compromiso vascular post varicela (ACV). Se solicita electroforesis de LCR y sangre en búsqueda de

bandas oligoclonales siendo negativo, y resonancia nuclear magnética cerebral y médula (T1, T2 Y FLAIR) que evidencia múltiples lesiones de diferentes dimensiones en la sustancia blanca de ambos hemisferios cerebelosos, en región bulboprotuberencial, la mayor de 5 mm de diámetro en región de cuerpo caloso y tálamo izquierdo, discretamente hipointensos en T1 e hiperintensos en FLAIR Y T2. No se efectuó angiografía por resonancia debido al compromiso multifocal de las imágenes. Se confirma diagnóstico de EMDA y se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona durante 5 días. Posteriormente se recibe PCR para VZV en LCR positiva. Al 7mo día de iniciado tratamiento presento resolución completa de su disfasia y parálisis facial, con mejoría de su hemiparesia, continuando ambulatoriamente con descenso de glucocorticoides y kinesioterapia motora.

CONCLUSIÓN:

La EMDA se diagnostica por la clínica y las lesiones del SNC siempre presentes. Como se describe en la bibliografía, se puede manifestar hasta 9 meses después del proceso infeccioso como sucedió en nuestro caso, que padeció varicela 5 meses antes del evento. La electroforesis de LCR (IgG) mostro la ausencia de bandas oligoclonales evidenciando que no existe síntesis intratecal de inmunoglobulinas. En suero las bandas fueron también negativas.

Hacer el diagnóstico en forma precoz y adecuada en un niño que se presentó con compromiso agudo de la conciencia y/o foco motor, tiene importancia terapéutica y pronóstica, ya que su evolución es favorable con recuperación neurológica completa en el 50 a 70 % de los pacientes.

ETIOLOGÍA OCULTA DE VEJIGA NEUROGÉNICA

POB
170

Amigo G.1; Giussani N.2; Gerbaudo S.3; Carbognani S.4; Caminiti A.5

HOSPITAL VICTOR J. VILELA^{1,2,3,4,5}

<amigogimena@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La agenesia sacra es una malformación poco frecuente que forma parte del síndrome de regresión caudal. La incidencia varía entre 0,01 y 0,05 por 1.000 nacidos vivos. No tiene una etiología establecida pero es posible que los teratógenos desempeñen un papel importante, dado que las madres diabéticas insulino dependientes tienen una probabilidad del 1% de tener descendencia con esta secuencia. Los hallazgos pueden ir desde una agenesia parcial del sacro o del cóccix, asintomáticos; hasta formas donde la agenesia es completa, afectando a las vértebras lumbares o asociándose con otras malformaciones genitourinarias, gastrointestinales, musculoesqueléticas y alteraciones del Sistema Nervioso Central y Periférico.

OBJETIVO:

Alertar sobre una malformación poco frecuente con manifestaciones clínicas sutiles e importante morbimortalidad por las complicaciones asociadas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Descripción de un caso clínico a través de la revisión de la historia clínica de un paciente que asiste a Hospital de Día en el HNVJV

CASO CLÍNICO:

Paciente de 2 años de edad, con antecedentes personales de hidrocefalia congénita valvulada, agenesia parcial de cuerpo caloso y reflujo vesicoureteral bilateral. Madre DBT previa medicada con metformina e Insulina; y preclampsia. Cursó internaciones: bronquiolitis, infecciones urinarias,

Pioventriculitis/Meningitis. En seguimiento con Servicio de Nefrología que constata reflujo vesicoureteral de alto grado con vejiga de paredes diverticulares, que hacen sospechar reflujo secundario a disfunción vesical. Se solicita urodinamia que expresa vejiga neurogénica hiperrefléxica de baja capacidad; y centellograma con hipocaptación renal izquierda. Por las características mencionadas asociadas a constipación e hidromielia al final de columna lumbosacra con alteración del pliegue interglúteo, se sospecha por servicio de Genética: Síndrome de regresión caudal. A pesar de ecografía y RMN de columna que descarta alteración del cono medular, se solicita RX de columna que evidencia agenesia sacra. Se resume como vejiga neurogénica secundaria a agenesia sacra continuando con seguimiento por los servicios mencionados.

CONCLUSIÓN:

La detección precoz de agenesia sacra es esencial por su asociación a vejiga neurogénica. El retraso diagnóstico aumenta el riesgo de lesión renal, infecciones urinarias a repetición e incontinencia. Sospecharla en hijos de madre diabética.



ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE SALAS DE 3 Y 4 AÑOS DE ESCUELAS DE VILLA DOLORES Y HÁBITOS NUTRICIONALES.

RPD
171

Leal M.¹; Badra M.²

HOSPITAL VILLA DOLORES^{1,2}

<lealmt@hotmail.com>

RESUMEN

Las estadísticas nacionales y de la OMS muestran que el perfil nutricional de la infancia ha experimentado cambios acentuados en los últimos años, tanto en países desarrollados como en naciones en vías de desarrollo, y los porcentajes de sobrepeso y obesidad en niños aumentaron en forma franca, debido a cambios en hábitos de consumo de alimentos y el aumento de prácticas de juego que llevan al sedentarismo. Nos propusimos conocer los hábitos alimentarios predominantes y valorar el estado nutricional en niños de 3 y 4 años en 4 escuelas de nuestra ciudad para saber si los problemas nutricionales en una ciudad pequeña como la nuestra eran semejantes a los reflejados en la encuesta nutricional nacional del año 2005(ENNyS).

Se respondieron 220 encuestas en el período de mayo a junio de 2013, sobre los hábitos de alimentación y cocina en las familias de los niños, antecedentes de lactancia materna, concurrencia de las madres a comedores solidarios, alimentos preferidos. De los niños cuyas madres respondieron a la encuesta, 181 se pesaron y midieron en sus aulas (90 niñas y 91 varones), se realizó el cálculo de IMC de cada uno de ellos y se comparó con las tablas para IMC confeccionadas en base a las tablas de la OMS. Se encontró que el 24,4% de las niñas se encontraba sobre el percentilo 85 para IMC, estando el 6,6% sobre el percentilo 97, y el 17,7% entre el 85 y el 97, mientras que en los varones el 23% se encontraba sobre el percentilo 85, pero el porcentaje de obesidad(sobre percentilo 97)era más alto:9,89%, mientras que el 12% tenía sobrepeso. La prevalencia de

bajo peso fue baja:3,8% de niñas(todas ellas con talla normal), y un solo varón con bajo peso pero talla alta.

En cuanto a los hábitos alimentarios se descubrió que menos niños concurren a comedores escolares en la actualidad en comparación al porcentaje de sus madres que sí lo hicieron en su etapa escolar, que hubo mayoría de niños que fueron amamantados, y que la preferencia por el consumo de frutas es alta, pero también que existe bajo consumo de verduras y legumbres, y pescado, y que es generalizado el uso de bebidas azucaradas en las comidas.

En base a este conocimiento se pueden planificar estrategias para modificar aquellos hábitos que son perjudiciales para la salud presente y futura de los niños desde tempranas edades, y reforzar costumbres que son favorables para un buen crecimiento en salud.

¿TODA ADOLESCENTE QUE VOMITA TIENE UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

RPD
172

Bonacci P.¹; Gacitua V.²; Medina V.³; Berner E.⁴

HOSPITAL ELIZALDE¹; HOSPITAL ARGERICH^{2,3,4}

<pablobonacci20@hotmail.com>

Se presenta el caso de una adolescente de 17 años que consulta por vómitos y descenso de peso de 16 kg, de 8 meses de evolución, motivo por el cual fue evaluada en diferentes centros en varias oportunidades donde, por sospecha inicial de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) se le había indicado de manera empírica tratamiento con omeprazol y psicoterapia.

Debido a la reagudización de los síntomas y la escasa respuesta al tratamiento concurre al servicio de Adolescencia del Hospital Argerich; durante la entrevista y la anamnesis dirigida y detallada de los síntomas, surge la presencia de disfagia intermitente tanto para sólidos como para líquidos. Estos hallazgos orientan a una posible patología orgánica por lo que se solicita seriada esófago-gastro-duodenal (SEGD), videodeglución, colagenograma, test de embarazo y serología para enfermedad de Chagas. La SEG D resulta compatible con acalasia que se confirma por manometría y videoendoscopia digestiva alta (VEDA).

La acalasia es un raro trastorno caracterizado por disminución de la motilidad esofágica debido a la falta de relajación del esfínter esofágico inferior. Los síntomas principales incluyen disfagia para sólidos y líquidos, dolor torácico, vómitos o regurgitaciones y pérdida de peso. El dolor relacionado a la disfagia puede alterar los patrones alimentarios, produciendo una restricción de la ingesta importante que junto a los vómitos contribuyen al descenso de peso.

Se debe sospechar acalasia en pacientes que presentan vómitos frecuentes y persistentes sin contenido ácido que al producirse alivian el dolor. La baja prevalencia en la adolescencia de acalasia versus la alta prevalencia de los TCA, sumado a la similitud clínica de ambas entidades hacen el diagnóstico diferencial inicial difícil sin una buena anamnesis, generando errores en el diagnóstico y demoras en el tratamiento.

**ATENCIÓN TEMPRANA DOMICILIARIA ASISTIDA POR UN PEDAGOGO ESPECIALIZADO INTEGRADO A UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN NIÑOS CON TRASTORNOS DEL DESARROLLO****POB
173***Rodriguez D.¹; Gimenez M.²; Mignaton A.³; Dediego M.⁴; Larraza R.⁵; Aranda Vazquez J.⁶; Yampolsky Encabo A.⁷; Correa A.⁸; Jaureguy Llopaz M.⁹; Pino M.¹⁰*ESCUELA ESPECIAL N2 PLAZA HUINCUL -PODER JUDICIAL NEUQUEN¹; CLÍNICA SAN LUCAS- NEUQUEN CAPITAL²;ESCUELA ESPECIAL N2 PLAZA HUINCUL -PODER JUDICIAL NEUQUEN^{3,4,5,6,7,8,9,10}

<davidrodriguez1948@hotmail.com>

ATD NIÑOS CON TRASTORNOS DE DESARROLLO**INTRODUCCION:**

El niño con trastornos del desarrollo, evaluadas sus características evolutivas, será abordada en su entorno natural (domicilio) por el Servicio de Atención Temprana a cargo de un pedagogo especializado integrado en un equipo interdisciplinario. Esta modalidad basada en las familias, genera referentes múltiples y evita diferentes obstáculos, como: excesiva carga de horarios, entornos extraños al niño, movilizaciones complejas para la asistencia; génesis de conflictividad de la A.T. en otras estrategias.

OBJETIVOS:

- Evaluar modalidad del SATD
- Analizar tendencia de la derivación oportuna de los pacientes
- Evaluar nivel de inserción de los asistidos

POBLACION:

Niños de la región atendidos en Educación Especial, en especial en el SATD

METODOLOGIA:

Estudio transversal comparativo asistencia del SATD en diferentes ciclos
Equipo interdisciplinario: Pedagogo especializado, Pediatra, Trabajador Social, Fonoaudiólogo Psicólogo, Psicopedagogo y Kinesiólogo.

Atención en domicilio (entorno natural), a través de la familia, teniendo en cuenta relaciones vinculares (apego).

RESULTADOS:

Derivación en la modalidad Ed.Esp.:

de 6 a 9 años promedio década del 80

de 3 a 4 años promedio actual

Derivación SATD de 13 meses (de 3 m a 3 años)

Diagnostico: Ciclo actual: patologías orgánicas 18 niños (59%) sin patología orgánica detectable 13 niños (41%).

Compensaron pautas madurativas a la edad cronológica de 4 años

Ciclos: 1990/93 47 niños asistidos, 8 (34%); 2000/14 112 niños atendidos, 27 (24,11%).

Continuidad Pedagógica acorde a sus pautas madurativas: En el 95% de los niños.

CONCLUSIONES:

ATD basada en la familia es metodología válida para el tratamiento de trastorno del desarrollo, independiente de sus etiologías.

La atención domiciliaria a cargo de un Pedagogo especializado integrando equipo interdisciplinario, capacitando la familia en estimulación, evita deserciones por superposición de tareas con los turnos, distancia u olvidos.

La edad tardía de derivación sería más adjudicada a la capacitación pediátrica en el abordaje terapéutico-diagnóstico que a la metodología en sí. Establecer en la zona equipos de atención pedagógicos comunitarios es factor a tener en cuenta como gestor de derivación precoz.

La instalación del SATD en la comunidad produciría un efecto social positivo concientizando sobre la posibilidad de optimizar potencialidades de los niños con trastornos del desarrollo.

DESARROLLO DE UN MANUAL PARA AGENTES SANITARIOS**POB
174***Teiber M.¹; Santoianni E.²; Bidondo M.³; Garrido J.⁴; Masllorens F.⁵; Kaminker C.⁶; Luna A.⁷; Dipierri J.⁸; Zurita S.⁹; Herrera R.¹⁰; Monachesi A.¹¹; Crudi N.¹²; Barreiro C.¹³*HOSPITAL POSADAS^{1,5}; GARRAHAN²; CENAGEM³; SANATORIO GUEMES⁴; HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE⁶;HOSPITAL GARRAHAN⁷; HOSPITAL QUINTANA, JUJUY⁸; MINISTERIO SALUD, JUJUY⁹;MINISTERIO SALUD, JUJUY HOSPITAL POSADAS¹⁰; FUNDACION HOSPITAL GARRAHAN^{11,12}; HOSPITAL GARRAHAN (JUBILADA)¹³

<luzteiber@hotmail.com>

INTRODUCCION:

Durante el periodo 2010-2014, se implementó en diferentes provincias del país un proyecto de capacitación en Genética para la Atención Primaria, que incluyó a todos los miembros del equipo de salud en cuanto a medidas de detección y prevención de Defectos Congénitos.

OBJETIVOS:

Desarrollar un manual para el agente sanitario para que en sus visitas cuente con material didáctico para poder explicar gráficamente medidas de prevención primaria de defectos congénitos y en las familias con un familiar afectado medidas de prevención secundaria.

MATERIAL Y METODOS:

Se confeccionó un manual que en el reverso (cara que ve el agente sanitario) se muestra la manera de implementar medidas de prevención primaria de Defectos Congénitos y en el anverso (cara de la hoja dirigida a la familia entrevistada) se muestran imágenes que ilustran lo que se quiere transmitir.

CONCLUSION:

Para algunas familias la llegada de los Agentes Sanitarios es prácticamente el único contacto con el sistema de salud, por lo tanto consideramos muy importante la posibilidad que los agentes cuenten con material que explique en forma simple como poder realizar medidas de prevención de algunos defectos congénitos. Por otra parte el manual permitirá suministrar información de genética básica y sobre factores de riesgo ambientales a los pacientes y familias para ayudar a su comprensión y a la toma de decisiones (asesoramiento genético).



GENETICA Y ARTE EN LA ESCUELA: APRENDIENDO A PREVENIR

POB
175

Teiber M.¹; Masllorens F.²; Santoianni E.³; Bidondo M.⁴; Kaminker C.⁵; Luna A.⁶; Crudi N.⁷; Barreiro C.⁸
HOSPITAL POSADAS^{1,2}; HOSPITAL GARRAHAN^{3,6}; CEBAGEM⁴; HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE⁵; FUNDACION HOSPITAL GARRAHAN⁷; HOSPITAL GARRAHAN (JUBILADA)⁸
<luzteiber@hotmail.com>

INTRODUCCION:

Desde el año 2009, dentro del marco del proyecto de capacitación en genética para la Atención Primaria de la Salud, se decidió hacer extensiva la transmisión de información sobre la prevención de los defectos congénitos en escuelas.

OBJETIVO:

Enseñar a niños en edad escolar sobre cuales son los factores de riesgo que pueden provocar el nacimiento de una persona con defectos congénitos y que pautas de cuidado son importantes en la prevención de los mismos. De esta manera, ser parte de una cadena de difusión de la información dentro de sus familias y dentro de la comunidad.

MATERIAL Y METODOS:

Se trabajó en escuelas primarias y secundarias de las provincias de Neuquén, Chaco y Jujuy. Se realizaron jornadas de medio día, a cargo de un médico genetista y un profesor de arte. A través de la utilización de consignas dadas por el profesor de arte se aplicaron técnicas de dibujo y pintura que permitieron que los alumnos expresen lo aprendido. Se diseñó material gráfico, en formato de manual "Genética en la Escuela".

CONCLUSIÓN:

La transmisión de la información médica suele ser compleja y poco accesible para la comunidad general y los niños en edad escolar. Este tipo de intervención en la edad preadolescente, permite brindar conocimientos sobre factores de riesgo para defectos congénitos a un grupo etario ávido por recibir información y por transmitirla a su entorno. Por otro lado se encuentran en una etapa previa a la edad reproductiva donde establecer pautas de cuidado es de suma importancia.

VIGILANCIA DE INVAGINACIÓN INTESTINAL DURANTE LOS AÑOS 2009-2014 EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO. ESTUDIO RETROSPECTIVO PREVIA A LA INCORPORACIÓN DE VACUNA PARA ROTAVIRUS. HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ (HNRG), CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

POB
176

Castellano V.¹; Nolte M.²; Lamy P.³; Giglio N.⁴; Angela G.⁵
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1,2,3,4,5}
<vane0108@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La incorporación de las vacunas para Rotavirus en los Programas de Inmunización requiere acciones de monitoreo post implementación con el objetivo de valorar cambios de los parámetros de eficacia y seguridad de la misma. Para cumplir con dichas metas, se necesita inicialmente conocer el estado basal de carga de enfermedad y el número de eventos adversos potencialmente asociados a esta vacuna.

OBJETIVO:

Evaluar los casos de Invaginación Intestinal en la población mayor de un mes y menor de un año de vida de los últimos 6 años previo a la incorporación de la vacuna Rotavirus al Calendario Nacional.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de revisión de sistemas de registro y de historias clínicas. Fueron incluidos todos los niños hospitalizados con diagnóstico de invaginación intestinal (ICD 10 K56.1) en el HNRG, entre el 01/01/2009 al 31/12/2014, no vacunados para Rotavirus. Se describieron las características demográficas de la población y se realizó el cálculo de tasa de incidencia anual en términos de hospitalizaciones/egresos hospitalarios x 1000.

RESULTADOS:

Durante el periodo estudiado se hospitalizaron 62 niños, la mediana de edad fue 7 meses (rango: 2 -11). 28 (45.16%) fueron <7 meses y 34 (54,94%) ≥7 meses. 32 (51,6%) de sexo masculino. La tasa global de los

últimos 6 años fue de 5.81 (IC95% 4,49-7.40). La tasa estratificada por año fue de 6,88 (IC 95% 3,83-11,48) en el 2009; 2,80 (IC 95% 1,13-5,82) en el 2010; 5,94 (IC 95% 12-10,32) en el 2011; 6,89 (IC 95% 3,7-11,72) en el 2012; 9,65 (IC 95% 5,61-15,57) en el 2013 y 3,36 (IC95% 1,23-7,46) en el 2014.

CONCLUSIONES:

Las tasas de incidencia de hospitalización por invaginación intestinal mostraron variaciones anuales.

La importancia de este tipo de estudio local nos permitirá iniciar una vigilancia activa sobre este potencial efecto adverso de la vacunación para Rotavirus.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS INTERNADOS POR GASTROENTERITIS AGUDA DURANTE EL PERÍODO JUNIO DE 2010 A JUNIO DE 2014 EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES****POB
177***Santillan E.¹; Cosentino M.²; Sundblad M.³; Fernie M.⁴*HOSPITAL BRITANICO^{1,2,3,4}

<eliana_santillan@hotmail.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La diarrea aguda es una de las afecciones más frecuentes en el mundo y uno de los principales factores de morbilidad en la población pediátrica en países desarrollados. Es la segunda causa de muerte de origen infeccioso a nivel mundial en menores de 5 años. En Argentina, rotavirus es la causa más frecuente de diarrea grave en niños, siendo responsable del 39% de las gastroenteritis (130.000) y del 42% de las internaciones (20.000) anualmente.

OBJETIVOS

Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes menores de 5 años internados por gastroenteritis aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional. Se revisaron las historias clínicas de niños de 1 mes a 5 años internados con diagnóstico de gastroenteritis aguda en el servicio de Pediatría del Hospital Británico de Buenos Aires, durante el período comprendido entre junio de 2010 y junio de 2014.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 98 pacientes con gastroenteritis aguda. Se encontró igual distribución de sexo. 81 pacientes (82%) eran menores de 2 años. En 64 pacientes (65%) no hubo antecedentes personales de relevancia. En referencia a gravedad de la diarrea según escala de Ruuska y Vesikari, en 70 pacientes (71 %) fue moderada. 11 pacientes (11%) tenían aplicada la vacuna antirotavirus. En 20 pacientes (20%) el

rescate de rotavirus en materia fecal fue positivo, en 30 pacientes (30%) el resultado fue negativo, mientras que en 48 pacientes (49%) este estudio no fue realizado. 2 pacientes vacunados presentaron rescate de rotavirus en materia fecal, y cursaron cuadro de diarrea grave. Solo 1 paciente presentó evolución desfavorable a Síndrome Urémico Hemolítico. El riesgo de presentar diarrea grave aumenta en pacientes con rescate positivo de rotavirus en materia fecal ($P < 0.003$), ya que de los pacientes con rotavirus positivo ($N=20$) el 40% presentó diarrea grave, el 55% diarrea moderada y el 5% diarrea leve. En cambio, de los pacientes con rotavirus negativo en materia fecal ($N=30$), tan solo el 3% desarrolló diarrea grave.

CONCLUSIONES

Más del 80% de los pacientes afectados fueron menores de 2 años. Las características clínicas y epidemiológicas de los niños menores de cinco años internados en nuestra Institución por gastroenteritis en los últimos 5 años resultan comparables a las halladas en otros centros del país. La cobertura vacunal no es del 100%, dado que 2 casos de los internados con rotavirus positivo habían sido vacunados. El riesgo de presentar diarrea grave aumenta en pacientes con rotavirus positivo en materia fecal ($P < 0.003$).

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DE NIÑOS DE 1 A 14 AÑOS INTERNADOS POR LESIONES DE CAUSA EXTERNA. DIEZ MESES DE VIGILANCIA POR UNIDAD CENTINELA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO. HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MAR DEL PLATA. JUNIO 2015-MARZO 2015 SIN TITULO**POB
178***Rearte A.¹; Guarino Barrutia A.²; Parisi N.³; Brunotto C.⁴; Cepeda M.⁵; Loizaga G.⁶; Azqueta V.⁷; Garcia R.⁸; Dagnino G.⁹*HOSPITAL MATERNO INFANTIL MAR DEL PLATA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<analiarearte@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones por causas externas constituyen una de las principales causas de internación en pediatría. En Argentina en 2011 se registraron 19.818 defunciones por lesiones de causa externa.

OBJETIVOS:

Describir las características clínicas y epidemiológicas de los niños internados por lesiones de causa externa en HIEMI, junio 2015-marzo 2015

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de vigilancia epidemiológica por unidad centinela. Población: niños de 1 a 14 años internados en HIEMI por lesiones.

RESULTADOS:

EL 74.6% de las internaciones por lesiones fueron en >1año (924/1238). El 64.7% fueron varones, la mediana de edad fue de 5.5 años (RI 2.5 meses-10.5 años). El mecanismo más frecuente fueron caídas (Tabla1). El 89.6% fueron no intencionales, 3.2 intencional interpersonal y 4.5 autoinflingida. El 4.7% requirió internación en área crítica, solo el 5.73% presentó índice de trauma pediátrico <9. EL 46.1% fue durante recreación y un 43.5% en quehaceres domésticos. El 60.2% ocurrieron en vivienda (dormitorio (31.4%), patio/jardín (25.4%), cocina (18.4%) y escalera (8.5%)) y el 33.9 en vía pública. Un 38,3% estaba con un menor a cargo o sin nadie al momento de la lesión Tabla 2. En vía pública el 37.6% ocurrió en la calle y el 22.2% en plaza/parque. De los intoxicados lo más frecuente fue: Psicotrópicos 39.4%, otros medicamentos 20.2%, CO 11.5% y plaguicidas 10.6%. No se registraron fallecidos.

CONCLUSIONES:

Las lesiones son muy causa frecuente de internación. En nuestro hospital, la mayoría son leves o moderados, ocurridas en el hogar y en un 38% de los casos el niños no tenía cuidador o estaba con un menor a cargo, esto muestra la necesidad de trabajar para lograr hogares seguros para los niños.

Tabla1 Distribución de frecuencia por mecanismo de lesión

Mecanismo de lesión	Frecuencia %
Caídas	43.83%
Transporte	17.21%
Intoxicaciones/envenenamiento	11.26%
Golpe / atrapamiento (por objetos, por personas)	10.93%
Contacto sustancias calientes	3,46%
Contacto traumático con animal	3.68%
Trauma con objeto punzo-cortante	3.25%
Otros	6.37%

Tabla 2 Distribución de frecuencia por persona a cargo al momento de evento

Persona a cargo	Frecuencia a cargo%
Padres	46.2%
Nadie	21.1%
Otro menor 18	17.2%
Otro mayor o igual 18	15.5%



INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN PEDIATRÍA AMBULATORIA. CARACTERÍSTICAS DE LOS TRABAJOS LIBRES PRESENTADOS EN EL 6º CONGRESO ARGENTINO DE PEDIATRÍA GENERAL AMBULATORIA (CAPGA)

RPD
179

Rowensztein E.¹; González L.²; Rowensztein H.³; Marotta C.⁴; Chorny M.⁵

COMITÉ NACIONAL DE PEDIATRÍA GENERAL AMBULATORIA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA^{1,2,3,4,5}

<estebanrowensztein@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La investigación clínica tiene por objetivos principales la generación de conocimiento y la solución de problemas prácticos.

Partimos de la hipótesis que la investigación no ocupa un lugar destacado en las tareas que desempeña el pediatra ambulatorio en su práctica cotidiana, lo que se refleja en una escasa producción científica de buena calidad tanto desde lo metodológico como desde el aporte que brinda al conocimiento colectivo.

Mediante este estudio buscamos conocer las características de los trabajos libres presentados en el último CAPGA.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. Se evaluaron los resúmenes de los trabajos presentados en el 6to CAPGA realizado en noviembre de 2014 en Buenos Aires. Se los clasificó según diseño del trabajo, procedencia, ámbito y establecimiento en el que se realizó, técnicas estadísticas utilizadas y tema.

RESULTADOS:

Se acreditaron al congreso 4083 personas. Se presentaron 155 trabajos libres. Se aceptaron 145 (93,55%) y se rechazaron 10 (6,45%) por no corresponder a temas de interés de pediatría ambulatoria (PA).

Diseño: Presentaciones de casos clínicos 49,03%, trabajos originales de investigación 36,13%, relatos de experiencias 9,03%, investigación cualitativa 5,81%.

Lugar de procedencia: CABA y provincia de Buenos Aires 70,97%, Entre Ríos 6,45%, Santa Fe 4,52%, Chubut 3,23%, otros 14,83%.

Ámbito de las instituciones: Públicas 62,76%, privadas 31,03%, mixto 6,21%.

Establecimiento: Hospitales, clínicas y/o sanatorios 73,55%, centros de salud y/o consultorios 12,90%, otros 13,55%.

Técnicas estadísticas utilizadas: Ninguna 49,66%, descriptivas (porcentaje, media, mediana, rango) 37,24%, otras de mayor complejidad (cálculo de P, OR, RR, etc.) 13,1%. De estos últimos, el 78,95% fueron del ámbito público.

Temas: Atención primaria y prevención 20,65%, problemas clínicos en PA 17,42%, patología aguda 12,26%, seguimiento de patología crónica 7,10%, otros 42,57%.

CONCLUSIONES:

La mayor parte de los trabajos presentados buscaron describir más que esclarecer problemas clínicos. La mayoría se realizaron en grandes instituciones, por lo general del ámbito público, provinieron de CABA y provincia de Buenos Aires y no utilizaron técnicas estadísticas o usaron solo técnicas descriptivas.

Se debería poner más énfasis en estimular y promover la investigación en PA y formar a los profesionales, especialmente del primer nivel de atención en el desarrollo de una investigación clínica de calidad.

DENGUE EN PEDIATRÍA ¿ESTAMOS PREPARADOS?

RPD
180

Rossetti F.¹; Fernandez G.²; Bravo G.³; Alves R.⁴

HOSPITAL J.M. PENNA^{1,2,3,4}

<florrossetti@hotmail.com>

OBJETIVO:

Informe de un caso clínico de una paciente con diagnóstico de dengue.

INTRODUCCIÓN:

En Argentina se registraron casos de dengue la última década, con un aumento en el número de casos. Como pediatras debemos estar preparados para pesquisar estos pacientes, para realizar diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de sexo femenino de 11 años de edad que regresa el día sábado 28/2/15 de Paraguay, de una zona endémica de Dengue. El tío de la niña, con quien convivió durante su estadía tiene diagnóstico confirmado de Dengue. El día domingo presenta un registro febril no constatado y cuadro gripal por lo que el día lunes consulta a los consultorios externos de este hospital. Se evalúa clínicamente a la paciente, se realiza laboratorio que informa hematocrito 32,8%, glóbulos blancos 4380/mm³ (80% de neutrófilos) y plaquetas 174000/mm³. Por antecedente epidemiológico se solicita AgNS1 para Dengue que se informa como positivo. Se decide manejo ambulatorio con control clínico y de laboratorio diario, bajo medidas de prevención de contagio. Se realiza denuncia epidemiológica al Servicio de Promoción y Prevención de la Salud. La paciente permanece febril. El día 4/3/15 concurre a consultorios externos donde se constata examen físico dentro de parámetros normales, se realiza laboratorio que informa hematocrito 35.4 %, hemoglobina 11.7 gr/dl, glóbulos blancos 2770/mm³ (1163 neutrófilos), plaquetas 146000/mm³, Quick

66% y KPTT 24 seg. Se interpreta como leucopenia y neutropenia leve, se decide su internación. Se instauro tratamiento inicial con controles clínicos, hidratación por vía oral (>2l/día), antitérmicos y aislamiento entomológico. Se confirma serotipo 1 de Dengue. La paciente presenta evolución clínica favorable durante la internación, cumpliendo 6 días totales de internación, persistió febril por 4 días y las últimas 48 horas afebril, por lo que se decide su egreso hospitalario.

CONCLUSIÓN:

El dengue es una patología que como pediatras no estamos habituados a diagnosticar. Dado el aumento de la prevalencia en la última década y que la Ciudad de Buenos Aires cuenta con casos autóctonos, debemos estar atentos a la hora de pesquisar dicha enfermedad. En las consultas de pacientes febriles sin foco evidente, el interrogatorio exhaustivo sobre viajes y antecedentes de dengue en la familia no suele ser considerado. En el caso presentado, solo con el interrogatorio y examen clínico fue suficiente para tener un alto índice de sospecha de enfermedad. Como pediatras debemos tener el tema presente para poder diagnosticarlo a tiempo y realizar un seguimiento adecuado.



INVAGINACION INTESTINAL ASOCIADA A ROTAVIRUS

Giuliani P.¹; Kondratiuk G.²; Alonso G.³; Bazano E.⁴; Melendi G.⁵

CLINICA ZABALA^{1,2,3,4,5}

<paulagiulia@hotmail.com>

RPD
181

INTRODUCCIÓN:

El rotavirus es el agente etiológico más frecuente de diarrea en el mundo en menores de 2 años. Produce dos millones de hospitalizaciones y 611.000 muertes anuales en lactantes y niños. Su forma de contagio es fecal oral. Nuestro país cuenta con vacunación obligatoria desde 2015. Formas de presentación de la infección por rotavirus: fiebre, vómitos y diarrea sin sangre. Puede asociarse a invaginación intestinal, emergencia abdominal más frecuente en menores de 2 años cuyas causas son idiopática (75%), vacunación, infecciones virales o bacterianas y cabezas de invaginación (divertículos de Meckel, pólipos).

OBJETIVO

Presentación de caso clínico.

CASO

Paciente de 5 meses de vida, vacunas completas, ingresa por deshidratación moderada secundaria a gastroenteritis (GEA). Laboratorio normal. coprocultivo negativo y virológico en materia fecal positivo para rotavirus. Evolucionó con irritabilidad, llanto y aparición de diarrea con sangre. Se sospecha invaginación intestinal, confirmando con ecografía. Se realiza desinvaginación por colon por enema con mejoría clínica.

DISCUSIÓN

Si bien las formas idiopáticas de invaginación intestinal son las más frecuentes existen otras etiologías: viral (rotavirus, adenovirus) secundario a hipertrofia de placas de Peyer en íleon terminal y asociadas a vacunación descriptas con la vacuna RRVT-TV retirada del mercado en 1999. Si bien en nuestro país no hay descriptos casos asociados a las vacunas actuales (Monovalente y pentavalente) existe una asociación a las mismas de 1 en 20.000 a 1 en 100.000 con máxima incidencia dentro de los primeros 14 días y muy poco frecuente pasados los 21 días.

CONCLUSIÓN

La presencia de diarrea con sangre no es típica de las infecciones por rotavirus por lo que debe hacernos sospechar en etiologías asociadas, como la invaginación intestinal. Fundamental para diagnóstico y tratamiento precoz, evitando complicaciones como perforación intestinal y peritonitis. La asociación a vacunación es poco frecuente con las vacunas actuales. Por lo tanto se sigue recomendando la inmunización, ya que reduce las internaciones causadas por Gea.

SIFILIS CONGENITA EN EL LACTANTE: DOS FORMAS DE PRESENTACION INICIAL

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>

RPD
183

INTRODUCCION:

La sífilis sigue constituyendo un problema a escala mundial, con 12 millones de personas infectadas cada año. En nuestro país, la prevalencia de infección en mujeres embarazadas que se asisten en hospitales públicos varía de un 1 a 3%, a pesar de existir medidas de profilaxis eficaces y un tratamiento antibiótico efectivo.

OBJETIVOS:

Valorar las formas de presentación inicial de la sífilis congénita en el lactante.

POBLACION:

Pacientes internados en Sala 16, Terapia Intermedia Polivalente del Hospital Sor María Ludovica.

MATERIAL Y METODOS:

Análisis descriptivo de dos historias clínicas.

RESULTADOS:

CASO 1: Paciente de 4 meses, recién nacido de término (RNT). Embarazo normal y serologías negativas según referencia materna. Comenzó con fiebre y se agregó edema en ambos miembros inferiores, irritabilidad y lesiones eritematovioláceas maculares en ambos miembros inferiores y zonas de contacto del pañal. En el laboratorio se observó hipoalbuminemia, hipercolesterolemia, con proteinuria en rango nefrótico y hematuria. Presentó VDRL positiva en títulos que cuadruplicaban los maternos, y en líquido cefalorraquídeo (LCR). En la radiografía de huesos largos se observaron signos de periostitis. Cumplió tratamiento con Penicilina G con buena evolución.

CASO 2: Lactante de 2 meses, RNT, con antecedente materno de sífilis tratada correctamente. Presentó lesiones eritematovesiculares secretantes y descamativas en área del pañal, periorificiales y palmoplantares. Se recibió resultado de VDRL 1/256 con prueba treponémica reactiva. VDRL en LCR resultó no reactiva. Cumplió tratamiento con penicilina G con buena evolución.

CONCLUSIONES:

Las formas de presentación de la sífilis congénita son múltiples. Se observan con mayor frecuencia las lesiones mucocutáneas, como pénfigo ampollar palmoplantar, las lesiones maculopapulosas (sífilides), úlceras en mucosa nasal (coriza sífilítica), perionixis y alopecia. También osteomielitis, periostitis y osteocondritis; estas lesiones pueden expresarse con impotencia funcional del miembro afectado (pseudoparálisis de Parrot). El compromiso sistémico se expresa por hepatoesplenomegalia, hepatitis, síndrome nefrítico o nefrótico, neumonitis, anemia, hidrops no inmunológico; y el compromiso neurológico por meningoencefalitis. Es importante mantener un alto índice de sospecha, incluso en pacientes que demuestren serología negativa o tratamientos realizados.



INCIDENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS SOMETIDOS A PROFILAXIS CON OMEPRAZOL

POB
185

Marmarusso D.¹; Weinschelbaum R.²; Costaguta A.³

SANATORIO DE NIÑOS^{1,2,3}

<diegomarmarusso@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La hemorragia digestiva (HD) en el niño es una entidad poco frecuente con consecuencias potencialmente graves en pacientes críticamente enfermos. Por tal motivo, es práctica común indicar profilaxis con drogas antisecretoras en estos niños aunque disponemos de muy pocos datos sobre la verdadera magnitud del problema. El propósito de este trabajo fue evaluar la incidencia de HD en una unidad polivalente de cuidados intensivos pediátricos a lo largo de 1 año.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, en el que se incluyeron todos los pacientes de 30 días a 18 años de vida, internados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Sanatorio de Niños de Rosario entre los meses de junio del 2012 a junio del 2013, que durante el transcurso de la internación presentaron uno o más de los siguientes: melena, hematemesis, enterorragia, caída del hematocrito en 5% o más, e inestabilidad hemodinámica sin causa aparente. Se excluyeron pacientes con sangrado originado en la vía aérea, várices esofágicas, gastropatía hipertensiva,

úlceras previas en tratamiento antisecretor o coagulopatías. Los diagnósticos de base fueron muy diversos, incluyendo trasplantes hepáticos, politraumatismos y cirugía cardiovascular, aunque la causa principal fueron patologías respiratorias. Todos los pacientes recibieron profilaxis desde su ingreso, con 20 mg/día de omeprazol EV, independientemente del peso corporal.

RESULTADOS:

Se analizaron 316 pacientes (55% masculinos, media de edad, de 61,04 meses). La incidencia de hemorragia digestiva encontrada fue de 0,63%. Ambos pacientes presentaron sangrado evidente (1 enterorragia, 1 melena y caída del hematocrito).

CONCLUSIÓN:

La incidencia de hemorragia digestiva en pacientes críticamente enfermos fue baja en esta población. No podemos descartar el efecto de la profilaxis en estos resultados. Un estudio controlado y aleatorizado, incluyendo mayor número de pacientes será necesario para aclarar este tópico.

HABILIDADES COMUNICATIVAS: UN DESAFÍO PARA LOS PEDIATRAS EN FORMACIÓN

RPD
186

Zunino Pradier F.¹; Aguirre J.²; Blaum M.³; Chuffo M.⁴; Gagliardi R.⁵; Harris V.⁶; Ledo Gardes G.⁷; Muro C.⁸; Reynoso J.⁹; Vázquez M.¹⁰

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PRF. DR. JUAN P. GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

<fernandomartinzpradier@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La comunicación es una habilidad que se puede enseñar y aprender. A pesar de que para los pacientes y sus familias, la forma en que se les comunica la información médica, impacta en su percepción de la salud a largo plazo, el equipo de salud recibe poco entrenamiento sistemático para adquirir estas competencias.

OBJETIVOS:

Analizar el conocimiento de las competencias en comunicación de un grupo de pediatras en formación, y evaluar qué herramientas formales reciben para capacitarse en dicha área.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo, transversal. Se realizó una encuesta estructurada a residentes de clínica pediátrica de un hospital pediátrico de la ciudad de Buenos Aires.

RESULTADOS:

Se evaluaron 177 residentes; el 34% (n= 61) refiere no haber recibido ninguna capacitación en relación a estrategias de comunicación; el 61% (n= 109) considera que para adquirir estas habilidades, observa cómo comunican otros y repiten aquello que les parece correcto.

El 65% de los residentes (n= 115) se siente bastante confiado en comunicar información médica general (dirigir la anamnesis, explicar un diagnóstico, comunicar la necesidad de un estudio), sin embargo el 66% (n= 116) se siente poco o nada confiado en comunicar noticias difíciles (mal pronóstico de una enfermedad, falta de alternativa de tratamiento curativo, fallecimiento de un niño).

En relación a qué consideran malas noticias, el 25% (n=45) cree que comunicar que un niño debe permanecer internado no es una mala noticia, el 63% (n=112) no considera que tener que hacer una extracción de sangre a un niño, sea una mala noticia.

El 97% (n= 173) considera que capacitarse en éste área los enriquecería como pediatras.

CONCLUSIONES:

Durante la residencia, son pocos los espacios formales de capacitación en comunicación, y la mayoría de las veces, se aprende con métodos asistemáticos, de identificación e imitación. Por otro lado, al estar constantemente trabajando con pacientes en situaciones críticas, se naturaliza la percepción de ciertas "malas noticias", dificultando la posibilidad de empatizar y comprender a los mismos.

La comunicación es una competencia profesional que debería estar integrada al plan curricular de los Programas de Residencia de Pediatría.



CRISIS ADRENAL COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE UN SÍNDROME POLIGLANDULAR TIPO 2

Marmo G.1; Nuñez P.2; Fustiñana A.3; Rino P.4

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

<gaston_marmo@hotmail.com>

RPD
187

OBJETIVO.

Describir un paciente de 12 años que ingresa con una crisis adrenal refractaria inicialmente al tratamiento con hidrocortisona como debut de un síndrome poliglandular tipo 2.

METODOLOGÍA.

Se controló la evolución de un paciente de 12 años que ingresa con vómitos y crisis adrenal.

RESULTADOS:

Se presenta el caso clínico de un paciente de 12 años con vómitos de una semana de evolución que ingresa en shock hipovolémico. Se observa en el examen físico: hiperpigmentación de piel y mucosas. Se sospechó crisis adrenal (addisoniana). Exámenes complementarios: Natremia 115 mEq/L; Kalemia 4,7 mEq/L; Cloremia 104 mEq/L; Bicarbonatemia 14,6 mEq/L; Glucemia 54 mg/dL; Cortisol plasmático 4,4 µg/ml, ACTH 1250 pgr/ml. Se administró hidrocortisona endovenosa 100 mg/m² en push + 100 mg/m² en infusión continua, se expandió con solución fisiológica 70 ml/kg de peso y corrección rápida de glucemia con solución dextrosada endovenosa; no se obtuvo respuesta y se repitió dos veces la hidrocortisona endovenosa 100 mg/m² en push. Simultáneamente se realizaron cultivos y se medicó empíricamente con ceftriaxone endovenoso. Por la refractariedad al tratamiento instituido requirió medicación vasopresora (dopamina, adrenalina) e infusión continua de hidrocortisona endovenosa 100 mg/m²/día, con buena respuesta en las primeras 24 horas. Tiene antecedente de madre con diabetes mellitus tipo 1 y enfermedad de

Addison. Posteriormente se obtuvo una muestra positiva para anticuerpos anti-adrenales (anti 21-OH). El paciente evolucionó de manera favorable, se le otorgó el egreso hospitalario siendo citado a controles periódicos por Servicio de Endocrinología. En los controles subsiguientes se estudiaron asociaciones autoinmunitarias, encontrado hipotiroidismo, conformando un síndrome poliglandular tipo 2.

CONCLUSIONES.

La insuficiencia suprarrenal puede tener una presentación clínica a menudo inespecífica y proteiforme. Representa una emergencia, conlleva una elevada morbimortalidad que debe ser asistida de manera inmediata. Los antecedentes personales y familiares, el examen físico y los estudios complementarios son herramientas útiles para el diagnóstico. Se advierte la falta de respuesta inmediata a la hidrocortisona endovenosa en un paciente con depleción crónica de hormonas suprarrenales.

INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES EN EL PERÍODO 2008-2014

Barrionuevo T.1; Citroni M.2; Bonardo V.3; Bozzola M.4; Fernie L.5

HTAL BRITANICO^{1,2,3,4,5}

<tatyba62@hotmail.com>

POB
189

INTRODUCCION:

El *Staphylococcus aureus* (SA) es una bacteria causante de infecciones banales de piel y partes blandas hasta infecciones graves como neumonía necrotizante y sepsis en un 10%. En los últimos años, ha aumentado la incidencia de SAMR como patógeno de la comunidad, transformándose en uno de los principales agentes emergentes.

OBJETIVOS:

Presentar una serie de pacientes internados en el Hospital Británico de Buenos Aires por infecciones por SA adquiridas en la comunidad (SAMRco y SAMSc), estimar la prevalencia respecto al número total de egresos hospitalarios y describir sus características clínicas, evolutivas y terapéuticas.

POBLACION, MATERIAL Y METODOS:

Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes de 1 mes a 16 años de edad, internados entre enero de 2008 y diciembre de 2014, con infección documentada para SAMSc y SAMRco.

RESULTADOS:

Se internaron 30 pacientes con infección por SA, 23 fueron SAMR y 7 SAMS. Las infecciones por SAMR constituyeron un 76% del total. La tasa de SAMR respecto al número de egresos aumentó, de un 0.2% en 2009, a un 0.7% en 2014 (X² p=0.08 NS). La mediana de edad fue de 4 años, con ligero predominio en varones. Del total de pacientes, 17 presentaron foco en piel y partes blandas, 8 presentaron artritis séptica/osteomielitis

y 5 fueron neumonías. No hubo complicaciones ni necesidad de terapia intensiva en infecciones por SAMS. La evolución más tórpida, con mayor morbimortalidad se presentó en los pacientes con neumonía, fueron todas por SAMR y la mayoría en niños pequeños (4/5 < 1 año). Solo hubo un paciente fallecido, menor de un año, por neumonía por SAMRco. En 24/30 pacientes la clindamicina fue la terapéutica inicial. Solo se constató una cepa de SAMRco resistente a la clindamicina.

CONCLUSION:

Nuestra área geográfica no está exenta del aumento de número de casos de infecciones por SAMRco aunque no hemos podido demostrar que esta diferencia sea significativa. Las cepas resistentes no son infrecuentes, por lo que resulta fundamental que el pediatra se mantenga alerta tanto para el diagnóstico de colonización a través de un estudio sencillo como el hisopado, como para la presunción diagnóstica de SAMR y así aplicar el tratamiento adecuado.



COMPLICACIONES INTRACRANEALES DE PROCESOS INFECCIOSOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS EN LA INFANCIA, A PROPÓSITO DE 3 CASOS

RPD
190Gomez Villalba C.¹; Fresco Zens P.²; Kambourian C.³; Hernandez Petersen A.⁴; Guedes V.⁵HOSPITAL CLAUDIO ZIN^{1,2,3,4,5}

<claudioalejandrov@hotmail.com>

INTRODUCCION.

Las complicaciones intracraneales secundarias a procesos infecciosos otorrinolaringológicos tienen una presentación clínica que puede ser sutil y se ve influida por factores como la edad y la localización anatómica. Son más frecuentes entre los 4 y 7 años de edad. Los mismos conllevan una elevada morbilidad. Las complicaciones neurológicas posibles son: abscesos peridural, subdural o cerebral, trombosis venosa, meningitis y ceguera.

OBJETIVO.

Presentación de una serie de casos de pacientes internados en nuestro servicio con complicaciones intracraneales secundarias a infecciones de vías aéreas superiores.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un trabajo descriptivo y retrospectivo de una serie de 3 casos describiendo edad, clínica y evolución de sus complicaciones, en el periodo comprendido entre noviembre del 2011 y noviembre del 2013 de pacientes internados en la institución.

RESULTADOS.

CASO A) Masculino, 7 años, Absceso cerebral, secundario a Otitis media aguda; CASO B) Femenino, 6 años, Empiema extradural, secundario a otitis media aguda; CASO C) Masculino, 13 años, Empiema subdural interhemisferico, secundario a Sinusitis maxilar. Los 3 casos recibieron tratamiento antibiótico ambulatorio inicialmente. En cuanto a las mani-

festaciones iniciales previo al inicio del tratamiento antibiótico via oral todos los casos presentaron fiebre prolongada y cefalea intensa. El CASO C presento convulsión tónica clónica generalizada y parálisis braquiocrural al momento de la internación; mientras que el CASO A ingreso en shock séptico. En los tres casos se realizó drenaje quirúrgico y todos fueron tratados con antibioticoterapia parenteral prolongada. Solo se documentó Enterococo y C. Koserii en el CASO A de los cultivos de lesión, en el resto no hubo rescate bacteriológico. En los CASOS A y B se diagnosticó trombosis de seno venoso. Ambos recibieron tratamiento anticoagulante. El CASO A presenta como secuela postquirúrgica hipoacusia de conducción.

DISCUSION.

Es importante conocer las complicaciones intracraneales de procesos infecciosos otorrinolaringológicos ya que nos permite aumentar el índice de sospecha, siendo infrecuente la presentación en pediatría. Continúa siendo un reto diagnóstico debido a que las manifestaciones clínicas y radiológicas son a menudo inespecíficas. De la conducta temprana medico quirúrgica dependerá el pronóstico del paciente y sus posibles secuelas.

CRECIMIENTO EN ADOLESCENTES CON PESO DE NACIMIENTO MENOR O IGUAL A 1500 G

RPD
191Brundi M.¹; Kasten L.²; Borroni R.³; Schapira I.⁴; Vivas S.⁵; Galindo A.⁶; Benítez A.⁷; Aspres N.⁸HOSPITAL MATERNO INFANTIL R.SARDA^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<monicabrundi@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El seguimiento de prematuros de muy bajo peso al nacer en la infancia y la adolescencia es importante para detectar problemas de crecimiento y desarrollo a largo plazo. Los niños con peso de nacimiento < 1.000g presentan crecimiento más apartados del patrón normal mientras que los niños con retardo de crecimiento intrauterino (BPEG) tienen mayor riesgo de estar por debajo de percentiles normales durante la infancia y adolescencia. Los niños con una ganancia de peso insuficiente en los primeros años de la vida presentan un peor desarrollo cognitivo, los que, por el contrario, ganan peso excesivamente, tienen riesgo de presentar síndrome metabólico en la adultez.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Evaluar peso, talla e IMC de adolescentes MBPN y relacionarlo con sus mediciones hasta los 3 años de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo

Adolescentes de 13 a 18 años. PN ≤ 1500g nacidos en 1993-98. Se excluyeron niños con malformaciones congénitas secuelas neurológicas severas e infecciones intrauterinas.

RESULTADOS:

n: 70 adolescentes 47 mujeres y 23 varones. La EG fue 30±3 sem, PN 1159±222g. BPEG 24%, mujeres 67%. La población se dividió: grupo 1 25-28sem, grupo 2 29-31sem, grupo 3 ≥32sem.

El grupo 2 presento mejor crecimiento en peso y talla a los 3 años, a la edad promedio de 16 años continua con mejor crecimiento en peso, en cambio en talla los tres grupos se comportaron en forma similar con diferencia -0.20 de Z score. BPEG realizaron catch up en peso y talla a los 2 años pero a los 3 años no logran alcanzar a los niños con peso adecuado. Los niños PAEG lo realizan antes del año.

Comparando peso y talla a la edad X de 16 años con el percentil 50 de la OMS, en peso la diferencia en mujeres fue 1.6 Kg y varones 2.10. En talla la diferencia fue 4 cm. en mujeres y 5 cm. en varones.

El IMC fue normal en 65,7%, el 13% sobrepeso y 21,4% bajo peso*2 mujeres >30

	IMC Normal	IMC Bajo	IMC Sobrepeso/obesidad
Nº de niños (%)	46 (65,7)	15 (21,4)	9 (13)
IMC X	21,01	17,1	29,09
Mujeres media (n)	21,08 (27)	17,2(10)	29,39 (6)*
Varones media (n)	21,03 (15)	17,4 (3)	28,70 (3)

CONCLUSIONES:

Los niños de EG más pequeñas y con BP presentan peor recuperación de peso y talla a los 3 años, con crecimiento similar a la edad X de 16 años. El seguimiento de estos niños durante la infancia y la adolescencia es importante para detectar problemas de bajo peso y/o sobrepeso que pueden asociarse a trastornos cognitivos y síndrome metabólico en la adultez.



LUPUS ERITEMATOSO NEONATAL (LEN)

Scarel V.¹; Gambaro P.²; Siccardi M.³; Marabini N.⁴

HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA^{1,2,3,4}

<vnoemiscarel@gmail.com>

RPD
192

INTRODUCCIÓN:

El Lupus eritematoso Neonatal fue descrito por primera vez en 1954, en forma de alteración cutánea en un neonato cuya madre desarrollo LE Sistémico. Se han comunicado varios casos que han ido configurando el perfil actual de la enfermedad, que continúa siendo poco común. La incidencia estimada es de 1 por cada 20.000 recién nacidos vivos. Las manifestaciones clínicas son variadas, destacando la afectación cutánea y cardíaca. El cuadro clínico se cree que es producido por el paso transplacentario de anticuerpos de la madre al feto, siendo los Acs Anti Ro los habitualmente implicados. Debido, a las posibles secuelas, en los niños diagnosticados y a las probables conectivopatías que las madres pueden desarrollar, se considera de gran importancia el diagnóstico correcto y el seguimiento de los pacientes y sus madres.

OBJETIVO:

Presentación de un caso clínico poco frecuente.

MATERIAL Y MÉTODO:

Caso clínico descriptivo, retrospectivo. Neonato, sexo masculino, de 37 semanas, de peso adecuado, nace por parto vaginal. Antecedentes perinatales: ruptura prematura de membrana de 18 hs de evolución, vulvovaginitis en el tercer trimestre, serologías maternas y cultivo de S.B hemolítico grupo B negativos. Antecedente materno de Síndrome de Sjogren. Ingres a UCIN con 7 días de vida por oftalmía neonatal por *E. Coli* aislada en secreción ocular y nasofaríngea y deshidratación hipernatrémica cumpliendo tratamiento antibiótico con Cefotaxima y Gentamicina por 7 días. Reingresa a los 30 días de vida por tumoración

inguinal derecha. Al ingreso presenta lesiones maculares, anulares, algunas con centro violáceo en zonas fotoexpuestas. Se realiza exploración quirúrgica y se constata hernia inguinal y absceso escrotal realizándose hernioplastia y drenaje, cumple tratamiento antibiótico con Cefazolina y Gentamicina por 7 días. Se realiza interconsulta a Dermatología por el eritema polimorfo. Tras descartar diversos diagnósticos diferenciales se reciben anticuerpos Anti-Ro, Anti-La y FAN positivos confirmándose el diagnóstico de LEN. Permaneciendo los mismos elevados a los tres meses de vida. Control cardiológico normal.

CONCLUSIÓN:

El LEN es una entidad poco frecuente y que puede presentarse de diversas formas clínicas, por lo que es de vital importancia su sospecha para realizar diagnóstico temprano y permitir así un correcto seguimiento y tratamiento.

USO DE CORTICOIDES PARA PREVENIR LA DIFICULTAD RESPIRATORIA EN RECIÉN NACIDOS, DE TÉRMINO, POR CESÁREAS ELECTIVAS

Barraza Flores C.¹; Reinoso E.²; García E.³; Cueto F.⁴

HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA^{1,2,3,4}

<caritobar82@yahoo.com.ar>

POB
194

INTRODUCCIÓN:

En Argentina la tasa de cesárea es 35%, en centros privados del 70-80%. La cesárea en ausencia trabajo de parto aumenta la incidencia de patología respiratoria. En comparación con parto vaginal, los RN por cesárea tienen 2,3 a 6,8 veces mayor riesgo de morbilidades respiratorias, incluida taquipnea transitoria, deficiencia de surfactante e hipertensión pulmonar. El riesgo de admisión en UCIN se duplica. Las cesáreas electivas entre las 37 y 38 semanas tienen mayor riesgo de complicaciones que a las 39 semanas. El *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* recomienda administración de rutina de glucocorticoides prenatales para todas las cesáreas electivas antes de las 39 semanas. En nuestra institución, en el 2.013, nacieron 673 niños por cesárea. De estos, 30 (3.21%), se internaron por patología respiratoria.

OBJETIVO:

Evaluar relación entre administración de corticoides antenatales en pacientes con cesárea electiva e internación en neonatología por dificultad respiratoria en el Hospital Italiano de Mendoza entre enero 2011 a junio 2014.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio analítico retrospectivo. Se recolectaron datos en forma continúa en Excel de todas aquellas cesáreas que cumplían con los criterios de inclusión: Embarazo \geq de 37 semanas, madre sin enfermedades previas o durante el embarazo y ausencia de antecedentes patológicos fetales.

Se consideró que una paciente había recibido corticoide antenatal si se administró Betametasona (2 dosis de 12 mg intramuscular cada 24 horas entre ambas) 1 a 2 semanas antes del nacimiento. Se compararon las variables en tabla de contingencia con el Test Exacto de Fisher.

RESULTADOS:

En el periodo se realizaron 647 cesáreas electivas, 161 (25%) recibieron corticoides. De éstas, 7 RN (4,34%) fueron internados por dificultad respiratoria. De las 486 pacientes que no recibieron corticoides, 22 RN (4,53%) presentaron tal complicación [OR= 0.9587 (IC 95% 0.4016 a 2.288); p= 1,0000]. Un análisis estratificado por edad gestacional no mostró diferencias significativas.

CONCLUSIONES:

Nuestro estudio no encontró diferencias estadísticamente significativas, sin embargo el tipo de estudio y el tamaño de la muestra limitaron la posibilidad de encontrar tal diferencia.



COAGULOPATÍA DE INUSUAL PRESENTACIÓN EN UN NEONATO

Piatti A.¹; Bacciedoni V.²

HOSPITAL ESPAÑOL^{1,2}

<bettinapiatti@hotmail.com>

RPD
195

OBJETIVO:

Alertar al neonatólogo de la posibilidad de sospechar déficit específicos de factores, a partir de presentaciones frecuentes en recién nacidos, pero con características particulares.

MATERIAL Y METODO:

Caso Clínico – Descriptivo.

INTRODUCCIÓN:

Se presenta el caso de un recién nacido con cefalohematoma de importante volumen y dismorfia facial.

DESCRIPCION DEL CASO:

Paciente RNT/PAEG, sexo masculino que ingresa a Neonatología a las seis horas de vida por presentar episodios de cianosis y vómitos. Antecedente de parto dificultoso.

Al examen físico se constata cefalohematoma bilateral y dismorfias faciales: hendidura palpebral hacia abajo, orejas de implantación baja, cuello corto, criptorquidea bilateral. Sistema cardiovascular: estenosis válvula pulmonar moderada y Aorta bicúspide. Ecografía cerebral: hemorragia intracraneal, FO: hemorragias retinianas, bilaterales.

Al 5º día de internación se constata un aumento marcado del cefalohematoma de 7 cm x 6 cm por lo que se realiza interconsulta con Hematología, presentando plaquetas normales y coagulograma normal.

Por los antecedentes clínicos se sospecha déficit de Factor XIII, se solicita prueba específica obteniéndose resultado positivo.

Recibe transfusión de crioprecipitados, mostrando reabsorción completa del cefalohematoma.

Actualmente el paciente recibe tratamiento específico con F XIII derivado plasmático, cada 28 días.

Además se realiza el diagnóstico clínico de síndrome de Noonan.

CONCLUSION.

La deficiencia de F XIII aunque rara debe ser sospechada en pacientes con sangrado que tienen estudios de coagulación normales.

La historia de consanguinidad, antecedentes familiares de manifestación hemorrágica, tiempo de inicio del sangrado y características del sangrado son herramientas que pueden orientar al pediatra hacia esta patología. La deficiencia de Factor XIII forma parte del grupo de los trastornos raros de la hemostasia.

El Síndrome de Noonan es una patología de herencia autosómica dominante que se asocia a una mayor tendencia al sangrado que se observa en aproximadamente 55 % de los pacientes. Pueden encontrarse alteraciones de la coagulación, en general deficiencias de los Factores VIII, XI y XII y alteraciones plaquetarias tanto en número como en función.

No hay reportes en la bibliografía consultada entre la asociación de Síndrome de Noonan y déficit de Factor XIII.

CONSTANCIA DE SALUD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE REALIZAN ACTIVIDAD FÍSICA Y/O DEPORTIVA EN MENDOZA, ARGENTINA

Ruggeri R.¹; Razquin F.²; Valverde E.³; Molina B.⁴; Frate B.⁵; Ducó V.⁶; Vidoni C.⁷; Arce L.⁸; Aello G.⁹; Brennan V.¹⁰; Pierini F.¹¹

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

<antoruggeri@hotmail.com>

POB
196

INTRODUCCIÓN

La implementación de una historia clínica diseñada como herramienta ante una solicitud de constancia aptitud física, es útil para conocer el estado de salud del niño y detectar afecciones que la contraindiquen parcial o totalmente.

OBJETIVO

Realizar diagnóstico de situación clínico y nutricional de la población pediátrica que realiza actividad física o deportiva provenientes de instituciones deportivas de la provincia de Mendoza.

POBLACIÓN

Niños de 8 a 13 años que practican actividad física o deportiva en forma regular en instituciones deportivas de la provincia de Mendoza.

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal. Bajo consentimiento informado por padre/tutor se realizó cuestionario indirecto con preguntas cerradas sobre antecedentes personales y heredofamiliares y planilla nutricional.

Se aplicó un modelo de historia clínica y examen físico basado en la actualización del "Consenso sobre constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividad física y/o deportiva". Se realizó electrocardiograma y evaluación nutricional (Curvas OMS) a todos los individuos de la muestra.

RESULTADOS

N=90. Edad: Media de 10,1 años (DE +/- 1.23 años), mediana de 10 años. Sexo: 85,10% masculino, 14,89% femenino. 58,8% de los individuos precisó algún tipo de intervención, por detectarse patología. 20% presentaron valores de tensión arterial en estadio de pre-hipertensión; 3,3% de hipertensión arterial. Con respecto a la evaluación electrocardiográfica, 5% presentó alteraciones, siendo el trastorno más frecuente bloqueo incompleto de rama derecha. Estado nutricional: 54% eutróficos, 22% sobrepeso, 20% obesidad, 3% bajo peso y 1% riesgo de bajo peso. 41,1% de la muestra no presentó patología.

Análisis de correlación: Área grasa (AG) e índice de masa corporal (IMC) asociación positiva, $r = 0,7$ ($p < 0,0001$). Área muscular (AM) e IMC asociación positiva, $r = 0,61$ ($p < 0,0001$). Índice cintura talla (ICT) e IMC asociación positiva, $r = 1$ ($p < 0,0001$). Circunferencia de cintura (CC) e IMC asociación positiva $r = 0,75$ ($p < 0,0001$).

CONCLUSIONES

Los niños que realizan deporte o actividad física en forma reglada que solicitan constancia de aptitud física, presentan patologías plausibles de ser detectadas mediante una historia clínica y examen físico detallados, realizado por personal idóneo.

La combinación de AG y AM con el IMC son instrumentos necesarios para una evaluación nutricional adecuada.



ENCUESTA SOBRE FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE ALIMENTOS - PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR MENDOZA 2013-2014

RPD
197

Houdek A.¹; Lisanti N.²; Martínez M.³

PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR^{1,2,3}

<ana_houdek@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los hábitos alimentarios tienen una relación directa con la morbimortalidad de la población, teniendo en cuenta la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad infanto-juvenil.

Es fundamental conocer los alimentos que consumen los niños, para determinar si poseen hábitos alimentarios saludables.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar frecuencia semanal de consumo de alimentos en escolares de 6 to grado bajo el Programa de Salud Escolar de la provincia de Mendoza.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

Asociar estos resultados, a sedentarismo, actividad física y estado nutricional.

Tipo de estudio: observacional, descriptivo, tipo encuesta transversal.

Métodos: uso de una encuesta de evaluación en terreno.

POBLACIÓN:

Fueron evaluados 173 escolares de 6^o grado de ambos sexos, de 11 a 14 años, de escuelas primarias estatales de Mendoza, de zonas rurales, urbanas y urbano-marginales, durante los años 2013 y 2014.

Variables estudiadas: grupos de alimentos, desayuno, actividad física, horas de actividades sedentarias (televisión, computadora), evaluación nutricional y autoimagen.

RESULTADOS:

Año 2013: El 25,7% no consume nunca leche, el 24,2% consume todos los días; 52,9% no desayuna nunca, 15,7% consume fiambres diariamente; 18,6% no consume frutas ningún día y 24,7% las consume todos los días; el 12,8% no consume nunca vegetales de ninguna clase, el 29% las consume

entre 1-2 veces/ semana. El 60% consume golosinas diariamente y un 14,2% lo hace entre 5 a 6 veces/semana; 14,2% consume comidas rápidas entre 5-7 veces/semana; 24,3% de los niños consume gaseosas entre 5-7 veces/semana; 18,6% realiza actividad física extraescolar 3 veces/semana y 22,9% no realiza ninguna. El 38,7% dedica más de 3 horas diarias a actividades sedentarias.

Año 2014: El 46,6% consume leche todos los días y 9,7% nunca; 19,4% consume yogur todos los días y 21,4% no lo consume nunca; 48,5% no desayuna nunca; 10,7% consume fiambres todos los días; 73% no consume pescado nunca; 45,6% consume frutas todos los días; 3,6% no consume vegetales de ninguna clase, nunca; 37,9% las consume entre 1-2 veces/semana. Un 18,4% consume manteca todos los días; 61,2% consume frituras todos los días; 36,9% consume golosinas y 65% consume galletas dulces entre 5 y 7 veces/semana. 19,4% consume gaseosas con las comidas entre 5 y 7 veces/semana; 6,8% consume snacks entre 5-7 veces/semana. Un 22,3% no realiza actividad física extraescolar nunca, un 17,5% la realiza todos los días; 41,7% dedica más de 3 horas diarias a actividades sedentarias.

CONCLUSIONES:

En líneas generales, se observó escasa actividad física extraescolar y conductas alimentarias no adecuadas (alto consumo de golosinas y galletas dulces, bajo consumo de lácteos y vegetales, alto porcentaje de alumnos que no desayunan).

Una alimentación correcta es muy importante en la prevención y tratamiento de diversas enfermedades, en la mejora del rendimiento físico e intelectual, bienestar, calidad de vida y control de peso.

ESTRATEGIAS PEDIÁTRICAS PARA DISMINUIR EL IMPACTO EN MORBIMORTALIDAD POR ANOMALÍAS CONGÉNITAS (AC)

RPD
198

Barreiro C.¹; Masllorens F.²; Teiber M.³; Bidondo M.⁴; Santoianni E.⁵; Luna A.⁶; Kaminker C.⁷

HOSPITAL GARRAHAN (JUBILADA)¹; HOSPITAL POSADAS^{2,3}; CENAGEM⁴; HOSPITAL GARRAHAN^{5,6};

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE⁷

<czbarreiro@gmail.com>

INTRODUCCION:

En la Argentina, del número de nacidos vivos de 738.318, al menos 22.150 tendrán AC y 2057 de ellos fallecerán antes del año de vida. Las AC representan la segunda causa de muerte en menores de un año y hasta 5 años de edad. Responden en un amplio porcentaje a causas genéticas. El pediatra, contando con la formación adecuada, puede ofrecer atención a estos niños con AC a través de su detección, diagnóstico de complicaciones y discapacidades, indicación de tratamiento y derivación oportuna en caso de ser necesario. Pero sobre todo, puede intervenir llevando a cabo medidas de prevención. La prevención es sin duda, la medida de mayor importancia para disminuir el impacto de las AC en la morbimortalidad infantil.

OBJETIVOS.

Disminuir el impacto de la morbimortalidad infantil determinada por AC. Promover en el pediatra vinculado a las filiales de la Sociedad Argentina de Pediatría la adquisición y desarrollo de competencias en conceptos básicos de conocimiento acerca de los principales mecanismos de producción de las AC. Proporcionar asesoramiento familiar a pacientes con AC. Promover la difusión de las competencias adquiridas a los integrantes del equipo de salud., determinando así un efecto multiplicador de los objetivos del proyecto.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizan jornadas de capacitación para profesionales, con clases teóricas y presentación de casos clínicos, donde aprenden a reconocer factores de riesgo y dismorfias.

CONCLUSIONES:

La educación como herramienta genera los primeros pasos para el cambio socio-sanitario en las provincias involucradas.



CRISIS CELIACA: UNA EMERGENCIA PEDIÁTRICA

Fresco Zens P.¹; Gomez Villalba C.²; Kambourian C.³; Guedes V.⁴

MALVINAS ARGENTINAS^{1,2,3,4}

<paofrescozens@gmail.com>

POB
199

INTRODUCCION:

La crisis celiaca es una emergencia médica y potencialmente fatal de la enfermedad celiaca. Actualmente infrecuente, ha sido descrita principalmente en menores de 2 años pero también en niños de mayor edad. La transgresión masiva del régimen sin gluten es una condición indispensable para la precipitación de la crisis.

OBJETIVO:

Presentar un caso clínico ocurrido en nuestro hospital en el año 2013

CASO CLINICO:

Paciente de 5 años de edad ingresa a nuestra guardia por presentar edema bupalpebral y de miembros inferiores, dolor abdominal y aumento en frecuencia de sus deposiciones de dos semanas de evolución. Al examen físico se observa niña hemodinámicamente compensada, pelo ralo y escasa cantidad, piezas dentarias en mal estado, piel seca y opaca, faneras quebradizas, abdomen distendido, doloroso a la palpación, peso de 12,800kg (Pc3) y talla 1mt (Pc3), signos sugestivos de cronicidad. Exámenes complementarios: hipokalemia severa, leucocitosis, alteración en los tiempos de coagulación, hipoalbuminemia, hipoproteinemia, hepatograma alterado, función renal y cardiaca normal. Se plantean entre otros diagnósticos síndrome de mal absorción por enfermedad celiaca, se realizan coproparasitologico y coprocultivo negativos, serologías para virus hepatotropos negativas, tac de abdomen donde se observa engrosamiento de la mucosa intestinal, Iga antitransglutaminasa positivo (mayor a 200 U/ml), se realiza biopsia intestinal confirmando así el diagnostico de sospecha.

CONCLUSION

Sospechar y reconocer tempranamente las patologías relacionadas con síndrome malabsortivo son fundamentales para la evolución de estos paciente. La crisis celiaca es una entidad infrecuente y los mecanismos fisiopatológicos son aun desconocidos. Los estudios complementarios realizados resultaron imprescindibles para comenzar tempranamente con el tratamiento logrando mejorar la calidad de vida de esta niña.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO FEBRIL VS NO FEBRIL EN MENORES DE UN AÑO Y SU RELACIÓN CON INCIDENCIA DE UROPATÍA.

Spizzirri A.¹; De Rose E.²; Cobeñas C.³; Ruscaso J.⁴; Suarez A.⁵; Bresso P.⁶; Lombardi L.⁷; Amoreo O.⁸; Zalba J.⁹; Rahman R.¹⁰

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

<anaspizzirri@hotmail.com>

POB
200

INTRODUCCIÓN:

El actual algoritmo de estudio de infección urinaria (IU) de la SAP plantea la realización de ecografía renal y de vías urinarias (ERV) y cistouretrografía miccional (UCGM) en menores de un año de vida que presentan un primer episodio de IU, independientemente de la sintomatología de presentación.

OBJETIVOS:

- 1) Determinar si la IU febril se asocia más frecuentemente al hallazgo de uropatía.
- 2) Establecer si la IU afebril está asociada a hallazgos normales o uropatías leves en los estudios por imágenes

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo de 209 pacientes asistidos en nuestra institución entre enero 2011 y diciembre 2014 que presentaron un primer episodio de IU antes del año de vida. Se evaluó la presentación clínica según si presentaron: fiebre ($\geq 38^\circ\text{C}$) o síntomas inespecíficos no febriles (mala ganancia ponderal, ictericia, síntomas digestivos, otros). Se realizó en todos ecografía renal y vesical (ERV) y cistouretrografía miccional (UCGM). Fueron excluidos: diagnóstico antenatal de hidronefrosis, investigaciones radiológicas incompletas, RN con diagnóstico de IU en el contexto de internación por otro motivo, MMC y síndromes genéticos asociados a malformación de la vía urinaria.

Se definió uropatía como:

1) anomalías ecográficas (asimetría de tamaño renal $\geq 1\text{cm}$, dilatación de pelvis renal con diámetro antero-posterior (DAP) $\geq 10\text{mm}$, dilatación pielocalical o de uréteres distales, engrosamiento de pared vesical, ureterocele, divertículo);

2) anomalías en UCGM (RVU grados I a V, VUP). Los pacientes con pelvis renales con DAP $\leq 15\text{ mm}$ en ausencia de RVU y RVU grados I a II fueron considerados como portadores de uropatía leve.

RESULTADOS:

No hubo diferencias de sexo (56 % mujeres). La edad promedio al diagnóstico fue 4,5 meses. Se diagnosticó uropatía en 33% de los casos (69/209). El 70,3% de las IU fueron febriles (147/209). El 79 % de las uropatías se diagnosticó a partir de IU febril. Se detectaron uropatías en el 37,4 % de las IU febriles y en el 22,6 % de las IU afebriles. Los estudios de imágenes en pacientes febriles y afebriles fueron normales o sólo revelaron uropatías leves en 111/147 vs 56/62 pacientes, respectivamente (p:0,014)

CONCLUSIONES:

Encontramos diferencia significativa que relaciona la mayor probabilidad de presentar uropatías en el contexto de IU febril. Las presentaciones afebriles estuvieron significativamente asociadas al hallazgo de estudios normales o sólo uropatías leves. Un número mayor de pacientes es necesario para afirmar si el algoritmo de estudios para formas afebriles debería ser modificado, aunque nuestros resultados parecen ir en ese sentido.



ANEMIA DE FANCONI : A PROPÓSITO DE UN CASO

Piatti A.¹; Bacciedoni V.²

HOSPITAL ESPAÑOL^{1,2}

<bettinapiatti@hotmail.com>

RPD
201

INTRODUCCIÓN:

La Anemia de Fanconi es una enfermedad genética autosómica recesiva o ligada al cromosoma X, que cursa con pancitopenia, malformaciones congénitas y predisposición a desarrollar cáncer.

MATERIAL Y METODOS :

Caso clínico –Descriptivo.

OBJETIVOS:

Describir las características clínicas, que permiten al médico de primer contacto sospechar Anemia de Fanconi.

DESCRIPCION DEL CASO:

Paciente de 2 años 11 meses de edad, sexo masculino, con antecedentes de bronquitis obstructiva recurrente desde los 6 meses de vida, hipoplasia radial bilateral (corregida quirúrgicamente al año de vida), retraso del crecimiento, retardo madurativo, máculas hipopigmentadas en tronco que ingresa a Unidad de cuidados críticos por presenta dificultad respiratoria severa. Se realiza laboratorio en donde se constata pancitopenia y resultados de cultivos negativos.

A los 11 meses repite el episodio con bronquitis y pancitopenia, se realiza interconsulta con Servicio de Hematología donde se decide realizar biopsia de MO y aspirado de MO: con hipocelularidad, citometría de flujo de sangre periférica: negativo y estudio de fragilidad cromosómica: positivo. Se llega al diagnóstico de Anemia constitucional de Fanconi.

Actualmente recibe tratamiento con oximetolona a 2mg/kg/día, con disminución de requerimiento transfusional.

CONCLUSION:

A partir del siguiente caso clínico, surge la necesidad de alertar a los médicos pediatras a fin de que sospechen esta entidad en todo paciente con alteración del eje radial, diagnóstico de asociación VACTERL, pancitopenia, máculas hiperpigmentadas en piel, ya que en algunos casos, alguno de estos signos ha sido la primera manifestación de la Anemia de Fanconi.

ETIOLOGIA, CLINICA Y EPIDEMIOLOGIA DE LAS DIARREAS AGUDAS EN NUESTRO MEDIO

Novello M.¹; Schmidt J.²; Sioli N.³; Mayo R.⁴; Fessia C.⁵

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

<popinovello@hotmail.com>

POB
202

INTRODUCCIÓN:

Las causas de gastroenteritis son muy diversas y varían según edad y época del año generando diferentes complicaciones, siendo algunas causa de internación.

OBJETIVOS:

1. Demostrar la etiología de las diarreas agudas en los pacientes internados en el servicio de pediatría del Hospital J. B. Iturraspe
2. Establecer la etiología de las diarreas agudas según edad y época del año.
3. Relacionar la etiología de las diarreas agudas con sus complicaciones.

POBLACIÓN:

Pacientes de 1 mes a 14 años y 11 meses, internados en el servicio de pediatría del Hospital J.B Iturraspe en el periodo comprendido de 01/03/2014 al 28/02/2015.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, retrospectivo del análisis de 207 historias clínicas, y de resultados obtenidos de parasitológicos directos y coprocultivos realizados en el servicio de microbiología del Hospital J. B. Iturraspe.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

En la mayoría de los casos fue posible demostrar la causa de diarrea, siendo la principal etiología las virales, y dentro de estas los rotavirus. En los menores de 4 años la principal causa fue rotavirus, y en mayores de 4 años *E.Hystolitica*. Las causas virales presentaron una mayor incidencia en los meses de invierno y primavera, coincidiendo estos hallazgos con

el resto de Latinoamérica. Por otra parte las parasitarias predominaron en los meses de otoño y verano. En cuanto a las complicaciones, estas estuvieron presentes en más de la mitad de los casos, siendo la principal etiología de deshidratación, rotavirus, y de disentería *E.Hystolitica*. Hay que tener en cuenta que estos dos microorganismos son la principal causa de las diarreas en nuestro medio. Las transgresiones alimentarias como las intoxicaciones folclóricas no representaron una causa significativa, sin embargo hay que tener en cuenta que la mayoría de los familiares de los pacientes no admiten haber suministrado dichas sustancias a los menores. La implementación del programa de vacunación contra Rotavirus aplicada a partir del 2015 en el calendario oficial de vacunación sería beneficioso para prevención de internaciones y complicaciones disminuyendo el gasto asociada a las mismas.

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE TORAX EN NIÑOS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

**POB
203***Lara Diaz L.¹; Arroyo E.²; Caballero R.³; Somma M.⁴*SANATORIO ITOIZ^{1,2,3,4}

<lauravilara@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades respiratorias están entre los 10 principales diagnósticos de las consultas en el departamento de emergencias en la población de menores de 15 años en nuestra Institución. Dentro de estas enfermedades se destacan las crisis broncoobstructivas (CBO), bronquiolitis, el crup y el asma. Este estudio se realiza para conocer el grado de utilización de la radiografía de tórax (Rx Tx) en niños que acuden al departamento de emergencias (DE) con estas enfermedades en su etapa aguda y que son leves, y afianzar las recomendaciones acerca del uso racional de radioimágenes en pediatría y el consecuente compromiso de la seguridad del paciente.

MÉTODOS:

Se realizó un estudio epidemiológico observacional, retrospectivo, transversal durante cuatro meses no consecutivos del año 2013, en pacientes que consultaron al DE de una Institución Privada con los diagnósticos precitados y a los cuales se les solicitó una Rx Tx. Se excluyeron pacientes con más de un diagnóstico y/o con requerimiento de internación u observación por más de 2 horas en urgencias. La recolección de datos se realizó a partir de historias clínicas electrónicas. Las variables se recogieron en tablas de Excel y se analizaron y procesaron mediante el programa SPSS para Windows.

RESULTADOS:

Sobre el total de la población constatada en este estudio (n: 1568), se tomaron 280 Rx Tx (17,8% IC 16,46-19,83) predominando en pacientes con

diagnóstico de CBO (66%). El 34 % restante se distribuyó de la siguiente manera: Bronquiolitis: 15.7 %, crup: 10.3% y asma: 7.9%

Tabla Rx de Tórax realizada por patología

	FEBRERO Rx %	MAYO Rx %	AGOSTO Rx %	NOVIEMBRE Rx %	TOTAL %
BRONQUIOLITIS	1 3,5%	17 13,6%	22 26,5%	4 9,3%	44 15,7%
CBO	25 86,2%	85 68%	47 56,6%	28 65,1%	185 66,1%
ASMA	3 10,3%	6 4,8%	9 10,9%	4 9,3%	22 7,9%
CRUP	0 0%	17 13,6%	5 6%	7 16,3%	29 10,3%
TOTAL	29 100%	125 100%	83 100%	43 100%	280 100%

CONCLUSIÓN:

Los hallazgos de este estudio nos demuestran que la solicitud de Rx Tx en el DE en niños que cursan con enfermedades respiratorias leves es una práctica frecuente. Hay un interés creciente en optimizar las prácticas por imágenes en Pediatría, concientizando una indicación racional ya que la contaminación de los niños por radiaciones ionizantes contribuye al aumento gradual de cáncer en la niñez, con el consecuente aumento de la morbi-mortalidad infantil. Encontramos una limitante en este trabajo ya que no obtuvimos suficientes datos para demostrar que las Rx Tx tomadas en estas situaciones sean de utilidad para cambiar conductas diagnóstico-terapéuticas, sugiriendo realizar estudios posteriores.

LA JUEGOTECA EN SALA DE ESPERA: EXPERIENCIA EN PACIENTES PREMATUROS

**RPD
204***Allignani M.¹; Oyhanart J.²; Ruggiero C.³; Alvarez Gardiol A.⁴; Schapira I.⁵*HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ^{1,2,3,4,5}

<joroyhanart@hotmail.com>

La juegoteca es un espacio que permite tener una mirada integral de los niños, garantizar su derecho al juego, brindar seguridad y placer para los bebés y sus familias. Se entiende al juego como una actividad fundante, necesaria y propia de todo ser humano. El jugar es una actividad que se va construyendo con los referentes significativos. Las adquisiciones que va logrando van emergiendo a partir del jugar. El niño se constituye a través del juego, transita a lo largo de su vida por diferentes experiencias lúdicas: juegos de crianza y sostén, juegos exploratorios, juegos de presencia-ausencia, juegos simbólicos y juegos reglados. Todas estas acciones aportan a su crecimiento, su desarrollo y sus modos de establecer vínculos. Es por ello que es una actividad primordial en la infancia.

OBJETIVO GENERAL:

Propiciar un espacio de juego desde el área de la salud en pacientes nacidos pretérmino que estuvieron hospitalizados, favoreciendo su desarrollo. Objetivos específicos: Detectar características y situaciones que afecten a los niños y sus familias para intervenciones y derivaciones oportunas. Promover hábitos de higiene y alimentación saludable. Fomentar a través del juego la interacción de diferentes culturas facilitando la integración de los niños y sus familias.

POBLACIÓN:

Niños con peso de nacimiento \leq 1500g hasta los 6 años de edad incluidos en el programa. Se excluyeron a los niños con enfermedades respiratorias, gastrointestinales o infectocontagiosas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo Se dividió a la población por grupos según edad, los bebés ingresaron con sus mamás, los niños que deambulan y los exploradores lo hicieron solos o acompañados. Se realizaron talleres entre el año 2010 y 2014 que abordaron: Juegos con el cuerpo, experiencias sensoriales y los primeros encuentros con la comida.

RESULTADOS:

Se detectaron diferentes problemáticas como dificultades en la alimentación, trastornos vinculares, en el desarrollo y en lo social. A través del juego y el encuentro con las familias se incorporaron y mejoraron hábitos de higiene y alimenticios. Se incrementó el número de pacientes que asistieron a la juegoteca en un 40%.

CONCLUSIÓN:

Alentar y estimular la capacidad de jugar implica siempre una acción a favor de la salud de los niños. Propiciar el juego, favoreció la evolución del desarrollo de los pacientes. Esta propuesta posibilitó una modalidad de encuentro, que enriquece la relación entre el equipo de salud y los pacientes.

**COMPORTAMIENTO DEL PESO DURANTE EL PRIMER MES DE VIDA EN RECIÉN NACIDOS DE TÉRMINO SANOS ALIMENTADOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA****POB
205***Aspres N.¹; Garcia H.²; Benítez A.³; Spinelli S.⁴; Brundi M.⁵; Soto Conti C.⁶; Bernal L.⁷; Rossi V.⁸; Gomez Bouza G.⁹; Garcia S.¹⁰; Del Vecchio L.¹¹; Dinerstein A.¹²*MATERNIDAD SARDA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12}

<naspres@fibertel.com.ar>

INTRODUCCIÓN:**LA EVOLUCIÓN DEL PESO AL NACER (PN) ES DE ESPECIAL INTERÉS DURANTE EL 1ER. MES COMO INDICADOR DE BIENESTAR Y DE ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA. OBJETIVOS:**

- Describir la evolución del peso en recién nacidos de término sanos (RNTS) alimentados con lactancia materna exclusiva (LME) durante el 1er. mes de vida.
- Describir y comparar la evolución del peso en relación a las variables: edad y nacionalidad maternas, paridad, tipo de parto, experiencia previa en lactancia y PN, edad gestacional (EG), sexo, contacto precoz madre-hijo y momento de la primera puesta al pecho.
- Comparar el crecimiento del grupo en estudio con las curvas OMS.

POBLACIÓN:

RNTS nacidos durante Noviembre de 2012, con LME, controlados hasta el mes de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, de cohorte, prospectivo. Variable dependiente: peso. Se evaluó según: edad al máximo descenso, % de máximo descenso, edad de recuperación del PN, velocidad de crecimiento, % de ganancia al 1er. mes en relación al PN y al máximo descenso. Variables independientes: edad materna, nacionalidad, paridad, tipo de parto, experiencia previa en lactancia; PN, EG y sexo del RN; contacto precoz madre-hijo y tiempo de la 1ra. puesta al pecho.

RESULTADOS:

Comportamiento del peso durante el primer mes de vida.	(n: 291)
Máximo descenso de peso en %	X(DS) 6,41 (2,87)
Máximo descenso de peso en días	X(DS) 2,40 (1,39)
Recuperación de PN en días	X (DS) 9,55(5,04)
Ganancia desde PN en g	X(DS) 26,50(10,65)
Ganancia desde el < peso registrado en %	X(DS) 33,62(11,01)
Velocidad de crecimiento (g/K/d)	6,9

Se observaron diferencias significativas en algunas variables en relación a: parto vaginal, madre adolescente, < PN, EG ≤ 38 s, contacto precoz, puesta al pecho en la 1ra.hora y sexo masculino. Nacionalidad, paridad y experiencia previa en lactancia exitosa no mostraron diferencias significativas. La curva de peso de los varones se alejó de los Pc 50 y 97 de las curvas OMS entre la 1° y 3° semana, equiparándose a la 4ta semana. La curva de peso de las mujeres fue comparable en todo el período en los Pc 3 y 50, no así en el Pc 97, en el que se ubicó por debajo en todo el período. Conclusiones: Conocer la evolución del peso en RNTS con LME permite adecuar el proceso de atención a las necesidades del binomio y ofrecer cuidados más oportunos, seguros y de calidad.

ABSCESO ESPLÉNICO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE PROVENIENTE DE LA COMUNIDAD**RPD
206***Gomez M.¹; Noceti M.²; Firenze Aldeghi L.³; Gomez Elia C.⁴; Mascardi E N.⁵; Grichener J.⁶*HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1 2 3 4 5 6}

<lujan_6@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El absceso esplénico es una entidad de baja frecuencia en pediatría caracterizada por presentar un cuadro clínico inespecífico asociado a fiebre y dolor abdominal difuso de difícil diagnóstico. Se presenta generalmente en pacientes con antecedentes de inmunodeficiencias, bacteriemias e infecciones concurrentes, pudiéndose encontrar excepcionalmente en pacientes sin comorbilidades.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un paciente varón de 2 años de edad sin antecedentes patológicos previos que presenta síndrome febril prolongado y dolor abdominal. Se realiza laboratorio que muestra leucocitosis y anemia microcítica e hipocrómica, hemocultivos y urocultivo negativos. Se evidencia por ecografía y tomografía computada una masa heterogénea localizada entre el bazo y polo posterior de riñón izquierdo compatible con proceso linfoproliferativo versus infeccioso. Se toman muestras para serologías de *Bartonella henselae* y HIV (ambas negativas), y se decide realizar punción aspiración con aguja fina guiada por ecografía, confirmándose el diagnóstico de absceso esplénico por cultivo y PCR en material purulento con rescate de *Staphylococcus Aureus* resistente a oxacilina y sensible a Clindamicina. Cumplió tratamiento antibiótico endovenoso, presentando buena evolución clínica, química e imagenológica. No se hallaron otros focos profundos. El laboratorio inmunológico descartó linfopenia e hipogamaglobulinemia, los anticuerpos Antitoxoide Tetánico con títulos protectores, CH50 y test de dihidrorodamina pendientes. Se rotó antibiototerapia a vía oral y continua seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIÓN:

Destacamos la importancia de la sospecha clínica del absceso esplénico, ante todo paciente con cuadro febril no bien caracterizado y dolor abdominal difuso. Aunque en pediatría es una patología de baja frecuencia y en su mayoría se presenta en paciente con comorbilidades, debe pensarse también en niños previamente sanos, dado que generalmente las manifestaciones clínicas son inespecíficas, y que un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado mejoran notablemente la evolución y el pronóstico, pudiendo evitar en casos determinados la esplenectomía.



VALORACIÓN ECONÓMICA DE CASOS DE DIARREA AGUDA GRAVE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DURANTE EL PERIODO DE CIRCULACIÓN DE ROTAVIRUS EN EL NOROESTE DE ARGENTINA

POB
207

Giglio N.¹; Caruso M.²; Castellano V.³; Choque L.⁴; Sandoval S.⁵; Gentile A.⁶

HOSPITAL GUTIERREZ CIUDAD DE BUENOS AIRES^{1,3,6}; HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO QUINTANA. JUJUY^{2,4,5}

<norbergiglio@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La diarrea por rotavirus en niños pequeños es una enfermedad inmunoprevenible que genera gastos de bolsillo, pérdidas de ingreso laboral así como costos médicos. En Argentina se han valorado estos costos para diferentes patologías pero no se han desarrollado específicamente para diarreas

OBJETIVO:

Realizar una valoración de costos indirectos, gastos de bolsillo y costos médicos directos de casos de diarrea hospitalizada aguda grave en niños <5 años, en el Hospital de Niños Pedro Quintana de la provincia de Jujuy, durante el periodo de circulación de rotavirus en la Región Noroeste de Argentina.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo de corte transversal. Fueron incluidos todos los niños hospitalizados <5 años con diagnóstico de diarrea severa durante el periodo de circulación de rotavirus, entre el 1/05/2013 y 31/10/2013. Se realizó la valoración de gastos de bolsillo y costos indirectos mediante una encuesta a los responsables del niño y de costos médicos directos mediante revisión de historias clínicas.

Para el intervalo de confianza del 95% del costo promedio por paciente se realizó un análisis probabilístico de bootstrapping con 10.000 simulaciones.

RESULTADOS:

Fueron enrolados 105 casos. La edad promedio fue de 18 meses (DS:12). 62 (59%) fueron niños. El gasto promedio de bolsillo por evento de hospitalización fue AR\$ 134,92 (USD 22,82) y la pérdida de dinero promedio por lucro cesante de AR\$ 301 (223,28- 380,02) (USD 50,93). El costo médico por evento fue de AR\$ 3.413,6 (2.856,35- 3.970,93) (USD 577,59). El costo por evento se estimó en AR\$ 3.849,52 (3.298-4.402,25) (USD 651,35).

CONCLUSIONES:

La distribución de costos presenta una proporción importante costos médicos directos en relación a los gastos de bolsillo (4%) y costos indirectos (8,5%) por evento hospitalizado.

EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA INFLUENZA EN LA PREVENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, ESTUDIO DE CASO-CONTROL MULTICÉNTRICO. AÑO 2014

POB
208

Juarez M.¹; Hernandez S.²; Lucion M.³; Martinez A.⁴; Gentile A.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ¹; HOSPITAL NACIONAL "PROF. A. POSADAS"-BUENOS AIRES²;

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{3,4,5}

<mavijuarez@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones por virus Influenza (IF) constituyen un problema en Salud Pública con implicancias socioeconómicas. Dentro de las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) virales, IF es la única causa inmunoprevenible.

OBJETIVO:

Determinar la efectividad de la vacuna IF para disminuir el riesgo de hospitalización por esta enfermedad en niños entre 6 y 24 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de casos y controles pareados por edad (6-11 meses; 12-17 meses y 18-23 meses) realizado en 2 hospitales de alta complejidad.

Casos: niños entre 6-24 meses internados por IRAB por IF.

Controles: niños entre 6-24 meses internados por IRAB con rescate viral distinto a IF o negativo en igual periodo de tiempo.

Efectividad = (1-OR) x100.

RESULTADOS:

Se incluyeron 36 casos y 99 controles. La distribución de los casos por grupo etario fue: 55.5% (20/36) de 6-11 meses; 33.3% (12/36) de 12-17 meses y 11.1% (4/36) de 18-24 meses. El 100% de los casos fueron confirmados por PCR: 96% Influenza A y 4% Influenza B. Se incluyeron en el estudio 135 pacientes, con las siguientes características:

Variables	Casos (n= 36)	Controles (n= 92)
Edad (media;SD)	11,6 meses; 4,5	11,4 meses;4,5
Sexo (masculino)	52.8% (19/36)	61,2% (61/99)
Procedencia (GBA)	97.2%(35/36)	97.9% (97/99)
Tabaquismo pasivo	36.1% (13/36)	57.6% (57/99)
Máximo nivel educativo materno (prim.compl.)	36.1% (11/36)	39% (38/99)

Antecedente de vacunación antigripal

1ª dosis	27.8% (10/36)	43.4% (43/99)
2ª dosis	5.6% (2/36)	8.1% (8/99)
Cardiopatía congénita	6% (6/36)	15.1% (15/99)
Enfermedad respiratoria crónica (ERC)	50% (18/36)	58.6% (58/99)
Inmunodeficiencia	0% (0/36)	1% (1/99)
Enfermedad neurológica	8.3% (3/36)	7% (7/99)
Prematurez	11.1% (4/36)	14,1% (14 /99)

La mediana de tiempo entre el inicio de síntomas y la internación de los casos fue 3 días (0-10 días), la demora entre el inicio de síntomas y la toma de muestra fue de 1 día, el 100% recibieron tratamiento con oseltamivir. Ningún caso presentó secuelas ni falleció ningún niño durante el período. La efectividad de la vacunación antigripal para evitar la internación por IRAB por influenza resultó de 50% (IC95%=-14%-79%) p=0.100.

CONCLUSIONES:

En ambos grupos se halló alta proporción de esquemas incompletos de vacunación antigripal fundamentalmente en la 2ª dosis. En este estudio la efectividad de la vacuna antigripal no resultó estadísticamente significativa, probablemente debido a múltiples factores intervinientes.

**NEURORETINIS UNILATERAL SECUNDARIA A UNA INFECCIÓN POR *BARTONELLA HENSELAE***RPD
211*Meneses C.¹; Coronado V.²; Corso S.³; Bernardes L.⁴; Leivi M.⁵; Lauria J.⁶; Schindler Y.⁷; Alba L.⁸; Caccavo J.⁹; Urman G.¹⁰; Urman J.¹¹; Grosman A.¹²*UNIVERSIDAD MAIMONIDES. SERVICIO ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA. HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES^{1,2,3}; SERVICIO ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA. HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES^{4,5,6,7,8,9,10}; SERVICIO ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA. HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. UNIVERSIDAD MAIMONIDES^{11,12}
<drcarlosmg@hotmail.com>**INTRODUCCIÓN:**

Bartonella Henselae (BH) es el agente etiológico de la enfermedad por arañazo de gato (EAG). Esporádicamente puede causar neuroretinitis con disminución de la agudeza visual, y edema de papila con una estrella macular en el fondo de ojo.

OBJETIVOS:

Reportar un caso infrecuente de Neuroretinitis por BH en un niño inmunocompetente.

CASO CLÍNICO:

Niño de 9 años, con cuadro clínico de tres meses de evolución caracterizado por cefalea frontal y disminución de la agudeza visual en el ojo izquierdo. Refiere contacto con perros y gatos.

Fondo de ojo: edema de papila con exudado y estrella macular, agudeza visual ojo derecho 10/10 y ojo izquierdo 3/10. Exámenes complementarios: resonancia de cerebro y órbita normales, potenciales evocados visuales de ojo derecho normales, ojo izquierdo con latencia p100 prolongada y amplitudes disminuidas, no evoca respuestas corticales. Serologías: IgG positiva para BH.

Cumplió tratamiento con azitromicina por 4 semanas, con evolución clínica satisfactoria: fondo de ojo con retinitis en remisión y agudeza visual de ojo izquierdo 7/10.

DISCUSIÓN:

La EAG por BH suele manifestarse con adenopatías regionales de evolución subaguda, acompañadas de fiebre y compromiso del estado general. En un pequeño porcentaje de casos, presenta manifestaciones atípicas, que incluyen síndrome febril sin foco, granulomas hepato-esplénicos, neuroretinitis, convulsiones, osteomielitis, entre otras. Las manifestaciones clínicas aparecen unas 2 semanas después de la inoculación, siendo los principales agentes transmisores gatos y perros (rasguños, saliva, pulgas). Los síntomas incluyen disminución progresiva de la agudeza visual, generalmente unilateral. La neuroretinitis es la manifestación ocular más frecuente. Pueden verse en el fondo de ojo edema de papila y estrella macular.

El diagnóstico de la infección por BH debe basarse en la combinación de hallazgos clínicos, epidemiológicos y serológicos.

Con el objetivo de acelerar la recuperación visual, se indica tratamiento antibiótico por 4-6 semanas.

CONCLUSIÓN:

BH es la etiología más común de neuroretinitis (2/3 de los pacientes con neuroretinitis tienen serología positiva para BH). El edema de papila y la estrella macular son los hallazgos más importantes en el fondo de ojo, asimismo la disminución unilateral de la agudeza visual es la manifestación clínica más común. La mayoría de los casos resuelven con manejo antibiótico.

INFLUENCIA DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS EN LA EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA VACUNA NEUMOCÓCICA 13 VALENTE (VCN13) EN MENORES DE 5 AÑOS: ESTUDIO DE SERIES TEMPORALES 2001-2014.POB
212*Juarez M.¹; Lucion M.²; Giglio N.³; Romanin V.⁴; Martinez A.⁵; Bakir J.⁶; Gentile A.⁷*HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5,6,7}
<mavijuarez@gmail.com>**INTRODUCCIÓN:**

Streptococcus pneumoniae es el principal agente de las neumonías consolidantes de causa bacteriana, produciendo una alta morbi-mortalidad. En el año 2012 se introdujo la VCN13 al Calendario Nacional de Vacunación en Argentina a partir de los dos meses de edad con un esquema de dos dosis más un refuerzo.

OBJETIVOS:

Analizar la influencia de los virus respiratorios en la evaluación de la efectividad de la VCN13 en relación al número de hospitalizaciones por neumonías consolidantes confirmadas por radiología (NCCR).

MÉTODOS:

Estudio observacional analítico de series temporales. Se incluyeron todos los niños internados con diagnóstico de NCCR según criterios de OMS en el marco del Programa de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAB), marzo-noviembre 2001-2014. El diagnóstico viral (VSR), adenovirus (AV), influenza (IF) y para influenza (PIV) se realizó por inmunofluorescencia indirecta de aspirados nasofaríngeos o RT-PCR (IF). Se realizaron series temporales comparando los períodos prevacunación (PreVN) 2001-2011 y postvacunación (PostVN) 2013-2014, siendo el 2012 el año de la intervención.

RESULTADOS:

De un total de 11979 niños menores de 5 años con IRAB se incluyeron 5273 con diagnóstico de NCCR. El promedio anual de internación por NC en el preVN fue de 394,8 y en el PostVN 294.5 (reducción del 25.4%; IC95%: 18.7-31.5%; p < 0.001). El promedio anual de internación por NCCR no viral en el preVN fue 255.5 y en el PostVN 169 (reducción del 33.9%; IC95%: 25.9-40.9%; p < 0.001). El promedio anual de internación por NCCR viral en el preVN fue 139.2 y en el PostVN 117 (reducción del 15.9% 95%IC:3.6-26.7%; p= 0.011). En los <1 año la reducción del promedio anual de internación por NCCR total, no viral y viral fue de 34.2%; 40.5% y 31.6% respectivamente siendo significativas en los tres casos (p < 0.001).

CONCLUSIONES:

Se observó un descenso significativo del total de las de las internaciones por NCCR fundamentalmente a expensas de las de etiología no viral luego de la introducción de VCN13. Esta reducción fue mayor en los menores de 1 año. Es recomendable continuar con la vigilancia epidemiológica para evaluar el impacto de esta medida y el comportamiento de los virus respiratorios en relación a las NCCR.



EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE VACUNACIÓN PARA HEPATITIS A EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL DEL NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ (HNRG)

POB
213

Nolte M.¹; Lamy P.²; Castellano V.³; Scharogradsky L.⁴; Grobaporto M.⁵; Gonzalez M.⁶; Bazan V.⁷; Gentile A.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

<hnrgravacunas@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Programa de Bioseguridad del equipo de Salud en el HNRG, implementado desde el año 1999, incluye la vacunación para Hepatitis A.

Antes de la incorporación de la vacuna en el Calendario Nacional (2005), Argentina se comportaba como un país con prevalencia intermedia/alta, con predominio de la infección antes de los 10 años. A partir de allí se produjo un descenso drástico en la incidencia global de la enfermedad.

OBJETIVO:

Estimar la prevalencia de seropositividad para Hepatitis A en el Personal de Salud estudiado del HNRG en los últimos 15 años y describir las variaciones en el tiempo.

Determinar la cobertura de vacunación para Hepatitis A de los casos estudiados con serología negativa.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional de corte transversal retrospectivo. Se incluyó el Personal de Salud incorporado en el programa entre 29/05/1999 y 04/07/2014 al que se le realizó determinación serológica para Hepatitis A, por encontrarse no vacunados previamente o con desconocimiento de su estado serológico. Se estudió la prevalencia estratificada por años, edad, antigüedad y ocupación.

Para determinar la cobertura se incluyeron los casos entre 01/01/2010 y 04/07/2014.

Se utilizaron los programas EPI INFO 7.1.2.0 y modelo de regresión logística se SPSS 15.0.

RESULTADOS:

Se incorporaron 1.117 casos, 79,3% mujeres. La mediana de edad fue de 31,5 años (rango 21- 68). La Prevalencia global de seropositividad fue 53% (593/1.117)(IC95%: 50,1-56); 45,6% durante 1999-2002; 58,8% durante 2003-2005; 52,6% durante 2006-2008; 57,3% durante 2009-2011 y 56,2% en 2012-2014.

Los Factores de Riesgo de seropositividad HAV fueron:

a) La antigüedad en el Hospital >3 (OR=1,61 p=0,0008)

b) La edad ≥30 (OR=2,44 p=0,0000).

El predictor positivo según el análisis multivariado fue la edad como variable independiente, con un OR: 2,23 (p=0,00000).

La seropositividad por ocupación fue: médicos 44,6%, bioquímicos 48%, administrativos y maestras 51,5%, técnicos 65%, enfermeros 82,6 % y personal de limpieza 89%.

La cobertura de vacunación de los casos negativos (n= 106) fue 79,2% con la 1ra dosis y 28,3% con la 2da dosis.

CONCLUSIONES:

Aproximadamente la mitad del personal fue susceptible.

No se observaron modificaciones en la prevalencia a lo largo de los años estudiados.

La inmunidad se incrementa con la edad ≥30 años.

Las coberturas de vacunación descienden en la 2da dosis.

HIDROPS FETAL NO INMUNOLOGICO

RPD
214

Sanchez I.¹; Altamirano D.²; Fraccaro L.³; Rodriguez D.⁴; Ramos M.⁵; Carmona D.⁶

CLINICA SANTA MARÍA DELTA¹²³⁴⁵⁶

<ivanagabrielasanchez@hotmail.com>

INTRODUCCION

Varón pretérmino con diagnóstico ecográfico prenatal de ascitis y edema de cuero cabelludo. Hidrops fetal. Serología materna negativa.

OBJETIVO

Descripción de un caso de hidrops fetal de origen no inmunológico. Revisión del tema, abordaje diagnóstico y terapéutico actual.

CASO CLINICO

Paciente RNPT/APEG (33 semanas, 2090 gr) Apgar 7/8, nacido por cesárea. Se observa EMH, edema en cuero cabelludo y ascitis, que requiere drenaje por punción, obteniéndose líquido de características de trasudado. Anemia e hipoalbuminemia. Isogrupo isofactor materno. Test de Coombs directo negativo. Ecografía abdominal, screening neonatal y fondo de ojo normal. Ecocardiograma sin cardiopatía estructural. Ecografía cerebral con discreta dilatación del sistema ventricular. No se observa derrame pleural. Serología del RN positiva para Parvovirus B19, por lo que se realiza diagnóstico de Hidrops Fetal no inmunológico.

DISCUSION

Hidrops fetal es el aumento generalizado y patológico de líquido en las cavidades serosas con edema de tejidos blandos en el feto. Se clasifica en inmune y no inmune. Se puede arribar al diagnóstico prenatal a través de la ecografía. El parvovirus B19 es el agente infeccioso causal más frecuente, produciendo anemia fetal severa y miocarditis lo que provoca insuficiencia cardíaca. Tiene acción lítica sobre progenitores eritrocitarios.

Los individuos susceptibles poseen el antígeno P en sus eritrocitos, en las células progenitoras de eritrocitos, sinovocitos, tejido placentario, miocardio fetal y células endoteliales. Tiene múltiples formas de presentación y el diagnóstico se realiza con dosaje de Ig M en el RN, que aparece luego de 7 días y se mantiene 2 a 3 meses. No existe tratamiento específico.

CONCLUSION

La etiología infecciosa representa el 5% de los casos de Hidrops, siendo Parvovirus B19 el patógeno más frecuente. La infección fetal puede ser diagnosticada mediante técnica de PCR en líquido amniótico. En nuestro caso se realizaron ecografías semanales para valorar riesgo fetal. El manejo de estos pacientes siempre es un reto, ya que la mortalidad es alta, dependiendo básicamente de la causa del hidrops.



NIÑOS CON PATOLOGÍA DEL DESARROLLO. UNA ESTRATEGIA DE COLABORACIÓN EN SU ABORDAJE DESDE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DE PEDIATRÍA

RPD
215

Ayuso M.¹; Viola P.²; Sabbaj L.³; Ballarino D.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1,2,3,4}
<msayuso@intramed.net>

INTRODUCCIÓN

Como pediatras de Consultorios Externos del HNRG nos propusimos evaluar niños con sospecha diagnóstica de alguna alteración en el desarrollo (retraso global RGD o trastorno del espectro autista TEA) Colaboramos con el médico de cabecera en la búsqueda de estrategias diagnósticas y terapéuticas y orientamos a las familias para la obtención del certificado único de discapacidad (CUD) de ser necesario

OBJETIVOS

Describir una estrategia de trabajo. Observar algunas de las características de los pacientes derivados por RGD/TEA

POBLACIÓN

130 pacientes de 0 a 15 años atendidos entre 2014-2015

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y descriptivo. Se analizó la base de datos de niños con patología del desarrollo

RESULTADOS

Una vez por semana evaluamos pacientes con sospecha de RGD/TEA. Revisamos la historia clínica y estudios previos, completamos la anamnesis dirigida y realizamos un examen físico completo para individualizar el algoritmo diagnóstico y terapéutico Contamos con el hospital de día para realizar una evaluación integral con otros especialistas Los datos fueron almacenados en una base de datos creada para tal fin

En los 130 pacientes evaluados encontramos: masculinos 69% femeninos 31% Procedentes de CABA 28% Gran BsAs 69% otras pcias: 1.5% Paraguay 1.5% edad de primera consulta en nuestro hospital 0 a 153 meses (media de 38,6m) edad actual 2 a 185m (media 60.47m) RGD: n: 101 (77.7%) TEA n: 29 (22.3%)

En los pacientes con RGD: diagnóstico etiológico n: 68 (67.3%): Causa genética n: 38 (37%) enfermedad metabólica n: 10 (10%), asociado a prematuridad n: 7 (6.9%) hipoxia neonatal n: 3 (2.97%) infección congénita n: 3 (2.97%) infección postnatal n: 5 (4.95%) hipoestímulo y alteración vincular severa n: 3 (2.97%). Alteraciones asociadas visuales n:21 (20.8%), auditiva n: 9 (8.9%) total 29.7% Tienen CUD n: 48 (47.5%)

En nuestros pacientes con TEA no encontramos asociación con alteraciones visuales o auditivas La etiología aun está en estudio ya que se priorizo el inicio de terapias y escolarización Tienen CUD n: 5 (17.4%) y 12 (41.37%) estaban escolarizados

CONCLUSIÓN

La evaluación de pacientes con alteraciones en el desarrollo es un desafío para el pediatra El trabajo interdisciplinario es la estrategia necesaria para optimizar el estudio etiológico y el abordaje terapéutico Creemos necesario diseñar redes de derivación para facilitar el acceso temprano y oportuno a las distintas terapias necesarias en cada caso

CONSULTAS AMBULATORIAS EN EL TRIENIO 2012/2013/2014 POR VARICELA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

RPD
216

Battista G.¹; Castro M.²; Mercado C.³; Genchi A.⁴; Spacarotel C.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA^{1,2,3,4,5}
<battista_60@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La varicela es una enfermedad infecciosa provocada por el virus Varicela Zoster de transmisión respiratoria y alta contagiosidad endemoepidémica en nuestro medio, por ausencia de la estrategia de vacunación universal.

Por muchos años se la consideró una enfermedad benigna, en la actualidad presenta una serie de complicaciones sobre todo en algunas etapas de la vida y en aquellos con enfermedad de base. Es la infección exantemática más frecuente en pediatría.

En general su curso es benigno pero puede tener mayor morbimortalidad en los niños inmunocomprometidos, recién nacidos y aquellos que reciben medicación esteroidea.

OBJETIVO:

Describir la frecuencia de las consultas por varicela en la atención ambulatoria en el Servicio de Clínica Médica en un hospital de alta complejidad.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio epidemiológico longitudinal retrospectivo y descriptivo de la consulta ambulatoria por varicela en niños de 0 a 15 años asistidos en el Hospital de Niños "Superior Sor María Ludovica" de La Plata durante los años 2012, 2013 y 2014. Se analizaron las consultas por varicela realizadas en forma ambulatoria en dicho período en el Servicio de Consultorio Externo de Clínica Médica.

RESULTADOS:

En el año 2012 se realizaron 53232 consultas ambulatorias, 398 (0,75%) fueron por varicela (internados 10/2,5 %); 2013: de un total de 44617, se observaron 946 (2,12%) casos, (internados 25/2,6 %); 2014: de 50832 consultas, 549 (1,08%) cuadros de varicela, (internados 8/1,45 %). Los dos grupos mas importantes son de 2 a 4 años (453) y de 5 a 10 años (301) donde se observa mayor numero de casos durante el año 2013. Ambos grupos muestran un ascenso desde el mes de julio con un máximo en el mes de noviembre, siendo el grupo mas afectado el de 2 a 4 años. El mismo comportamiento se observa en el 2014, (52 casos).

CONCLUSIÓN:

A más de dos décadas del uso de la vacuna en el mundo, recién este año se ha incluido en el calendario nacional. La varicela continúa siendo una causa importante de morbilidad en menores de 5 años. La Ley 14285/2011 estableció la vacunación universal en la Provincia de Buenos Aires a partir de Agosto de 2012, se ha discontinuado desde octubre de 2014, (en nuestro hospital febrero 2014).



MALFORMACION ADENOMATOSA QUISTICA

Cardozo M.¹; Forchino A.²; Pierini Y.³; Sioli N.⁴; Mayo R.⁵

HOSPITAL ITURRASPE^{1 2 3 4 5}

<majo_crazy19@hotmail.com>

RPD
217

INTRODUCCIÓN

La Malformación Adenomatosa Quística (MAQ) es una afección pulmonar poco frecuente que afecta el desarrollo alveolar, conformando quistes. Se presenta en 1/25.000-35.000 embarazos, constituye el 25% de las malformaciones congénitas pulmonares. Se puede manifestar como distrés respiratorio en los primeros días de vida o infecciones pulmonares recurrentes en niños mayores e inclusive ser asintomático. Se clasifican en función del lugar de origen de la malformación:

Tipo 0: origen traqueobronquial proximal, afecta todos los lóbulos pulmonares, incompatible con la vida.

Tipo 1: origen en bronquio y bronquiolos proximales, quiste simple multiloculado mayor de 2 centímetros; es el más frecuente.

Tipo 2: origen en bronquiolos respiratorios y terminales, múltiples quistes menores de 2 centímetros.

Tipo 3: origen en bronquiolo respiratorio, ductos y sacos alveolares, quistes sólidos menores de 5 milímetros. Mal pronóstico.

Tipo 4: origen acinar distal, quiste de gran tamaño. Diagnóstico prenatal por ecografía.

El tratamiento quirúrgico precoz es fundamental para evitar complicaciones.

OBJETIVO

En este trabajo se describirán dos casos clínicos que mostraran la importancia de sospechar MAQ más allá del periodo neonatal ante la presencia de neumonías recurrentes homofocales.

CASO N° 1:

Paciente eutrófica, 6 años RNT/PAEG serologías negativas, ecografías prenatales normales, comienza al año de vida con neumonía de base izquierda requiriendo internación, repitiendo mismo episodio a los 3 y 6 años de edad, siendo necesario su estudio por neumonías homofocales recurrentes. Se descarta TBC, Inmunodeficiencias, dato positivo IgE >2500, se realiza ecografía y diagnóstica MAQ IZQUIERDA.

CASO N° 2:

Paciente eutrófica de 6 años RCIU con ecografías prenatales normales, quien presenta su primera neumonía a los seis meses de vida, presentando múltiples episodios de neumonías obstructivas derechas. Se estudio de manera ambulatoria. Descartándose Inmunodeficiencias, TBC, FQ, patología cardiaca. Se realiza TAC y diagnóstica MAQ DERECHA. Ambas en plan quirúrgico actualmente.

CONCLUSIÓN

Este trabajo refleja la importancia de sospechar ante episodios de neumonías homofocales recurrentes las malformaciones adenomatosas quísticas ya que no siempre se presentan en el periodo neonatal inmediato, no pudiendo realizarse tratamiento precoz condicionando sobreinfecciones frecuentes que afectan la calidad de vida de estos niños y aumentando el riesgo de malignizar.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE INTERNACIÓN DE PEDIATRÍA COMO PARTE DE UN PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN

Algieri S.¹; Morosi A.²; Igarza I.³; Orsini B.⁴; Gasaro N.⁵; Aracena Lopez R.⁶; Perez M.⁷; Grupo de Trabajo de I.⁸

HOSPITAL NACIONAL PROF. A POSADAS^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<silviaalgieri@intramed.net>

RPD
218

INTRODUCCIÓN:

Nuestro Hospital es un centro asistencial público, polivalente, de III Nivel de Atención, cuenta con 94 camas de Internación Pediátrica. Se ubica en el segundo cordón del conurbano bonaerense y tiene un área de influencia de 4 723 427 habitantes

Dada la complejidad del trabajo en el Hospital, por las falencias en insumos, demoras, inseguridad, problemas edilicios, consideramos que escuchar la opinión de los niños y su familia, nos permitirá ver el problema desde la mirada del usuario.

OBJETIVO:

Evaluar nuestras prácticas, a través de la escucha de la población atendida como parte de un modelo de atención centrado en el paciente.

POBLACIÓN:

Cada uno de los pacientes y cuidadores de los niños internados en pediatría

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño descriptivo, observacional, transversal, prospectivo y cuantitativo. Se realizó una encuesta mediante entrevistas al momento del egreso hospitalario, previa firma de consentimiento. Contiene 28 preguntas cerradas y una abierta destinadas a conocer la opinión con respecto a confort e higiene, accesibilidad, consideración y respeto, información y comunicación y seguridad y 11 preguntas con características sociodemográficas de la población encuestada. Período: 6 al 23 de octubre de 2014.

RESULTADOS:

Se realizaron 100 encuestas Edad del niño: Mediana: 1,5 años Rango: 1 mes a 15 años Días de internación: Mediana: 8 días Rango: 1 a 39 días Parentesco del encuestado: 88% madre 11% de los niños no poseen DNI Residencia: 91% urbano 9% asentamiento Situación laboral: 8% en blanco 20% precarizado 72% desocupado 50 % escolaridad secundaria Accesibilidad: 60% esperó <6 hs para internarse, siempre respuesta rápida 87%, 57% concurrió escuela hospitalaria. Consideración y respeto: 70% muy buena Información y comunicación: siempre 87% Limpieza: 50%buena 25% regular 90% médicos y enfermeros se higienizan las manos Seguridad 40%nunca se respeta horario de visita Comida 45%buena 30%regular Impresión general 91%recibió cuidados necesarios 99%recomendaría el hospital

CONCLUSIONES:

La gran mayoría de los encuestados se fueron conformes con la atención, el trato recibido, la información y la accesibilidad a la consulta. Aunque no esté representado en la encuesta, consideramos que se deben mejorar las condiciones de confort para el niño y su cuidador. Pensamos que la encuesta es una herramienta válida y necesaria para evaluar algunas de nuestras prácticas.



DETERMINANTES MATERNOS DEL CRECIMIENTO PONDERAL Y LINEAL EN NIÑOS SANOS QUE ASISTEN AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

POB
219

Orden A.¹; Falivene M.²; Apezteguía M.³

INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES PEDIÁTRICAS (IDIP, MS/CIC)^{1,2}; FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS (UNLP)³

<aborden@conicet.gov.ar>

INTRODUCCIÓN:

Aunque el crecimiento ponderal y lineal en los primeros meses de vida puede ser afectado por factores que actúan durante el periodo fetal, pocos estudios han examinado los factores de exposición maternos durante el postparto, excepto los relacionados con el tipo de lactancia.

OBJETIVO:

Analizar la asociación entre antropometría materna, expresada en dimensiones antropométricas e indicadores de composición corporal y el crecimiento en peso y longitud durante los primeros seis meses de vida.

MÉTODOS:

Se realizó un estudio longitudinal prospectivo en 61 niños concurrentes al control de salud del niño sano del IDIP, Hospital Sor M. Ludovica de La Plata. Se registraron edad gestacional y tipo de parto, peso y longitud al nacer, y en el primero, tercero y sexto mes de vida. Con la primera evaluación del niño se registraron las siguientes variables maternas: peso pregestacional, ganancia de peso durante la gestación, peso al término de la gestación; peso, talla, IMC y porcentajes de masa grasa y libre de grasa. Además se relevaron variables socio-económicas mediante una encuesta estructurada. Los datos de crecimiento cumulativo (expresados en z-scores) y en velocidad se procesaron mediante análisis de varianza de medidas repetidas. El nivel de significación fue $p < 0.05$.

RESULTADOS:

El peso y longitud aumentaron significativamente en el periodo estudiado, con una velocidad significativamente mayor entre el nacimiento y el tercer mes ($p < 0.01$). No se detectaron asociaciones significativas entre los factores de exposición analizados y el crecimiento en distancia y velocidad de peso corporal. En contraste, la talla materna y la lactancia materna exclusiva LME durante los primeros seis meses de vida se asociaron significativamente con el crecimiento en longitud ($p = 0.050$ y $p = 0.033$, respectivamente). Si bien no se observó asociación con el estado nutricional materno, los hijos de madres con sobrepeso u obesidad tuvieron mayor tamaño corporal que los niños de madres de peso normal.

CONCLUSIÓN:

Los resultados obtenidos señalan la estatura materna como un determinante significativo del crecimiento lineal en la infancia temprana, sugiriendo que la historia de vida materna tiene impacto sobre la salud de su progenie. Los niños amamantados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida presentan un mayor crecimiento lineal que aquellos con otros patrones de lactancia.

CUANDO SOSPECHAR ENFERMEDAD ONCOHEMATOLÓGICA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA. SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES

POB
220

Fessia L.¹; Roig J.²; Pastore C.³; Mayo R.⁴; Sioli N.⁵; Vassia V.⁶; Bieti J.⁷

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

<carolinafessia@hotmail.com>

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

Las leucemias son los tumores malignos más frecuentes en la infancia y representan un tercio de los mismos. Las leucemias linfoblásticas agudas (LLA) supone el 75 % de todos los casos, mientras que las leucemias mieloblásticas agudas (LMA) corresponden al 20%. Las formas crónicas son poco frecuentes en pediatría. La incidencia anual global de esta patología es de 46 por millón de niños según datos del Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA).

OBJETIVO:

Reconocer signos y síntomas de alerta para sospechar enfermedad oncohematológica, analizar frecuencia de presentación de los mismos, y evaluar oportuna derivación al especialista.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó estudio descriptivo retrospectivo, con análisis de historias clínicas en el período comprendido de enero 2005 a diciembre 2014.

La población de estudio incluyó 119 niños entre 1 año y 14 años 11 meses y 29 días, en seguimiento oncohematológico en el servicio de pediatría del Hospital J. B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe.

Del total de la población 9% corresponde a linfomas, excluidos de nuestro trabajo. Un 28% no se pudieron recabar datos debido a la falta de disponibilidad de historias clínicas, por lo cual la población total estudiada incluye 74 pacientes.

RESULTADOS:

Los datos recabados reflejan que el 47% corresponde al sexo femenino el 53% al masculino. Del total de los pacientes 81% presentaron LLA y 19% LMA. Motivos más frecuentes de consulta:

- palidez+ decaimiento+hiporexia + fiebre: 34%
- dolor óseo: 15%
- adenopatía + fiebre: 11%
- epistaxis +gingivorragias: 4%
- fiebre + dolor abdominal + hiporexia: 14%
- fiebre + dolor abdominal + hiporexia + diarrea: 5%
- petequias +hematomas: 4%
- síndrome febril sin foco: 7%
- laboratorio: 4%
- hepatoesplenomegalia: 1%
- mareos+desvanecimiento: 1%

Tiempo promedio de comienzo de los síntomas y derivación al especialista fue de 20 días, siendo éste mayor cuanto más inespecíficos eran los síntomas.

CONCLUSIÓN:

Analizando los resultados podemos concluir que a pesar del amplio abanico de signos y síntomas con los que puede presentarse esta enfermedad, siendo baja su frecuencia, es de fundamental importancia que médicos pediatras tengan presente la misma, logrando una precoz derivación al especialista y un diagnóstico oportuno.



ABUSO SEXUAL INFANTIL: DOS DECADAS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL GENERAL DE CABA

Len F.¹; Bianco F.²; Teodori C.³; Grinszpan G.⁴; Varas M.⁵

HOSPITAL ALVAREZ CABA^{1,2,3,4,5}

<fla_121297@hotmail.com>

RPD
221

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

El abuso sexual infantil (ASI) impacta sobre la salud y el desarrollo de un niño/a porque implica una sexualización traumática y la mayoría de las veces la traición y el sometimiento de alguien de su confianza. En el año 2008 se constituyó en el Hospital Álvarez un grupo de trabajo interdisciplinario para el abordaje de la compleja problemática del ASI que imprime una nueva modalidad de trabajo.

OBJETIVOS:

Describir datos relevantes relacionados con víctimas, abusadores y circunstancias en que se cometieron abusos en los niños/as y adolescentes atendidos en el Servicio de Pediatría. Detallar el proceso de intervención interdisciplinario e intersectorial. POBLACIÓN: Pacientes asistidos con diagnóstico de ASI en el Servicio de Pediatría de un Hospital General desde 01/01/1994 al 31/12/2014.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño longitudinal, retrospectivo y exploratorio, descriptivo en base a registro de historias de casos de ASI en el período 01/01/1994 a 31/12/2014.

RESULTADOS:

El número total de pacientes asistidos con presunción de ASI en 20 años fue de 413, notando un incremento significativo a partir del año 2005.

Hubo predominio del sexo femenino (81,59%) con una mayor incidencia en el grupo etario entre 10 y 14 años (33,65%) para ambos sexos. En el 76,75 % la demanda de atención fue generada por algún familiar y en el 47,21% esa demanda surgía luego de las 72 hs. de producido el último episodio. El agresor era conocido de la víctima en un 87,5% y mayor de edad en 68,28%. En un número importante de familias se encontraron variables de disfunción. En el 26,15 % de los casos la o las agresiones sexuales fueron cometidas en la casa de la víctima y en el 37,28% fueron reiteradas. Al examen físico se detectaron lesiones inequívocas de abuso sexual en el 5,56%. Hubo intervención de Servicio Social en 87,65%, Salud Mental en 80,14%, Consejo de Derechos en 44,06% e Intervención Policial en 54%. Requirieron tratamiento para prevención de VIH y ETS 27%. La implementación de un protocolo de intervención local incidió en el aumento de pacientes que recibieron anticoncepción de emergencia.

CONCLUSIONES

La sistematización de datos contribuye, en el marco de trabajo interdisciplinario, a elaborar estrategias diagnósticas, terapéuticas y preventivas.

DESIGUALDAD EN LA NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN MENORES DE 20 AÑOS, EN LA REPÚBLICA ARGENTINA 2013.

Gomez L.¹; Bossio J.²; Armando G.³

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI"^{1,2,3}

<lara.v.gomez@gmail.com>

POB
222

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis ocasiona más de 1500 casos anuales en niños y adolescentes de Argentina, pero la situación no es la misma en todas las jurisdicciones.

OBJETIVO

Describir la desigualdad de la notificación de casos de Tuberculosis en Argentina en el año 2013, en menores de 20 años.

POBLACION

Casos de Tuberculosis en menores de 20 años.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio ecológico con las 24 jurisdicciones del país como unidades de análisis. Se obtuvieron los casos notificados de Tuberculosis del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), para el año 2013 y la población del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Se calcularon tasas de notificación por 100000 habitantes, para todas las edades, menores de 15 años y 15-19 años, por jurisdicción.

Se analizó la desigualdad con el índice de Gini (IG), y su intervalo de confianza del 95%.

Se utilizó el programa Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

Se observó una desigualdad en la distribución de la notificación de Tuberculosis en las 24 jurisdicciones del país, para todos los grupos de edad; y la desigualdad fue mayor que la registrada en todas las edades. Para todas las edades, cuatro jurisdicciones (Jujuy, Salta, Formosa y Ciudad de Buenos Aires) que aportaron el 13% de la población del país y registraron las tasas de notificación más altas aportaron el 25% de los

casos de Tuberculosis, mientras que siete jurisdicciones (San Juan, San Luis, Neuquén, Mendoza, La Rioja, Catamarca y Córdoba) que aportaron el 11% de la población del país y registraron las tasas de notificación más bajas aportaron el 3,7% de los casos de Tuberculosis. El IG fue de 0,288 (0,181; 0,394).

Para los menores de 15 años, las cinco jurisdicciones con el 13% de la población con tasas de notificación más altas (Ciudad de Buenos Aires, Salta, Santa Cruz, Formosa, Jujuy) aportó una proporción de casos mayor que para todas las edades: 29%. A su vez, siete jurisdicciones (Córdoba, La Rioja, Neuquén, Catamarca, Santiago del Estero, San Juan, Corrientes, Tierra del Fuego) que aportaron el 11% de la población registraron una proporción de casos inferior a la de todas las edades: 1,07%. El IG fue de 0,363 (0,224; 0,502), 26% mayor que el IG para todas las edades.

Para 15-19 años, las cuatro jurisdicciones con el 12% de población y las tasas de notificación más altas (Jujuy, Salta, Ciudad de Buenos Aires, Formosa) aportaron una proporción de casos menor que para todas las edades: 24%. A su vez, ocho jurisdicciones (Tierra del Fuego, Tucumán, Neuquén, La Rioja, Catamarca, Santiago del Estero, San Luis, San Juan) que aportaron el 13% de la población registraron una proporción de casos inferior a la de todas las edades: 2,69%. El IG fue de 0,347, 20% mayor que el IG para todas las edades.

CONCLUSIONES

La notificación de casos de Tuberculosis en menores de 20 años es desigual entre las jurisdicciones del país. La desigualdad observada en la notificación de niños y adolescentes es mayor que la que se observa en la población total.



SINDROME NEFROTICO CONGENITO

Lozano C.¹; Morales C.²; Alconada Magliano J.³; Mora F.⁴; Grosman A.⁵; Urman G.⁶

HOSPITAL ESPAÑOL^{1,2,3,4,5,6}

<akeiral@hotmail.com>

RPD
224

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Nefrótico (SN) es la manifestación clínica de las alteraciones bioquímicas producidas por una lesión glomerular que altera la permeabilidad de la pared capilar de los mismos. Clásicamente se define como SN, a aquella entidad en que coexisten proteinuria, hipoproteinemia, edema e hiperlipemia (hipercolesterolemia). De aparición en el 1º año de vida, clasificado en SN Congénito (primeros 3 meses) y SN Infantil (entre los 3 y 12 meses de vida), es ocasionado, en su mayoría, por anomalías en los genes codificadores de proteínas específicas del Podocito.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de Síndrome Nefrótico Congénito.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se describe el caso clínico de una niña de 3 meses de edad sin antecedentes perinatólogicos ni postnatales relevantes. Derivada a nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por presentar un cuadro clínico caracterizado por crisis de tetania, hipocalcemia, hipoproteinemia severa, hipomagnesemia y proteinuria masiva. Los exámenes de función renal se encontraron dentro de límites normales para la edad. Ante el

diagnóstico clínico de SN congénito se indica biopsia renal para confirmar diagnóstico histológico.

Los hallazgos observados morfológicamente e histológicamente corresponden a una glomerulonefritis proliferativa mesangial difusa aunque segmentaria con leve esclerosis intersticial (5 %). La IFI y microscopía electrónica confirman el diagnóstico.

CONCLUSIONES:

El SN en niños se presenta habitualmente después de los 2 años de edad. Solo del 1 al 6 % de los pacientes nefróticos inician su cuadro antes del año. Aunque raro, el SN congénito debe sospecharse frente a un niño con antecedentes de placenta grande, proteinuria, edema al nacer o ambos, resistencia a la terapia esteroideal e insuficiencia renal progresiva, apareciendo en algunos casos lesiones histopatológicas características. La patología es refractaria a la terapéutica, evolucionando indefectiblemente a la insuficiencia renal y al trasplante.

CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD (CUD) EN LA REPÚBLICA ARGENTINA; ACTUALIZACIÓN DE DATOS 2013-2014

Spengler J.¹; Fucks S.²; Magi N.³; Prato S.⁴

SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN^{1,2,3,4}

<jspengler@intramed.net>

RPD
225

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 2013-2014, teniendo en cuenta los diferentes tipos de discapacidad y su distribución en el territorio Nacional. Datos relacionados con la educación y cobertura de salud de la población objeto, así como la descripción de los 5 CIE 10 más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal, tomando los datos correspondientes a los CUD activos cargados en 2013-2014 de la población pediá-

trica. 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 con 50%. Sigue multidiscapacidad el 21%, Motora el 15%, Visceral con 7%, Auditiva con 6 y visual con 3%. A nivel nacional el mayor porcentaje se encuentra en la región centro y en menor la región Patagónica.

En la franja de Lactantes y niños de corta edad hasta 2 años, los 2 CIE 10 más frecuentes fueron: Q90 y R62; en los Niños preescolar de 2 a 5 años R62 y R26; en los Niños escolar de 6 a 11 años F80, F71 y 72; y por último en los Adolescentes de 12 a entre 16 y 18 años, F70, F71 y R26. Con respecto a la educación: el 63 % se encuentra Alfabetizado, el 18 % es analfabeto instrumental es del 17 es analfabeta % y 11, 3 sin dato. El 25% concurre a escuela especial, el 4% concurre pero actualmente no, y nunca concurre a Escuela especial un total de 38 %.

En relación a la Obra Social, el mayor porcentaje cuentan con cobertura de salud.

CONCLUSIONES

De la población total con CUD emitidos en 2013-2015, cerca del 30 % corresponde a menores de 18 años. El tipo de discapacidad prevalente corresponde al tipo Mental con el 50% de los CUD emitidos. Con relación al CIE10, coinciden los códigos más frecuentes con el tipo de discapacidad mental. Más del 60 % entre 11 y 18 años se encuentran alfabetizados. 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.



REACCIÓN TARDÍA POST VACUNACIÓN DE BACILLUS DE CALMETTE Y GUÉRIN EN MAYORES DE 1 AÑO

POB
226

Mazza J.¹; Garay C.²; Lombardo F.³; Ramos L.⁴; Dal Maso D.⁵

HOSPITAL OÑATIVIA^{1 2 3 4 5}

<johamazza20@hotmail.com>

INTRODUCCION

La vacuna del bacilo de Calmette-Guérin (BCG) deriva de bacilos vivos atenuados de *Mycobacterium bovis*. La aplicación de la vacuna puede desencadenar una serie de reacciones en sitio de aplicación, con o sin linfadenopatías axilares homolaterales a la vacuna, dentro de los 6 primeros meses de aplicada la misma.

OBJETIVO

Presentar un caso de reacción atípica pos vacunación de BCG en un paciente de 1 año y 3 meses de edad, con desnutrición y mal medio social.

EXPOSICION DEL CASO

Paciente de 1 año y 3 meses de edad que consulta por consultorios externos por presentar adenopatías en región axilar y brazo derecho de 10 días de evolución. Realizo previamente tratamiento antibiótico con mala respuesta al mismo. Al ingreso se interroga a la madre del paciente, quien aporta el dato de vivir en hacinamiento, mal medio social y mal progreso de peso. Se solicitan serologías para descartar enfermedades infecciosas, se realiza punción aspiración con aguja fina, la cual informa, fondo necrobiótico, detritus celulares picocitos y polimorfonucleares. Hallazgos citológicos compatibles con linfadenitis aguda. Dado los antecedentes, la clínica y por no presentar buena respuesta al tratamiento antibiótico,

se interna para diagnóstico y tratamiento. Durante la internación se realizaron diversos estudios de laboratorio e imágenes, los cuales no arrojaron datos positivos excepto en la ecografía de partes blandas, donde se exploró axila y brazo izquierdo, encontrándose múltiples imágenes redondeadas de contenido líquido particulado. Dada la sospecha de tuberculosis, se solicitó lavado gástrico, con cultivo del mismo negativo, y se realizó catastro familiar, no aportando casos positivos dentro del ámbito familiar. Se solicitó interconsulta con servicio de infectología e inmunología quienes indican realizar citometría de flujo y test de oxidación de Dihydrorhodamine-123 (DHR) en sangre periférica, ambos estudios dentro de límites normales. En controles posteriores evoluciono favorablemente desapareciendo la lesiones iniciales.

CONCLUSION

Dada la edad del paciente, la clínica, el mal medio social, y el grado de desnutrición, presento confusión a la hora del diagnóstico. La reacción tardía pos vacunación de Bacilo de Calmette-Guérin diseminada de presentación atípica es una entidad infrecuente y suele darse en el contexto de enfermedades inmunosupresoras. En el paciente presentado, los estudios realizados no pudieron confirmar deficiencias inmunológicas.

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN EL FINAL DE VIDA DE NIÑOS CON CANCER EN EL AMBITO DE UN HOSPITAL PÚBLICO

RPD
227

Méndez T.¹; Alimusi M.²; Capurro M.³; Espeche L.⁴; Filardi F.⁵; Garbino C.⁶; Garcia J.⁷; Leon Y.⁸; Aleleh N.⁹; Lopez Osornio E.¹⁰; Pincheira M.¹¹; Trujillo C.¹²; Ludueña J.¹³

FUNDACIÓN NATALÍ DAFNE FLEXER^{1 2 3 4 7 8 9 10 11 12};

HOSPITAL NACIONAL A. POSADAS^{5 6 13}

<teresa@fundacionflexer.org>

Se presenta un modelo de abordaje interdisciplinario llevado a cabo por enfermeros, trabajadores sociales, médicos, voluntarios y psicólogos de la FNF en el Servicio de Hematooncología Pediátrica del Hospital Nacional "A. Posadas", con el niño con cáncer y su familia. Un modelo integral y continuo que se ofrece desde el diagnóstico y durante el proceso de enfermedad con el fin de facilitar una mejor adaptación, estrategias de afrontamiento, calidad de vida y en los casos en los que la curación no es posible, continuar trabajando interdisciplinariamente en el final de vida. Este modelo se basa en la escucha y detección de las necesidades del niño y su familia, desde el momento del diagnóstico hasta la curación y/o el final de vida y duelo. Las estrategias empleadas fueron entrevistas con padres, entrevistas lúdicas con el paciente y sus hermanos, llamados telefónicos de seguimiento, intervenciones orientadoras en conjunto con equipo médico y psicólogos. Reuniones de equipo para coordinar estrategias de intervención.

Se contempla desde el diagnóstico hasta las distintas fases del tratamiento: inducción de la remisión, fase de consolidación y terapia de mantenimiento; luego el seguimiento de sobrevivientes y/o final de vida.

Se observa que al trabajar desde la alianza terapéutica se logran tomar decisiones en conjunto. En muchos casos se consigue una óptima adherencia al tratamiento. En equipo se piensan acciones que ayudan a la familia a preparar y anticipar situaciones de riesgo, logrando participar activamente en los cuidados del niño en el final de su vida, propiciando el respeto y escucha de sus necesidades y deseos. Se entiende que ser protagonista consciente frente a una realidad muy difícil y dolorosa propicia el inicio de elaboración de un duelo no patológico.

Los resultados obtenidos se dividen en dos grupos: 1- referidos al niño enfermo, 2- referidos a la familia. El niño experimenta alivio del dolor y de otros síntomas angustiantes, mejora su calidad de vida. En la familia se propicia el contacto corporal como medio de comunicación y como manera de acompañar al niño; se intenta llegar a un concepto de muerte, como un proceso normal.

Se concluye que el abordaje interdisciplinario que priorice la subjetividad del paciente y su familia, en el ámbito de un hospital público, conlleva beneficios para él, su familia y el equipo de salud tratante.



LACTANTE HIPOTONICO NO RELACIONADO CON HIPOXIA

Fraccaro L.¹; Rodriguez D.²; Altamirano D.³; Sanchez I.⁴; Ramos M.⁵; Carmona D.⁶

CLINICA SANTA MARÍA DELTA^{1,2,3,4,5,6}

<f_laura_s@yahoo.com.ar>

RPD
229

INTRODUCCION

Varón pretérmino que nace por parto eutócico presentando APGAR bajo e hipotonía generalizada grave. Embarazo controlado, no consanguíneo, padres jóvenes y sanos. Antecedente: hermano varón fallecido a las 24 hs de vida por causa desconocida. Serología materna del 2º y 3º trimestre negativa.

OBJETIVO

Descripción de un caso de RN con hipotonía generalizada de causa no hipóxico – isquémica.

CASO CLINICO

RNPT (35 semanas), varón, P 2450 g, T 49 cm, PC 35 cm, APGAR bajo 2-3-6, parto vaginal. Se constata polihidramnios. Requiere intubación endotraqueal, no masajes ni drogas. Queda en ARM por hipotonía severa. Se realiza dosaje de CPK y CPKMB, serología, screening neonatal y perfil metabólico con resultados normales. Se sospecha síndrome genético por presentar fascias peculiar, pliegue simiano, aracnodactilia y criptorquidia. Se solicita cariotipo con resultado normal. Ecocardiograma y ecografía cerebral normales. RMN: hendidura con contenido de LCR en todas las secuencias, que se extiende hasta el asta occipital: Esquizencefalia de labios cerrados. EEG: espigas generalizadas.

DISCUSION

La esquizencefalia es un raro trastorno de la migración neuronal que se puede presentar desde asintomática hasta con compromiso neurológico grave. La causa es multifactorial: genéticas (gen EMX2), tóxicas, metabólicas, vasculares (lesión en territorio arteria cerebral media), o infecciosas (CMV). Se han descritos casos familiares. Es común la asociación con epilepsia. La magnitud de las manifestaciones depende de la ubicación de la malformación, si es unilateral o bilateral, de labio abierto o cerrado, o si está asociada a otras alteraciones morfológicas. La RM es la prueba complementaria de elección.

CONCLUSION

Enfatizamos la importancia de sospechar el diagnóstico de este cuadro en casos de hipotonía de presentación atípica, habiendo descartado otras causas de la misma. Su diagnóstico nos permitirá un mejor manejo, ya que el tratamiento está enfocado a controlar los síntomas en forma multidisciplinaria. Destacamos la infrecuencia de este cuadro, y por tanto, el difícil diagnóstico prenatal.

QUISTE PULMONAR. REPORTE DE CASO CLINICO

Distefano V.¹; Rosso M.²; Martin G.³; Saretto C.⁴; Gutierrez M.⁵; Garcia Rubio C.⁶; Picadaci M.⁷; Casati D.⁸

CLINICA LA PEQUEÑA FAMILIA^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<verod7@hotmail.com>

RPD
230

INTRODUCCION

La Hidatidosis es una parasitosis producida por el crecimiento quístico de la larva de Echinococcus granulosus. Los órganos más afectados son hígado y pulmón. Frecuente en zona ganadera (ovina y porcina). La complicación más grave es la rotura del quiste, que puede provocar shock anafiláctico y muerte del paciente.

OBJETIVO

Evaluación de paciente con quiste pulmonar.

CASO CLINICO

Paciente masculino de 5 años, procedente de zona rural (Bs As), consultó por fiebre y vómitos de 4 días de evolución. Por hipoventilación en base pulmonar derecha, se solicitó Rx de Tórax (radiopacidad en campo pulmonar derecho, con NHA).

Por sospecha de absceso pulmonar se realizó TAC de Tórax: consolidación con cavidad de paredes irregulares de 7x6cm y NHA ipsilateral. Se medicó con AMS+TMS.

Al 11v día, recomenzó con fiebre, vómitos y tos. Se repitió TAC de tórax: derrame pleural derecho, lesión quística pulmonar derecha de 7,8x6,1cm de paredes finas y NHA. No presentó imágenes hepáticas quísticas. Continuó tratamiento con AMS/TMS, persistiendo en mal estado general y febril. Se realizó VATS, evacuándose gran cantidad de líquido pleural

y quistetomía parcial. Parasitológico del quiste: Escólex compatible con Echinococcus granulosus. ELISA e IFI (+). Anatomía patológica: pared de quiste compatible con cutícula asociada a proceso exudativo. Inició tratamiento con Albendazol 15mg/kg/día VO, con mala evolución clínica. Se decidió resección quirúrgica del quiste con respuesta favorable, cumpliendo tratamiento antiparasitario con Albendazol durante 3 meses.

CONCLUSION

La localización más frecuente de hidatidosis quística es hepática (50-60% de los casos), siguiendo en frecuencia pulmón (20-30%). El quiste pulmonar no complicado presenta síntomas discretos como tos, expectoración o disnea y al examen físico matidez, disminución del murmullo vesicular y soplo. En la mayoría, los síntomas comienzan cuando el quiste tiene 5-6 cm de diámetro, como nuestro paciente. Los quistes pulmonares se suelen descubrir durante una exploración radiológica del tórax por otras razones. La mayoría, presentan un solo quiste y es más frecuente en el lóbulo inferior del pulmón derecho. Si el quiste es evacuado a los bronquios en forma parcial, se produce hidroneumoquiste y luego una pionoquiste hidatídica, en un 5%. En nuestro paciente el tratamiento fue médico-quirúrgico debido a que su presentación fue la de un quiste complicado.



MENINGOCOCO: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y DE LABORATORIO, DE ENFERMEDAD EN UN CENTRO DEL SUR DEL CONURBANO

RPD
231

De Carli M.¹; Mirra D.²; Galiñanes S.³; Firpo M.⁴; Fernandez F.⁵; De Carli N.⁶

CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1,2,3,4,5,6}

<Esteladecarli@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

N, Meningitis es una causa frecuente de morbimortalidad en la Argentina. Con la inminente incorporación de la vacuna cuadrivalente al calendario oficial de vacunación es importante saber la epidemiología y evolución de la enfermedad en nuestra población.

OBJETIVO

Investigar el perfil epidemiológico, clínico y de laboratorio en un periodo de 2 años y medio.

POBLACIÓN

Todos los niños internados en la Clínica del Niño de Quilmes en el periodo entre 01/11/2012 al 30-4-2015 con rescate de N. Meningitis en algún líquido estéril

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo. Los hemocultivos fueron analizados con el método automatizado BACTALERT® mientras que las muestras de LCR fueron sembradas en Agar Sangre, Agar chocolate y caldo Tioglicolato incubándose durante 7 días. Las cepas de N, meningitis fueron derivadas para la serotipificación correspondiente al Laboratorio Nacional de Referencia "Dr Carlos G Malbran".

RESULTADOS

Se registraron siete casos de enfermedad por N. Meningitis, sin prevalencia estacional, con una mediana de edad de 44,5 meses (4 años) con un rango de 4 días de vida a 14 años. Al ingreso, la media del recuento de glóbulos blancos fue de 17.000. Como reactantes de fase aguda se usaron

Eritrosedimentación (ERS) y Proteína C reactiva (PCR). Para ERS la mediana de ingreso fue de 45 mm, y a las 48 hs 74 mm. Con respecto a la PCR al ingreso fue de 9,3 mg/dl y a las 48 hs 4,15 mg/dl De los siete pacientes internados, 4 pacientes presentaron meningitis con meningococemia, 2 cuadro de meningitis sin meningococemia, y 1 meningococemia sola. A todos los pacientes se los medicó con Ceftriaxona y la duración fue entre 7 y 14 días, con una media de 9,4 Los días de internación dependiendo de los diferentes casos, entre 7 y 14 días, con una mediana de 10 Solo un paciente presento complicación, de un higroma subdural. (14,3%)

Tipificación	LCR positivo	HMC positivos
W135	Si	Si
B	Si	No
W135	Si	No
W135	No	Si
C	Si	Si
B	Si	No
Sin tipificar	Si	Si

De los Meningococos rescatados fueron el 42% W135, el 28% B y el 14% C Conclusión: La enfermedad por Meningococo es grave, y generalmente se presenta con sepsis, pero diagnosticada a tiempo tiene evolución favorable, aunque con una alta tasa de secuelas. Como sucede actualmente en el resto del país el 40% de los casos se deben al W135 y alrededor del 70% están incluidos en la vacuna que tenemos disponible. Sin embargo casi un 30% de las cepas (tipo B), no estarían cubiertas por el esquema de vacunación actual.

MÉTODO QUE ATENÚA EL ESTRÉS MATERNO Y MEJORA LA EVOLUCION DE UN RECIEN NACIDO POR TENER UN NACIMIENTO PREMATURO

POB
232

Ezquer A.¹; Graffigna E.²; Capone A.³; Feldman L.⁴; Gullotta N.⁵

HOSPITAL VIRGEN DE LA MISERICORDIA^{1,2,3,4,5}

<analiazquier54@gmail.com>

El MMC consiste en la atención a madres con sus hijos prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel de forma temprana y prolongada. El método se utilizó para intentar reducir el estrés materno causado por un nacimiento de un parto prematuro y los beneficios marcados en la evaluación del recién nacido, sacándolos de un ambiente estresante y reforzando un vínculo afectivo temprano.

OBJETIVOS

- Disminuir el estrés materno causado por el nacimiento de un parto prematuro
- Mejorar los beneficios en la evolución del recién nacido prematuro.

POBLACION MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivos, observacional, longitudinal. Se evaluó madres y recién nacidos prematuros en el servicio de neonatología del Hospital Virgen de la Misericordia durante tres años 2012-2014 .

Los criterios de inclusión fueron: entrevista psico-social a la madre, recién nacido prematuro de más de 32 semanas de EG y mas de 1200gr, descomplejizados y estables por un periodo mayor a 72hs .

Las escalas que se utilizaron fueron: 1) Evaluación del comportamiento neonatales (Brazel) 2) Evaluación de las conductas de alimentación 3) Escala PSOC.

RESULTADOS

Ingresaron al método canguro 164 recién nacidos prematuros (n=164). Las madres participaban activamente en el proceso de observar y aprender mas sobre el comportamiento de su hijo, favoreciendo el vínculo afectivo temprano, generando sentimientos y competencias para relacionarse con su hijo

El contacto piel a piel estimuló la aparición de los reflejos de búsqueda y succión instalando la alimentación por vía oral mas temprana.

Los recién nacidos permanecieron un tiempo promedio en MMC 10-15 días, alcanzando el alta en forma precoz

Los recién nacidos demostraron una mayor adaptación neurocomportamental al ambiente extrauterino y su interacción

Mayor adhesión al sistema de seguimiento.

Mayor porcentaje de recién nacidos al alta con pecho exclusivo.

CONCLUSIONES

En la sala MMC la incorporación de los padres como participantes activos en el proceso de observar y aprender mas sobre el comportamiento de sus hijos, con la intención de favorecer el vínculo entre padres y sus bebés, propiciando así un mejor desarrollo del recién nacido , de las competencias paternas.



CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

POB
233

De Reyes Gonzalez V.¹; Rowensztein E.²; Ayuso M.³; Villone L.⁴; Pissk M.⁵; García Watson G.⁶; Czerniuk P.⁷; Miceli M.⁸; Krochmal G.⁹; Ballarino D.¹⁰

HOSPITAL DE NIÑOS "DR. R. GUTIÉRREZ" ¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰

<verodereyes@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto multidimensional. Refiere al impacto que la enfermedad tiene sobre el niño y la familia considerando aspectos objetivos y subjetivos.

El 10-20% de los niños presenta alguna enfermedad crónica, lo que nos motivó a medir la CVRS con la finalidad de valorar la repercusión en los niños y la percepción de la misma por sus padres.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio prospectivo, descriptivo, transversal, analítico. Se incluyeron pacientes ambulatorios atendidos en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez con edades comprendidas entre los 2 y 18 años con: enfermedad neoplásica (EN), enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en diálisis, hepatopatías crónicas (HC), mielomeningocele (MMC) e inmunodeficiencias primarias (IDP).

Se administró el cuestionario PedsQL 4.0 a los padres de niños entre 2 y 18 años y a los niños mayores de 8 años entre septiembre de 2013 y septiembre de 2014. Este instrumento evalúa el funcionamiento físico, emocional, social y escolar, y califica con valores de 0 a 100 (valor máximo). Se procesaron los datos con SPSS V.21

RESULTADOS.

Se realizaron 115 encuestas a familias con niños con edades entre 2,04 y 18,9 años. La media fue de 11,09 años.

La mediana total de la CVRS de los niños fue de 68,98. La mediana total de la percepción de los padres de la CVRS de sus hijos fue de 68,33 (P=0,359). Las medianas por patología fueron las siguientes (Niños/Padres): HC: 77,11 / 80,78 P=0,11. ERCT: 70 / 65,21 P=0,859. EN: 63,12 / 70,71 P=0,865. IDP: 60,47 / 72,08 P=0,865. MMC: 57,9 / 48,11 P=0,594.

Para los niños los menores valores de CVRS correspondieron al aspecto escolar de los grupos IDP (47,5) y MMC (47,85).

Para los padres, el menor valor correspondió al aspecto físico del grupo MMC (31,25) mientras que la percepción de los niños fue mayor (50), siendo esta diferencia no estadísticamente significativa. (P=0,128)

CONCLUSIONES.

La percepción de la CVRS global fue similar entre padres y niños.

Tanto para niños como para padres, la mayor mediana de CVRS global correspondió al grupo HC, y la menor al grupo MMC.

La administración de la encuesta facilitó y permitió ampliar el espacio de intercambio con el niño y su familia para hablar de lo que sienten y les pasa en su vida cotidiana en relación a su enfermedad.

MOTIVO DE CONSULTA: HB 4.9 MG/DL.

RPD
235

Distefano V.¹; Rosso M.²; Martín G.³; Saretto C.⁴; Gutierrez M.⁵; Frino S.⁶; Picadaci M.⁷; Cuitiño M.⁸; Perez S.⁹

CLÍNICA LA PEQUEÑA FAMILIA ¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

<verod7@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Anemia es el descenso de la concentración de Hb o de la masa globular, por debajo de 2DS del valor normal para edad y sexo. Se clasifica en Arregenerativas (Hipoproliferativas, Anemia aplásica adquirida y por defectos madurativos) y Regenerativas (por pérdida aguda, por hemólisis, Intracorpúsculares y Extracorpúsculares)

OBJETIVO

Evaluar paciente con Hb baja

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 6 años, derivado por fiebre (38°C) de 4 días de evolución, anemia crónica con Hto:19%; Hb:4.8g/dl;GB:4100/mm³(51/42); Pla:68.000/mm³. Antecedentes: Anemia crónica, constipación y hematemesia (11 meses previos a esta internación). Estudiado por gastroenterología y hematología. Medicado con sulfato ferroso, Ranitidina y Lactulosa con baja adherencia al tratamiento. Laboratorio anterior: Hto:29%; Hb:10g/dl, Alimentación: variada. Vacunas completas Examen físico: Hemodinámicamente Estable. Pálido. Adelgazado. FC: 112x' Sin soplo. Normotenso. Hígado palpable a 3cm de reborde costal derecho. Resto del examen normal.

Laboratorio: Hto: 17.5%; Hb: 4.9gr/dl; VCM:57.18/HbCM:19.01/CHb-CM:28. Retic:0.7%; Ac Úrico:1.4mg/dl;LDH:875;Transferrina:230mcg%; Fe[S]:10ug/dl; SatHb:4%;Coagulo normal; Albúmina:2.5mg/dl; Coombs

D(-). Ac Celiaquía: negativos. FSP: Anemia Ferropénica microcítica hipocromica. Se transfunde con GR desplasmatisados.

Ecografía abdominal: Hepatoesplenomegalia moderada. Asas distendidas, con escasa cantidad de líquido libre interasas. SOMF: ++.

Centellograma con Tc99: normal.

Gastroenterología sugiere VCC: sin lesiones. EGD: en tercio medio e inferior de esófago, erosiones circunferenciales y confluentes, con desprendimiento de pseudomembranas, mucosas friables y sangrantes (Esofagitis grado IV).

Anatomía patológica: Esofagitis aguda exudativa. Hemodinámicamente estable, se otorga egreso.

CONCLUSION

La HD es una patología infrecuente. Habitualmente no grave, pero a veces puede comprometer la vida de los niños. No hay estadísticas sobre su incidencia, aunque mas frecuente es la HDB. Ocurre a cualquier edad con similar etiología, sin embargo la frecuencia y presentación varía de acuerdo a la edad.

En niños y adolescentes dentro de las causas más frecuentes, se presenta la Esofagitis y UGD.

Para evaluar la HD se debe seguir un protocolo diagnóstico con 4 pilares básicos: Valoración clínica. Confirmación de HD. Determinación del nivel intestinal donde se produce el sangrado. Establecimiento de la causa.



A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENFERMEDAD DE DEVIC

De Carli M.¹; Arzamendia A.²; Suarez S.³; Miguez R.⁴; Macarron G.⁵; Baños S.⁶; Chirino M.⁷

CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1,2,3,4,5,6,7}

<Esteladecarli@yahoo.com.ar>

RPD
238

INTRODUCCION

La enfermedad de Devic es la asociación entre una neuritis óptica y mielitis aguda. Se trata de una enfermedad autoinmune, desmielinizante y crónica, que puede causar ceguera, debilidad o parálisis en piernas y brazos, pérdida de la sensibilidad y disfunción vesical, derivados del daño en la medula espinal.

CASO CLINICO

Niña de 11 años de edad previamente sana, que ingresa a la Clínica del Niño de Quilmes presentando paresia de miembro superior derecho asociada a síndrome febril de 48 hs de evolución. Se agrega rigidez de nuca y dolor cervical progresando a paresia de miembro superior izquierdo. Se establecen como diagnósticos diferenciales Sd. De Guillen Barre (Miller Fisher) vs. discitis cervical, por lo que se decide indicar Gammaglobulina 2 gr/Kg EV y tratamiento antibiótico con Ceftriaxona y Vancomicina. Cursando segundo día de internación, la paciente progresa a parálisis de ambos miembros superiores y comienza con dificultad respiratoria y deterioro del sensorio por lo que ingresa a la UCIP. Se ingresa a ARM invasiva y se realiza punción lumbar que muestra 25 células, resto sin particularidades. Se deriva muestra de LCR para cultivo, virológico y bandas oligoclonales. Continúa igual conducta antibiótica y se agrega aciclovir. Se realiza RMI de cerebro y medula con gadolinio que informa ensanchamiento trasversal desde C3 hasta D1-D2, y en la secuencia T2 supresión grasa imagen hiperintensa centro medular compatible con edema medular de características inflamatorias. Se establece diagnóstico de mielitis por lo que comienza el primer ciclo de metilprednisolona

vía EV por 5 días, y por sospecha de enfermedad de Devic se solicita Ac antiaquaporina 4 (que resultan negativos) y PEV y PEA (que se hayan prolongados bilateralmente, asimétricos y con amplitud aceptables) lo que abona el diagnóstico. Con cultivos negativos y virológico en LCR positivo para enterovirus, y serología en sangre positiva para parvovirus, suspende antibióticos y Aciclovir. Dentro de los 50 días de evolución recibió dos ciclos de gammaglobulina y tres de metilprednisolona, cumplió seis sesiones de plasmaféresis y se adicionó ciclofosfamida VO. Entre ciclos recibió dexametasona vía EV y meprednisolona vía oral. La RMI de control no muestra actividad inflamatoria, pero sí secuelas de C3 a C6.

CONCLUSION

Las enfermedades desmielinizantes constituyen una proporción creciente de las afecciones neurológicas graves que afectan a niños y adolescentes y que provocan significativas secuelas. La sospecha y el diagnóstico oportuno hace que se pueda emplear la terapéutica más adecuada, ahorrando tiempo y mejorando el pronóstico aunque todavía con resultados dispares.

NO TODO ES LO QUE PARECE: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Ordano G.¹; Alzugaray M.²; Klein R.³; Candiotti I.⁴; Cuidados Intermedios N.⁵

SANATORIO MAYO^{1,2,3}; HOSP. ALASSIA^{4,5}

<georgina.ordano@hotmail.com>

RPD
239

INTRODUCCION

Las afecciones de la órbita, representan un reto diagnóstico a la hora de su presentación clínica, siendo las celulitis orbitarias las entidades más frecuentemente diagnosticadas.

OBJETIVO

Describir un caso clínico atendido en el Sanatorio Mayo y Hosp. Alassia en el 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de historia clínica.

CASO CLINICO

Niña de 10 años sin antecedentes patológicos de relevancia, eutrófica, presenta cuadro clínico de 48 horas de evolución caracterizado por edema bipalpebral, eritema, dolor y limitación de la motilidad del ojo izquierdo. Es internada con diagnóstico presuntivo de celulitis orbitaria. Se realiza laboratorio que informa leucocitosis con neutrofilia, se toman hemocultivos, se comienza tratamiento con corticoides y antibióticos endovenosos (ceftriaxona – clindamicina). TAC de órbita con contraste:

“engrosamiento de los músculos recto inferior e interno y proptosis de globo ocular”. Oftalmología “fondo de ojo sin alteraciones”. A las 72 hs, por buena evolución se suspenden corticoides, presentando desmejoría clínica, edema bipalpebral, quemosis, exoftalmos, es valorado por Oftalmología y se decide derivar al Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia con diagnóstico presuntivo de Pseudotumor inflamatorio vs Patología Onco Hematológica. Realizan biopsia de músculo recto, con resultado de Pseudotumor Inflamatorio, cumplió tratamiento con corticoides, con buena evolución

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El pseudotumor inflamatorio orbitario, no es una patología frecuente en nuestro medio. Exige un alto índice de sospecha por parte del cuerpo médico para un oportuno manejo y derivación, así como también el conocimiento de la presentación y manejo de las principales patologías que se incluyen en su diagnóstico diferencial como son la celulitis orbitaria, oftalmopatía tiroidea y los tumores.



MENINGITIS NEONATAL POR MENINGOCOCO EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES

RPD
240

De Carli M.¹; Dolarbjan M.²; Carlino G.³; Retamal M.⁴; Chariatti O.⁵; Mirra D.⁶

CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES¹²³⁴⁵⁶

<Esteladecarli@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Dentro de la sepsis de origen bacteriano en la etapa neonatal, la enfermedad meningocócica es causante de muy pocos casos. Los síntomas suelen ser inespecíficos, como es habitual en pacientes de esta edad. Es por esto que se debe tener un alto índice de sospecha para enfrentar esta patología en forma precoz y adecuada.

CASO CLÍNICO

Se trata de un neonato de 4 días de vida (RNT PAEG) que ingresa al servicio de neonatología por presentar fiebre, rechazo alimentario y tumoración en región submaxilar derecha dura, sin eritema, que impresiona dolorosa a la palpación y se extiende a región mastoidea. Se interpreta el cuadro como sepsis y se toman laboratorio, hemocultivos x 2, urocultivo y PL. Hemograma GB 3400 (N69/L23), resto sin particularidades, LCR turbio, 450 elementos a predominio de PMN 75, glucorragia 0,01 g/l, proteínas 2,56 g/l, y sedimento urinario normal.

Se medica EV con Cefotaxime 100mg/k/día, y Ampicilina 200mg/k/día. Se realiza ecografía cerebral normal y de partes blandas que evidencia en región laterocervical derecha aumento del espesor del TCS de ecoestructura levemente heterogénea.

A las 48 hs desaparece la tumoración y se informa cultivo de LCR positivo para diplococo con HMC x 2 negativos. Se realiza nueva PL y se recibe resultado definitivo de cultivo de LCR para N. meningitidis. Se suspende Ampicilina y se aumenta dosis de Cefotaxime a 200mg/k/día. Nuevo LCR turbio, incoloro, 1160 elem (MMN 61% / PMN 39%), Glu 0,46 Prot 1,20 g/l. Debido a que el paciente persistía subfebril se realiza nueva TAC para descartar complicación (absceso) que no evidencia imágenes patológicas. Por mejoría clínica y de laboratorio se suspende antibiótico y se da el alta institucional al cumplir 14 días de tratamiento EV. Luego recibimos la tipificación que nos confirma Menigococo B.

RESULTADOS

Nuestro paciente presentó un síndrome febril con foco poco frecuente. Al realizar los estudios pertinentes se obtiene el germen responsable del mismo para lo cual recibe el tratamiento adecuado y no evidencia ningún tipo de complicación.

CONCLUSIONES

Si bien la sepsis y la meningitis de etiología meningocócica en el periodo neonatal son infrecuentes, debe considerarse como un posible agente causal en este grupo etario, ya que pocos serán los casos en la cual la presentación clínica nos lo haga sospechar. Al instaurar el tratamiento adecuado, evitaremos complicaciones y secuelas de la misma.

MENINGITIS NEONATAL POR MENINGOCOCO EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES

RPD
240

De Carli M.¹; Dolarbjan M.²; Carlino G.³; Retamal M.⁴; Chariatti O.⁵; Mirra D.⁶

CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES¹²³⁴⁵⁶

<Esteladecarli@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Dentro de la sepsis de origen bacteriano en la etapa neonatal, la enfermedad meningocócica es causante de muy pocos casos. Los síntomas suelen ser inespecíficos, como es habitual en pacientes de esta edad. Es por esto que se debe tener un alto índice de sospecha para enfrentar esta patología en forma precoz y adecuada.

CASO CLÍNICO

Se trata de un neonato de 4 días de vida (RNT PAEG) que ingresa al servicio de neonatología por presentar fiebre, rechazo alimentario y tumoración en región submaxilar derecha dura, sin eritema, que impresiona dolorosa a la palpación y se extiende a región mastoidea. Se interpreta el cuadro como sepsis y se toman laboratorio, hemocultivos x 2, urocultivo y PL. Hemograma GB 3400 (N69/L23), resto sin particularidades, LCR turbio, 450 elementos a predominio de PMN 75, glucorragia 0,01 g/l, proteínas 2,56 g/l, y sedimento urinario normal.

Se medica EV con Cefotaxime 100mg/k/día, y Ampicilina 200mg/k/día. Se realiza ecografía cerebral normal y de partes blandas que evidencia en región laterocervical derecha aumento del espesor del TCS de ecoestructura levemente heterogénea.

A las 48 hs desaparece la tumoración y se informa cultivo de LCR positivo para diplococo con HMC x 2 negativos. Se realiza nueva PL y se recibe resultado definitivo de cultivo de LCR para N. meningitidis. Se suspende Ampicilina y se aumenta dosis de Cefotaxime a 200mg/k/día. Nuevo LCR turbio, incoloro, 1160 elem (MMN 61% / PMN 39%), Glu 0,46 Prot 1,20 g/l. Debido a que el paciente persistía subfebril se realiza nueva TAC para descartar complicación (absceso) que no evidencia imágenes patológicas. Por mejoría clínica y de laboratorio se suspende antibiótico y se da el alta institucional al cumplir 14 días de tratamiento EV. Luego recibimos la tipificación que nos confirma Menigococo B.

RESULTADOS

Nuestro paciente presentó un síndrome febril con foco poco frecuente. Al realizar los estudios pertinentes se obtiene el germen responsable del mismo para lo cual recibe el tratamiento adecuado y no evidencia ningún tipo de complicación.

CONCLUSIONES

Si bien la sepsis y la meningitis de etiología meningocócica en el periodo neonatal son infrecuentes, debe considerarse como un posible agente causal en este grupo etario, ya que pocos serán los casos en la cual la presentación clínica nos lo haga sospechar. Al instaurar el tratamiento adecuado, evitaremos complicaciones y secuelas de la misma.



ESTUDIO DE OBSERVACIÓN DE UN AÑO DE PALIVIZUMAB EN LACTANTES CON RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS SINICIAL RESPIRATORIO EN LATINOAMÉRICA

RPD
241Castillo L.¹; Bugarin G.²; Castro A.³; Kanevsky D.⁴; Serra M.⁵; Vain N.⁶ABBVIE INC.¹; ABBVIE²; FUNDASAMIN³; ABBVIE⁴; FUNDASAMIN^{5,6}

<leacas@yahoo.com>

ANTECEDENTES

A pesar del impacto de las infecciones respiratorias bajas (IRB) por el VSR en los niños en países subdesarrollados, poco se sabe sobre el uso actual, cumplimiento y eficacia del palivizumab en lactantes de alto riesgo en Latinoamérica (LA).

OBJETIVOS:

Describir los patrones de uso del palivizumab en lactantes de alto riesgo; estimar la frecuencia del VSR (IRB) durante un período de seguimiento de 1 año después de la primera dosis.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico de cohortes realizado en siete países de LA (Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú, Uruguay). Se incluyeron lactantes con riesgo de infección por el VSR que recibieron por lo menos una dosis de palivizumab prescripto de acuerdo a las pautas locales. Se decidió llevar a cabo un estudio epidemiológico para evaluar no sólo los patrones de uso (población objetivo, cumplimiento) sino también la seguridad y las hospitalizaciones debido a infecciones respiratorias bajas.

RESULTADOS:

458 niños incluidos: 52% de sexo masculino, peso medio al nacer: 1345g (DS: 460), mediana de edad gestacional: 31 semanas (rango: 23-39)

Factores de riesgo: prematuro n = 449 (98%); displasia broncopulmonar (DBP) n = 134 (29,2%); cardiopatía congénita n = 46 (10%). 397 lactantes (86%) completaron el seguimiento. En el 99% de los lactantes un médico

decidió la necesidad de la indicación. Tasa global de cumplimiento del 84% (dosis recibidas vs prescritas). Tasa de hospitalización (TH) por IRB del 14,58% (61 episodios). En pacientes con DBP, la TH por IRB resultó del 26,4% (IC 95%: 17,1-35,8). Se identificó una tasa inferior de cumplimiento (61%) en 147 pacientes de un único país. La tasa de hospitalización por IRB en el grupo de bajo cumplimiento fue del 19,29%. Se confirmó IRB por VSR en 12 episodios (4,3%), aunque la tasa de pruebas virales en LA es variable.

Se registraron tres muertes no relacionadas con el producto ni con el VSR confirmado. No se produjeron eventos adversos serios relacionados con la administración de palivizumab.

CONCLUSIÓN:

A nuestro entender, éste es el primer estudio sobre los patrones de uso y los resultados asociados con la administración de palivizumab en LA. Los factores de riesgo tradicionales fueron la razón para indicar palivizumab en todos los lactantes, siendo la población de prematuros la destinataria más frecuente en la región.

A pesar de los diversos factores de riesgo sociales de VSR en esta población, la tasa de cumplimiento fue alta.

La tasa de hospitalización por IRB fue mayor en comparación con otros estudios publicados de lactantes tratados en forma preventiva con palivizumab y esto puede deberse a factores biológicos o sociales. Se justifica un análisis más profundo de nuestra población.

DIABETES INSIPIDA NEFROGENICA COMO CAUSA DE FALLO DE CRECIMIENTO: UN RETO DIAGNÓSTICO

RPD
243Pintos N.¹; López I.²; Vergara G.³; Roldán O.⁴; Peynado D.⁵SANATORIO DEL SALVADOR^{1,2,3,4,5}

<nicky.pintos@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Insípida Nefrogénica (DIN) implica resistencia del túbulo colector renal a la acción de la hormona antidiurética (ADH). Se manifiesta con marcada poliuria, hipotonía urinaria (osm < 250 mOsm) e hipernatremia. No se modifica con Desmopresina. Se distinguen dos formas:

- Esporádica
- Familiar: ligada a cromosoma X (90%) mutaciones del gen del receptor V2 de vasopresina (AVPR2) o mutaciones del gen de canales de aquaporina 2 (AQP2).

OBJETIVOS

1. Presentar un caso pediátrico de fallo de crecimiento asociado a DIN y su dificultad diagnóstica

CASO CLÍNICO

Paciente masculino. 9 meses (RNT/ AEG.) consulta por fallo de crecimiento, vómitos a repetición desde los 2 meses.

P 6,900 kg (p < 3), T 70 cm (p10- 25) PC 43 cm (p75- 90) IMC 14. Score Z - 2,3.

Se alimenta con Neocate, sin tolerar papillas ni alimentos de consistencia similar

- Hto 31% Hb 10,1 g/dL GB 14600 (0. 32. 3. 0. 60. 5) Pla 162000 U 91 Crea 0,64 Na 174 mEq/L K 4,2 mEq/L Cl 142 mEq/L Ca to 10,3 Ca++ 1,34 P 5,8 Mg 3,01 pH 7,4 (42, 29, 26, 1,6. 55) FAL 691 AcLáctico 1,2 mmol/L ProT 7 Alb 4,4
- Osm plas 363 y orina 198.
- Orina: ℓ urinaria 1005. Na Uri 63. K 41
- Urocultivo (-)
- Eco abd y renal normal
- Estudio Metabólico (-)
- pHmetría Normal
- FEDA normal

Se inicia AE por SNG a 1000 ml/ día Neocate mas reposición de agua libre, continuando con hipernatremia. RD entre 2,5 y 7,5 ml/ kg/ h y ℓ urin no aumentó en ningún momento.

- TAC cerebral normal
- RMN cerebral c/s contraste: Adenohipófisis normal. Neurohipófisis no presenta su señal de RM característica en sec T1.

Se realiza dosaje de Vasopresina y Test de HAD.

Desmopresina Intranasal 0,025 mg. Se analiza ℓ uri antes y después de administrar fármaco. Osm plas 339 mOSML/L, Osm uri 159 MOsm/ L.

La ℓ uri se mantuvo en 1005 y manejo RD entre 2,5 y 5 ml/ kg/ h

Resultado de vasopresina en plasma 5,2 (VN hasta 14) a los 25 días.

Ante estos resultados se diagnostica DIN, se interconsulta con Nefrología y se inicia Tratamiento con:

- Indometacina VO(18/4) 2 mg/kg/día
- Hidroclortiazida VO 2 mg/kg/ día
- Reposición de agua libre.
- Alimentación enteral continua.

Evolución favorable. P alta 7,070 Na plas 142 mEq/ L.

CONCLUSIÓN.

El debut clínico de la DIN puede presentarse con vómitos inespecíficos, anorexia, constipación y deshidratación hiperosmolar, y grados variables de retraso psicomotor. La administración de HAD no influencia el volumen ni la concentración de orina. En nuestro caso se manifestó como falla de crecimiento asociado a hipernatremia. Se trata de una patología que presenta una prevalencia de 1-9 / 1 000 000 por lo que su diagnóstico requiere un estudio exhaustivo del paciente y su sospecha como diagnóstico diferencial en este contexto de pacientes.



MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSAS REDUCIBLES DE MENORES DE UN AÑO EN ARGENTINA EN RELACIÓN AL NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE.

POB
245

Perez F.¹; Schoenfeld M.²; Berisvil L.³; De Martino A.⁴; Simonetto A.⁵
CÁTEDRA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA. FCB UNL^{1,2,3,4,5}
<florenciaperez2506@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Es fundamental considerar el nivel de instrucción de la madre en relación a la mortalidad infantil, ya que influye en la crianza y cuidado del niño. Por otro lado, la instrucción materna es una variable asociada con el nivel socioeconómico de la madre y su núcleo familiar, lo que permite analizar el fenómeno de la mortalidad infantil desde una perspectiva de riesgo asociada a factores sociales.

OBJETIVOS

Evaluar si existe asociación a nivel ecológico entre el nivel educativo de la madre y la reducibilidad de la mortalidad infantil.

Población: NV y muertes menores de un año registradas en 2011, 2012 y 2013 en Argentina.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de diseño ecológico, de asociación. Se emplearon cifras de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud, para 2011-2013. Se calcularon las tasas de mortalidad infantil reducible por 1000 NV y el porcentaje de nacidos vivos de madres con bajo nivel de instrucción, por jurisdicción. Se consideró bajo nivel de instrucción a las madres con primaria incompleta o menor nivel. Se estimó la relación entre la tasa de mortalidad infantil y el porcentaje de nacidos vivos de madres con bajo nivel de instrucción para cada año y para el trienio mediante regresión lineal simple. Se calculó el coeficiente de determinación R², se realizó análisis de la varianza y se calculó el coeficiente de regresión e intervalo de confianza (IC) del 95%.

RESULTADOS

Se observó que en aquellas provincias cuyas madres tenían bajo nivel de instrucción, la tasa de muertes reducibles era más elevada. Por cada punto de aumento del porcentaje de madres con bajo nivel de instrucción aumenta 0,2 por 1.000 la tasa de mortalidad infantil reducible. En los tres años estudiados existió asociación significativa ($p < 0,05$) entre la tasa de mortalidad infantil reducible y el bajo nivel de instrucción de la madre, por lo que se pudieron agrupar en el trienio. Se obtuvo un coeficiente de determinación de 0,3108 para el año 2011; 0,5127 para el 2012; 0,3435 para el 2013 y 0,4818 para el trienio. La mayor tasa que predijo el modelo fue de 8,57 y la menor fue de 5,39, lo que representó un riesgo relativo de 1,59.

CONCLUSIONES

A medida que aumenta la proporción de nacidos vivos cuyas madres tienen bajo nivel de instrucción aumenta la tasa de mortalidad infantil reducible. Dada la importancia de la problemática y teniendo en cuenta que se puede evitar, es recomendable profundizar el análisis e implementar medidas de control.

ESTUDIO EXPLORATORIO EN LÍNEA SOBRE LACTANCIA E INGESTA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES

RPD
246

Pacce M.¹; Agostinho A.²; Sosa P.³; Toca M.⁴; Tabacco O.⁵
CONSULTORIO^{1,2}; HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS^{3,4}; SANATORIO DE NIÑOS DE ROSARIO⁵
<mariasolp@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Una adecuada nutrición en los primeros 1000 días de vida es esencial para que los niños alcancen todo su potencial de crecimiento y desarrollo. Existe evidencia para definir a la lactancia materna (LM) como una forma de alimentación única, con beneficios nutricionales y no nutricionales. Las causas de interrupción de LM, la combinación con otros tipos de leche antes de los 6 meses y las prácticas de alimentación temprana constituyen una información fundamental para plantear intervenciones en salud infantil. Contar con un método simple, accesible, que requiera poco recurso humano y económico podría constituir una herramienta útil para evaluar los patrones alimentarios en forma periódica.

OBJETIVO

Evaluar los patrones de alimentación de niños entre 6 y 12 meses utilizando una encuesta a sus madres a través de internet.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, analítico, de corte transversal. Se incluyeron 301 mujeres con hijos de 6 a 12 meses a quienes se les realizó una encuesta

en línea. Se analizaron variables relacionadas a la madre, al bebe y patrón alimentario.

RESULTADOS

El 56% de las madres vivía en Buenos Aires, el 70% tenía nivel educacional alto, el 78% poseía cobertura médica y un 44% eran menores de 25 años. El 78% de los recién nacidos fueron de término, peso adecuado y no requirieron internación neonatal. El 74% recibió pecho en su primera hora de vida. Un 43% recibió fórmula infantil (FI) antes del alta neonatal sin causa justificada. Si bien el 91% recibió LM, solo el 27% fue en forma exclusiva. El 68% recibió FI y el 21% leche de vaca. El abandono de la lactancia fue en su mayoría por causas evitables. El aporte de LM (exclusiva o no) fue de 89% en las menores de 25 años y de 93% en las mayores, sin diferencia significativa, sin embargo si la hubo con el uso de FI (61% vs 74% respectivamente, con $p < 0,05$). El uso de LM fue mayor en niveles educacionales altos: 86% vs 94% (p).



APLICACIÓN DE LA CIF-IA EN UN CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

Shalom C.¹; Alonso S.²; Benítez Caamaño M.³; Bergues M.⁴; Fucks S.⁵; Impini S.⁶; Magi N.⁷; Mouce N.⁸; Spengler J.⁹; Tomé M.¹⁰
SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<carinashalom@gmail.com>

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, Versión para la Infancia y Adolescencia (CIF-IA) publicada en 2007 por la OMS, surge de la implementación y aplicación de la CIF (2001). Permite registrar las características del desarrollo infantil y las influencias de su entorno. Incorpora 231 categorías nuevas. Proporciona un marco conceptual desde una mirada biopsicosocial y utiliza lenguaje universal para realizar una evaluación integral del perfil de funcionamiento de niños y adolescentes, pudiendo ser utilizada por diversas disciplinas. El funcionamiento del niño no puede ser visto de manera aislada, es un proceso dinámico, que depende de la continua interacción con la familia u otros cuidadores. La Resolución 1328/2006 del Ministerio de Salud de la Nación define Centro Educativo Terapéutico (CET): "aquel que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Dirigido a personas con discapacidad que presenten restricciones importantes en la capacidad de autovalimiento, (...) relación interpersonal, comunicación, cognición y aprendizaje".

OBJETIVOS

Aplicar la CIF-IA para la evaluación integral de niños y adolescentes que concurren a un CET. Conocer las características socio-económicas y demográficas de la población.

POBLACIÓN

46 niños y adolescentes, entre 4 y 18 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal. Se realizó a cada niño y adolescente una evaluación interdisciplinaria. Se tomaron datos de la historia

clínica y aportes de los profesionales del CET.

RESULTADOS

Sexo: Masculino 74%, Femenino 26%. Relación 2,8/1.

Edad: <6 años 4%, 6-11 años 48%, 12-18 años 48%.

Alfabetización: 33% es no aplicable (<10 años, en proceso de aprendizaje y sin poder determinarse el nivel de alfabetización). Del 67% restante que tienen 10 años o más: 77% analfabeto y 23% analfabeto instrumental.

Cobertura de Salud: 100% tiene obra social o prepaga.

Condiciones de salud: predominan Retraso Mental y Trastornos Generalizados del Desarrollo. CIF-IA: en el 100% de los casos se utilizaron categorías nuevas de la CIF-IA. Funciones corporales: Promedio 2 categorías nuevas, las más utilizadas: funciones cognitivas básicas; funciones relacionadas con la predisposición y el funcionamiento intrapersonal y funciones relacionadas con la adaptabilidad. Actividad y participación: Promedio 9 categorías nuevas en los capítulos: Aprendizaje y aplicación del conocimiento, Tareas y demandas generales, Autocuidado, Interacciones y relaciones interpersonales, Áreas principales de la vida. Factores Ambientales: 1 nueva categoría: servicio de educación y formación especial.

CONCLUSIONES

La CIF-IA es útil para la descripción del funcionamiento de niños y adolescentes que concurren a un CET. Se utilizaron categorías nuevas en el 100% de los casos, principalmente en el componente de Actividad y Participación. Al tener un lenguaje universal, una mirada biopsicosocial y la posibilidad de ser empleada por diferentes disciplinas, se sugiere su utilización para la valoración del funcionamiento de niños y adolescentes.

RPD
247

ENTEROVIRUS COMO CAUSANTE DE CONVULSIONES NEONATALES

Nemesio S.¹; Carluccio M.²; Ferrucci G.³; Martínez L.⁴; Melendez N.⁵; Ferreira V.⁶

HOSPITAL MATERNO INFANTIL TIGRE^{1 2 3 4 5 6}

<silnemesio@hotmail.com>

OBJETIVO

Considerar la etiología viral como causante de convulsiones en el periodo neonatal.

INTRODUCCION

Las convulsiones en los recién nacidos (RN) no suelen ser bien definidas, presentan patrones poco organizados y difíciles de diagnosticar. Dentro de las primeras 72 horas de vida son expresión de encefalopatía hipóxico-isquémica, trastornos metabólicos, errores congénitos del metabolismo o de infecciones bacterianas y raramente se ha descrito al enterovirus como agente etiológico.

MATERIAL Y METODOS

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

RNT-PAEG (3280 gr-39 semanas), embarazo controlado, con serologías negativas, parto vaginal, ruptura espontánea de membranas, líquido amniótico claro, apgar 6/9, requiere ventilación a presión positiva en sala de recepción, responde favorablemente y pasa a sector de internación conjunta con su madre. A las 20 hs de vida ingresa a Neonatología por

convulsión tónico clónica generalizada, se impregna con fenobarbital a dosis máxima, quedando con dosis de mantenimiento. Se realizan hemocultivos y punción lumbar y virológico en LCR, se medica empíricamente con Ampicilina- Gentamicina- Aciclovir. Presenta buena evolución clínica sin repetir convulsiones. Con cultivos negativos, se suspende tratamiento antibiótico, continúa con aciclovir hasta resultado PCR-LCR que reporto ENTEROVIRUS positivo, se suspende tanto el antiviral como el anticonvulsivante. El neonato evoluciona favorablemente, sin secuelas neurológicas al momento.

CONCLUSION

La infección neonatal por enterovirus es rara y potencialmente grave. Es importante sospecharla ante la ausencia de otros gérmenes que pueden provocar cuadros similares especialmente durante periodos epidémicos. El diagnóstico retrospectivo es de utilidad en la evolución y seguimiento neurológico del niño, reduciendo el uso de anticonvulsivantes por periodos prolongados.

RPD
248



NEUMONÍA NECROTIZANTE POR SAMR-C SECUNDARIA A CELULITIS DE MIEMBRO INFERIOR

Chavez M.¹; Fernandez G.²; Coelho N.³; Lopez Garces J.⁴; Steinbach M.⁵; Scorzato L.⁶; Montoto M.⁷; Milara M.⁸

HOSPITAL J. M. PENNA^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<maruchavez85@hotmail.com>

RPD
249

INTRODUCCIÓN

Staphylococcus aureus resistente a meticilina adquirido en la comunidad (SAMR-C) es un patógeno emergente que causa infecciones graves en pacientes previamente sanos. Su prevalencia ha ido en aumento en los últimos años. Los focos iniciales son piel y partes blandas, pudiendo generar focos secundarios en otros órganos, siendo los más frecuentes hueso y pulmón, provocando estos un aumento de la morbimortalidad.

OBJETIVO

Reportar caso de Neumonía necrotizante por SAMR-C secundaria a diseminación hematogena con foco primario en piel.

LUGAR Y DISEÑO

Sala de internación pediátrica de Hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Reporte de caso.

CASO CLÍNICO

Paciente sexo masculino de 13 años, sin antecedentes patológicos, presenta 2 semanas previo a su internación una herida cortante en hallux derecho secundaria a traumatismo por lo cual consulta 72 horas posteriores presentando dolor en dicha región, fiebre y dificultad respiratoria, donde se le indica Amoxicilina-Clavulánico cubriendo foco respiratorio. Luego de diez días de evolución, por persistir con la misma sintomatología, decide consultar nuevamente. Se encuentra paciente en regular estado general, febril, con crepitantes bilaterales, hipoventilación de base izquierda; edema de pie y pierna derecha, de 36,5cm de diámetro

(miembro inferior izquierdo de 32cm), impotencia funcional, rubor, calor y hallux con boca de drenaje espontáneo; soplo sistólico 2/6. Rx tórax demuestra infiltrado difuso bilateral con múltiples focos de consolidación y borramiento de seno costofrénico izquierdo. Ecografía pleural constata derrame pleural izquierdo no tabicado de 50 cm³. Tomografía computada de tórax: imágenes hiperdensas diseminadas de características heterogéneas, infiltrado algodonoso, derrame pleural izquierdo, imágenes de bordes espiculados y algunas con niveles hidroaéreos. Se descartan vegetaciones intracardíacas por Ecocardiograma. Ecografía abdominal y fondo de ojo descartan otros focos profundos por SAMR-C. Presenta leucocitosis inicial de 33700/mm³ (polimorfonucleares 91%). PPD y serología HIV resultan negativas. Hemocultivos x2 y cultivo de lesión positivos para SAMR-C. Recibe tratamiento antibiótico con Vancomicina 2gr/día 10 días y Gentamicina 5 mg/kg/día 5 días. Hemocultivos x2 en 6º día de internación resultan negativos, confirmando efectividad terapéutica. Presenta evolución favorable durante sus 12 días de internación. Se efectúa egreso hospitalario con Clindamicina 30mg/kg/día vía oral a cumplir 21 días de tratamiento antibiótico total.

CONCLUSIONES

Debido a su epidemiología, SAMR-C es un agente que debe tenerse en cuenta como etiología probable de Neumonía adquirida de la comunidad, aún en pacientes previamente sanos. Es necesario resaltar la importancia de la búsqueda de puertas de entrada en el examen físico, para poder lograr así un tratamiento efectivo precoz.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE INCONTINENCIA PIGMENTARIA EN PEDIATRÍA

Chuit M.¹; Sanchez C.²

HOSPITAL ITALIANO^{1,2}

<florchuit@hotmail.com>

RPD
250

INTRODUCCIÓN

La incontinencia pigmentaria es una rara enfermedad ligada al cromosoma X de carácter autosómico dominante, letal en la mayoría de los varones intraútero y con expresión variable en mujeres. El gen involucrado en la fisiopatología de la enfermedad está mapeado en Xq28. Las mutaciones en NEMO/IKK producen el fenotipo de la enfermedad. También llamada enfermedad de Bloch-Sulzberger. Presenta lesiones cutáneas que clásicamente se dividen en 4 estadios: vesicular, verrugoso, hiperpigmentado y atrófico.

OBJETIVO

Presentación un caso clínico de incontinencia pigmentaria, dada su baja incidencia en la población. Exponer una rara complicación cerebrovascular de la misma. Plantear diagnósticos diferenciales, realizar un breve resumen de su manejo.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de dos años de edad, con diagnóstico de IP desde las 15 ddv. en seguimiento por el servicio de pediatría de un hospital de la ciudad de Buenos Aires.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se presenta una paciente de sexo femenino que comienza a los 15 ddv. con lesiones cutáneas de tipo vesiculosas sobre placa eritematosa y costras milicéricas. Se plantean como diagnósticos diferenciales patología infecciosa, lesiones benignas y autolimitadas del recién nacido vs genodermatosis. Dada las características clínicas, la evolución de las lesiones y el antecedente de patología materno, se realiza diagnóstico de Incontinencia Pigmentaria. La paciente no presentó complicaciones hasta los 2 meses de vida cuando comienza con convulsiones tónico-clónicas generalizadas con EEG patológico y RMN de cerebro con lesiones isquémicas, descritas como complicación inusual de la enfermedad. La paciente actualmente de 2 años de edad, desde el aspecto neurológico evoluciono favorablemente sin nuevos eventos cerebrales ni convulsiones. Desarrolló lesiones cutáneas compatibles con los 3 estadios típicos de la enfermedad. Presenta también otras complicaciones frecuentes como pelo ralo, hipodontia, mama supernumeraria, eosinofilia transitoria y crecimiento armónico dentro del percentilo 3. Continúa en seguimiento interdisciplinario con controles de pediatría, neurología, dermatología, hematología, oftalmología y genética.

LINFHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA, LA COMPLEJIDAD DE UN DIAGNÓSTICO

Escalante R.¹; Marino A.²; Lotto P.³; Caniglia J.⁴; Bocanera J.⁵; Villalba S.⁶; Tomasino F.⁷; Galicchio M.⁸; Flynn L.⁹; Zirone S.¹⁰

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<romisc@hotmail.com>

**POB
252**

INTRODUCCIÓN

La linfocitosis hemofagocítica (LHH) es una entidad multicausal, caracterizada por proliferación generalizada, no maligna, de histiocitos con importante actividad hemofagocítica. Se manifiesta con 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

CASO CLÍNICO

Paciente de 50 días, eutrófico, correctamente 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, médula ósea, orina y líquido cefalorraquídeo (todos PCR + a CMV). Biopsia de médula 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), todos normales. Se asume cuadro como LHH secundario a infección congénita por CMV, inicia protocolo HLH 04 (Dexametasona, Etopósido, Ciclosporina) y gammaglobulina EV, suspendido por mejoría del paciente. Realizó tratamiento antiviral con Ganciclovir, luego con Valganciclovir. 2 meses después reingresa por síndrome febril, acompañado de aumento de carga viral de CMV y reuniendo criterios de LHH, por lo que recomienza protocolo HLH 04; y tratamiento con Foscarnet EV. Agrega síndrome convulsivo, evidenciándose calcificaciones en ganglios de la base y occipitales, y retinitis. A pesar de las medidas instauradas el paciente fallece.

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.

EDEMA EN EL LACTANTE: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Rosso M.¹; Distefano V.²; Martín G.³; Saretto C.⁴; Gutierrez M.⁵; Picadaci M.⁶; Perez S.⁷

CLINICA LA PEQUEÑA FAMILIA^{1 2 3 4 5 6 7}

<maru_rosso80@hotmail.com>

**RPD
253**

INTRODUCCION

El edema es una acumulación excesiva de líquido intersticial. Puede ser el resultado del aumento de la presión oncótica capilar o disminución de la concentración plasmática de proteína. Esta última puede deberse a aumento de pérdidas, aporte disminuido o trastorno del flujo linfático. Clínicamente se puede clasificar en localizado y generalizado. En el edema generalizado, la acumulación de líquido se distribuye por áreas más extensas del cuerpo, frecuentemente con significativo ascenso de peso, pudiendo llegar a la situación clínica de anasarca, en que se observa un edema generalizado que incluye derrame pleural y ascitis. El edema localizado, se origina a partir de un trauma o inflamación local, por obstrucción del flujo venoso o disminución del drenaje linfático de un área.

OBJETIVO

Presentación de paciente con edema generalizado.

CASO CLINICO:

Paciente masculino de 40 días de vida, consultó por presentar edema periorbitario, que a las 48 hs agregó edema en 4 miembros por lo que se interna para estudio. Deposiciones esteatorreicas.

Ex Físico: edema bpalpebral y en 4 miembros, abdomen globuloso.

Laboratorio: HTO: 35.7%; Hb: 8.2 g/dl; GB: 11400 mm³ (40/57); Pla: 617000/mm³; PT: 3.5 g/dl; Alb: 2,2 g/dl.

Orina de 24 hs: Diuresis: 200ml; Prot U: 0.05 gr/l Cru: 7 mg%; Nau: 29 mEq/l; Pu: 17 mEq/l;

Rx de tórax: normal. Ecocardiograma: FOP, Ductus en vía de cierre

Ecografía abdominal: escasa cantidad de líquido abdominal en FID.

Screening neonatal para FQ: negativo

Clearance de Alfa1Antitripsina: 40ml/ 24hs (N:20)

Fibroendoscopia gastroduodenal: se observa mucosa duodenal de aspecto lechoso e imágenes en copo de nieve.

Anatomía patológica: marcada dilatación de los vasos linfáticos patognomónica de la linfangiectasia intestinal.

CONCLUSIÓN

La linfangiectasia intestinal es una causa inusual de enteropatía perdedora de proteína que puede ser primaria o secundaria.

La primaria o congénita se caracteriza por la dilatación de los vasos linfáticos y el paso de linfa hacia la luz intestinal con pérdida crónica de proteínas, grasas, linfocitos e inmunoglobulinas.

Se manifiesta clínicamente con diarrea, edema de extremidades y ascitis.

El aumento en la presión en los vasos linfáticos provoca extravasación de la linfa con acumulación de líquido rico en quilomicrones en la cavidad peritoneal, lo que explica la ascitis que presentó el paciente. Como consecuencia de la malabsorción de nutriente, la diarrea crónica y la enteropatía perdedora de proteínas, determina desnutrición severa.

La mayoría de estos pacientes presentan hipoalbuminemia, hipocacemia, linfopenia e hipogammaglobulinemia como hallazgo en laboratorio.

Tratamiento: sustitutivo con seroalbumina y gammaglobulina, dieta hiperproteica e hipograsa (triglicéridos de cadena mediana)

A modo de resumen, dentro de las causas que cursan con diarrea, hipoalbuminemia y edema en lactante, descartar en primera instancia intolerancia a la proteína de la leche de vaca o soja ya que esta patología es más prevalente que la que presentó nuestro paciente.



DESORDENES DE LA DIFERENCIACION SEXUAL: DIAGNÓSTICO MOLECULAR DEL GEN SRY

POB
254

Pott Godoy M.¹; Pavón S.²; Guillamondegui M.³; Sadler S.⁴

HOSPITAL PEDIÁTRICO "DR. HUMBERTO J. NOTTI"^{1,2,3,4}

<cpottgodoy@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los desordenes de la diferenciación sexual (DSD) constituyen un amplio espectro de condiciones congénitas en las cuales el desarrollo del sexo anatómico, gonadal, cromosómico o génico es atípico. Su frecuencia es inferior a 1/2000 RN vivos y pueden expresarse hasta la pubertad. Su etiología es mayoritariamente genética. El cromosoma Y normalmente es portador del gen SRY (Sex Region Y), capaz de determinar la diferenciación a testículo de la gónada indiferenciada del embrión. Es el gen más importante en la cascada de regulación y se localiza en el brazo corto del cromosoma Y.

OBJETIVOS:

Confirmar por técnicas moleculares la presencia o ausencia del gen SRY, principal determinante en el cromosoma Y de la diferenciación testicular. Comparar los resultados del estudio cromosómico (presencia o ausencia de cromosoma Y) con el estudio molecular.

Colaborar con el equipo interdisciplinario en el diagnóstico de DSD.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudiaron 15 pacientes de la Sección de Genética Clínica que presentaron DSD a partir de la puesta a punto de esta determinación en Febrero de 2014. Se procedió a extraer el ADN de cada muestra y posteriormente se amplificó un fragmento de 477 pb con cebadores específicos para SRY.

Durante la amplificación se agregó un par de cebadores como control interno de amplificación. Los productos amplificados se corrieron en un gel de agarosa al 3%. Las bandas se visualizaron bajo luz ultravioleta. Se entregaron los resultados dentro de un límite máximo de 7 días.

RESULTADOS:

De los 15 pacientes estudiados con trastornos de DSD, 10 dieron positivo para la detección del gen SRY. Hubo coincidencia en la determinación del sexo entre cariotipo y estudio molecular. En los 5 pacientes restantes el cariotipo aún está en proceso.

CONCLUSIONES:

Los trastornos de la diferenciación sexual constituyen un problema serio y complejo en la práctica médica. Los que se manifiestan al nacer requieren de una atención en centros de alta complejidad y la constitución de un equipo interdisciplinario con el valioso aporte de prácticas de laboratorio especializadas para optimizar el manejo del paciente y su familia en la urgencia, el mediano y largo plazo.

Aunque el estudio cromosómico es obligatorio en la búsqueda etiológica de DSD, la determinación del gen SRY es una herramienta complementaria del cariotipo porque brinda información imprescindible para el diagnóstico y el pronóstico.

MARCADOR MOLECULAR PHOX2B: VALOR PRONOSTICO Y DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON NEUROBLASTOMA

POB
256

Pott Godoy M.¹; Sarabia M.²; Nalda G.³; Drago G.⁴; Herón A.⁵; Casas E.⁶; Sadler S.⁷

HOSPITAL PEDIÁTRICO "DR. HUMBERTO J. NOTTI"^{1,2,3,4,5,6,7}

<cpottgodoy@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Neuroblastoma (NBT) es el tumor (Tu) sólido extracraneal más común en la infancia. Aproximadamente el 70% de los pacientes presentan enfermedad metastásica al momento del diagnóstico; el compromiso de médula ósea (MO) es el más frecuente. Esto le confiere una baja sobrevida, por lo que se han evaluado distintos factores pronósticos como: edad, localización, histología, amplificación N-myc, deleción 1-p y recientemente PHOX2B, que permiten estratificar a los pacientes y adecuar la terapéutica según los diferentes grupos de riesgo.

El PHOX2B es un gen que está expresado exclusivamente en el sistema nervioso autónomo y su identificación se utiliza para diagnóstico de NBT, resultando positivo en un 95% de los casos, así como en el seguimiento de la Enfermedad Mínima Residual (EMR). Su detección es de suma importancia ya que es una herramienta más sensible que la citología, cuyo límite de detección es menor a 0,1%.

OBJETIVOS:

- Identificar por técnicas moleculares la presencia de PHOX2B en muestras de Tu y de MO de pacientes con sospecha de NBT.
- Realizar el seguimiento de la EMR para monitorear la respuesta al tratamiento.
- Estudiar la correlación entre el resultado obtenido, la evolución clínica y la presencia de eventos adversos.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se estudiaron 3 pacientes del Servicio de Oncología desde la puesta a punto en 09/2014. Un paciente continúa en tratamiento.

Se extrajo ARN de las diferentes muestras. Se realizó la retrotranscripción del ARN y luego se efectuó una amplificación mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) con cebadores para PHOX2B. Los productos de PCR se corrieron en un gel de agarosa al 3%. Las bandas se visualizaron bajo luz ultravioleta.

RESULTADOS:

La detección molecular de PHOX2B en muestras del Tu y de MO de dos pacientes al diagnóstico dio positivo. No se realizó el estudio de la EMR durante el tratamiento ya que ambos pacientes fallecieron en forma precoz. La muestra de MO del paciente en tratamiento dio negativo siendo la citología positiva.

CONCLUSIONES:

Los avances en el campo de la Biología Molecular de los tumores sólidos pediátricos, en especial el descubrimiento de marcadores moleculares específicos, han sentado las bases para la implementación de nuevas herramientas diagnósticas. La identificación de PHOX2B como marcador específico y sensible para NBT, permite su utilización tanto al diagnóstico como durante el seguimiento de la EMR.



VALOR PRONOSTICO DE FLT3 EN LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA

Pott Godoy M.¹; Calvo C.²; Senosiain L.³; Martín L.⁴; Chiquini Y.⁵; Hernández N.⁶; Arbesú G.⁷; Sadler S.⁸

HOSPITAL PEDIÁTRICO "DR. HUMBERTO J. NOTTI"¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

<cpottgodoy@gmail.com>

POB
257

INTRODUCCIÓN:

El gen FLT3 es un receptor transmembrana perteneciente a la familia de los Receptores Tirocin-Quinasa Clase III. Cumple un rol fundamental en el desarrollo normal de las células madre y del sistema inmune. Se han detectado mutaciones en aproximadamente un 30% de los pacientes con Leucemia Promielocítica Aguda (LPA). Estas mutaciones consisten en una mutación puntual D835 o en una duplicación interna en tándem (ITD). Algunos autores postulan que los pacientes con mutaciones en FLT3 tienen un fenotipo más agresivo aunque el valor pronóstico de las mismas es aún controversial.

OBJETIVOS:

- Identificar por técnicas moleculares la presencia de las mutaciones ITD y D835 en muestras de MO de pacientes con LPA.
- Estudiar la correlación entre el resultado obtenido y la presencia de un fenotipo más agresivo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se estudiaron 4 pacientes con LPA del Servicio de Hematología Clínica desde Febrero de 2009 hasta Marzo de 2015. Se extrajo el ARN total de las diferentes muestras. Luego se realizó la retrotranscripción del ARN para generar el ADN copia. A partir del mismo se efectuó una ronda de

amplificación mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) con cebadores específicos para ITD y D835. Los productos de amplificación de D835 fueron cortados con la Enzima de Restricción EcoRV. Todos los productos de PCR se corrieron en un gel de agarosa al 3% teñido con bromuro de etidio. Las bandas obtenidas se visualizaron bajo luz ultravioleta.

RESULTADOS:

Se identificó la mutación ITD en uno (1) de los cuatro (4) pacientes estudiados mientras que la mutación D835 no fue hallada en ningún paciente. La presencia de la mutación mostró asociación con la cantidad de leucocitos al diagnóstico y con la isoforma BCR3 de la LPA. No se observaron diferencias en cuanto al recuento de plaquetas, % de hemoglobina o predominio de sexo.

CONCLUSIONES:

La importancia clínica de la identificación de las mutaciones en FLT3, con alta frecuencia en LPA, radica en la posibilidad de establecer a este gen como un importante blanco para el desarrollo de nuevos tratamientos específicos, como los inhibidores de FLT3 recientemente desarrollados.

ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN DURANTE EL EMBARAZO: EVALUACIÓN DEL PERFIL DE SEGURIDAD

Katz N.¹; Perez Carrega M.²; Neyro S.³; Juárez M.⁴; Rancaño C.⁵; Elbert G.⁶; Sagradini S.⁷; Stecher D.⁸; Vizzotti C.⁹

DINACEI¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

<nkatz@dinacei.msal.gov.ar>

POB
258

INTRODUCCIÓN

Con el objeto de priorizar la estrategia de inmunización materna, Argentina incorporó en el 2011, la vacuna antigripal al Calendario Nacional (CN) e implementó la vacunación contra tos convulsa en el año 2012. El sistema de vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación e Inmunización (ESAVI) es pasivo. La Comisión Nacional en Seguridad en Vacunas, ente asesor independiente, tiene como función colaborar con las autoridades en el análisis de los ESAVI.

OBJETIVOS

Evaluar el perfil de seguridad de la vacunación en embarazadas (antigripal y triple bacteriana acelular -dTpa) entre 2011-2014.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de ESAVI asociados a vacuna antigripal y dTpa en embarazadas, durante los períodos 2011-2014 y 2012-2014 respectivamente. Se analizaron los datos disponibles del sistema de vigilancia de ESAVI. Se utiliza la clasificación de ESAVI de OMS. Tasas calculadas sobre 100.000 dosis aplicadas.

RESULTADOS

Desde la incorporación al CNV en 2011, se aplicaron 1.422.059 dosis de vacuna antigripal en embarazadas, con coberturas del 88% durante 2011 y mayores al 95% en los años siguientes. En este período se notificaron

10 ESAVI (tasa 0.7) de los cuales 4 eventos fueron asociados a la vacuna en forma leve (tasa 0,28) y 5 fueron errores programáticos (tasa 0,35). Se reportó una parálisis aguda flácida ascendente clasificada como no concluyente por falta de estudios complementarios.

Desde 2012, se administraron 1.347.649 dosis de vacuna dTpa en embarazadas, con coberturas de 50,9%, 67,1% y 66,2% en 2012, 2013 y 2014 respectivamente. Se notificaron 22 ESAVI en este período (tasa 1.63), 7 leves relacionados a la vacuna y 1 evento coincidente. No hubo eventos graves ni fatales notificados. El 63% fueron errores programáticos (tasa 1.04), los más frecuentes fueron administración antes de la edad gestacional recomendada y revacunación; ninguno presentó síntomas.

CONCLUSIONES

Ambas vacunas presentaron un adecuado perfil de seguridad no reportándose ningún efecto adverso grave desde la implementación de la estrategia en embarazadas. El sistema de vigilancia es sensible y oportuno. La evaluación de los casos permite demostrar un adecuado perfil de seguridad y dar respuesta a situaciones críticas y rumores. Es fundamental promover la notificación de los ESAVI para poder tomar decisiones basadas en la evidencia y difundir los resultados, manteniendo el compromiso del equipo de salud y la confianza de la población en las vacunas.



INMUNIZACIÓN MATERNA COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN EL LACTANTE

POB
259

Neyro S.¹; Katz N.²; Juárez M.³; Perez Carrega M.⁴; Aquino A.⁵; Rancaño C.⁶; Elbert G.⁷; Sagradini S.⁸; Vizzotti C.⁹

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

<nathaliakatz@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La vacunación antigripal y contra tos convulsa es una prioridad dentro de la estrategia integral del cuidado de la embarazada y el lactante en Argentina. En el año 2011 se incorporó la vacuna antigripal al Calendario Nacional (CN) y se recomendó en 2012 la triple bacteriana acelular (dTpa) en embarazadas, incorporándose al CN en 2013, con el objetivo de disminuir las complicaciones y muerte por estas enfermedades.

OBJETIVOS:

Describir la estrategia nacional de vacunación antigripal 2011-2014 y contra tos convulsa 2012-2014 durante el embarazo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo. Se analizaron coberturas de vacunación notificadas por las jurisdicciones entre 2011-2014 a través de Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y Registro Nominalizado de Vacunación (NomiVac). Se analizaron datos de mortalidad y letalidad a partir de los informes oficiales de las Jurisdicciones. Se analizaron datos de seguridad a través de la notificación pasiva de eventos adversos.

RESULTADOS:

Desde su incorporación al CN en 2011 y hasta 2014 inclusive, se aplicaron 1.422.059 dosis de vacuna antigripal en embarazadas. Las vacunas antigripales provistas fueron inactivadas, trivalentes y sin adyuvantes.

Las coberturas de vacunación antigripal durante estos 4 años fueron 88% durante el año de la introducción y mayores al 95% los años siguientes. No se registraron fallecimiento por influenza en embarazadas oportunamente vacunadas en estos 4 años. En 2012 se recomendó la vacunación con dTpa para embarazadas luego de la semana 20 de gestación, se incorporó al CN en 2013. Se aplicaron 1.347.649 de dosis entre 2012-2014. Las coberturas de dTpa en 2012, 2013 y 2014 fueron 50,9%, 67,1% y 66,2% respectivamente. Comparando los años 2011 y 2014, la letalidad por Coqueluche se redujo 60,3% mientras que el número de fallecidos se redujo un 92%. No hubo eventos graves ni fatales notificados para ambas vacunas.

CONCLUSIONES:

Argentina logró jerarquizar la política de vacunación de la embarazada, alcanzando coberturas satisfactorias en las vacunas priorizadas durante esta etapa de la vida. Ambas vacunas demostraron un perfil adecuado de seguridad. Desde 2012 se evidenció una tendencia descendente de la mortalidad por coqueluche y no hubo muertes por gripe en vacunadas. Nuestro país se convirtió en el primer país de Latinoamérica en disponer de una estrategia de vacunación contra la tos convulsa en forma universal y se consolidó como ejemplo de vacunación antigripal en la región.

COMPLICACIONES DE NEUMONÍA AGUDA EN SALA DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL POLIVALENTE DE LA CIUDAD DE ROSARIO

POB
260

Tabacman G.¹; Blanco A.²; Gorosito M.³; Librici E.⁴; Martín M.⁵; Melvin G.⁶; Semmere D.⁷

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

<galiataba@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Neumonía Aguda se define como infección del parénquima pulmonar, con signos clínicos de fiebre y afectación respiratoria, asociada a la existencia de infiltrado pulmonar característico en la radiografía de tórax; susceptible de padecer complicaciones agudas: Supuración Pleuropulmonar, en sus diferentes estadios; Neumonía Necrotizante y Absceso Pulmonar.

OBJETIVOS:

Describir la evolución y aparición de Complicaciones Agudas de pacientes internados por Neumonía en nuestra Sala de Pediatría en el transcurso de un año.

POBLACIÓN:

Pacientes con edad de 1 mes a 15 años y 11 meses que se internaron con diagnóstico de Neumonía Aguda en Sala de Pediatría de Hospital Centenario de Rosario entre los meses de mayo 2014 a abril de 2015 inclusive.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Revisión de historias clínicas registradas de dicha población.

RESULTADOS:

De un total de 67 pacientes internados con diagnóstico de Neumonía Aguda, se registraron complicaciones en 17 de ellos, representando el 25% de los mismos, siendo la más frecuente de ellas la Supuración Pleu-

ropulmonar (10 casos), seguida por Neumonía Necrotizante (4 casos) y por último Absceso Pulmonar (3 casos). Solamente 1 paciente presentó antecedentes perinatológicos de jerarquía, y 14 de ellos antecedentes de Bronquitis Obstructiva Recidivante. En cuanto a rescates etiológicos, solamente 2 presentaron Hemocultivos positivos Streptococo Pneumoniae, 1 contaminados; y se recibieron 3 IgM positivas a Mycoplasma Pneumoniae. Con respecto a la edad de presentación, solamente un paciente fue menor de 12 meses, siendo la edad de mayor presentación 9 años y 8 meses; solamente 1 paciente de los observados presentaba vacunación incompleta y 5 de ellos no recibieron lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida, ni inclusión de alimentación complementaria oportuna y acorde.

CONCLUSIONES:

De lo observado podemos inferir que el porcentaje de complicaciones fue de 25% de los casos, de los cuales la Supuración Pleuropulmonar representó el 59 %, la Neumonía Necrotizante el 23% y el Absceso Pulmonar 18%. Se presentaron en 94% en mayores de 12 meses, 94% de ellos correctamente inmunizados; 29% de ellos con historia alimentaria desfavorable, Hemocultivos positivos en el 12 % de los casos, e IgM para Mycoplasma Pneumoniae positivo en muestra de sangre periférica en 18% de los mismos.

**MAL PROGRESO DE PESO E HIPOTONÍA EN LACTANTE CON DÉFICIT DE VITAMINA B12. INFORME DE UN CASO**RPD
261Tornatore M.¹; Rojo G.²; Kamenjarin A.³; Fernie M.⁴HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4}

<belentornatore@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En la práctica clínica encontramos pacientes con mal progreso de peso de forma frecuente. El desafío es buscar signos y síntomas acompañantes para llegar a un diagnóstico e iniciar la terapéutica adecuada. La vitamina B12, es una vitamina hidrosoluble, que interviene en dos reacciones esenciales en los seres vivos: la síntesis de metionina y la conversión del metilmalonilCoA a succinilCoA. Cualquier alteración en estos pasos metabólicos puede producir defectos del metabolismo caracterizados por la homocistinuria, aciduria metilmalónica o ambos. Es conocida la asociación entre madres vegetarianas y pacientes con déficit de vitaminas. Sin embargo, esto puede presentarse en madres sin dicho antecedente, dificultando aún más el diagnóstico.

OBJETIVOS:

Incorporar como posible causa de mal progreso de peso en lactantes el déficit de vitamina B12, como consecuencia de una deficiencia materna de dicha vitamina.

POBLACIÓN:

Paciente femenina de 2 meses de edad, alimentada con lactancia exclusiva, madre obesa con alimentación variada. Es derivada a la guardia por pediatra de cabecera por mal progreso de peso.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se estudia paciente de 2 meses en el servicio de Pediatría del Hospital Británico de Buenos Aires, donde se realizan pruebas de laboratorio y estudios por imágenes. Es evaluada por distintos especialistas.

RESULTADOS:

Al examen físico se evidencia palidez con leve ictericia, soplo sistólico y síntomas neurológicos (retraso de pautas madurativas e hipotonía axial). En el laboratorio se encuentra anemia y plaquetopenia, llegando posteriormente al diagnóstico de déficit de vitamina B 12. Se realiza tratamiento con franca mejoría clínica.

CONCLUSIONES:

Además de las manifestaciones hematológicas, y sus consecuencias nutricionales en los niños, el cerebro del lactante es muy susceptible al daño producido por el déficit de vitamina B 12. Los pacientes diagnosticados antes de los 10 meses tienen mejor pronóstico, por lo tanto la estrategia del pediatra debe dirigirse a prevenir principalmente la deficiencia en las mujeres embarazadas y en período de lactancia. Cuando dicha prevención no ha estado presente, el pediatra debe reconocer esta entidad rápidamente para tratar cuanto antes al paciente. Lo cual será posible si tenemos presente esta posibilidad diagnóstica de forma más frecuente.

EPIDEMIOLOGÍA DE COQUELUCHE EN ARGENTINA EN LOS PERIODOS PRE Y POST VACUNACIÓN CON TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (DTPA) EN EMBARAZADAS.POB
262Juarez M.¹; Romanin V.²; Califano G.³; Neyro S.⁴; Sagradini S.⁵; Katz N.⁶; Rancaño C.⁷; Aquino A.⁸; Vizzotti C.⁹DINACEPI^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<mavijuarez@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En 2011 se registró la mayor mortalidad por coqueluche en Argentina desde 1980. Dado que el 95% fueron menores de 6 meses, se implementó como estrategia complementaria a desde el año 2012 la vacunación con dTpa en las embarazadas luego de la 20ª semana de gestación. En el año 2013 esta estrategia se incorporó al Calendario Nacional.

OBJETIVOS:

Describir la morbi-mortalidad por coqueluche en el período 2011-2014 y determinar si hubo cambios en la misma desde el inicio de la vacunación con dTpa en las embarazadas. Describir las coberturas con dTpa en las embarazadas 2012-2014.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, transversal. Se analizaron los casos confirmados de Coqueluche entre 2011-2014 a través de los datos obtenidos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Se analizaron datos de mortalidad y coberturas de vacunación a partir de los informes oficiales de las Jurisdicciones. Se tomó como punto de corte para comparar los periodos pre y post-vacunación el 1º de abril de 2012 (fecha de nacimiento).

RESULTADOS:

Entre 2011-2014 se confirmaron 6417 casos y 124 fallecimientos por Coqueluche (letalidad 1,9%).

Morbimortalidad por coqueluche en Argentina, 2011-2013.

Años	Casos <1 año	Casos total	Incidencia <1 año (%)	Incidencia	Fallecidos embarazadas	Cobertura dTpa
2011	2821	2355	7,0	311,4	76	-
2012	1923	1510	4,8	199,7	32	50,9
2013	1112	895	2,8	118,4	10	67,1
2014	561	429	1,4	56,7	6	66,2

Los fallecidos presentaron las siguientes características: 89% (115/124) menores de 6 meses; 63% no había recibido ninguna dosis de vacunación antipertussis por edad. En el periodo pre-vacunación se confirmaron 3662 casos y 100 fallecidos de coqueluche (letalidad 2,7%). En el post-vacunación se confirmaron 2755 casos y 24 fallecimientos (letalidad 0,9%). La comparación de la letalidad entre ambos periodos mostró una reducción de la letalidad de 68,1% (IC95%=50.2-79.6%;p=0,000).

CONCLUSIONES:

La incidencia y la mortalidad por coqueluche desde 2012 mostraron una disminución. La comparación de la letalidad por coqueluche entre los periodos pre y post-vacunación con dTpa en la embarazada mostró una reducción significativa. Las coberturas en embarazadas resultaron satisfactorias. La vigilancia epidemiológica brinda información relevante para el monitoreo y definición de estrategias de vacunación.



FIBROMA OSIFICANTE JUVENIL AGRESIVO

Santini C.¹; Bande A.²; Verini A.³; Guerrini M.⁴; Gandolfi G.⁵; Vedire C.⁶; Abramovich N.⁷

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - FACULTAD DE MEDICINA - UBA^{1,2,3,4,5,6,7}

<cesantini@gmail.com>

RPD
263

INTRODUCCIÓN:

El fibroma osificante juvenil es una neoplasia ósea benigna característica del esqueleto cráneo-maxilo-facial constituida por tejido conectivo fibroso. Es poco frecuente, representando menos del 5% de las neoplasias óseas.

Generalmente de crecimiento lento, asintomático, no encapsulado, bien delimitado, de conducta agresiva y recidivante. Invade localmente y puede alcanzar gran tamaño. No tiene predilección por sexo, pero sí por edad, afectando a menores de 15 años (79%).

Se localiza con mayor frecuencia en el maxilar superior (90%), y puede abarcar senos paranasales y huesos orbitarios generando asimetría facial, exoftalmia y obstrucción nasal.

El diagnóstico se realiza a través de anatomía patológica siendo característica la presencia de un estroma de tejido conectivo fibroso denso con cantidades variables de hueso metaplásico y tejido mineralizado. No existen reportes sobre transformaciones malignas.

El tratamiento es quirúrgico y el pronóstico es incierto debido a la alta tasa de recidiva (25-58%).

REPORTE DE CASO:

Paciente de 13 años de edad, sexo masculino, sin antecedentes patológicos previos comenzó en agosto de 2012 con insuficiencia ventilatoria nasal progresiva asociado a estrabismo en ojo izquierdo. Se realizó TAC de macizo craneofacial (MCF) que evidenció lesión expansiva que comprometía senos paranasales y órbita izquierda. Se confirmó diag-

nóstico con biopsia de la lesión que informó "fibroma osificante juvenil psamomatoso agresivo".

Se realizó cirugía resectiva en marzo del 2013 por Servicio de ORL vía Cirugía Endoscópica Rino-Sinusal (CERS), con resección incompleta de la lesión. Siete meses después se constata por clínica y TAC recidiva tumoral, por lo que se llevó a cabo una segunda intervención quirúrgica (CERS), nuevamente, con resección parcial de la lesión. Al año de realizada la primera intervención quirúrgica presentó una segunda recidiva por lo que en marzo de 2014 se derivó a Hospital de Clínicas "José de San Martín" donde se realizó la tercer exéresis tumoral de forma interdisciplinaria por servicios de Neurocirugía y ORL infantil, con resección completa de la lesión.

OBJETIVO:

Presentar un caso clínico de una entidad poco frecuente, aunque agresiva, con alta tasa de recidiva y gran morbilidad, cuya intervención a decuada, precoz y de forma interdisciplinaria brinda un mejor pronóstico y calidad de vida al paciente.

CONCLUSIÓN:

El fibroma osificante es una neoplasia osteofibrosabénigna, poco frecuente, que se presenta predominantemente en la población infantil. No suele causar síntomas, es de crecimiento rápido, comportamiento agresivo y tiene gran tendencia a la recurrencia.

PACIENTE CON SÍNDROME DE EVANS ASOCIADO A LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA

Diaz F.¹; Calvi J.²; Lombardo F.³; Bickham D.⁴; Finamore N.⁵

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

<fedes_diaz@hotmail.com>

RPD
264

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Evans (SdE), se define como la combinación de anemia hemolítica con prueba de Coombs directa positiva con la presencia de trombocitopenia inmunológica sin explicación aparente. Por otra parte, existe cierta asociación entre algunas enfermedades y la aparición de este síndrome, como la presencia de anticuerpos antifosfolípido, la enfermedad de Hodgkin, Leucemia Linfóide Crónica, Leucemia de Células Velloso, así como en el Lupus Eritematoso Sistémico. Las Leucemias son los tumores malignos más frecuentes de la infancia y representan un 41% de todas las neoplasias malignas en niños menores de 15 años. En el caso de la Leucemia Linfóide Aguda (LLA), el aumento de producción de linfocitos B y T anormales, que infiltran la médula ósea, limitan el espacio para la síntesis de glóbulos rojos y plaquetas, generando anemia y trombocitopenia. En la bibliografía consultada no hay casos reportados de SdE asociado a LLA.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Niño de 4 años de edad, que ingresa presentando dolor abdominal, fiebre, adinamia, astenia, dificultad para la marcha, con regular actitud alimentaria y fiebre de 15 días de evolución. Se realizan Radiografía de tórax y abdomen sin particularidades, el laboratorio presenta: anemia hematocrito:18.3% Hemoglobina :5.8 gr/dl plaquetopenia:45.600/mm³ y

leucocitosis: 24.000/mm³, se indica transfusión de glóbulos rojos, previo frotis y serologías siendo todas negativas. Ante sospecha de sepsis, se toman hemocultivos (negativos) y se medica con ceftriaxona y clindamicina. Se realizan Radiografía y Resonancia de caderas presentando aumento de líquido intrarticular, diagnosticándose sinovitis transitoria de cadera. Se solicita prueba de Coombs, y siendo esta positiva, se sospecha Síndrome de Evans asociado a patología autoinmune, por lo que se realiza screening reumatológico (normal). Dado que la patología tumoral es más frecuente, es evaluado por Servicio de Onco-Hematología de Hospital Pediátrico, le realizan la PAMO, y se diagnostica Leucemia Linfóide Aguda tipo B, continuando seguimiento y tratamiento específico en dicho Hospital.

OBJETIVOS:

Presentar un caso de anemia severa autoinmune, con prueba de Coombs + y plaquetopenia compatible con diagnóstico de Síndrome de Evans asociado a Leucemia Linfóide Aguda tipo B.

CONCLUSIONES:

Ante la presencia de niño con anemia severa con Coombs + y plaquetopenia compatible con Síndrome de Evans, se debería descartar tanto enfermedades autoinmunes como patologías oncológicas.



LACTANTE FEBRIL, CARACTERÍSTICAS

Laffont C.¹; Ferrucci G.²; Festino R.³; Stegmann A.⁴; Ferreira V.⁵

HOSPITAL MATERNOINFANTIL DE TIGRE^{1,2,3,4,5}

<karolaffont@hotmail.com>

RPD
265

INTRODUCCIÓN:

La fiebre continúa siendo una de las causas más frecuentes de visita a los servicios de urgencias pediátricas.

OBJETIVOS

- 1) Determinar las características de presentación de los niños ingresados a nuestro servicio con el diagnóstico de lactante febril sin foco
- 2) Revisión bibliográfica y comparación con nuestra casuística de Lactante febril sin foco

DISEÑO:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

POBLACIÓN:

Pacientes de 1 mes a 3 meses, internados en sala pediátrica del Htal Materno Infantil de Tigre, en el periodo de 1 de Junio del 2013 al 31 de mayo 2014, que el motivo de consulta a la guardia haya sido fiebre.

MATERIAL Y MÉTODOS

Información recolectada en planillas confeccionadas con los siguientes datos demográficos, edad, sexo, número de registros febriles antes de la consulta, recuento de globulos blancos, características del sedimento urinario, realización de cultivos (hmc, urc y cultivo de lcr) y sus resultados, determinación de pcr, diagnóstico de ingreso y egreso. Se utiliza para el análisis de datos el programa Epi Info.

RESULTADOS:

Se analizaron 299 historias clínicas de todos los niños de entre 1 mes y 3 meses internados en la sala de pediatría en el periodo comprendido

entre el 1 de junio del 2013 al 31 de mayo del 2014. Del total de niños internados, en 84 pacientes el motivo de consulta fue la fiebre. No hubo predominio de sexo. El 88,1% (74) tenía entre 1 y 2 meses. El 86,9% (73) refirió 1 o 2 registros febriles en domicilio al momento de la consulta. El 78,57% (66) se encontraba en buen estado general según lo constatado por el médico de guardia. En 70, 24% (59) el recuento de glóbulos blancos se encontraba entre 5000 y 15000. En el 42,86% los pacientes presentaron sedimentos urinarios con un recuento de menos de 10 leucocitos por campo sin piocituria. En el 32,14% el diagnóstico de egreso fue de lactante febril sin foco, asumiendo el foco como infecciones virales. En 38,09% el diagnóstico de egreso fue de causa respiratoria; en el 16,67% (15) las infecciones urinarias; en el 4,76% fueron de causa gastrointestinal; en el 2,38% fueron meningitis, en todos los casos de causa viral, hubo un caso de fiebre post vaccinal y un caso de otitis media.

CONCLUSIONES

En todos los niños con fiebre deberá realizarse una anamnesis completa y un examen físico detallado con el fin de detectar la posible etiología de la fiebre y valorar el compromiso del estado general. Sin embargo, estos datos suelen ser insuficientes para detectar a los niños pequeños con infecciones graves, ya que, incluso presentando buen estado general, pueden padecer una infección bacteriana severa. No existe hasta el momento la escala predictiva ideal para el diagnóstico de IBS en lactantes pequeños. Esto apoya la necesidad de continuar con el abordaje diagnóstico completo de sepsis y el manejo antibiótico intrahospitalario a la espera de los cultivos con observación estrecha del lactante.

BAJO PESO AL NACER EN LA PROVINCIA DE SANTA FE (AÑO 2011)

Kruger A.¹

FACULTAD DE BIOQUÍMICA Y CS. BIOLÓGICAS (UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL)¹

<krugluzana@hotmail.com>

POB
266

INTRODUCCIÓN:

El bajo peso al nacer (BPN) es el resultado de la interacción de diferentes factores socioeconómicos y biológicos, que afectan a la madre y al feto.

OBJETIVOS:

Analizar el BPN en la provincia de Santa Fe y si existe asociación con características de la madre.

POBLACIÓN:

Nacidos vivos a término (37 semanas o más) con BPN en la provincia de Santa Fe en el año 2011.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizó la información del Informe Estadístico de Nacido Vivo de la provincia de Santa Fe proporcionada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, del año 2011. Se realizó un estudio de corte transversal. Se calculó el % de BPN (<2500g) en nacidos a término (37 semanas o más) y se analizó la asociación entre el BPN y la edad y nivel de instrucción de la madre, cobertura de salud y convivencia en pareja. La asociación se midió con la Odds Ratio (OR), y su intervalo de confianza (IC) del 95%, y la asociación estadística con el test de Chi cuadrado y el valor del p. El procesamiento se hizo con Microsoft Excel 2010 y Epidat 3.1.

RESULTADOS:

El BPN se identificó en 2,65% de la población: 0,22% por debajo de 2000 gramos y 2,41% entre 2000 y 2499 gramos.

Se encontró asociación estadísticamente significativa con la edad de la madre menor de 20 años: OR=1,25 (1,09; 1,44), p=0,001; y con la ausencia de cónyuge: OR=1,34 (1,14-1,55), p=0,0002. La asociación fue menor, y no estadísticamente significativa, con la falta de cobertura de salud: OR=1,12 (0,89; 1,41), p=0,31; y con el bajo nivel de instrucción de la madre: OR=1,10 (0,85; 1,42), p=0,47.

CONCLUSIÓN:

Aunque el BPN afectó a menos de 3% de los nacidos vivos, estuvo asociado a condiciones de la madre que pueden ser detectadas en el primer control perinatal y motivar acciones de apoyo para reducir su ocurrencia.



DESARROLLO DE ESCARAS RENALES LUEGO DE LA PRIMERA INFECCIÓN URINARIA FEBRIL EN MENORES DE 2 AÑOS CON ECOGRAFÍA RENAL Y VESICAL NORMAL

POB
267

Lucarelli L.¹; Alconcher L.²; Tombesi M.³

HIG PENNA BAHIA BLANCA^{1,2,3}

<1_lucarelli@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La incidencia de escaras luego de la primera infección urinaria (IU) se ha comunicado entre 15 y 57%. Por este motivo se ha recomendado la realización sistemática de centellografía renal con ácido dimercaptosuccinico (DMSA) a todos los menores de 2 años luego de la primera IU. Sin embargo, la necesidad de este estudio luego de la primera IU es en la actualidad un tema de controversia.

OBJETIVOS:

Determinar: 1) la incidencia de escaras en niños menores de 2 años luego de la primera IU, con ecografía renal y vesical normal; 2) la relación entre escaras y reflujo vesicoureteral (RVU), género y edad; 3) la implicancia clínica de las escaras.

POBLACIÓN:

Se evaluaron 80 pacientes luego de la primera IU febril, con ecografías renal y vesical normal, 40 mujeres, 46 < 6 meses (57,5%), 30 de 7 a 12 meses (37,5%) y 4 mayores de un año (5%).

MATERIAL Y MÉTODOS:

A todos se les realizó cistouretrografía miccional (CUGM) y DMSA 6 meses después del episodio de IU. El RVU se graduó de acuerdo a la Clasificación Internacional. Se consideró escara renal a defectos corticales focales o difusos de captación del radioisótopo. Se evaluó: crecimiento, función

renal, proteinuria y tensión arterial en los pacientes con escaras. Se realizó análisis univariable aplicando test de Fisher y se consideró significativa a una $p < 0,05$.

RESULTADOS:

Seis pacientes mostraron alguna alteración en el DMSA (7,5 %), 5 fueron ligeros defectos y 1 tenía un defecto mayor en polo inferior del riñón izquierdo, 4 fueron mujeres, todos menores de 1 año. Cuatro de los 6 pacientes con escaras tuvieron RVU (1 de alto grado bilateral). Luego de un seguimiento promedio de 67 meses, los 6 pacientes tuvieron crecimiento, tensión arterial y función renal normal sin proteinuria. El 63 % de todos los pacientes tuvieron RVU, de ellos solo 5 (6 %) fueron de alto grado (IV-V). Ni el género, ni el RVU, ni agrupación por edad (≤ 6 m o > 6 m) mostraron correlación significativa con el desarrollo de escaras ($p=0,33$; $p=0,62$; $p=0,50$, respectivamente).

CONCLUSIONES:

La probabilidad de tener escaras después de la primera IU en pacientes con ecografías renal y vesical normal fue del 7,5 %, la mayoría pequeños defectos, sin implicancias clínicas. No encontramos asociación significativa entre escaras y género, edad y presencia de RVU. Nuestros resultados justificarían la no indicación sistemática del DMSA luego del primer episodio de IU febril con ecografía normal, avalando las nuevas recomendaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría.

SÍNDROME DE BRUGADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RPD
269

Pavez Rakela P.¹; Huanca Alvarez Y.²; Maldonado S.³; Miccoli A.⁴; Morales C.⁵; Reyes Reyes M.⁶; Sciegata A.⁷

HOSPITAL JUAN P GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6,7}

<paipavrak@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Brugada es una patología cardíaca eléctrica de baja prevalencia. Se incluye dentro de las canalopatías, originada por una mutación en el gen SCN5A, que provoca una alteración en la subunidad alfa de los canales de sodio. Se transmite de manera autosómica dominante con penetrancia incompleta. El cuadro clínico está integrado por síncope recurrente y riesgo de muerte súbita en pacientes sin cardiopatía estructural.

OBJETIVO:

Presentar un caso de Síndrome de Brugada como patología infrecuente y potencialmente mortal, de difícil diagnóstico manifestado por administración de flecainida.

CASO CLÍNICO:

Paciente femenina de 13 años, con antecedente de 3 años de evolución de presíncope precedidos de palpitaciones, que requirió internación en sala común en 2 oportunidades. Fue estudiada de manera ambulatoria, presentando Holter que evidenció arritmia interpretada como taquicardia supraventricular, por lo cual inició tratamiento con 1.5 mg/kg/día de flecainida.

Ingresó a hospital zonal tras presentar síncope precedido de palpitaciones rápidas de inicio brusco. La paciente se hallaba bradicárdica, hipotensa con signos de mala perfusión periférica. Se realizó ECG que evidenció

bradicardia sinusal extrema, con una frecuencia de 30 lpm, QRS ancho y extrasístoles ventriculares frecuentes. Se administraron cristaloides, atropina y dopamina, tras lo cual presentó taquicardia ventricular monomorfa lenta.

Se decidió derivar a hospital de tercer nivel donde se suspendió la medicación cardiológica logrando recuperar el ritmo sinusal. Se realizó laboratorio y ecocardiograma los cuales fueron normales.

Se solicitaron ECG previos, evidenciándose el patrón característico de Síndrome de Brugada tipo 1 (elevación del segmento ST ≥ 2 mm de convexidad superior con onda T negativa en V1-V2). En otro trazado se evidenció la patente correspondiente al tipo 2 (elevación del punto J $\geq a 2$ mm, supradesnivel del ST ≥ 1 mm, seguido de onda T positiva o bifásica). Se colocó cardiodesfibrilador implantable bicameral como tratamiento de elección.

Posteriormente se realizó screening en familiares de primer grado, detectando ECG compatible con dicha enfermedad en su padre.

CONCLUSIÓN:

El Síndrome de Brugada es un síndrome arritmico descripto recientemente, con presentación clínica variable y un patrón electrocardiográfico inconstante, sin patología estructural demostrable. Todo esto sumado a la escasa familiarización de esta patología en el ámbito médico, provoca gran dificultad en su diagnóstico.



ANOMALIAS EN ESPEJO EN PACIENTES GEMELARES

Arevalo T.¹; Franco N.²; Vicente J.³

HTAL ENRIQUE ERILL^{1,2,3}

<tamy_arevalo@hotmail.com>

RPD
270

INTRODUCCIÓN:

Se presentan dos hermanos gemelos monocigotas con anomalías múltiples en espejo.

OBJETIVO:

Describir caso clínico en espejo.

POBLACIÓN:

Hermanos gemelos monocorial biamnióticos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión de Historia Clínica.

RESULTADOS:

Paciente JA RNTPAEG, embarazo controlado, serologías negativas, gemelar I. Se interna a los 2 meses de edad por síndrome febril secundario a infección urinaria por E. Feacalis. Se realiza ecografía renal y de vías urinarias donde se observa hidronefrosis derecha. Por ser gemelo homocigoto y presentar ambos ciertas características fenotípicas particulares, entre ellas fosita preauricular, se realiza ecografía a su hermano gemelo, RA, informándose hidronefrosis izquierda.

Ambos pacientes continuaron en seguimiento por servicio de nefrología y consultorio de niño sano. En este último alrededor de los 11 meses se observa pérdida de pautas madurativas, coincidente con nueva internación de ambos, con 3 semanas de diferencia, por síndrome convulsivo.

Se derivan los dos a centro de referencia para seguimiento multidisciplinario. Donde por estudio de medicina nuclear se confirma en JA, riñón derecho disminuido de tamaño, con parénquima funcionante del 11,4%. Y en RA riñón izquierdo disminuido de tamaño con parénquima funcionante del 15,1%. Ambos en relación a hidronefrosis. Cistouretrografía de JA reflujo vesicoureteral Grado 4. Cistouretrografía de RA, no evidencia reflujo. Lab. metabólico normal, tac de cerebro sin particularidades en sendos hermanos.

Actualmente en tratamiento anticonvulsivante, presentando episodios convulsivos semanales.

JA suspende su cirugía con fecha 06/04/15 por intercurencia con cuadro de vías aéreas superior, postergándose a diciembre del corriente año.

CONCLUSIÓN:

Los gemelos monocigotas representan el 0,2% de la población mundial y el 8% de los gemelos. En el 25% de estos, podemos encontrar patologías en espejo (renales, oftalmológicas, ortopédicas, neurológicas, etc). Por esto la importancia, ante la presentación de alguna malformación en un gemelo, estudiar a su mellizo. El estudio de las patologías en gemelos idénticos resulta interesante al poder observar las que son estrictamente de herencia genética y aquellas que resultan de la influencia del medio ambiente y su acción específica con cada individuo. Los estudios en gemelos describen el experimento natural perfecto para estudiar la importancia relativa de los factores genéticos y ambientales.

DETERMINACIÓN MICROBIOLÓGICA EN LECHE HUMANA CRUDA RECOLECTADA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ENERO A NOVIEMBRE DE 2014

Gatica C.¹; Moyano M.²; Caella R.³; Molina De Sánchez M.⁴; Pulenta H.⁵; Pérez S.⁶

HOSPITAL PEDIÁTRICO DR.H. J.NOTTI¹; SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HOSPITAL PEDIÁTRICO DR.H. J.NOTTI^{2,3,4};

BACTERIOLOGÍA, DPTO BIOQUÍMICA HOSPITAL PEDIÁTRICO DR.H. J.NOTTI^{5,6}

<gatica.molina@yahoo.com.ar>

POB
271

INTRODUCCION

La leche humana (LH) es muy importante en la alimentación del recién nacido, sobre todo en prematuros. Es tradicionalmente considerada estéril pero representa un suministro continuo de gérmenes comensales, bacterias mutualistas y/o potencialmente probióticas para el intestino del lactante con acciones anti-infecciosas, inmunomoduladoras y funciones metabólicas.

En el Servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico "Dr. H.J. Notti", madres de recién nacidos internados se extraen leche, que se almacena y se administra cruda al propio hijo. El objetivo de este trabajo fue determinar sus condiciones bacteriológicas, determinar existencia de bacterias, germen predominante y recuento bacteriano, desde enero a noviembre de 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo. Se recolectó 1 ml de LH cruda destinada a la alimentación de recién nacidos que estaban en la heladera del Área de Extracción del Servicio de Neonatología. La muestra se cultivó en CLDE (agar cistina lactosa deficiente en electrolitos) a 37°C durante 24 horas. Luego, se realizó identificación y recuento de germen (en UFC/ml).

Se considera: LH bacteriológicamente aceptable con ≤ 105 UFC/ml de aerobios mesófilos y recuento total de enterobacterias <10 UFC/ml;

Bacteriológicamente inaceptable la presencia de bacterias patógenas (Staphylococcus aureus, Streptococcus faecalis, Enterobacter sakazakii, Streptococcus pyogenes (β -hemolítico), Pseudomonas, Proteus y Salmonella); insatisfactorias condiciones de higiene la presencia de hongos y levaduras.

RESULTADOS

Se analizaron 44 muestras de leche humana cruda, se hallaron gérmenes en 43 (97,7%), 1 muestra fue negativa. Se encontró Staphylococcus Coagulasa Negativa en las 43 muestras positivas, de éstas 36 (83,7%) tenían $>10^5$ UFC/ml, 4 (9,3%) $>10^4$ UFC/ml y 3 (7%) $>10^3$ UFC/ml

No se encontraron lactobacilos, bifidobacterias u otros comensales, ni bacterias patógenas.

CONCLUSIÓN

En la mayoría de las muestras de este estudio, primero de este tipo en nuestro hospital; se encontró Staphylococcus Coagulasa Negativa, en alta concentraciones, superando lo considerado como aceptable. No se encontraron bacterias patógenas.

Si bien este germen se considera parte de flora habitual de piel y mucosas en ocasiones se ha asociado a infecciones hospitalarias en neonatos. El proceso de extracción hasta la administración de la leche humana al recién nacido requiere adecuadas condiciones higiénico-sanitarias.



CUANDO EL RETARDO DEL CRECIMIENTO Y LA DESNUTRICIÓN SUBYACEN A OTROS DIAGNÓSTICOS. ANÁLISIS DE PACIENTES INTERNADOS EN PEDIATRÍA POR OTRAS ETIOLOGÍAS.

POB
272

Marchionni V.¹; Feldman F.²; Pino V.³; Marino A.⁴; Terza E.⁵; Suarez G.⁶

HOSPITAL FERNANDEZ^{1,2,3,4,5,6}

<veri10@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El retardo de crecimiento y la desnutrición habitualmente subyacen al motivo de internación de los pacientes pediátricos. Esto puede generar un subdiagnóstico y una oportunidad perdida de intervención temprana y/o tratamiento adecuado.

OBJETIVO:

1. Determinar la prevalencia de retardo de crecimiento y desnutrición como diagnóstico subyacente al motivo de internación. 2. Optimizar la internación por otras causas para detectar retraso en el crecimiento y desnutrición.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes internados en la sala de pediatría entre enero a julio de 2014. Edades incluidas: 6 meses hasta 2 años. Se analizaron historias clínicas y utilizaron tablas de percentilos modificados de la OMS 2006. Variables: 1. peso de nacimiento, 2. peso al ingreso de internación, 3. motivo de internación, 4. diagnóstico de egreso y 5. Existencia o no de lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida. Se excluyeron pacientes con patologías crónicas, sin controles de salud previos, con más de una internación y que su diagnóstico de egreso sea retardo de crecimiento o desnutrición. Se procesaron los datos en Excel.

Se definió retardo del crecimiento de peso al cruce de 2 o más percentilos con respecto al nacimiento y desnutrición al descenso de peso en base a la clasificación de Gómez (peso para la edad), delimitando leve al descenso de 10-24%, moderada 25-39% y grave >40%.

Resultados: Se analizaron 117 historias clínicas. La prevalencia de retardo del crecimiento fue 17% (20) y de desnutrición leve 3,5% (4). En el 67% el motivo de internación fue Infección Respiratoria Aguda Baja; no habiendo recibido lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida el 58%.

CONCLUSIÓN:

El 20,5% de los pacientes internados presentó retardo de crecimiento y/o desnutrición leve no detectados.

Los dos primeros años de vida implican un crecimiento mayor que en ningún otro momento, siendo el primero el más relevante. El adecuado crecimiento del niño tendrá implicancias en su desarrollo global. Remarcamos la importancia de los controles en salud para la detección e intervención oportuna de probables desviaciones en el crecimiento normal. Asimismo la internación es una instancia más de reconocimiento y registro de esta problemática. Los médicos en formación debemos fortalecer la mirada integral del paciente para evitar el subdiagnóstico de esta entidad que puede permanecer oculta tras el motivo de internación.

DISPLASIA SEPTO-ÓPTICA. CUANDO LA PARÁLISIS CEREBRAL EXIGE EL ESTUDIO DEL EJE HIPOTÁLAMO HIPOFISARIO

RPD
273

Marchionni V.¹; Testa A.²; Suquía M.³; Crebay V.⁴; Gacio S.⁵; Suarez G.⁶

HOSPITAL FERNANDEZ^{1,2,3,4,5,6}

<veri10@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La parálisis cerebral (PC) es un trastorno motor no evolutivo secundario a lesiones cerebrales producidas prenatalmente o en los primeros años de desarrollo. La displasia septo-óptica (DSO) es una causa de parálisis que asocia alguna combinación de atrofia de nervios ópticos (NO), agenesia de septum pellucidum y trastornos del eje hipotálamo hipofisario (EHH).

OBJETIVO:

Describir 4 casos de PC secundarios a DSO. Resaltar la importancia del diagnóstico de DSO dentro de los casos de PC para estudiar alteraciones del eje hipotálamo hipofisario.

CASOS CLÍNICOS:

Se describen 4 Casos clínicos de parálisis cerebral cuadriparéticas espásticas secundarias a displasia septo-ópticas.

Caso n°1: A.N., 3 años, sexo femenino, hipoplasia bilateral del nervio óptico, agenesia del septum pellucidum, esquizencefalia bilateral, EHH conservado, epilepsia.

Caso n°2: D.M., 1 año, sexo femenino, hipoplasia bilateral del nervio óptico, agenesia del septum, esquizencefalia bilateral, déficit de hormona de crecimiento, epilepsia.

Caso n°3: G.N., 21 meses, sexo masculino, hipoplasia bilateral del nervio óptico, agenesia de septum, esquizencefalia bilateral, EHH en estudio, epilepsia.

Caso n°4: A.R., 6 años, sexo masculino, hipoplasia bilateral del nervio óptico, agenesia del septum pellucidum, esquizencefalia bilateral, hipotiroidismo. Sin epilepsia.

CONCLUSIÓN:

La DSO es un tipo de PC que tiene la particularidad de asociarse a alteraciones del eje hipotálamo hipofisario en un alto porcentaje.

El reconocimiento de esta etiología de PC nos permite solicitar los estudios pertinentes e iniciar el tratamiento específico si lo requiere.



TUMOR DESMOPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS Y REDONDAS ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RPD
275

Polo Bolívar P.¹; Maraldy Jara L.²; Schindler Y.³; Bernardez L.⁴; Lauria M.⁵; Leivi M.⁶; Corso S.⁷; Negro F.⁸; Urman G.⁹; Urman J.¹⁰; Grosman A.¹¹

SERVICIO ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA Y NEONATATOLOGÍA. HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES. UNIVERSIDAD MAIMONIDES.^{1,2}; SERVICIO ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA Y NEONATATOLOGÍA. HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES.^{3,4,5,6,7,8}; UNIVERSIDAD MAIMÓNIDES⁹; SERVICIO ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA Y NEONATATOLOGÍA. HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. UNIVERSIDAD MAIMONIDES^{10,11}
<paopolobolivar@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El tumor desmoplásico de células pequeñas y redondas (TDCPR) es una neoplasia maligna, altamente agresiva que se origina en las membranas serosas. Deriva de células multipotenciales, tejido mesenquimal primitivo o neuroectodérmico.

OBJETIVO:

Reportar una neoplasia infrecuente y muy agresiva.

CASO CLÍNICO:

Niña de 15 años, previamente sana, que ingresa por abdomen agudo de tres días de evolución (abdomen globuloso, a tensión y matidez generalizada), náuseas y vómitos. A las 24 horas se palpa adenopatía supraclavicular. Se realizan laboratorio e imágenes siendo los hallazgos positivos: antígeno carcinoembrionario elevado, ecografía y tomografía abdominal (TAC): ascitis severa, engrosamiento del peritoneo de aspecto nodular. Se efectúa paracentesis y laparotomía donde se drenan 3 litros de líquido ascítico. Se descarta tuberculosis peritoneal, extendido y citometría de flujo normales. Se observa peritoneo parietal y epiplón mayor engrosados, friables con múltiples nódulos blanquecinos diseminados. Se toma biopsia peritoneal y de adenopatía supraclavicular llegando al diagnóstico de TDCPR peritoneal diseminado e inicia quimioterapia.

DISCUSIÓN:

El TDCPR se presenta en adolescentes y adultos jóvenes a predominio del sexo masculino. Las manifestaciones clínicas son distensión y dolor abdominal, pérdida de peso, ascitis, masa palpable, disuria, hernia umbilical y síntomas de compresión. Más del 40% de los pacientes tiene metástasis en el momento del diagnóstico, en hígado, pulmón y ganglios linfáticos. En la TAC abdominal el hallazgo más frecuente es múltiples masas de tejidos blandos nodulares, localizadas en el epiplón mayor o mesentérico, puede no detectarse una lesión primaria aparente en los órganos parenquimatosos. El diagnóstico es anatomopatológico, con inmunohistoquímica y estudio molecular. El hallazgo característico es la translocación recíproca EWS-WT1. Las opciones de tratamiento incluyen cirugía, radioterapia, quimioterapia con o sin trasplante autólogo de células madre. La supervivencia a los cinco años es inferior al 15%.

CONCLUSIÓN:

El TDCPR es un tumor maligno poco frecuente, de mal pronóstico, que afecta principalmente a varones jóvenes. El examen físico y las imágenes por sí solas no son suficientes para un diagnóstico definitivo, se requiere anatomopatología con inmunohistoquímica.

BRONQUIOLITIS EN LACTANTES INTERNADOS EN SANTA FE.

POB
276

Capovilla M.¹; Gea Sanchez G.²; Beltramino J.³

HTAL O ALASSIA^{1,2,3}

<merrycapovilla@hotmail.com>

INTRODUCCION:

La bronquiolitis (B) es una enfermedad viral que anualmente provoca la saturación de los hospitales pediátricos. El diagnóstico es clínico y el manejo con medidas de soporte. A pesar de que hay suficientes evidencias de que los broncodilatadores y los corticoides no disminuyen la necesidad de hospitalización, ni la duración de la misma, es común que en Argentina se utilicen.

OBJETIVOS:

Describir características de los lactantes internados por B en el HNOA de Santa Fe ciudad entre el 01/03 y el 31/08/14.

POBLACION:

Niños de 1 mes (m) hasta 2 años de edad, ingresados a Sala de Internación Transitoria (SIT) y Cuidados Intermedios y Moderados con diagnóstico de B.

MATERIAL Y METODOS:

Revisión de historias clínicas. Variables registradas: edad, sexo, mes de internación, días de evolución, medicación previa y en internación, requerimiento de UCIP y estadía.

RESULTADOS:

Se registraron 180 casos, el 60 % fueron varones. Ingresaron en marzo, 1.3%; abril, 9.5%; mayo, 15.5%; junio, 45.5%; julio, 25.5%; y agosto, 2.7%. La edad: 1 a 3 m, 60.5%; hasta 6 m, 28.5%; hasta 12 m, 10.5%; y 0.5% > 12 m (13 m).

El 72.7% de los casos ingresó dentro de las 24 a 72 hs de evolución y el 23,3% luego de las 72 hs.

La media de internación fue de 4 días (r:8 hs-18 días), y del total, necesitó UCIP 8.3%. Ninguno falleció.

El 62,2% recibió medicación previa: salbutamol (S) 59.4%, corticoides 20%, y antibióticos 10%. En internación, recibieron: oxígeno 93.8%, corticoides 8.8%, ATB 22.2%, y S 32.7%. Entre los tratados con S, 44.6% ya lo recibía en ambulatorio; 10.16% pasaron a UCIP, y eran mayores de 6 m, el 27,1% (vs. 3,3% de los no tratados con S). El 50,8 % de los medicados con S, lo hicieron en SIT.

Al 10.5 % se indicó oseltamivir, de ellos el 79.1% eran menores de 3 m y el 54% se medicó en UCIP.

CONCLUSIONES:

En hospitalizados, la B es una enfermedad del primer año y especialmente del primer trimestre. El 80 % de los que requirieron UCIP, tenían menos de 3 m. La mayoría se internó dentro de los tres días. El medicamento más empleado fue O2; los que no lo recibieron fueron internados por riesgo social. Más del 90% no utilizó corticoides. Casi dos tercios de los niños no recibieron broncodilatador en internación. Los tratados con S fueron lactantes mayores, y 4 de cada 10 ya lo habían recibido sin éxito en ambulatorio. La necesidad de UCIP y estadía hospitalaria coincidieron con la bibliografía. Se aportan datos para intentar manejar la B acorde con las evidencias.

MIELITIS AGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MAV

Fuchinecco F.¹; Franceschi Y.²; Sandoval P.³; Rosso S.⁴

HIGA EVA PERÓN DE SAN MARTÍN^{1,2,3,4}

<florencefuchinecco@hotmail.com>

POB
277

INTRODUCCIÓN:

Dentro del término Mielitis Aguda se engloban distintas patologías que producen lesión focal inflamatoria en la médula espinal (ME), por ejemplo causas infecciosas, autoinmunes, vasculares, tumorales, etc. Dentro de las vasculares se encuentran las Malformaciones Arteriovenosas (MAV), cuya forma de presentación más común es déficit motor secundario a hemorragia e isquemia.

OBJETIVO:

Presentación de un caso clínico con impotencia funcional de miembro inferior en niña de 5 años.

CASO CLÍNICO:

Paciente femenino de 5 años que consulta por impotencia funcional en miembro inferior derecho (MID) con alteración de la marcha de 24 hs de evolución. Sin antecedente personales de relevancia. Al examen físico presenta dolor en región dorsolumbar, cadera, tobillo y pie derecho; marcha antálgica; tono, fuerza muscular y sensibilidad conservados; reflejos osteotendinosos presentes, sensorio conservado. Afebril. Niega traumatismos e ingestión de tóxicos. Se realiza laboratorio, punción lumbar, Radiografía de columna y miembros inferiores, ecografía de ca-

deras, TAC cerebral y columna dorsolumbar sin contraste y centellograma óseo, todos normales. La paciente evoluciona con debilidad progresiva en MID que impide la deambulación, arreflexia en dicho miembro, reflejos cutáneo-abdominales derechos abolidos, dolor espontáneo en región dorsal y síntomas disautonómicos. Sensibilidad y tono muscular bilateral conservados. Se realizan serologías para CMV, EBV, Mycoplasma y antiNMO (neuromielitis óptica) todas negativas, Proteinograma, C3 y Factor reumatoideo, IgA, IgG e IgM, todos normales; potenciales visuales y velocidad de conducción nerviosa, normales. Se realiza RMN de cerebro y ME con y sin contraste que informa imagen en D1-D2 compatible con malformación vascular con edema perilesional de C5 a D6, con áreas de mielomalasia. Se realizó cateterismo con evolución favorable.

CONCLUSIÓN:

Las MAV son una entidad frecuente que afecta a niños y jóvenes de ambos sexos, que suele manifestarse con hemorragia intramedular o subaracnoidea. Menos frecuentemente producen isquemia o compresión mecánica. Sin embargo, ante una presentación de tipo inflamatorio debe descartarse el origen vascular, ya que aunque infrecuente constituye una de las posibles etiologías de la Mielitis Aguda.

OXIMETRÍA DE PULSO PARA DETECCIÓN PRECOZ DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS: NUESTRA EXPERIENCIA

Boncor C.¹; Aroca R.²; Brites M.³; Canone B.⁴; Najt F.⁵; Recalde M.⁶; San Martín M.⁷; Sleimen A.⁸; Toncich M.⁹; Vaquero L.¹⁰

HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

<catieboncor@hotmail.com>

POB
278

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones cardíacas congénitas (MCC) son la principal causa de mortalidad infantil neonatal y posneonatal en nuestro país (14% y 10%, respectivamente), con una morbilidad de aproximadamente 1 cada 1000 nacidos vivos. Estos recién nacidos son susceptibles de sufrir colapso cardiovascular. El diagnóstico precoz de alteraciones estructurales cardíacas impacta fuertemente en la morbi-mortalidad que éstas engloban y significa un gran impacto en el pronóstico.

OBJETIVOS

Considerar la oximetría de pulso como método de tamizaje en el diagnóstico precoz de cardiopatías congénitas en recién nacidos durante el alojamiento conjunto en un hospital general.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo con n= 5130 de neonatos internados en alojamiento conjunto durante el período de 1 de Mayo de 2012 a 30 de Abril de 2015.

Se incluyen recién nacidos que no requirieron ingreso a UCIN, sin diagnóstico prenatal de cardiopatía congénita; con examen inmediato al nacimiento normal y a los que se les realizó oximetría de pulso pre y postductal antes y/o después de las 24 hs del nacimiento.

Se utilizó oxímetro de pulso Massimo®, modelo RAD 8 siendo el procedimiento realizado por enfermera de neonatología y/o médico. Se tomó resultado positivo SatO₂ < o = a 95% o diferencia de 3% pre y postductal. Se define como falso positivo un resultado de oximetría de pulso positivo en un recién nacido sin cardiopatía estructural.

Se empleó para el análisis de datos el software Microsoft Excel, utilizando planillas de cálculo y gráficos.

RESULTADOS

Se registraron 5844 nacimientos, de los cuales 5130 cumplían con los criterios de inclusión. Se evaluaron clínicamente y con oxímetro de pulso. Siete tuvieron resultado positivo al tamizaje y se les realizó estudios posteriores para descartar cardiopatía congénita. De éstos, cinco presentaron MCC, siendo las patologías diagnosticadas Tetralogía de Fallot, Anomalia Total de Retorno Venosos, Estenosis Pulmonar, Dextrocardia y Transposición de Grandes Vasos. Dos fueron falsos positivos.

Se detectó una incidencia de 0,97 caso cada 1000 nacidos vivos sin diagnóstico prenatal de MCC y con examen físico normal al nacimiento.

CONCLUSIÓN

Utilizando para tamizaje neonatal la oximetría de pulso, recurso de bajo costo y sencilla aplicación, se detectó un caso cada mil nacidos vivos con MCC, de manera precoz, durante su internación en alojamiento conjunto.



PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE SAN JUAN

Lobillo Salvá M.¹; Bustos M.²; Clavijo M.³; Rodríguez C.⁴; Castro J.⁵

HOSPITAL GUILLERMO RAWSON^{1,2,3,4,5}

<melilobillo@hotmail.com>

POB
279

INTRODUCCIÓN:

El estado nutricional de un niño es parámetro del crecimiento y desarrollo. La antropometría es ampliamente utilizada como indicador de salud y nutrición.

OBJETIVOS:

1 Evaluar el estado nutricional de los Niños que concurren a Consultorio de Niño Sano. 2 Conocer la prevalencia de malnutrición en nuestro medio y comparar estos resultados con estadísticas nacionales.

Población, material y métodos: La presente investigación se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se incluyeron niños y niñas sanos, nacidos a término de 0 a 60 meses, atendidos en Consultorio de Niño Sano del Hospital Marcial V. Quiroga, entre enero y agosto de 2013. Se estimaron los índices peso/edad, talla/edad, peso/talla e IMC, según el programa WHO ANTRHO v. 3.2.2.

RESULTADOS:

La muestra analizada fue de 1092 pacientes, de los cuales el 8% no cumplían los criterios de inclusión. La prevalencia de sobrepeso en menores de 2 años fue del 15%, en mayores de 2 años del 17%; la prevalencia de obesidad en menores de 2 años del 6%, y en mayores de 2 años del 8%. El porcentaje de bajo peso 4% y Riesgo de bajo Peso de 12%. La prevalencia de baja talla fue del 6% y el Riesgo de Baja Talla 13%.

CONCLUSIÓN:

En virtud de los objetivos definidos, nuestro trabajo reafirma una frecuencia elevada de Baja talla, Sobrepeso y Obesidad, al igual que se encuentra reflejado en la bibliografía, como lo es en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud realizada en nuestro país.

EVALUACION DEL REDITO DIAGNOSTICO, COSTOS Y DOSIS DE RADIACION DE LOS DIFERENTES ALGORITMOS DE IMÁGENES EN LA INFECCION URINARIA EN MENORES DE 2 AÑOS

Lucarelli L.¹; Alconcher L.²; Tombesi M.³; Ciccioli A.⁴

HIG PENNA BAHIA BLANCA^{1,2,3,4}

<l_lucarelli@hotmail.com>

RPD
280

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

No existe algoritmo de estudio ideal para el análisis de la primera infección urinaria (IU) febril. En nuestro país el algoritmo vigente desde el año 2003 hasta la actualidad fue revalorado, restringiéndose la cistouretrografía miccional (CUGM) a los menores de 1 año y la centellografía renal con ácido dimercaptosuccinico (DMSA) Tc 99m tardía sólo en los casos con reflujo vesicoureteral (RVU).

OBJETIVOS:

Evaluar y comparar el rendimiento diagnóstico, costos económicos y dosis de radiación entre el algoritmo recomendado en nuestro país en el año 2003, el actual, las guías británicas y las americanas vigentes.

POBLACIÓN:

Ochenta pacientes menores de 2 años con ecografía renal y vesical normal, CUGM y DMSA tardía luego de la 1era IU febril, según las recomendaciones del 2003.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Fueron evaluados el rédito diagnóstico, costos económicos y dosis de radiación. Se estimaron los costos directos de estudios según valores locales: ecografía (\$ 550), CUGM (\$ 1500), DMSA (\$ 3000). Para la evaluación de dosis de radiación de cada guía se consideró 1 mSv por pa-

ciente por CUGM y DMSA realizados. Se realizó simulación retrospectiva aplicando el algoritmo nacional del 2003, el actual, las guías británicas y las americanas.

RESULTADOS:

De los 80 niños menores de 2 años, el RVU fue identificado en 51 (63%), solo el 6 % fue de alto grado, 47 pacientes fueron menores de 1 año. Seis pacientes mostraron lesión renal en el DMSA (7,5 %), en 5 fueron ligeros defectos y 1 tenía una escara renal significativa; 4 de los 6 pacientes tuvieron RVU (1 de alto grado bilateral). El costo total fue de \$ 404.000 y la dosis de radiación fue de 160 mSv. Aplicando las nuevas recomendaciones nacionales hubiéramos omitido 4 RVU (1 de alto grado) por ser niños > a 1 año y 2 ligeros defectos de captación en el DMSA por ser niños sin RVU < de 1 año. El costo y dosis de radiación hubiera sido de \$ 292.700 y 121 mSv, respectivamente. La aplicación de la guías americanas y británicas hubieran tenido un costo de \$ 44.000 y \$ 25.300 respectivamente, con radiación 0 mSv para ambas; omitiendo el diagnóstico de las 6 escaras y los RVU.

CONCLUSIÓN:

Los protocolos más intensos tienen alta sensibilidad para detectar RVU y escaras, pero conllevan altos costos para el sistema de salud y dosis de radiación con un beneficio cuestionable.

APLICACIÓN DE DOS ÍNDICES PREDICTIVOS DE ASMA EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL POSADAS POR SIBILANCIAS RECURRENTE

RPD
282

Salto N.¹; Tsanganelias Y.²; Alfano M.³; Salerno C.⁴; Sieff J.⁵; Baldassarre D.⁶; Muller A.⁷

HTAL POSADAS^{1,2,3,4,5,6,7}

<natsalto@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

El subregistro de Asma es un fenómeno frecuente que genera menor jerarquización de la enfermedad, falta de tratamiento y seguimiento adecuado. Es importante identificar los niños con riesgo de desarrollar esta enfermedad.

OBJETIVO PRINCIPAL

Aplicar los índices predictivos de asma IPA y PIAMA en pacientes preescolares con sibilancias recurrentes internados en el Hospital A. Posadas.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en el cual se evaluaron 139 pacientes (p) entre 3 y 6 años con diagnóstico de egreso: Sd. bronquial obstructivo recurrente, exacerbación asmática y/o neumonía atípica internados en el Hospital Posadas en un período de tres años. Se excluyeron los pacientes que presentaban otras patologías. Se aplicaron los índices predictivos API y PIAMA y se asociaron resultados.

RESULTADOS

Se evaluaron 159 historias clínicas de las cuales se excluyeron 20 por no cumplir con criterios de inclusión. De los 139 pacientes 48,5% (67p) fueron varones y 51,5% (71p) fueron mujeres. La media de edad fue 55,1 DS ± 10,4 meses.

Del total de los pacientes, el 55,4% presentaron algún índice positivo (42p ambos, 20p API y 14p PIAMA). El diagnóstico de egreso fue en el 44,6% (62p) asma y 55,4% (77p) BOR. Del total de los pacientes egresados con diagnóstico de asma se obtuvo que el 57% (35p) fueron adecuadamente registrados (índices positivos), mientras que el 43% (27p) tenía índices negativos. De los pacientes egresados con diagnóstico de BOR, el 42,8% (33p) presentó índices positivos y no fueron diagnosticados adecuadamente (subregistro).

CONCLUSIONES

Los índices predictivos de asma API y PIAMA tienen una alta especificidad. Su aplicación en la práctica diaria nos permitiría el diagnóstico y tratamiento temprano de esta patología tan prevalente.

CAVERNOMATOSIS PORTAL EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
283

Barrionuevo T.¹; Markov D.²; Fescina G.³; Greco F.⁴; Fernie L.⁵

HTAL BRITANICO^{1,2,3,4,5}

<TATYBA62@HOTMAIL.COM>

INTRODUCCIÓN:

Se denomina cavernoma de la porta (CP) a la formación angiomasosa de un ovillo vascular en la zona del tronco de la vena porta. Existen distintas hipótesis acerca de su etiología (80% idiopáticas): malformación vascular congénita o secundaria a trombosis (relacionada a onfalitis, cateterización umbilical, cirugías abdominales, estados protrombóticos).

Si bien es poco frecuente, es la causa principal de HTP pre-hepática en pediatría, la sobrevida se estima 90% a 10 años.

Se diagnostica por sus complicaciones, hemorragia digestiva (HD), con mortalidad del 25%, esplenomegalia congestiva en el 90% con hiperesplenismo y citopenias, y ascitis en un 5%. Las varices esofágicas se encuentran presentes en el 95% al momento del diagnóstico.

Se diagnostica con Eco Doppler abdominal y las várices por VEDA. Deben descartarse estados protrombóticos.

El tratamiento consta de propranolol preventivo, banding o escleroterapia de las várices y cirugía de derivación porto-sistémica.

OBJETIVOS:

Analizar el caso de una paciente de 17 meses con anemia y abdomen globoso, para que la CP no deje de ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo-descriptivo a través de la revisión de la historia clínica de una paciente de 17 meses en nuestro hospital en 2014.

RESULTADOS:

Paciente de 17 meses, con antecedente de hiperreactividad bronquial. Sin antecedentes familiares. Presenta palidez y abdomen globoso distendido de 2 meses de evolución.

Asiste a la guardia por disnea y tos. Se constata taquicardia, taquipnea, franca palidez y broncoespasmo moderado. Soplo sistólico eyectivo 4/6. Abdomen blando, depresible, globoso y distendido. No doloroso a la palpación con ruidos hidro-aéreos presentes. Se realiza tratamiento del broncoespasmo sin respuesta, y se solicita laboratorio con Hb 5 mg/dl y Hto 19%. Se interna para tratamiento del cuadro respiratorio y estudio hematológico. Se constata perfil ferropénico con microcitosis, hipocromía y anisocitosis. Evaluación cardiológica normal. Serologías negativas, IgM Parvovirus levemente aumentada. Valores normales de proteína C y S y antitrombina III.

ECOGRAFÍA ABDOMINAL:

CP sin trombosis. Sin hepato-esplenomegalia.

Es evaluada por hepatología y gastroenterología, se re-interna para VEDA programada: en esófago y techo del estómago cordón varicoso grado 1, sin signos de sangrado. Se realiza banding. Dos semanas después en nueva VEDA de control no se hallan varices que ameriten tratamiento.

CONCLUSIONES:

Si bien la CP es una patología poco frecuente, es la causa principal HTP pre-hepática y debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes que presenten HDA y anemia con etiología poco clara, debido a la alta mortalidad de sus complicaciones.



HABITOS DE LECTURA EN LA INFANCIA

Sancilio A.¹; Dueñas K.²; Echaurren J.³; Riolfo P.⁴; Suwezda A.⁵

HIGA EVITA LANUS^{1 2 3 4 5}

<andreasancilio@yahoo.com.ar>

RPD
284

INTRODUCCIÓN:

Es difícil que un niño sea lector si no ha logrado, desde sus primeros años, crear un vínculo afectivo con los libros, si sus padres no leen y el niño no está acostumbrado a ver libros en la casa. Es por ello que consideramos importante el desarrollo de acciones que incrementen los recursos de la familia en este campo, teniendo en esto un rol importante el pediatra. El hábito de la lectura, iniciado temprana y placenteramente, continuado a lo largo del tiempo, ejerce una influencia positiva en el desarrollo intelectual y afectivo del niño.

OBJETIVO:

Comparar cuantitativamente el hábito de la lectura en la infancia en distintos estratos socioculturales y geográficos; explorar factores influyentes, incluido el rol del pediatra.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo realizado en el mes de febrero de 2015 por pediatras del HIGA Evita de Lanús; mediante una encuesta de 25 preguntas, con opciones múltiples. Se dividió en dos grupos por región geográfica convocados a través de web: Buenos Aires (G1) e interior del país (G2) y a un tercer grupo se le administró el formulario en salas de espera de hospitales públicos del conurbano bonaerense (G3). Los datos se recolectaron con herramientas de Google, el análisis estadístico se realizó con pruebas habituales para datos categóricos y continuos considerando un valor estadísticamente significativo <0,05 (DS).

RESULTADOS:

Se encuestaron 253 personas en G1, 55 en G2 y 100 en G3. El 92% del sexo femenino, con edad media de 36 años. En G3 el nivel educativo fue menor (23% universitarios vs. 88% en G1 y G2), con una media de hijos significativamente mayor que en G1 y G2 (media 2,6 vs. 1,6). En G1 la ocupación principal fue personal del área de salud (34%), en G2 empleado (40%) y ama de casa en G3 (57%). A todos los grupos les gusta leer con igual frecuencia (mediana 5). G1 y G2 leen libros (84%) vs. 60% en G3. Nadie les leyó en su infancia G1: 18%, G2: 11% y G3: 38%. El 80% lee a sus hijos sin diferencias por grupo, 70% lo hace la madre, con una frecuencia promedio de 3,9 días por semana. La edad media de inicio de lectura es 1,6 años en G1 y G2, en cambio 2,8 en G3. En todos los grupos un alto porcentaje considera que la lectura sirve para aprender, pero en G3 sólo 23% lo hace para divertirse vs. G1: 74% y G2: 66%. La principal selección del material de lectura es por sugerencia del propio niño. Sólo el 20% refiere que su pediatra le habló sobre el tema lectura a sus hijos.

CONCLUSIÓN:

A pesar de las diferencias socioculturales y regionales de los tres grupos poblacionales el 80% les lee a sus hijos, siendo la madre quien lo realiza con mayor frecuencia. Muy bajo porcentaje de pediatras recomiendan a los padres que les lean a sus hijos, debiendo ser una herramienta significativa para incorporar el hábito de la lectura desde la niñez y a edades muy tempranas.

RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO DE CAVUM. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Lobillo Salvá M.¹; Ruiz N.²; Quintero J.³; Pascual M.⁴; Ibaceta V.⁵; Gualpa D.6; Ortega C.⁷

HOSPITAL GUILLERMO RAWSON^{1 2 3 4 5 6 7}

<melilobillo@hotmail.com>

RPD
285

INTRODUCCIÓN:

El rhabdomiosarcoma es el sarcoma de partes blandas más frecuente en la infancia, representa el 3.5% de los tumores en pediatría. La forma de presentación depende de la localización y del grado de extensión. La localización a nivel de cabeza y cuello corresponde al 40% de los casos.

OBJETIVO:

Describir el caso clínico de una paciente con Rhabdomiosarcoma embrionario de Cavum y destacar la sospecha precoz.

CASO CLÍNICO:

Niña de 7 años de edad que consulta por dificultad respiratoria de 1 mes de evolución, asociada a odinofagia, se hace diagnóstico de faringitis. Tras persistir con iguales manifestaciones es examinada por especialistas en ORL, quienes constatan masa tumoral obstruyendo ambas fosas nasales. Se realiza TAC de macizo facial que informa imagen heterogénea que compromete rino y orofaringe, con obliteración de meatos medios e

inferiores. Realizan toma de muestra para estudio anatomopatológico y excéresis parcial del tumor. Evoluciona desfavorablemente presentando claudicación respiratoria inminente aguda, requiriendo asistencia respiratoria mecánica. Resultado de biopsia junto a estudios para estadificación (RNM, Centellograma óseo y Barrido tomográfico) informan Rhabdomiosarcoma embrionario de Cavum estadio III. La paciente comienza quimioterapia según protocolo.

CONCLUSIÓN:

Frente a un paciente con sintomatología respiratoria que se manifiesta en forma aguda, y que no responde a tratamientos habituales, es necesario sospechar causas secundarias. El tumor de cavum, es un Tumor frecuente en pediatría, por lo que debe plantearse como diagnóstico diferencial ante un cuadro de dificultad respiratoria aguda.



DESORDEN DE LA DIFERENCIACIÓN SEXUAL 46,XY NO DISGENÉTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Raina M.¹; Guntsche Z.²; Waldheim J.³; Pavón S.⁴; Guillamondegui M.⁵; Pascual L.⁶; Attala S.⁷; Breyer F.⁸; Pott Godoy M.⁹

HOSPITAL DR. HUMBERTO NOTTI^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<mbelenraina@gmail.com>

RPD
286

INTRODUCCIÓN:

Los desórdenes de la diferenciación sexual (DSD) son anomalías de base genética, que alteran la diferenciación gonadal y/o el desarrollo de los caracteres sexuales. Pueden producir ambigüedad genital al nacer o manifestarse en la adolescencia. Se consideran una emergencia de abordaje interdisciplinario. La causa más común es el DSD 46,XX, siendo el DSD 46,XY menos frecuente.

OBJETIVO:

Se presenta un paciente con DSD 46,XY no disgenético y su algoritmo diagnóstico-terapéutico, incluyendo aspectos etiológicos, bioéticos y legales.

POBLACIÓN:

Paciente de 1 mes de vida internado por ambigüedad genital para completar estudios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de la historia clínica. Estudios hormonales y genéticos, exploración quirúrgica con biopsia gonadal y anatomía patológica. Reuniones del equipo interdisciplinario, Comité de Ética y progenitores.

RESULTADOS:

-Genitales externos e internos: Repliegues labio-escrotales no fusionados, pigmentados y rugosos. Fallo 1,5 cm. longitud. Gónada izquierda palpable en repliegue, derecha en trayecto inguinal. Desarrollo de epidídimo y conducto deferente. Vestíbulo con dos orificios, himen, introito y labios menores. Vagina en fondo de saco ciego, cérvix ausente. Estructuras müllerianas no identificables.

- Laboratorio: LH, FSH, Testosterona total y libre elevadas, cociente T/DHT normal. Estradiol, 17-OH-progesterona, DHEA-S y $\Delta 4$ Androstenediona normales.

- Cariotipo: 46,XY; Gen SRY: positivo. Se obtiene muestra para estudio de genes SRD5A2 y AR.

-Biopsia gonadal: tejido testicular prepuberal.

CONCLUSIONES:

Se acordó sexo de crianza femenino, concordando con el deseo parental. Se postergó la asignación de sexo definitiva hasta completar el diagnóstico molecular y el proceso de identidad sexual, con participación activa del paciente y sus padres. No se efectuó gonadectomía ni plástica genital. El diagnóstico más probable es la Resistencia Androgénica parcial, con bajo riesgo de gonadoblastoma y de virilización peripuberal.

FORMA DE PRESENTACIÓN INUSUAL EN PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA

Kondratiuk G.¹; Giuliani P.²; Alonso G.³; Bazano E.⁴; Melendi G.⁵

CLINICA ZABALA^{1,2,3,4,5}

<graciela.kondratiuk@gmail.com>

RPD
288

INTRODUCCIÓN

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética, autosómica recesiva caracterizada por disfunción de glándulas de secreción exócrina. Se confirma con test del sudor y/o genético. La mayoría exhiben enfermedad sinuso-pulmonar crónica y casi el 90% presenta insuficiencia pancreática exócrina. Sin embargo, existen múltiples formas de presentación y grados de afectación dado que la severidad de la enfermedad es multifactorial.

OBJETIVO

Presentación de caso clínico

CASO

Paciente de 8 meses, RNTPAEG con descenso curva de peso, rechazo parcial a la alimentación y disminución de diuresis. Antecedentes: ITU por Escherichia Coli a los 7 meses. Al ingreso: Rx Torax normal, Rx abdomen: distensión intestinal. Urocultivo: E.Coli. Recibió tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol 10 días.

Continúa con mal progreso de peso. Laboratorio con alcalosis metabólica, hiponatremia, hipokalemia, hipocloremia. Ionograma urinario normal. Se sospecha FQ. Se solicita dos test del sudor patológicos (Sodio 106 mEq/l y cloro 110 mEq/l). Otros laboratorios quedaron pendientes al egreso.

DISCUSIÓN

Las causas de rechazo alimentario, anorexia y detención del peso en lactantes son variadas, pero la deshidratación hipoclorémica con alcalosis metabólica es poco frecuente mencionándose al síndrome pilórico, el síndrome de Bartter, la diarrea perdedora de cloruros, nefropatía perdedora de potasio, uso de diuréticos tiazídicos y la FQ.

La presentación clínica de la alcalosis metabólica hipoclorémica en pacientes con FQ reporta una prevalencia estimada del 16,5% al 28,3% en la bibliografía mundial.

La presentación aguda se asocia con pérdida excesiva de cloro y sodio por sudor con vómitos y decaimiento. La forma crónica es más progresiva, con síntomas inespecíficos. La deshidratación es leve o incluso no es evidente. Los pacientes con FQ que solo presentan alcalosis metabólica hipoclorémica suelen tratarse de formas leves por función parcial de la proteína CFTR. Sin embargo, para otros autores se tratan de mutaciones severas respecto a la función exócrina pancreática con evolución más severa.

CONCLUSIÓN

La alcalosis metabólica asociada o no con trastornos hidroelectrolíticos es una forma de presentación conocida pero infrecuente de la FQ por lo que sigue siendo un desafío diagnóstico.



TORSION ANEXIAL

Chimpen Toledo D.¹; Schianni M.²; Colombo F.³; Mirada A.⁴; Tribysz I.⁵; Macias C.⁶; Gomez Roda L.⁷; Doval N.⁸; Carlá P.⁹; Chipana D.¹⁰; Díaz Barcena C.¹¹

HOSPITAL GOB. DOMINGO MERCANTE¹; HOSPITAL GOB. DOMINGO MERCANTE^{2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}
<chimpen8@hotmail.com>

RPD
290

INTRODUCCION

La torsión anexial en pediatría es una causa de abdomen agudo que requiere urgente resolución quirúrgica. La variación en la presentación clínica dificulta el diagnóstico. Ésta se da en 1/1.500.000 mujeres siendo más frecuente en edad reproductiva y menos en posmenopáusicas, niñas que aún no tuvieron la menarca e incluso mujeres gestantes. Las masas anexiales como los tumores o quistes preexistentes, predisponen con frecuencia a la torsión, pero también se pueden dar en anexos normales.

OBJETIVOS

Enfatizar la importancia de este cuadro para que sea tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en pacientes mujeres en edad pediátrica. Tener en cuenta dicho cuadro clínico para poder prevenir complicaciones asociadas al diagnóstico tardío.

MATERIAL Y METODOS

Paciente de 12 años de edad, sin antecedentes patológicos previos, sin menarca, consulta por dolor abdominal de 6 días de evolución, al inicio de tipo cólico, luego se focaliza en flanco y FII. Presenta vómitos sin fiebre; la ecografía evidencia: anexo izquierdo imagen nodular hetero-

génea, de bordes definidos. Se interviene quirúrgicamente: torsión de ovario, se realiza anexectomía izquierda. Anatomía patológica: pieza de anexectomía con infarto hemorrágico por torsión de pedículo. 17 meses después, sin menarca aún, la paciente presenta dolor abdominal en FID, asumido como cuadro GI. Por empeoramiento del cuadro, con vómitos, afebril, consulta nuevamente al 6to día de evolución. Se realiza Ecografía ginecológica: imagen heterogénea, redondeada, de 106x80x84mm, en anexo derecho, compatible con blastoma. Se realiza laparotomía: torsión de ovario derecho, se realiza anexectomía derecha. Anatomía patológica: cistoadenoma seroso de ovario con necrosis hemorrágica por torsión del pedículo.

CONCLUSIONES

La torsión anexial debe ser considerada como diagnóstico diferencial de abdomen agudo en pacientes pediátricas, ya que su pronto diagnóstico y tratamiento permitiría la conservación de la función ovárica. Las familias de éstas pacientes deben ser educadas sobre el riesgo de torsión del ovario contralateral y deben ser alentados a buscar de inmediato la ayuda médica cuando recurra nuevamente el dolor abdominal.

REGULACIÓN DE TLR4 EN MONOCITOS CIRCULANTES DE PACIENTES CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO TÍPICO. ROL DE RAB7B

Lafalla A.¹; Gil Lorenzo A.²; Bocanegra V.³; Benardon M.⁴; Biscardi M.⁵; Vallés P.⁶

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. UNCUYO¹; AREA DE FISIOLÓGIA PATOLÓGICA. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNCUYO^{2 3 4}; HOSPITAL PEDIATRICO H NOTTI⁵; AREA DE FISIOLÓGIA PATOLÓGICA. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNCUYO. HOSPITAL H NOTTI⁶

<andrealafalla@yahoo.com.ar>

POB
292

La respuesta inflamatoria del huésped frente a la toxina Shiga y/o al lipopolisacárido (LPS) de E. Coli esta involucrada en la patofisiología de SUH. TLR4, proteína receptora que reconoce al LPS, interviene en la respuesta celular inmune innata. Recientemente demostramos incremento temprano de la expresión de TLR4 y de la respuesta inducida por su señalización en neutrófilos de pacientes SUH. Una GTPasa pequeña homóloga a Rab7 denominada Rab7b, expresada selectivamente en monocitos y localizada en endosomas tardíos/lisosomas; participa en la regulación del tráfico y posterior degradación de receptores mediante la vía endocítica. Asimismo TLR4 se localiza en membrana celular y compartimientos subcelulares, endosomas y lisosomas.

OBJETIVOS:

Estudio de la expresión de TLR4, su señalización intracelular en monocitos y de la participación de GTPasa Rab7b en la regulación de TLR4 durante el período agudo de SUH.

POBLACIÓN:

Pacientes SUH 2.58±1 años (n=10), dentro de las 24hs de certeza diagnóstica, en el día 10 de evolución y controles sanos 4.6±2 años (n=7).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Aislamiento y tipificación de STEC. Análisis de la expresión de CD14,

TLR4 y citoquinas intracelulares TNFα e IL-6 en monocitos circulantes por Citometría de Flujo y de TLR4 y Rab7b por Inmunofluorescencia y Microscopía Confocal.

RESULTADOS:

Observamos mayor expresión de TLR4 en monocitos CD14+ de pacientes SUH 24hs respecto a SUH día 10 de evolución (12.5±4.1% vs 6.63±1.6%; p<0.05), sin diferencia significativa respecto al control. La misma población de monocitos mostró incremento significativo de citoquinas intracelulares en SHU 24hs respecto de los controles (TNFα 6.9±3.1% vs 7.76±0.3 y IL6 8.4±2.7% vs 1.4±0.5, p<0.05 ambas), con descenso de citoquinas al día 10 de evolución. El análisis por microscopía confocal de TLR4 y Rab7b reveló aumento de la expresión citoplasmática de TLR4 e incremento en la colocalización TLR4/Rab7b en monocitos SUH 24hs respecto al control (Coeficiente de Pearsons: 0.87±0.06 vs 0.54±0.2), con disminución de la expresión de TLR4 y su colocalización con Rab7b al día 10 de evolución..

CONCLUSIÓN:

La colocalización de TLR4 y Rab7b permite sugerir que Rab7b participa en el control de la vía endocítica de TLR4 en monocitos de pacientes con SUH y en la consecuente caída de la producción de citoquinas durante la evolución del cuadro clínico.



ENCEFALITIS POR VIRUS VARICELA ZOSTER

Chimpen Toledo D.¹; Schianni M.²; Colombo F.³; Tribiyasz I.⁴; Mirada A.⁵; Macias C.⁶; Doval N.⁷; Carlá P.⁸; Gomez Roda L.⁹; Chipana D.¹⁰; Diaz Barcena C.¹¹; Lopez Choque D.¹²; Rodriguez Paz M.¹³

HOSPITAL GOB. DOMINGO MERCANTE^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13}

<chimpen8@hotmail.com>

RPD
294

INTRODUCCION

La meningoencefalitis vírica es un proceso inflamatorio agudo que afecta las meninges y en algunos casos al tejido cerebral. Estas infecciones son relativamente frecuentes y pueden ser causadas por diferentes agentes. El líquido cefalorraquídeo se caracteriza por pleocitosis, proteinorraquia con glucorraquia normales, ausencia de microorganismos en la tinción de GRAM y en los cultivos bacterianos y PCR positiva. El virus Varicela zoster puede causar una infección del SNC relacionada en el tiempo con la varicela. La manifestación más frecuente de afectación del SNC es la ataxia cerebelosa (1/4000) y la más grave es la encefalitis aguda (1/50000).

OBJETIVOS

Enfatizar la importancia del diagnóstico precoz de esta patología ya que el tratamiento ayudará a prevenir las complicaciones y sus secuelas neurológicas.

MATERIAL Y METODOS

Se describen 3 pacientes (atendidos entre junio y octubre 2014), inmunocompetentes, de 1 año y 5 meses, 2 años y 6 años cursando cuadro de varicela de entre 2 a 4 días de evolución. Presentaron convulsiones febriles, ingresando a guardia en estado post-ictal. Solo un paciente presentaba antecedentes de epilepsia. Se les realizó TAC de cerebro, sin evidencia de lesiones. El LCR presentó citoquímico normal, cultivos negativos y PCR + para Virus Varicela Zoster. Cumplieron 21 días de tratamiento con Aciclovir 30 mg/kg/d EV con buena evolución.

CONCLUSIONES

Se debe sospechar encefalitis en paciente con convulsiones cursando cuadro de varicela, no adjudicando solamente la convulsión a la presencia de fiebre en el contexto de una enfermedad determinada. Se debe pensar en la posibilidad de encefalitis luego de la resolución del cuadro exantemático. Se debe realizar PCR del LCR para realizar diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Se debe enfatizar en la importancia de la vacunación oportuna, pudiendo prevenir la enfermedad y sus complicaciones.

EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DEL LACTANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Zappa M.¹; Bogliano N.²; Martín M.³; Caputo R.⁴; Giani L.⁵

HOSPITAL JULIO DE VEDIA. 9 de Julio, Bs. As.^{1 2 3 4 5}

<zappasolidad@hotmail.com>

RPD
295

INTRODUCCIÓN:

El edema agudo hemorrágico del lactante (EAHL) es una vasculitis leucocitoclásica cutánea benigna, autoresolutiva. Caracterizada por aparición brusca de edema y purpura equimótica distribuidas principalmente en cara y extremidades, las que adoptan el aspecto característico en escarapela o cocarda. Afecta a ambos sexos entre 4 y 24 meses de edad. Habitualmente presentan buen estado general, fiebre, sin compromiso visceral, laboratorio normal o con hallazgos inespecíficos, lo que contrasta con la aparente gravedad de las lesiones cutáneas. Presentamos un niño de 10 meses de vida que padeció un cuadro de EAHL típico.

Objetivo: Recordar una entidad poco frecuente como causa de púrpura equimótica y edemas en pediatría.

CASO CLÍNICO:

Varón de 10 meses de edad. Consulta por guardia por presentar edema y placas purpúricas localizadas en ambos miembros inferiores y escroto, de aprox. 24 hs de evolución; Laboratorio: normal. Diagnóstico: reacción alérgica, tratamiento: dexametasona IM. Por progresión del cuadro 24 hs después se indica internación. Interrogatorio: Sin antecedentes personales de importancia. Se sospecha maltrato infantil.

EXAMEN FÍSICO:

Lactante en muy buen estado general, afebril, CVAS. Presenta lesiones cutáneas eritematopurpúricas localizadas en cara, miembros superiores e inferiores. Edema en cuatro miembros (sin signo de Godet). Mucosas respetadas. Resto del examen físico normal. Laboratorio: Leucocitosis con neutrofilia. Ecografía abdominal normal. Biopsia de piel (diferida): vasculitis leucocitoclásica.

Evolución: A las 12 hs aparecen fiebre (38°C), pápulas y placas edematosas y purpúricas con morfología anular, en escarapela, en las zonas mencionadas, con lo que se arriba al diagnóstico de Edema Agudo Hemorrágico del Lactante. Se otorga alta hospitalaria a las 48 hs. con mejoría de las lesiones sin edemas ni fiebre.

CONCLUSIÓN:

Las lesiones purpúricas son un signo de alarma en pediatría. El EAHL es una entidad poco frecuente caracterizada por el contraste entre la aparente gravedad de la lesión cutánea y el buen estado general. Es importante considerar este diagnóstico en pacientes menores de 2 años con el cuadro descrito con el fin de evitar tratamientos innecesarios y sus posibles efectos secundarios.



ASOCIACION INFRECUENTE DE SINDROME DE COSTELLO CON LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA, A RAZON DE UN CASO

RPD
297

Guñazú M.¹; García M.²; Ramos S.³; Avile R.⁴; Venturini M.⁵

SANATORIO LOS ALERCES^{1,2,3,4,5}

<maxigui78@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Costello (SC) es una patología infrecuente cuyo diagnóstico se basa en hallazgos clínicos. Los pacientes desarrollan talla baja, retraso mental, cardiopatía congénita; presentando un riesgo mayor de desarrollar tumores sólidos. El 50% de los tumores comunicados corresponden a rabsomiosarcoma, carcinoma de vejiga, neureblastoma y epiteloma. No se halló documentación de asociación con alteraciones hematológicas. La leucemia promielocítica Aguda (LPA) es un subtipodiferente de Leucemia Mieloide Aguda (LMA) que se caracteriza por coagulopatía grave al momento del diagnóstico y su tratamiento es diferente al de las LMA. La mortalidad es alta en la inducción por complicaciones hemorrágicas. Presenta una anomalía cromosómica (t15:17) y la fusión del gen LPM/RARA. El tratamiento óptimo requiere de la iniciación rápida de ácido trasn-retinoico (ATRA) y medidas de apoyo.

OBJETIVO:

Destacar dos patologías de muy baja frecuencia en la población pediátrica como Síndrome de Costello y Leucemia Promielocítica Aguda e informar la rareza de su asociación. No se hallaron referencias en la Literatura médica.

CASO CLINICO:

Niña de 14 años con SC que ingresa para estudio por pancitopenia de 15 días de evolución. Buen estado general, Fenotipo propio del SC, cardiopatía crónica, sin signos hemorrágicos. Laboratorio con anemia, leucopenia y plaquetopenia. Función hepática, renal metabólica y de lisis tumoral normal, serología viral negativa. Laboratorio hematológico con aumento de monocitos inmaduros. Se realiza PAMO para estudio de PCR virales y citometría de flujo, citogenética y biología molecular que determinaron el diagnóstico de LPA (M3) con PAL/RARA positivo. A las 24 hs de la punción comienza a alterarse los parámetros de la coagulación y presencia de sangrados de mucosa que requirió transfusiones de plaquetas, GR y plasma. Se inicia protocolo LMA 07 GATLA anexo para LPA con uso de ATRA.

CONCLUSION:

El Síndrome de Costello y Leucemia Promielocítica Aguda es una asociación no descrita en la literatura médica. Este síndrome genético presenta una alta incidencia de patología maligna con alta morbimortalidad, razón suficiente para realizar en estos niños un seguimiento clínico, de laboratorio e imágenes cada 3 a 6 meses para un diagnóstico y tratamiento precoz.

LEPTOSPIROSIS...UNA ENFERMEDAD A TENER EN CUENTA.

RPD
299

Oitaven E.¹; Libera G.²; Ensínck G.³; Cabeza M.⁴

SANATORIO ROSENDO GARCIA^{1,2,3,4}

<emmanueloitaven@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La leptospirosis es una enfermedad que debe estar presente en el diagnóstico diferencial de un síndrome febril con ictericia. Es una zoonosis producida por espiroquetas del género leptospira. En humanos, presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas, desde una infección subclínica, un cuadro febril anictérico, hasta un síndrome de Weil, potencialmente fatal.

OBJETIVO:

Describir un caso clínico de leptospirosis para destacar la importancia de la sospecha diagnóstica de esta enfermedad

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 9 años, sin antecedentes de jerarquía. Consulta por fiebre de 9 días que empeora en últimas 72hs y gonalgia derecha.

Al examen físico: mal estado general, febril. Presenta dolor a la palpación de muslo derecho, con rodilla derecha con signos de flogosis y dolor a la flexión activa. En el laboratorio: leucocitosis neutrofilica, eritrosedimentación y PCR elevadas, resto normal. Orina: hematías abundantes, Hb +++, leucocitos escasos. Urocultivo (-). HC: 2/2 (+) a ST. Viridans, comienza con Vancomicina + Gentamicina. Rx de rodilla normal. Ecografía de ambas rodillas normal. Ecografía de caderas: normal, RMI de caderas y muslos: normal.

Al 3º día de internación el paciente desmejora el estado general, agregando ictericia. Presenta una flebitis + celulitis en pliegue de codo con Eco doppler: normal.

Al 4º día incrementa la ictericia, presentando hepatomegalia, paradójicamente afebril. HC de control (-). Lab: GB 20100 (76/18), Hb 9.6, Hto 28.4, VES 100, PCR 24, Ur 56, Cr 3.8, Alb 2.6, TGO 43, TGP 47, BT 61.9 (BD 30.8, BI 31.1), CPK 88, TP 15.6. Orina normal. Interconsulta con Hematología con extendido: normal.

Al 5º día desmejora la clínica presentando falla renal progresiva y colestasis hepática. Lab: Ur 85, Cr 5.8, TGP 42, TGO 35, BT 19.7 (BD 19, BI 0.7) Na 87, K 9, Prot totales de 0.16. Pasa a UCIP. Se plantea IRA de causa nefrotóxica, se rota a Ceftriaxona que completa 7 días con HC2 de control negativos. Causa inmunológica; por lo cual se realiza interconsulta Nefrología: C3 y C4 normales, FAN (-), Anti ADN (-), GR dismórficos (-). Ecografía renovascular: aumento de tamaño ambos riñones. Causa infecciosa con sospecha de leptospirosis (muestras pareadas).

Al 10º día de internación se recibe primer muestra de serología para leptospirosis (-). A los 20 días se recibe el resultado de 2º muestra para leptospirosis REACTIVA.

RESULTADOS:

El paciente evoluciona favorablemente, con recuperación de su función hepática y renal, por lo que es externado, con seguimiento con nefrología e infectología, hasta su alta definitiva.

Conclusión La leptospirosis es una zoonosis endémica. Tiene una incidencia creciente y es sub-diagnosticada dentro de los síndromes febriles, sépticos e ictericos, siendo una patología que tratada oportunamente se acompaña generalmente de buena evolución del paciente.



CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DE NIÑOS INTERNADOS POR LESIONES DE TRANSPORTE. DIEZ MESES DE VIGILANCIA POR UNIDAD CENTINELA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO. HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MAR DEL PLATA. JUNIO 2015-MARZO 2015

POB
300

Guarino Barrutia A.¹; Parisi N.²; Brunotto C.³; Cepeda M.⁴; Loizaga G.⁵; Azqueta V.⁶; Garcia R.⁷; Dagnino G.⁸; Rearte A.⁹
HIEMI^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<alinagarino@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones por transporte causan anualmente 1,2 millones de muertes y 50 millones de heridos en el mundo. En las Américas mueren 20 mil menores al año por lesiones causadas durante el transporte.

OBJETIVOS:

Describir las características clínicas y epidemiológicas de los niños internados por Lesiones de transporte en HIEMI, junio 2015-marzo 2015

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de vigilancia epidemiológica por Unidad Centinela. Población: niños y niñas internados en HIEMI por lesiones de transporte.

RESULTADOS:

De las 1238 internaciones por Lesiones de Causa Externa el 14,7% (N: 182) fueron por transporte (18,2 casos/mes). El 63% fueron varones. Edad media 6,5 años

Condición del lesionado

Condición del lesionado	Frecuencia
Pasajero	72%
Peatón	18,8%
Conductor	7,7%
Otro	1,6%

Modo de transporte

Modo de transporte	Frecuencia
Auto	37,8%
Moto /Ciclomotor	29,0%
Bicicleta	11,5%
Otro	8,7%

Tracción animal	6,0%
Ómnibus	3,3%
Ns/Nc	2,0%
Camioneta o furgoneta	1,3%
Según el modo de transporte:	

El 73,3% transitaba por calle o avenida y el 15,11% por ruta o autopista. La distribución según localización de la lesión fue cabeza 47,6% (cráneo 26,4% y cara 21,2%), miembro inferior 23,4%, miembro superior 15%, tórax 8,8%, abdomen 3% y pelvis 2,3%. El 94,5% presentó ITP mayor a 8. El 8,47% se internó en terapia intensiva. No hubo fallecidos en el periodo estudiado.

Auto: De los lesionados en auto el 67,86% no llevaban cinturón de seguridad. Solo 3/56 llevaban sillas de contención.

Motos: El 93% fue pasajero y el 7% conductor. El 88,3% no llevaba casco. Ninguno llevaba chalecos refractantes.

Peatones: el 64,7% iba acompañado por mayores de 18 años, el 17,6% con < de 18 años y el 17,6% iban solos.

CONCLUSIONES:

Las Lesiones de transporte son un motivo frecuente de morbilidad. El uso de medidas de seguridad como casco, sillas de contención y cinturón de seguridad es realmente muy bajo. Es necesario generar estrategias preventivas orientadas a la seguridad vial y al uso de medidas de protección.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON MENINGITIS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DURANTE EL PERÍODO 2009-2014

POB
301

Sevilla M.¹; Bokser V.²; Miño L.³; Giorgetti M. B.⁴; Ferrario C.⁵; Svartz A.⁶; Baich A.⁷; Rial M.⁸; Montoto L.⁹; Pereda R.¹⁰
HOSPITAL ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<eugesevilla@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La meningitis es una enfermedad producida por una amplia variedad de agentes etiológicos, cuya incidencia y distribución es necesario conocer para orientar las estrategias de prevención y control, así como el monitoreo de aquellas meningitis causadas por agentes inmunoprevenibles. En el año 2011 se incorporó al calendario nacional la vacuna antineumococcica.

OBJETIVOS

- 1) Describir por trienios la frecuencia de Meningitis y sus características clínico-epidemiológicas durante el período 2009-2014.
- 2) Describir la morbi-mortalidad de las meningitis en cada trienio y los agentes etiológicos.
- 3) Analizar la frecuencia de meningitis por neumococo en ambos trienios.

MATERIAL Y METODOS

Diseño analítico, transversal, observacional, retrospectivo. Población: pacientes entre 1 mes y 18 años internados en el Hospital Pedro de Elizalde con diagnóstico de Meningoencefalitis durante el periodo 2009-2014. Variables: edad, agente etiológico, secuelas, mortalidad. Para el análisis estadístico se utilizó test Chi cuadrado, medida de asociación OR, con su IC 95%. Stata 8.0.

RESULTADOS

Durante el periodo 2009-2014 se analizaron 335 casos de meningitis. La comparación entre el trienio 2009-2011 y 2012-2014 es la siguiente: casos 160/175; edad Mediana (RI) 12meses (3-72)/ 14meses (2-72). En

el primer trienio 104 casos tuvieron aislamiento etiológico. Los gérmenes más frecuentes fueron: meningococo 28% (n=29) neumococo 27% (n=28), y enterovirus 23% (n=24), Hib 2% (n=2) y TBC 6% (n=6). Hubo 7 fallecidos (5 por neumococo) y 18 pacientes presentaban secuelas al alta, 12 (68%) por neumococo. En el segundo trienio 116 casos tuvieron aislamiento etiológico. Los gérmenes más frecuentes fueron: enterovirus 60% (n=70), meningococo 13% (n=15), neumococo 10% (n=12), Hib 6% (n=7) y TBC 7% (n=8), hubo un fallecido por neumococo y 20 pacientes presentaron secuelas al alta (5 por neumococo, 5 por TBC).

El descenso de frecuencia relativa de Meningitis por Pneumococco entre ambos trienios fue estadísticamente significativa (p=0,001; OR=0,3; IC95% 0,13-0,67).

CONCLUSIONES

En el trienio 2012-2014: Disminuyeron significativamente los casos de meningitis por neumococo; también se vio un descenso de casos por meningococo. Aumentó la frecuencia de Haemophilus Influenzae b; y la frecuencia de Enterovirus se triplicó. La meningitis por TBC se mantuvo respecto al trienio anterior. Se observó una disminución significativa de la mortalidad por meningitis y se modificaron los agentes etiológicos asociados a secuelas.

DISTRIBUCIÓN DE PATÓGENOS BASADO EN LAS DEFINICIONES DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES Y ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES ONCOHEMATOLÓGICAS

POB
302

Gariboldi G.¹; Goldman W.²; Sosa F.³; Iglesias D.⁴; Salvaneschi Quiña V.⁵; Martinich M.⁶; Stallings Smith S.⁷; Johnson K.⁸; Gonzalez M.⁹; Caniza M.¹⁰; Ojha R.¹¹; Gomez S.¹²

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA, LA PLATA^{1 2 3 4 5 6 12}; ST JUDE CANCER RESEARCH CENTER, MEMPHIS TN US^{7 8 9 10 11}
guigariboldi@gmail.com

INTRODUCCIÓN:

Los criterios propuestos por Friedman (2002) son utilizados para distinguir las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) y las nosocomiales (IN), en poblaciones en contacto con la atención sanitaria.

OBJETIVOS:

Comparar la distribución de patógenos entre IACS e IN en los pacientes pediátricos con Leucemia linfoblástica aguda (LLA). Estimar las proporciones de letalidad de las IACS e IN en dicha población.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Pacientes con LLA menores de 20 años, quienes recibieron quimioterapia, en el Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata, en el periodo comprendido entre enero de 2011 y junio de 2013. Se utilizó un formulario de recolección de datos demográficos, oncológicos y relacionados con la infección, al alta hospitalaria. Nuestros eventos de interés fueron las infecciones microbiológicamente documentadas clasificadas según la siguientes categorías: IACS (observadas en la admisión o dentro de las 48 horas), IN (observadas a las 48 horas del ingreso). Se compararon las proporciones de los microorganismos de ambas con pruebas para determinar diferencias significativas ($p < 0,05$). Se estimó la proporción de letalidad y límites de confianza del 95% ajustados por grupos (95% CL) para cada categoría de infecciones.

RESULTADOS:

Se realizaron 337 observaciones en 98 pacientes, de las cuales 59 (17%) tuvieron aislamiento microbiológico. 34 fueron IACS y 25 IN. Predominó la etiología bacteriana, 91% en IACS y 72% en IN, sin diferencia significativa entre microorganismos. La proporción de casos fatales fue similar entre ambos subgrupos.

CONCLUSIONES:

Los resultados sugieren que la distribución de patógenos y de letalidad entre las IACS e IN es similar. No sería necesario implementar distintos enfoques terapéuticos y procedimientos de control de infecciones para ambas categorías. La evidencia acerca de los patrones de resistencia antimicrobiana para cada una, podría dar una

idea sobre el enfoque del manejo y control de infecciones, en estudios posteriores.

Organismo al cuidado de la	Infección asociada nosocomial salud (n=34)	Infección de p (n=25)	Valor
n (%)	n (%)		
Bacteria	31 (91)	18 (72)	0.06
Campylobacter spp.	1 (2.9)	0 (0)	0.71
Escherichia coli	5 (15)	5 (20)	0.61
Enterobacter spp.	1 (2.9)	1 (4)	0.75
Bacilo g – inespecifico	2 (5.9)	1 (4)	0.78
Haemophilus influenza.	1 (2.9)	0 (0)	0.71
Klebsiella pneumon.	2 (5.9)	3 (12)	0.51
Mycobacterium spp.	1 (2.9)	0 (0)	0.71
Proteus mirabilis	1 (2.9)	0 (0)	0.71
Pseudomona aerug.	3 (8.8)	2 (8)	0.82
Staphilococcus aureus	4 (12)	3 (12)	0.84
Staph coagulasa neg	2 (5.9)	1 (4)	0.78
Staph epidermidis	2 (5.9)	1 (4)	0.78
Strept b-hemolítico	0 (0)	1 (4)	0.21
Strept pneumonia	2 (5.9)	0 (0)	0.34
Strept pyogenes	2 (5.9)	0 (0)	0.34
Strept viridans	2 (5.9)	0 (0)	0.34
Hongos	1 (2.9)	2 (8)	0.41
Aspergillus spp.	1 (2.9)	1 (4)	0.75
Candida albicans	0 (0)	1 (4)	0.21
Virus	2 (5.9)	2 (8)	0.82
Enterovirus	1 (2.9)	0 (0)	0.71
Virus herpes simple	0 (0)	1 (4)	0.21
Influenza	1 (2.9)	0 (0)	0.71
Parainfluenza	0 (0)	1 (4)	0.21
Falta información del microorganismo	0 (0)	3 (12)	-
Proporción casos fatales	0.03	0.04	-
(95% CL: 0.0, 0.9)	(95% CL: 0.0, 0.13)	-	-

COMPLICACIONES HEPÁTICAS EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL

RPD
303

More N.¹; De Lillo L.²; Strasnoy I.³; Maiolo L.⁴; Beaudoin M.⁵; Baldassarre L.⁶; García Villar A.⁷
HTAL ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7}

<morenatalia@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La nutrición parenteral (NPT) es una alternativa de nutrición en pacientes sin la posibilidad de alimentarse en forma enteral, aunque sus complicaciones a largo plazo pueden ser determinantes. Las estrategias para evitar la hepatopatía asociada a la NPT puede hacer que su pronóstico mejore sustancialmente.

OBJETIVOS:

Describir un caso clínico de un paciente con insuficiencia intestinal que presentó complicaciones hepáticas de la NPT y destacar las estrategias utilizadas para evitar su deterioro.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 10 meses, que a los 4 días de vida presenta vólvulo intestinal por lo que requiere cirugía de resección de gran parte de intestino, dejando una gastrostomía e ileostomía, alimentándose por vía parenteral. A los 4 meses de NPT comienza con alteración de transaminasas hepáticas y factores de la coagulación. A pesar del ciclado de la NPT y el uso de protectores, el deterioro continúa, siendo el próximo paso el trasplante hepático-intestinal combinado.

DISCUSIÓN:

Existen diversos factores asociados con la aparición de la afectación hepática en pacientes con NPT. Se pueden dividir en tres grandes gru-

pos: 1) derivados de la alteración de la función intestinal secundaria a la ausencia de estímulos enterales (atrofia vellositaria, alteración de la motilidad, sobrecrecimiento bacteriano); 2) componentes de la NPT que actúen como tóxicos para el hígado o la ausencia de determinados nutrientes que ocasionen afectación hepática (excesivo aporte calórico, uso de dextrosa, lípidos y aminoácidos) y 3) la contribución de la enfermedad de base (prematurez, bajo peso al nacer, sepsis, insuficiencia intestinal, medicación). Cuando aparece una bilirrubina directa > 2 mg/dl durante un periodo largo y persiste la necesidad de NP es necesario primero descartar otras posibles causas de afectación hepática y luego minimizar los factores de riesgo.

CONCLUSIÓN:

La afectación hepática en pacientes con NPT es una complicación frecuente en pediatría y tiene asociación con la insuficiencia intestinal por intestino corto tanto por su fisiopatología como por su uso prolongado. Evitar la sobrealimentación, proporcionar un aporte equilibrado de nutrientes, disminuir los aportes de cobre y manganeso, el ciclado de la NPT y el uso precoz de la nutrición enteral proporcionarían una estrategia eficaz para el manejo de la hepatopatía asociada a NPT.



PURPURA TROMBOCITOPENICA INMUNE REFLECTARIA. A PROPOSITO DE UN CASO.

RPD
305

Parenza P.¹; Elena G.²; Arzamendia A.³; De Carli N.⁴; Checcacci E.⁵; Fernandez F.⁶

CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1 2 3 4 5 6}

<pdparenza@hotmail.com>

INTRODUCCION:

La PTI es el síndrome purpúrico más frecuente en pediatría, la trombocitopenia de magnitud variable determina la necesidad de tratamiento, de evolución autolimitada en general, el diagnóstico es de exclusión. Se caracteriza por la ausencia de causa infecciosa en período de estado u otra patología de base y medula ósea (MO) con megacariocitos normales o aumentados.

OBJETIVOS:

Describir signos, síntomas, y terapéutica frente a un caso de PTI Refractaria a los tratamientos de primera línea y de evolución tórpida por plaquetopenia con valores extremos y sangrados activos.

MATERIAL:

Presentación de caso clínico.

CASO CLINICO:

Niña de 14 años, ingreso a Clínica del Niño de Quilmes, con síndrome purpúrico trombocitopénico, con recuento de plaquetas 5000/mm³, se asumió el cuadro clínico como PTI, inicio Gamaglobulina (e,v). Cursando tercer día de internación, persiste con sangrados activos, petequias y equimosis, se constató laboratorio con leucocitos 3500, Hto. 26%, plaquetas 3000/mm³. Se realizó PAMO: celularidad disminuida y megacariocitos

aumentados, no típica de PTI. Se completo estudio con biopsia de MO: con hematopoyesis conservada, compatible con PTI. Comenzo pulsos de Metilprednisolona seguidos con Prednisona (vo). El sexto día, presentaba plaquetas de 6000/mm³, indicándose nuevo ciclo de Gammaglobulina (ev) y Metilprednisolona. Al noveno día había recibido además 5 transfusiones de plaquetas y 3 de hemáties, por lo que se indicó tratamiento con Rituximab 375 mg/m²/día, con 19000/mm³ plaquetas recibe primera dosis. A los 3 días el recuento informo 26000/mm³, sin nuevos sangrados activos y mejoría clínica se otorga alta, con corticoides en descenso y pasaje semanal de Rituximab por 3 semanas., recuperando los recuentos plaquetarios, hasta la normalidad (> 100,000/mm³), con respuesta sostenida.

CONCLUSION.

Paciente con PTI refractaria al tratamiento de primera línea, debió indicarse Rituximab por tórpida evolución. Presentando buena respuesta y mejoría clínica. Se utiliza esta terapéutica en las trombocitopenias inmunes en todos los grupos etarios, con respuesta entre el 25 y el 50 %, de acuerdo a las diferentes publicaciones, siendo un recurso terapéutico útil, previo a la esplenectomía, que se consideraba el tratamiento de elección antes de la incorporación del rituximab a la terapéutica de las trombocitopenias inmunes.

PAPILOMA DE PLEXOS COROIDEOS

RPD
306

Carbonari M.¹; Saseta D.²; Malvaso R.³; Risso M.⁴; Fernandez Gago G.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA DE LA PLATA^{1 2 3 4 5}

<mcarbonari@hotmail.com>

INTRODUCCION:

Los papilomas de plexos coroideos son tumores de origen neuroectodérmico que habitualmente se presentan en la edad pediátrica. Representan menos del 5 % de los tumores del sistema nervioso central en pediatría.

OBJETIVO:

Presentar dos casos clínicos de pacientes con diagnóstico de papiloma de plexos coroideos.

POBLACION, MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de historias clínicas de 2 pacientes internados en Sala 16 del Hospital Sor María Ludovica de La Plata.

RESULTADOS:

CASO CLÍNICO 1. Lactante de 2 meses y 25 días de edad de sexo masculino sin antecedentes de relevancia derivado de consultorios externos por presentar incremento del perímetro craneal y desviación conjugada de la mirada hacia la derecha. Al examen físico se constata perímetro craneal de 45 cm. (al nacer 35 cm.), fontanela anterior amplia, desviación conjugada de la mirada hacia la derecha con inclinación lateral del cuello hacia el mismo lado que vuelve hacia la línea media ante la estimulación. La tomografía axial computada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) de cerebro evidenciaron un tumor intraventricular polilobulado,

sólido, altamente vascular, con realce importante de contraste. Se realizó extirpación quirúrgica radical del tumor. El resultado de la biopsia confirmó el diagnóstico de papiloma de plexos coroideos.

CASO CLÍNICO 2. Paciente femenino de un año de edad sin antecedentes patológicos, derivada de consultorios externos por presentar tortícolis hacia la derecha acompañada de parálisis facial, hipotonía en hemicara derecha, parálisis de la mitad derecha de la lengua, ataxia y retraso de pautas madurativas. La TAC y la RMN de cerebro evidenciaron ventrículos laterales desplazados a la derecha por imagen tumoral que impresionó nacer de la cisterna peritroncal izquierda extendiéndose hacia el compartimiento supratentorial con desplazamiento del tercer ventrículo y el mesencéfalo hacia contralateral. Se realizó extirpación quirúrgica radical de la lesión tumoral. El resultado de la biopsia confirmó papiloma de plexos coroideos.

CONCLUSION:

Los papilomas de los plexos coroideos son neoplasias papilares intraventriculares derivadas del epitelio de los plexos coroideos. La presentación clínica generalmente se debe al aumento de la presión intracraneal en la mayoría de los casos secundaria a alteraciones en el flujo del LCR. La cirugía es curativa, con un porcentaje de supervivencia de casi el 100 % a los 5 años y ocasionales recurrencias.



ATAXIA AGUDA EN PACIENTE CON NEUMONITIS POR MICOPLASMA PNEUMONIAE A PROPOSITO DE UN CASO

RPD
307

Mathey Doret N.¹; Ramos S.²; Manin Gabilondo A.³; Gismondi G.⁴; Galligani M.⁵

SANATORIO LOS ALERCES^{1 2 3 4 5}

<noemimatheydoret@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION:

La afección del sistema nervioso central (SNC) se estima en aproximadamente un 0,1% del total de infecciones producidas por *M. pneumoniae*, y puede afectar al 7% de los pacientes hospitalizados. Las complicaciones neurológicas incluyen: encefalitis, meningoencefalitis, encefalomielitis, polirradiculoneuropatía (como el síndrome de Guillain-Barré), cerebelitis, psicosis, mielitis transversa y coma. Las manifestaciones clínicas inespecíficas que incluyen alteración del nivel de conciencia, ataxia, déficit motor focal, cefalea, afasia, convulsiones, alteración del control de esfínteres, neuritis óptica o afectación de otros pares craneales, traducen la afectación multifocal del SNC.

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de una paciente de 10 años con Ataxia y debilidad en miembros inferiores. Sospechar, reconocer y diagnosticar precozmente una patología infrecuente en pediatría.

MATERIAL Y METODOS:

Paciente de 10 años y 3 meses, eutrófica, con antecedente de asma controlado, correctamente inmunizada, que ingresa por cuadro de 48 hs de evolución caracterizado por mareos e inestabilidad en la marcha, acompañada de vómitos alimenticios. Como antecedente refiere haber cursado cuadro de Virosis VAS 10 días anteriores al comienzo de los síntomas. A su ingreso la niña impresionaba levemente enferma, vigil, conectada, afebril.

Buena suficiencia cardiovascular. Se auscultaban a nivel pulmonar rales y sibilancias espiratorias aisladas, sin dificultad respiratoria, saturando 97% aire ambiente. Abdomen sin particularidades. En el aspecto neurológico, Glasgow 15/15, PIRS, Reflejos conservados en los cuatro miembros. Se observaba como positivo una marcha atáxica. Se realiza TAC de Cráneo sin alteraciones. Punción Lumbar con cito fisicoquímico, cultivo y PCR para virus negativos. Laboratorio con hemograma, metabólico y reactantes de fase aguda negativos. FO normal. RMI de encéfalo y medula espinal normal. Electromiografía normal. Se solicita serología que informa IgM positiva para *Mycoplasma Pneumoniae*, iniciando tratamiento con Claritromicina a dosis habituales. Por mejoría clínica se decide alta sanatorial tras permanecer 12 días internada.

CONCLUSION:

La Ataxia por *Mycoplasma* es una patología infrecuente, pero de importancia clínica por lo que es relevante su sospecha. El diagnóstico puede ser complejo en las primeras fases de la enfermedad, debido a la variabilidad de su sintomatología, por lo que suele establecerse de manera retrospectiva y debe considerarse siempre en los niños con signos clínicos de cerebelitis con afectación multifocal y LCR normal o inespecífico, confirmando dicho diagnóstico mediante la Resonancia Magnética Nuclear (RMN).

SERIE DE CASOS DE PACIENTES QUE CONSULTAN POR ALERGIA A AMOXICILINA. RESULTADOS DE SU ESTUDIO ESQUEMATIZADO.

POB
308

Landi Fraguglia M.¹; Citroni P.²; Fernie L.³; Bozzola C.⁴

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES^{1 2 3 4}

<landisofia@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los Beta Lactámicos (BL) son la causa más común de alergia a fármacos y son causa de anafilaxia. La prevalencia es de 2.37%. Los factores de riesgo tienen evidencia científica limitada.

Las reacciones inmediatas por IgE (urticaria) y las retardadas (exantema maculopapular) son las más frecuentes. Se deben diferenciar de infecciones o autoinmunidad.

La historia clínica orienta el diagnóstico. Los métodos complementarios son "in vitro" (IgE específica en suero) e "in vivo" (test cutáneos, parche y desafíos).

Por el intervalo entre la administración y la reacción son: inmediatas (<1 hora), intermedias (1-72hs) y tardías (>72hs). No es estricto y pueden superponerse, es útil para la evaluación clínica y diagnóstica.

Existen determinantes antigénicos haptenicos mayores y menores en los BL. Los menores provocan reacciones graves.

OBJETIVO:

Proponer una metodología estandarizada de diagnóstico para alergia a amoxicilina (AAMX).

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudió en forma retrospectiva una serie de 29 casos que consultaron por AAMX. Se realizó historia clínica. Métodos complementarios (secuen-

cia): IgE específica en suero, intradermorreacción con determinantes mayores y menores o parche, desafío controlado a 7 días.

RESULTADOS:

De 29 pacientes (M:16 F:13). Edad promedio de reacción: 4 años (0.5-14), de consulta: 5.9 años (1-16). Tiempo transcurrido entre reacción y consulta: 1.9 años (0-10). Motivos de indicación de AMX: Otitis: 13; Anginas: 10; Neumonía: 4; Meningitis: 1; Fiebre: 1. Momento de la reacción: <1 hora: 4; 1-72 hs: 14; >72 hs: 11.

6 pacientes (M:4/16)(F:2/13) con reactividad (20%). Testificación: 4; desafío: 2 (Todos inmediatos, ninguno tardío). RAST: 1 (Débil positivo). Ant. Pers(+): 7/29 (1+/7). Ant. Fam(+): 20/29 (1+/20).

CONCLUSIONES:

La AMX es de primera elección en patologías frecuentes. Una presunta alergia reduce las posibilidades de tratamiento por la limitación de las alternativas y sus costos.

Según estos datos un 80% de los que consultan por AAMX no reproducen la reacción si se sigue un método estandarizado y secuenciado. De los positivos, todos reaccionaron en forma inmediata o intermedia. Esta sistemática segura y ambulatoria confirma la presencia de AAMX y justifica realizar las medidas de reemplazo ATB.



SEPSIS A PUNTO DE PARTIDA DE CELULITIS ORBITARIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD

RPD
311

Risso M.¹; Fernandez Gago G.²; Carbonari M.³; Saseta M.⁴; Malvaso R.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4,5}

<rissomarcelo@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION:

La prevalencia de Staphylococcus aureus meticilino resistente de la comunidad (SAMRC) se ha incrementado en los últimos años desde su primer aislamiento en nuestro país en 2004. Causa preferentemente infecciones en piel y partes blandas en un 85 – 90% de los casos y menos frecuentemente, enfermedad invasiva.

OBJETIVOS:

Describir la presentación clínica inicial de una sepsis por SAMRC.

POBLACION, MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de una historia clínica de un lactante internado en Sala 16 del Hospital Sor María Ludovica de La Plata.

RESULTADOS:

Paciente de 2 meses de vida, recién nacido de término, sin antecedentes de relevancia. Ingresó por presentar fiebre, rechazo alimentario, edema bupalpebral y parálisis facial izquierda. Se diagnosticó sepsis con meningitis a punto de partida de celulitis orbitaria, luego de recibir hemocultivos, cultivo de líquido cefalorraquídeo y cultivo de la secreción de drenaje ocular positivo para SAMRC. Se medicó con ceftriaxona, vancomicina y rifampicina. En la Tomografía de encéfalo con contraste se observó aumento de partes blandas periorbitarias con importante colección

hipodensa con realce periférico, extendiéndose hacia el techo de la órbita compatible con absceso; a nivel temporal izquierdo imagen hipodensa de bordes poco definidos con escaso realce periférico luego de la administración del contraste interpretándose como cerebritis y absceso parafaríngeo izquierdo de 18 x 36 milímetros. Evolucionó favorablemente otorgándose el alta hospitalaria a los 41 días de internación. Los resultados de los estudios inmunológicos fueron normales.

CONCLUSIONES:

Las infecciones invasivas por SAMRC se caracterizan por una variedad de presentaciones clínicas, con elevada morbimortalidad. La sepsis y el shock séptico constituyen una forma de presentación frecuente independientemente del foco primario. El conocimiento de las formas de presentación clínica y posible evolución de esta enfermedad resulta indispensable para el diagnóstico precoz y tratamiento empírico adecuado. Se destaca la importancia de, ante la sospecha clínica de este patógeno en una infección invasiva grave, iniciar precozmente una antibioticoterapia empírica con espectro de actividad apropiada.

DEBUT DE PORFIRIA CON SINTOMAS DE GUILLAIN BARRÉ

RPD
312

Moretti P.¹; Panero Schipper N.²; Bertone A.³; Taborda M.⁴

HOSPITAL ESCUELA EVA PERON -SERVICIO DE PEDIATRÍA-GRANADERO BAIGORRIA-SANTA FE^{1,2,3};

HOSPITAL ESCUELA EVA PERON -SERVICIO DE NEUROLOGÍA-GRANADERO BAIGORRIA-SANTA FE⁴

<patricia_moretti@live.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La porfiria aguda intermitente (PAI) es una enfermedad genética, autosómica recesiva que se caracteriza por crisis de dolor abdominal, alteraciones psiquiátricas y afectación neurológica. La prevalencia de portador genético se estima 1/10.000 hab. pero la prevalencia de casos es sólo de 1-5/100.000. El síntoma más frecuente es la neuropatía abdominal (90%). Debido a la afectación del SNC periférico y autónomo puede manifestarse como crisis convulsivas, trastornos de la conciencia y el comportamiento, neuropatía periférica motora y sensitiva. La debilidad muscular puede progresar a tetraparesia y parálisis respiratoria y bulbar y debe realizarse el diagnóstico diferencial con el Sme de Guillain-Barré. El diagnóstico precoz es vital. La demostración del exceso de ALA y PBG en la orina son suficientes para el diagnóstico en el episodio agudo. Los niveles de porfirinas en sangre y heces (pueden ser normales o estar ligeramente aumentados) no son necesarias en un primer momento.

OBJETIVO:

Describir un debut de porfiria con síntomas de Guillain Barré

CASO CLÍNICO

Niña de 13 años consulta por cuadro de horas de evolución caracterizado por pérdida de sensibilidad en miembros inferiores y pérdida de control de esfínteres. Examen físico (datos+): hipoestesia simétrica en bota progresiva e hiporreflexia, virosis de vías aéreas superiores. Laboratorio, orina completa y LCR normales. Se asume cuadro como polineuritis sensitiva vs mielitis. Servicio de Neurología solicita LCR de control y PxE para descartar bandas oligoclonales, EEG, FO, RMI columna dorso – lumbar y dosaje de Vitamina B12 normales. Dosaje sérico de porfirinas eritrocitarias pendiente al alta por evolución clínica favorable. En controles ambulatorios posteriores, refiere repetición de cuadro clínico. Se obtiene dosaje sérico de porfirinas eritrocitarias 632 ug/l GRAVE. Se asume cuadro como Porfiria Intermitente Aguda.

CONCLUSIÓN

En muchos casos el diagnóstico de esta entidad se demora durante años lo que genera tratamientos inadecuados, aumento de la morbimortalidad y la utilización de recursos médicos innecesarios, por lo que resulta imprescindible considerar a la PAI como un diagnóstico diferencial en el estudio de las neuropatías periféricas.



INTERNACIONES EN SERVICIO DE NEONATOLOGIA CON DIAGNÓSTICO DE DIFICULTAD EN LA LACTANCIA MATERNA VS. SEGUIMIENTO AMBULATORIO AL ALTA DE LA MATERNIDAD

RPD
313

Fernandez De Raich G.¹

HOSPITAL ENFERMEROS ARGENTINOS¹

<gracielavilma@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Se observa que en el primer control de los 7 días muchos RsNs no está instalada la Lactancia Materna, lo que genera la internación siendo un problema para la familia y el Hospital.

Objetivo: Demostrar la necesidad de tener la Sala de Lactancia Materna para apoyo y seguimiento de las madres al alta de la internación conjunta disminuyendo así las internación.

POBLACIÓN

Todos los RsNs de alta con diagnóstico de Dificultad en la lactancia, excluyendo RsNs con otras patologías concomitantes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio retrospectivo tomando las altas desde enero del 2011 a diciembre 2014. El material fue tomado de los Informes de Hospitalización otorgados por el Servicio de Estadística del Hospital

RESULTADOS:

Los porcentajes de internación que arrojaron los datos oscilaban entre un 10% a un 23,7%, estando entre las primeras causas de internación.

CONCLUSIÓN:

Es evidente el beneficio de este acompañamiento a las madres al alta, en forma más precoz, para lograr una Lactancia exitosa, con disminución de la internación.

MIOSITIS AGUDA ASOCIADA A LEPTOSPIROSIS

RPD
315

Cena J.¹; Yossen M.²; Battagliotti C.³

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

<jul.elisa@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Se ha evidenciado un incremento de incidencia de leptospirosis, coincidente con las anegaciones ocurridas en nuestra provincia en febrero-marzo de este año.

La mayoría cursa con cuadros leve con síntomas pseudogripales que pueden acompañarse de mialgias o calambres con aumento de la CPK.

Los casos que requirieron internación presentan un mayor compromiso del estado general, con manifestaciones icterohemorrágicas, de falla renal, o hemorragia pulmonar con falla respiratoria.

La miositis aguda como única forma de presentación de la leptospirosis no ha sido previamente descrita.

OBJETIVOS:

Presentar un caso de una adolescente internada por miositis aguda debido a leptospirosis.

POBLACIÓN:

Paciente femenino de 14 años de edad, oriunda de Pozo Borrado, departamento Nueve de Julio, provincia de Santa Fe.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo. Análisis de historia clínica en marzo 2015.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO:

Niña de 14 años, sin antecedentes de jerarquía, que consulta por un cuadro de 10 días de evolución de debilidad muscular proximal y mialgias en cintura escapular y pelviana que dificulta la deambulacion. Sin otros síntomas agregados.

Al examen físico presenta dolor a la palpación de masas musculares de región posterior de piernas y escápulas, con debilidad muscular 3/5 en miembros inferiores y 4/5 en miembros superiores. Se observa mácula café con leche en tórax, compatible con nevo de Becker. Resto sin alteraciones.

En el laboratorio: GB 10.9 K/uL (78/0/14/6/2/0), Hb 12,9gr/dl, Hto 36%, plaquetas 500.0K/uL, GOT 1010 UI/L, GPT 485 UI/L, CPK 31.305UI/L, LDH 2610UI/L, Bilirrubina Total 1,8mg% y Directa 1mg%, VSG 30mm/h y PCR negativa, colinesterasa 7151UI/L, coagulograma y función renal normales. Orina sin alteraciones.

Virus hepatotrópicos, triquinosis y tóxicos en sangre, negativos.

Laboratorio inmunoreumatológico normal.

Se realiza hiperhidratación y analgesia, con buena evolución y descenso de CPK, que normaliza a los 20 días.

A los 15 días se recibe Macroaglutinación para leptospirosis Antígeno TR positiva. Segundas muestras, MAT y ELISA, confirman leptospirosis aguda. Al reinterrogar a la paciente, expresa que tuvo contacto con barro en una actividad lúdica en una zona inundada dos semanas previas al inicio del cuadro.

RESULTADO

Miositis aguda por leptospirosis.

CONCLUSION:

Ante un paciente con miositis aguda tener en cuenta dentro de las posibles causas la búsqueda de agentes infecciosos según epidemiología actual y de cada región.



HIPERTENSIÓN PULMONAR: PERSISTENCIA DEL PATRÓN FETAL EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
316

Luengo D.¹; Carelli Sechi R.²; Giliberti C.³; Guiamet K.⁴; Perez P.⁵; Raul N.⁶; Rodriguez J.⁷; Ullua S.⁸

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

<daniluengo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión pulmonar es de rara ocurrencia en la edad pediátrica siendo los síntomas iniciales muy sutiles e inespecíficos, lo que retarda el diagnóstico empeorando el pronóstico. Habitualmente es secundaria a una patología subyacente, lo más frecuente es su asociación con cardiopatías de corazón izquierdo y enfermedades parenquimatosas pulmonares. La sospecha clínica se basa en la existencia de una patología pulmonar de base con hipoxemia grave que no responde al tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio Descriptivo. Caso clínico del Servicio de Pediatría del Hospital Italiano La Plata. Paciente masculino de 22 meses. Antecedentes: RNT/PEG. Distress transitorio del RN. Consulta por cuadro de 48hs de evolución con astenia, anorexia, vómitos y episodios de cianosis periorificial en reposo. Al ingreso presenta dificultad respiratoria e hipoxemia que revierte con oxígeno, observándose hipocratismo digital en el examen físico. Reiteradas consultas por taquipnea persistente y adinamia. Se constata en el Ecocardiograma Hipertensión Pulmonar Severa sin cardiopatía estructural. Inicia tratamiento con milrinona y sildenafil. Por reiteradas crisis de hipertensión pulmonar se decide ingreso electivo en AVM. Tras realizarse TAC pulmonar se constata infiltrado intersticial

generalizado en parches con engrosamiento septal de segmentos basales. Por hipoxia refractaria, inicia terapia con óxido nítrico inhalado, con buena respuesta, y pulsos de metilprednisolona.

Presenta buena respuesta al tratamiento instaurado, lográndose su desventilación y estabilidad clínica y hemodinámica. Motivo por el cual, se realiza cateterismo cardíaco para cuantificar grado de Hipertensión Pulmonar y respuesta a pruebas terapéuticas. En su transcurso sufre descompensación hemodinámica, reingresando en AVM, con soporte inotrópico, sildenafil y bosentan. Por su hipertensión pulmonar refractaria, requiere VAFO y Oxido Nítrico inhalado. Se instaura tratamiento con bomba de infusión subcutánea de treprostinil, con escasa respuesta al mismo.

Fallece tras 45 días de internación. Se realiza Necropsia Pulmonar arribándose al diagnóstico de Persistencia de Patrón Pulmonar Fetal como causa única de su HTP.

CONCLUSIÓN:

En conclusión podemos decir que la hipertensión pulmonar es una patología cuyo diagnóstico requiere un alto índice de sospecha por lo sutil de los síntomas. El mejor método de tamizaje es la ecocardiografía con doppler y para confirmar el diagnóstico el cateterismo cardíaco.

FACTORES ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER (BPN) EN NIÑOS NACIDOS A TÉRMINO EN EL HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN DE SANTA FE ENTRE 2011 Y 2013

RPD
317

Zalazar A.¹

MUNICIPALIDAD DE SANTA FE¹

<agu.zalazar@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El BPN, definido como un peso menor de 2.500 gramos en el momento de nacer, representa un problema de orden mundial en la salud, dado que los recién nacidos con BPN presentan serias limitaciones desde el mismo momento en que nacen y posteriormente esto incide en su calidad de vida futura.

OBJETIVOS:

Identificar los factores asociados al BPN entre los nacidos vivos a término, de embarazo único y sin malformaciones congénitas en el Hospital "J. M. Cullen" de la ciudad de Santa Fe en el período entre 2011 y 2013. Población: Nacidos vivos a término, de embarazo único y sin malformaciones congénitas en el Hospital "José María Cullen" durante el período 2011-2013.

METODOLOGÍA:

Estudio analítico de cohorte, retrospectivo. Se analizaron las bases de datos del sistema informático perinatal de la Maternidad del Hospital Cullen correspondientes al período 2011-2013. Se calculó la proporción de nacidos vivos con bajo peso con su intervalo de confianza del 95% en el total de la población y según las características del control prenatal, la condición nutricional de la madre previa al embarazo y el hábito de fumar.

Se calculó la Odds Ratio con su intervalo de confianza al 95% y se utilizó el test de Chi cuadrado de Pearson para evaluar la significación estadística. Se utilizaron los Programas Excel 2010 y EPIDAT 3.1.

RESULTADOS:

Se estudiaron 5968 nacidos vivos (85,9% del total de nacidos vivos). La proporción de BPN fue 1,86% (IC= 1.51 – 2.21).

El Bajo IMC materno pregestacional (menor a 18.5kg/m²) y el inadecuado control precoz (después de la semana 20 de embarazo) mostraron una asociación estadísticamente significativa con el BPN: OR= 2.16 (IC= 1.05 – 4.46; p= 0.0331) y OR= 1.67 (IC= 1.13 – 2.47; p= 0.0092), respectivamente. En cuanto al hábito de fumar materno durante el embarazo y el bajo número de controles prenatales (menos de 5) se encontró asociaciones, es decir, una mayor proporción de nacidos vivos con bajo peso, pero no fue estadísticamente significativa: OR= 1.7 (IC= 0.98 – 2.95; p= 0.058) y OR= 1.47 (IC= 0.95 – 2.27; p= 0.079), respectivamente.

CONCLUSIONES:

La incidencia de BPN en el Hospital J. M. Cullen de la ciudad de Santa Fe fue baja: 1.86%. Se pueden identificar características de la madre y del control de su embarazo que se asocian a una mayor ocurrencia de BPN. Identificar estas características en el primer control del embarazo podría contribuir a poner en práctica acciones de seguimiento especiales para reducir la ocurrencia de BPN.



FACTORES ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN NACIDOS VIVOS A TÉRMINO EN ARGENTINA DURANTE 2012

POB
318

Stepanic Pouey E.¹; Radosevich A.²; Bossio J.³; Arias S.⁴

Cátedra de Epidemiología y Salud Pública. Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas. Universidad Nacional del Litoral^{1,2,3,4}
<eve.stepanic@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El bajo peso al nacer (BPN) es definido por la Organización Mundial de la Salud como el peso menor a 2500g. En niños que nacen a término es resultado de un retraso en el crecimiento intrauterino, aumentando su riesgo de morbilidad y crecimiento inadecuado.

OBJETIVO:

Identificar factores asociados al BPN en nacidos vivos a término en Argentina en el 2012.

POBLACIÓN:

Nacidos Vivos (NV) a término (semana 37 a 42 de gestación) en el año 2012 en Argentina.

MÉTODOS:

Estudio transversal, utilizando datos de la base del Informe Estadístico de Nacido Vivo, elaborado por la Dirección de Estadística e Informaciones en Salud de la República Argentina para el 2012. Se evaluó el efecto de las características de la madre: edad, nivel de instrucción, cobertura de salud, gestaciones previas y tipo de establecimiento donde ocurrió el parto sobre la ocurrencia del BPN. Se calculó el Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) al 95%. Se utilizaron los programas Microsoft Excel 2013 y EpiDat 3.1.

RESULTADOS:

En el año 2012 se registraron un total de 655.628 nacimientos a término, de los cuales 18.212 (2,77%) fueron BPN. Se encontró asociación entre BPN y las siguientes características: edad extrema de la madre: menores de 20 años (OR 1,19; IC 95%: 1,15-1,24) y mayores de 35 (OR 1,24; IC 95% 1,19-1,29), ser madre primípara (OR 1,19; IC 95% 1,15- 1,22), ausencia de cobertura de salud (OR 1,15; IC 95% 1,12 – 1,19) y parto ocurrido fuera de un establecimiento de salud (OR 1,56 IC 95%; 1,26 – 1,92). El BPN fue más frecuente en niños nacidos de madres con nivel de instrucción secundario incompleto o menos (OR 1,18; IC 95% 1,15-1,22) observándose además un aumento de la fuerza de asociación conforme disminuye el nivel de instrucción: secundario incompleto (OR 1,10; IC 95%1,06- 1,15) primario completo (OR 1,22; IC 95% 1,18- 1,27) primario incompleto (OR 1,31; IC 95% 1,23 – 1,40), sin instrucción (OR 1,57; IC 95% 1,28-1,93), cuando se compararon con nivel de instrucción secundario completo o más.

CONCLUSIONES:

Nuestros hallazgos concuerdan con estudios realizados previamente. La asociación entre BPN y la instrucción de la madre muestra la necesidad de fomentar su permanencia en el sistema educativo, dado que a medida que aumenta la misma disminuye la frecuencia de BPN. Siendo conocidas las principales causas asociadas al BPN y las graves consecuencias del mismo sobre la salud de nuestros niños, es necesario afianzar las acciones que contribuyan a su prevención.

OBESIDAD INFANTIL EN UN CENTRO DE APS

RPD
319

Miorin C.¹; Nuñez F.²; Tudela L.³; Cepeda N.⁴

MAIPÚ MENDOZA^{1,2,3,4}

<cecimiorin@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Con motivo de la epidemia de obesidad infanto juvenil se implementó en el año 2012 un consultorio de sobrepeso y obesidad para niños y adolescentes en el Centro de Salud .Se trabajó con turnos programados. Nos basamos en la entrevista motivacional. El equipo está formado por médica pediatra, licenciada en nutrición y licenciada en psicología. Este pretende describir la evolución de los pacientes atendidos en el año 2014 en un Centro de Atención Primaria.

OBJETIVOS:

- 1- Evaluar la evolución de los pacientes durante un año de atención.
- 2- Determinar las fortalezas y debilidades de la forma de atención.
- 3- Establecer la importancia de los Criterios de Cook en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

POBLACIÓN:

Niños y adolescentes hasta 17 años derivados al CAPS N° 53.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron 59 historias clínicas de pacientes que concurrieron al centro de salud en el año 2014. A los niños mayores de 10 años se los evaluó según los Criterios de Cook.

RESULTADOS:

De los 193 turnos registrados durante el año 2014, solo asistieron 115,

con un ausentismo, tanto de primera vez como ulterior de un 40%. Se analizaron 49 historias clínicas, 32 fueron pacientes mayores de 10 años. Solo se consiguió analítica en 14 de ellos, o sea 43.7%. Teniendo en cuenta el IMC un total de 25 lograron descenderlo, siendo 17 masculinos y 8 femeninos. Subieron su IMC 7 pacientes, 5 femeninos y 2 masculinos. Se mantuvieron estables con su IMC 3 y concurrieron a una sola consulta 14. Según los Criterios de Cook:

- Circunferencia de cintura: Descendieron 20, elevaron 8 y mantuvieron 9.
- Tensión Arterial: solo 5 presentaron valores por arriba del P 90.
- Glucemia en Ayunas: 1 alterado.
- Triglicéridos > de 110: 9 niños.
- HDL < de 40: 3 niños.

CONCLUSIONES:

Hay un alto porcentaje de ausentismo de estos pacientes dado que probablemente los padres no lo consideran un problema de salud, la imposibilidad de obtener analítica en todos, tiene que ver con las barreras en el acceso al segundo nivel de atención. El seguimiento constante del equipo permitió que se consiguieran buenos resultados con el IMC. Según los Criterios de Cook la Circunferencia de cintura sigue siendo relevante en el seguimiento.



NEUROBLASTOMA: VARIABILIDAD EN LA FORMA DE PRESENTACIÓN. A PROPÓSITO DE 3 CASOS.

RPD
321

Rubiños M.¹; Rubiños M.²

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2}

<mayrarubinos@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Neuroblastoma es un tumor maligno de origen embrionario y representa el 5-8% de todos los cánceres en pediatría. Su pronóstico es reservado y su forma de presentación clínica variable.

OBJETIVOS:

Analizar una serie de casos (n:3) con diagnóstico de Neuroblastoma y demostrar la variabilidad de signos y síntomas en su forma de presentación.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: Sexo femenino, 8 años, sobrepeso; consulta por cefalea pulsátil de un mes de evolución, vómitos y pérdida de peso de 7 kg. Al examen físico se constata hipertensión arterial evolucionando a crisis hipertensiva. Se solicita ecografía abdominal que evidencia una formación sólida retroperitoneal paravertebral derecha. Se realiza punción aspiración de médula ósea (PAMO) y biopsia abdominal confirmando el diagnóstico de Neuroblastoma.

Caso 2: Sexo masculino, 3 años y 10 meses, sano; consulta por síndrome febril intermitente de 2 meses de evolución. Al examen físico se eviden-

cia dolor y rigidez cervical. La resonancia nuclear magnética (RNM) de columna describe tumor paravertebral dorsal expansivo con infiltración medular y ósea. Se realiza ecografía abdominal y PAMO que confirma infiltración por Tumor Neuroblástico.

Caso 3: Niña sana de 23 meses; consulta por proptosis súbita del globo ocular derecho. Al examen oftalmológico se evidencian signos indirectos de compresión retro-ocular. La tomografía computada (TC) de SNC informa imagen sólida en región temporal de orbita derecha. La ecografía abdominal evidencia una formación sólida lobulada, adyacente a glándula suprarrenal derecha. Se realiza PAMO y biopsia abdominal confirmando el diagnóstico de Neuroblastoma.

CONCLUSIÓN:

Los 3 casos presentados difieren en edad de presentación y síntomas que motivaron la consulta. Sin embargo, en todos ellos, se evidencia masa abdominal por vía ecográfica, no constatada al examen físico. La PAMO y biopsia abdominal confirman el diagnóstico de Neuroblastoma.

DETECCION DE HABITOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SU ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

POB
323

Weissbrod P.¹; Lopez L.²; Pappolla R.³; Prieto M.⁴; Dominguez C.⁵; Aletti S.⁶; Cantor P.⁷; Taborda M.⁸; Antezana D.⁹

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSE MARIA PENNA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<pweissbrod@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

La educación y el abordaje interdisciplinario son herramientas esenciales para enfrentar el creciente sobrepeso y la obesidad entre nuestros adolescentes. Por eso es fundamental conocer que comen los jóvenes hoy en día para poder realizar una intervención oportuna.

OBJETIVOS:

- Detectar hábitos alimentarios en pacientes con sobrepeso y obesidad
- Evaluar el grado de comprensión de las pautas alimentarias dadas en un taller.

MATERIAL Y METODOS:

Trabajo cuali-cuantitativo, prospectivo, descriptivo, transversal, observacional. Se incluyeron pacientes que concurren al consultorio de Adolescencia de un Hospital General de Agudos, zona sur de CABA desde el 15/6 al 16/7 del 2014 con sobrepeso (SP) u obesidad (Ob) sin patología asociada y que no hayan tenido intervención previa en relación al peso por parte del equipo de salud. Se calculó el índice de masa corporal (IMC). Se consideró SP aquellos con un IMC en percentilo (Pc) entre 85 y 95 y Ob en Pc \geq 95. Se citó nuevamente al paciente para concurrir a un taller donde tres miembros del equipo realizaron relevamiento y orientación de hábitos alimentarios, cerrando el mismo con la realización de un plato

saludable para evaluar el grado de comprensión. Análisis estadístico: estadística descriptiva, Epiinfo 3.2. análisis cualitativo.

RESULTADOS:

De 515 pacientes atendidos, 48 (9%) presentaron SP/Ob y fueron incluidos en el trabajo. De ellos, 32 (66%) asistieron al taller. Tenían una mediana de edad de 13,5 años (10 a 19) 18 (56,3%) eran mujeres, 22 (68,8%) presentaron Ob. Del taller se desprende: dificultades para organizar las comidas a sus actividades diarias, acceso y consumo de alimentos de bajo nivel nutritivo en el ámbito escolar, mayor diversidad en la elección de los alimentos consumidos en la casa. Presentaron una buena comprensión de las pautas dadas con armado correcto de plato saludable al finalizar el taller.

CONCLUSIONES:

El taller es una herramienta útil, dada la alta adherencia a la convocatoria (más del 65%) y el interés manifestado durante la participación por los jóvenes a través de las actividades propuestas. Se evidencia la importancia de actividades de promoción de alimentación saludable como prevención del SP/Ob desde edades tempranas a través de un dispositivo grupal. Esta actividad demostró una alta aceptación y queda para futuro, ver el impacto que produjo en los que asistieron al taller.



RETRASO PSICOMADURATIVO: ANILLO 18. REPORTE DE UN CASO.

González N.¹; Seveso J.²; Abalone A.³; Madeira F.⁴

HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN^{1,2,3,4}

<noegonzalez2013@hotmail.com>

RPD
324

INTRODUCCIÓN

Anillo 18 es una enfermedad genética rara causada por una deleción de las dos puntas del cromosoma 18 (puede afectarse el brazo q o p) seguido por la formación de un cromosoma en forma de anillo. Fue descrito por primera vez en 1964. Prevalencia 1/1.000.000 Clínicamente se caracteriza por presentar retraso en la adquisición de pautas madurativas, hipotonía, rasgos faciales característicos, microcefalia, convulsiones, trastornos visuales y hormonales, defectos cardíacos, gastrointestinales y esqueléticos, conductos auditivos estrechos, pérdida de audición, criptorquidea e hipospadia. Se puede realizar diagnóstico prenatal por amniocentesis o el muestreo de vellosidades coriónicas. Postnatalmente, mediante cariotipo y RMI. El tratamiento es sintomático. Actualmente, la investigación se centra en la identificación de la función de los genes en 18p y 18q en la causa de los signos y síntomas asociados con deleciones de 18p y/o 18q a fin de obtener un genotipo predictivo.

OBJETIVO

Presentar el caso clínico de una enfermedad rara.

CASO CLINICO

Paciente de 7 meses RNTPAEG, embarazo no controlado, con screening neonatal normal. Consulta por cuadro de dificultad respiratoria, convul-

sión febril y deshidratación moderada. Durante su internación se constata retraso psicomadurativo, crecimiento sobre el P3, fenotipo peculiar, hipotonía generalizada y presencia de nistagmus. Se realiza interconsulta con el servicio de Genética quien solicita cariotipo, detectándose la presencia de deleción a nivel telomérico en anillo del cromosoma 18q. Se realiza RMN que informa una leucopatía periventricular, en relación con las astas occipitales y subcortical en región frontal y parietal bilateral. Pruebas audiológicas negativas. Ecografía testicular: criptorquidia derecha. Ecografía abdominorenovesical normal. FO: normal. Nistagmus pendular conjugado horizontal.

CONCLUSIÓN

Debido al amplio espectro de afectación orgánica de esta patología es fundamental un alto índice de sospecha ante pacientes con estas características a fin de realizar un diagnóstico precoz que permitirá un abordaje interdisciplinario orientado al estudio de los síntomas y signos propios de enfermedades secundarias al trastorno y su tratamiento precoz, con la consecuente disminución de la morbimortalidad.

ANEMIA CRONICA: UN SINTOMA SILENCIOSO EN EL DIVERTICULO DE MECKEL. A PROPOSITO DE UN CASO

Ferrari M.¹; Borchia A.²; Tarqui L.³; Giraudo D.⁴; Cavalieri L.⁵; Rosso M.⁶

HIGA EVA PERON DE SAN MARTIN^{1,2,3,4,5,6}

<ferrariamaria86@gmail.com>

RPD
325

INTRODUCCIÓN:

El divertículo de Meckel es una reminiscencia del saco vitelino embrionario, por obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico. Dicha malformación, de baja prevalencia, suele debutar en menores de 2 años. Se presenta con clínica de abdomen agudo en un 68% de los casos, hemorragia digestiva baja en el 16% y anemia por debajo del 10%.

OBJETIVOS:

Presentación de un caso clínico de divertículo de Meckel con edad de presentación fuera del rango de prevalencia y anemia como síntoma inicial. Descripción del caso: masculino de 13 años de edad, RNT-PAEG. Sin antecedentes personales ni familiares de importancia. Consulta en guardia pediátrica por astenia, hiporexia y cefalea. Se constata palidez muco-cutánea generalizada, abdomen sin visceromegalias, resto sin particularidades. Laboratorio: Hemoglobina 6,4 gr/dl y Hematocrito 23,5%. Se interna con diagnóstico de Síndrome Anémico. Recibió Transfusión con glóbulos rojos desplasmados con buena respuesta, interconsulta con

Hematología descarta otras patologías. Se decide el alta y tratamiento con hierro vía oral. A los 20 días concurre nuevamente a guardia por desvanecimiento con cianosis peribuca. Laboratorio: Hemoglobina 10 gr/dl, Hematocrito 34%, se reinternar. A las 24 hs comienza con deposiciones desligadas oscuras y sanguinolentas. Se realiza Centellograma con Tc 99 el cual confirma el diagnóstico de divertículo de Meckel. Se realiza tratamiento quirúrgico, informe: Meckelitis aplastronada con apéndice y asa perforada.

CONCLUSIÓN:

Si bien la edad descrita como más frecuente de aparición de divertículo de Meckel son los primeros dos años de vida con síntomas clínicos de abdomen agudo y hemorragia digestiva, en pacientes con anemia crónica, sin causa aparente, se debe sospechar el sangrado digestivo. De esta forma, se puede llegar al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de dicha patología, en pacientes con edad y clínica poco frecuente para Divertículo de Meckel, evitando complicaciones mayores.



ENFERMEDAD DE CHARCOT MARIE TOOTH. REPORTE DE UN CASO

POB
326

Lovera Espinoza V.¹; Ptaszcenczuk Y.²; Meza A.³

HOSPITAL PROVINCIAL DE PEDIATRÍA^{1,2,3}

<vivi_lovera@hotmail.com>

INTRODUCCION

La enfermedad de Charcot Marie Tooth es la neuropatía hereditaria más frecuente y tiene una prevalencia global de 3,8/100.000. Se transmite con carácter autosómico dominante con una expresividad del 83 %, habiéndose localizado el gen anormal en el locus 17p 11.2.

El sistema músculo esquelético se ve gravemente afectado debido al proceso de desmielinización nerviosa periférica; poco a poco los músculos dejan de recibir información proveniente del cerebro debido al daño de los nervios periféricos, lo que se ve reflejado en la atrofia muscular y deformidades articulares que no permite una buena posición articular. En relación a la evolución y pronóstico, la incapacidad suele ser leve y compatible con una vida larga. El 10-20% de los pacientes permanecen asintomáticos. En nuestro medio es una patología poco conocida.

OBJETIVOS

Describir las características clínicas una patología con gran repercusión en el sistema músculo esquelético, la enfermedad de Charcot Marie Tooth.

MATERIAL Y METODOS

Paciente de sexo masculino de 5 años de edad, nacido de término/peso adecuado para edad gestacional (3.900 kg/38 semanas), sin antecedentes perinatólogicos, con antecedentes familiares de trastornos musculares:

madre gravemente afectada por deformidad de miembros inferiores, escoliosis severa y marcha inestable; un tío de 14 años con signos de distrofia muscular.

Según relato materno el niño presenta retraso en pautas madurativas: sostén cefálico a los 7 meses, gateo a los 11 meses, deambulación a los 4 años; actualmente con dificultad para mantener la bipedestación y marcha disbasica. Al examen físico presenta escoliosis severa, pérdida de la fuerza muscular en miembros inferiores, trastorno en la marcha, ausencia de reflejos osteotendinosos (rotulianos y aquilianos), pie cavo izquierdo, sin compromiso cognitivo. Los análisis de laboratorio dentro de parámetros normales, ecografía abdominal, testicular, ecocardiograma y ecodoppler normales. El resultado del genético molecular se halla pendiente. Evaluado interdisciplinariamente con sospecha clínica de Enfermedad de Charcot Marie Tooth.

CONCLUSIONES

El reconocimiento de los aspectos clínicos es relevante para el diagnóstico temprano de la enfermedad de Charcot Marie Tooth ya que se podría instaurar así una terapia física en forma precoz y disminuir las incapacidades motoras.

ESPLENECTOMÍA. INDICACIONES, EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES. 18 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.

POB
327

Hernandez N.¹; Chiquini Y.²; Calvo C.³; Senosiain L.⁴; Martín L.⁵; Mutti R.⁶; Reyes F.⁷; Gonzalez G.⁸; Sartori O.⁹; Falcon E.¹⁰;

Nicotra C.¹¹; Giannone M.¹²; Arbesú G.¹³

HOSPITAL HUMBERTO NOTTI^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13}

<natilu_15@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El bazo es un órgano importante dentro del sistema inmune. La esplenectomía está indicada en enfermedades como Púrpura trombocitopénica inmune (PTI), Esferocitosis hereditaria, anemias hemolíticas, neoplasias y lesiones traumáticas. Dicho procedimiento tiene complicaciones a corto y largo plazo.

OBJETIVOS:

1) Analizar las indicaciones y características clínicas de niños esplenectomizados en el Hospital Humberto Notti desde 1996 a 2014. 2) Conocer la evolución de los mismos. 3) Analizar las complicaciones agudas y tardías. 4) Evaluar las medidas preventivas realizadas. 5) Proponer una guía de manejo del paciente esplenectomizado

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional, transversal, retrospectivo. Fuente: historias clínicas.

RESULTADOS:

N 34. Edad media: 9 años. Relación hombre/mujer 1,6/1. Indicación de (E): Politraumatismo 9 (26,4%), PTI 9 (26,4%), Esferocitosis hereditaria 10 (29,2%), Síndrome de Evans 1 (3%) Anemia hemolítica 1 (3%), Talasemia 1 (3%), Diseritropoyesis congénita 1 (3%), Oncológica 2 (6%). Tipo de cirugía: Laparoscópica 4 (11,7%), cielo abierto 30 (88,3%). Colectomía asociada: 1 (3%). Complicaciones agudas: 12 (35,3%) 9 infecciosas y 3

trombóticas. Complicaciones tardías sucedieron en 18 pacientes (53%). Mortalidad 5,88%. Causa: shock séptico y síndrome de activación macrofágica. Vacunación pre quirúrgica completa: 19 (55,8%) vacunación postquirúrgica 9 (26,4%). El 85,2% recibió antibiótico prequirúrgico y en el 82,3% se indicó profilaxis antibiótica.

CONCLUSIONES:

1- La (E) es un procedimiento quirúrgico que puede ser terapéutico o post traumático. 2- La técnica a cielo abierto fue de elección. 3- Las complicaciones agudas y tardías son principalmente infecciosas. 4- El síndrome febril sin foco es una de las principales formas de presentación. 5- La infección por Varicela podría representar un grupo de alto riesgo. 6- Los pacientes oncohematológicos tuvieron más complicaciones tardías que el grupo por traumatismo. 7- Las complicaciones trombóticas son infrecuentes, tanto tempranas como tardías. 8- Las inmunizaciones previas al procedimiento disminuyen las complicaciones infecciosas. 10- La morbimortalidad asociada a la esplenectomía debe ser evaluada en el seguimiento de los pacientes, con una alta sospecha diagnóstica y óptimas medidas de manejo. 11- Se propone la utilidad de una guía para el paciente y la institución.

PALABRAS CLAVE:

Esplenectomía, trombosis, profilaxis antibiótica, vacunación.



CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE GLÁNDULA SALIVAL EN ADENOPATÍA CON MALA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

RPD
328

Bonacci P.¹; Sanz C.²; Blanco J.³; Tello J.⁴; Testa V.⁵; Robledo V.⁶

HOSPITAL ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6}

<pablobonacci20@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Carcinoma Mucoepidermoide es una neoplasia maligna de origen epitelial de glándulas salivales. Representa del 10-15% de todas las neoplasias de glándulas salivales y del 3-5% de neoplasias de cabeza y cuello. Es más frecuente en mujeres y la edad mediana de presentación es de 47 años con un rango entre 8 y 92 años. Se clasifica dependiendo del componente quístico, invasión perineural, necrosis, actividad mitótica y pleomorfismo en tres grados: bajo, intermedio y alto. La supervivencia a 5 años es del 90-100 % en los de bajo grado y del 26% en los de alto grado de malignidad, los cuales tienen además un 50 % de probabilidades de presentar metástasis.

OBJETIVO:

Se comunica el caso de una paciente adolescente con una patología de baja prevalencia para la edad: Carcinoma Mucoepidermoide de glándula salival.

CASO CLÍNICO:

Una adolescente de 13 años consulta al servicio de adolescencia por presentar una tumoración en la región submaxilar derecha de dos semanas de evolución. Al examen físico se evidencian dos tumoraciones duroelás-

ticas de aproximadamente 2x2 cm cada una, móviles a la palpación, compatibles con adenopatías. Se indican dos esquemas con antibióticos orales con escasa respuesta. Se realizó ecografía de partes blandas que evidenció conglomerado ganglionar con centro hipo/anecoico y aumento de vascularización periférica compatible con adenoflemón/adenopatía con abscesación central, por lo que se decide su internación para estudio y tratamiento. Al no presentar mejoría durante la internación, se realiza una punción biopsia incisional de la tumoración, resultando los cultivos microbiológicos negativos y la anatomía patológica compatible con Carcinoma Mucoepidermoide.

CONCLUSIÓN:

Es imprescindible tener en cuenta el abanico de diagnósticos diferenciales ante una tumoración cervical y adenopatías con mala evolución al tratamiento ambulatorio. La prevalencia en la adolescencia del Carcinoma Mucoepidermoide es baja. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son los factores que más influyen en el pronóstico. La resección local amplia y eventualmente la radioterapia posoperatoria son el tratamiento de elección.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A FALLO EN SCREENING DE HIPOACUSIA

RPD
329

Steimen A.¹; Ameztoy T.²; Diaco R.³; Maduri C.⁴; San Martín M.⁵; Vera C.⁶; Najt F.⁷; Valente H.⁸; Miralles J.⁹; Toncich M.¹⁰

HIGA SAN ROQUE DE GONNET^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<anassteimen@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La hipoacusia está definida como disminución en la percepción auditiva, vía por la cual se adquiere el lenguaje oral. Es un problema de especial importancia en la infancia, ya que el desarrollo social e intelectual están íntimamente relacionados con una correcta audición.

La incidencia de hipoacusia se sitúa en 5 de cada 1000 nacidos vivos, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos números aumentan a 1 a 10 cada 100 recién nacidos con factores de alto riesgo auditivo (ARA), y 1 a 2 de cada 50 neonatos ingresados en unidades de terapia intensiva.

En la Argentina, todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y sea tratado de manera oportuna de ser necesario, tal como se establece en la Ley N°25415 de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia.

OBJETIVOS

Identificar el factor de riesgo prevalente para el fallo en el segundo screening con emisiones otoacústicas en recién nacidos de término de un Hospital General de Agudos.

Comparar prevalencia de fallo en segundo screening de emisiones otoacústicas en pacientes con y sin ARA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal durante el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2013.

Se incluyeron a todos los recién nacidos de término que se registraron en el Hospital San Roque de Gonnet, tanto los alojados en internación conjunta como aquellos que ingresan al Servicio de Neonatología. Se utilizó como base de datos el archivo de pacientes del Servicio de Fonoaudiología del Hospital.

RESULTADOS

De los datos obtenidos se desprende un número total de recién nacidos de término de 1789, de los cuales 364 fallaron en el primer tamizaje de hipoacusia con Emisiones Otoacústicas, por lo que fueron citados a un segundo estudio. En esta segunda evaluación, presentaron resultado alterado 43 neonatos, de los cuales 20 no presentaban ARA, y los restantes 23 se trataba de pacientes con antecedentes de riesgo.

El factor de riesgo prevalente fue Hiperbilirrubinemia (27.3%), seguido por presencia de síndrome genético (13%), Fisura labio-alvéolo-palatina (FLAP) (13%), infecciones congénitas y neonatales, como son Toxoplasmosis (8.7%), Chagas (8.7%), HIV (4.35%), Streptococo del grupo B (4.35%), antecedentes familiares de hipoacusia familiar (4.35%), Malformaciones del conducto auditivo externo (CAE) (4.35%) y antecedente de asfixia perinatal (4.35%).

CONCLUSIONES

Se identifica como factor de riesgo prevalente para fallo en tamizaje con emisiones otoacústicas a la hiperbilirrubinemia, siendo el odds ratio en nuestro estudio de 9,7. Sin embargo, la diferencia en prevalencia de fallo en el screening entre pacientes con y sin ARA no fue significativo.



ESTADO NUTRICIONAL AL AÑO DE VIDA EN NIÑOS NACIDOS CON BAJO PESO EN LA CIUDAD DE SANTA FE, ARGENTINA

POB
331

Radosevich A.¹; Arias S.²; Bossio J.³

Cátedra de Epidemiología y Nutrición. Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas- UNL^{1,2,3}
<ainelen_r@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El bajo peso (BP) al nacer es reconocido por su influencia en la salud de los niños durante los primeros años de vida.

OBJETIVO:

Evaluar el estado nutricional (EN) al año de vida y sus factores asociados en nacidos vivos (NV) con BP en Santa Fe, 2013.

POBLACIÓN:

NV con BP y muestra aleatoria de NV con peso normal (PN) en dos maternidades de Santa Fe, 2013.

MÉTODOS:

Estudio de cohorte de 304 niños, de los cuales 148 nacidos con BP y 156 con PN. Se evaluó el efecto de variables seleccionadas sobre el EN al año de edad, determinado según Índice de Masa Corporal/edad, utilizando como referencia las curvas de la Organización Mundial de la Salud. Puntaje $Z < -2$ fue considerado BP, > 2 sobrepeso u obesidad (SP) y entre -2 y 2 peso adecuado. Se construyeron modelos semiparamétricos de Cox univariados y luego múltiple, incluyendo variables significativas en el análisis univariado y de control según relevancia teórica. El modelo final quedó constituido por: escolaridad materna, edad materna, gestaciones previas, controles prenatales, hábito tabáquico, enfermedades durante la gestación, peso al nacer, sexo, edad gestacional, puntaje apgar 5to

minuto, controles y enfermedades postnatales del niño. Se interpretó el modelo según Hazard Ratio (HR) calculados. Se evaluó la proporcionalidad y outliers. P-valores $< 0,05$ indicaron asociación significativa.

RESULTADOS: 35 niños tuvieron EN inadecuado: 9,86% ($n=30$) por exceso y 1,64% ($n=5$) por defecto. Estos últimos fueron excluidos del análisis posterior, quedando la muestra reducida a 299 niños. El SP al año de edad se asoció a consultas prenatales inadecuadas ($HR=2,5$, $p=0,046$) y a la ocurrencia de por lo menos una enfermedad grave en la madre durante la gestación ($HR=4,65$, $p=0,007$). El BP al nacer disminuyó el riesgo de SP, aunque no fue significativo ($HR=0,34$, $p=0,08$). Características del período postnatal como controles médicos y enfermedades incrementaron el riesgo de SP sin ser significativo ($HR=2,42$, $p=0,349$ y $HR=1,37$, $p=0,529$, respectivamente).

CONCLUSIONES:

Si bien el BP al nacer no fue determinante en el EN al año de vida, los factores hallados en este estudio resaltan la importancia de la atención médica adecuada y oportuna como medida preventiva de resultados adversos en la salud de los niños. Más aún, si tenemos en cuenta la creciente relación entre el EN de los primeros años de vida y la salud en la edad adulta, el mejoramiento de la atención pre y postnatal resultará en beneficios en el largo plazo.

REVISIÓN SISTEMÁTICA: UTILIDAD DE HEMOCULTIVOS EN NIÑOS INTERNADOS POR NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD NO COMPLICADA

POB
332

Koch M.¹; Diana Menéndez S.²; González N.³

HTAL. DE NIÑOS R. GUTIÉRREZ^{1,2,3}
<monicakoch@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La toma de hemocultivos es una práctica frecuente para lograr un diagnóstico microbiológico en niños internados con neumonía. En los últimos años múltiples estudios han puesto en duda la utilidad de este procedimiento en niños previamente sanos, con inmunizaciones completas para la edad, que se internan con neumonías no complicadas, ya que la tasa de cultivos positivos en estos pacientes es notoriamente baja.

OBJETIVO

En el presente trabajo se busca mediante una revisión bibliográfica, analizar la evidencia existente acerca de la utilidad de esta práctica en pacientes con neumonía adquirida de la comunidad no complicada.

POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en MEDLINE, a través de PubMed, entre los meses de septiembre y diciembre de 2013. Se aplicaron los filtros de idioma (inglés o español) y la fecha de publicación (dentro de los 5 últimos años) y se establecieron como criterios de selección trabajos realizados en población pediátrica, que analizaran datos de niños previamente sanos, sin tratamiento inmunosupresor o antibiótico en el último tiempo, con vacunas al día, que se encontraran cursando un

cuadro de neumonía no complicada y de los cuales se hubiera tomado hemocultivos. Finalmente se analizaron 5 trabajos que cumplieron con los parámetros expuestos. Cuatro de los estudios fueron realizados después de la introducción de la vacuna anti-neumocócica. Sin embargo, dicho germen continúa siendo el principal agente rescatado en hemocultivos, y es sensible al tratamiento empírico recomendado en la actualidad.

Resultados

Los 5 trabajos analizados son estudios retrospectivos y presentan una muestra con un número significativo de pacientes. Todos coinciden en que, debido a la baja prevalencia de hemocultivos positivos que se obtienen de los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión seleccionados, este procedimiento es de escasa utilidad.

CONCLUSIONES

Se concluye que la toma de hemocultivos sería de escasa utilidad en niños hospitalizados con neumonía aguda no complicada de la comunidad. Destacamos la necesidad de realizar estudios en nuestra población, que posee escasa cobertura para *S. pneumoniae* por la reciente incorporación de la vacuna al calendario nacional.



DOLOR TORÁCICO COMO SINTOMA DE RABDOMIOSARCOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lugo S.¹; Conti R.²; Madeo D.³; Troncoso Challa E.⁴; Kamuda M.⁵; Das Neves I.6; Herrero R.⁷

HIGA PAROISSIEN^{1 2 3 4 5 6 7}

<silvana83lugo@hotmail.com>

RPD
333

INTRODUCCIÓN:

El rabdomiosarcoma es el tumor de partes blandas más frecuente en niños (3-5%). Afecta cualquier localización cabeza y cuello (25%), genitourinario (24%), extremidades (19%), órbita (9%). Existen 4 subtipos histológicos, que determinan el pronóstico y tratamiento. El embrionario (60%) pronóstico intermedio, botroide variante embrionario, alveolar (25-40%) peor pronóstico, pleomorfo infrecuente en niños.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Masa con o sin dolor, debido a desplazamiento de estructuras normales. La localización de extremidades o de tronco se puede manifestar como un hematoma persistente posterior a un traumatismo. La diseminación precoz puede causar síntomas secundarios a metástasis pulmonares como dolor o dificultad respiratoria.

DESCRIPCIÓN:

Paciente masculino de 5 años de edad, consulta a la guardia por dolor torácico de 48 hs de evolución, en buen estado general, afebril, eupneico, como dato positivo presenta dolor a la palpación condrocostal, sugiriendo condritis. Además, la madre refiere "ya que estamos" la presencia de una masa en región de muslo anterior izquierdo, indoloro, sin signos de flogosis, sin antecedentes de traumatismos previos, de 3 días de

evolución, rx comparativa de ambos miembros inferiores, s/p. Dado el buen estado general del paciente, se cita al día siguiente por consultorio para realizar exámenes complementarios. Se realiza ecografía de partes blandas la cual informa lesión hipocogénica, heterogénea de 62 x 32 x 43 mm con señal doppler color sugiriendo estudio histológico. Junto con el servicio de anatomía patológica se realiza punción aspiración con aguja fina que informa células neoplásicas compatibles con rabdomiosarcoma embrionario de células redondas. Por lo cual conocido el diagnóstico se realiza pan TC, evidenciando lesiones hiperdensas en pulmón y pleura bilaterales compatibles con metástasis. Se realiza interconsulta con Hospital Garrahan y se deriva al paciente al servicio de Oncológica.

CONCLUSIÓN:

El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente, que en general corresponde a patologías banales. En este caso el paciente además presentaba la tumoración en muslo, por lo cual los estudios complementarios se realizaron enfocándolos en esto. Resaltamos la importancia de escuchar al paciente y de realizar un examen minucioso, que a veces se dificulta por la gran demanda de la guardia, y el poco tiempo que se dispone.

PREVALENCIA DE CARIES EN NIÑOS Y SU RELACION CON ALTERACIONES NUTRICIONALES COMO SOBREPESO Y OBESIDAD

Houdek A.¹; Da Dalt N.²; Fernández V.³

PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR^{1 2 3}

<ana_houdek@hotmail.com>

RPD
334

INTRODUCCION:

Observamos que la obesidad y el sobrepeso, han aumentado su prevalencia en los últimos años. Estos trastornos de nutrición están ligados a factores como el estilo de vida y la mala alimentación que predisponen a diferentes enfermedades, incluyendo, la caries.

OBJETIVOS:

- Determinar si la prevalencia de caries se asocia al sobrepeso y obesidad.
- Comprender la relación entre la recolección de datos del total de niños que presentan sobrepeso-obesidad y caries.
- Reconocer la importancia en la promoción y prevención de la salud bucal para evitar caries.

POBLACION:

Se estudiaron 9.680 niños de 1º y 6º grado de escuelas de la Provincia de Mendoza bajo el Programa de salud escolar durante el año 2014.

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo.

MATERIAL Y METODO:

Se recolectaron datos en una Historia Clínica, donde se registro el peso, talla e índice de masa corporal con sus percentilos, para así determinar cuantos tenían sobrepeso y obesidad.

Otro de los datos analizados, en el examen odontológico, fueron los

índices de CPO y CEO, para registrar cuantos niños tenían caries. Así se vincularon ambos registros para determinar su relación.

RESULTADOS:

La caries dental al igual que la obesidad y sobrepeso, son entidades patológicas en las que la ingesta de bebidas azucaradas y comida chatarra, son factores de riesgo no solo a nivel general, si no que también a nivel bucal. Tenemos como resultado escolares con un alto índice de caries, asociado al sobrepeso y obesidad. Se determino que el 51,3% de los niños no tienen caries, mientras que el 48,6%(4.704) si (fuente Programa de salud escolar Mendoza 2014).

Del total de escolares de 1ro y 6to grado evaluados(9.680), el 69,5%(6.727) de los niños tiene . peso adecuado para la edad, mientras que el 30,4%(2942) tienen sobrepeso y obesidad (IMC-entre percentilo 85-97 para sobrepeso y mayor a percentilo 97 para obesidad-curvas OMS) De estos escolares con sobrepeso y obesidad el 42% (1235) posee caries, lo que habla de la estrecha relación entre alimentacion-obesidad-caries.

CONCLUSION:

Al analizar los resultados vemos que la población estudiada presenta gran porcentaje de niños con obesidad y sobrepeso y esto a su vez esta relacionado a la presencia de caries. Es por ello que debemos conocer los pilares básicos de prevención de caries: higiene diaria, disminución de la ingesta de hidratos de carbono, consulta preventiva periódica y topificación con fluor.



CARACTERIZACIÓN DEL STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE NIÑOS ZONA NORTE

RPD
335

López Papucci P.¹; Fernández M.²; Spoletti M.³; Vidal M.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE^{1,2,3,4}

<plopezpapucci@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Staphylococcus Aureus Meticilino Resistente de la Comunidad (SAMR-Co) es un patógeno oportunista que se ha convertido en un problema de salud en rápido aumento en los últimos años.

Objetivos: Determinar el porcentaje de SAMRCo, sensibilidades, población con mayor riesgo, localizaciones más frecuentes y evolución en pacientes que requirieron hospitalización en el Hospital Provincial de Niños Zona Norte de Rosario (S. Fe).

POBLACIÓN:

Pacientes que requirieron hospitalización en nuestro hospital, desde el mes de vida hasta los 14 años y 11 meses.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional que abarcó desde el 01/05/2013 hasta el 28/02/2015 en pacientes que requirieron hospitalización en sala de internación.

Se definió como proveniente de la comunidad la infección clínicamente y microbiológicamente documentada cuyo diagnóstico se había efectuado en las primeras 48hs de hospitalización.

Se confeccionó una ficha por cada paciente que reunía los criterios de inclusión.

RESULTADOS:

La muestra incluyó 48 pacientes. El promedio de edad fue de 5 años y 8 meses. La mediana de edad fue de 4 años y 5 meses.

Predominio del sexo masculino en un 60,4%. El 54,17% negó antecedentes de puerta de entrada para la infección, mientras que en el 45,83% de los casos hubo una solución de continuidad cutánea. Sólo un paciente padecía de una enfermedad de base. El rango de consultas sanitarias previas al ingreso a sala fue de 0 a 4 consultas.

Las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) fueron las más frecuentes con 44 casos, siendo el 91,6%. La supuración pleuropulmonar y la osteomielitis fueron los otros dos focos donde se aisló S. aureus, reuniendo 2 casos, o sea 4,2%, cada uno.

Las IPPB predominaron en los miembros inferiores con 17 casos, cabeza y cuello con 15 y miembros inferiores y tronco 6 casos.

De los 48 casos de SA adquiridos en la comunidad, 46 cepas fueron oxacilina-resistentes (95%). 13 aislamientos fueron resistentes a gentamicina (27%). No se encontraron SAac resistentes a clindamicina, TMS, vancomicina ni rifampicina.

El TEI fue adecuado en el 50% de los casos, ya sea por vía endovenosa o vía oral. Un paciente requirió derivación a UTIP.

CONCLUSIÓN:

La población con mayor riesgo de padecer infecciones por SACo fueron los menores de 5 años y se presentó en 1,5 veces más en el sexo masculino. Las IPPB fueron el foco prevalente. La oxacilina-resistencia del Staphylococcus aureus en los pacientes que requirieron internación fue muy alta, esto constituye una alerta para descartar como primera opción a los betalactámicos para el TEI cuando se sospecha infección por este agente.

¿QUÉ CRITERIOS PODRÍA UTILIZAR PARA REALIZAR UNA TOMOGRAFÍA A UN PACIENTE CON TRAUMATISMO DE CRÁNEO LEVE?

RPD
336

Gilligan T.¹; Landa E.²; Cuervo T.³; Bruno M.⁴; Villegas F.⁵; Schvarstein T.⁶; Perez Marx G.⁷; Gaivironsky R.⁸

Servicio de Clínica Pediátrica, Departamento Materno-Infantil del Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina.^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<tomasgilligan@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

El traumatismo encefalo-craneano (TEC) ocurre frecuentemente en la población pediátrica y genera numerosas consultas en los servicios de urgencias. La mayoría de los TEC son leves, pero un reducido número de pacientes aparentemente asintomáticos tendrán lesión intracerebral. Un 3-7% de los niños con TEC leve y examen neurológico normal presentan compromiso intracerebral cierto o potencial, y un 0.5-1.5% requieren cirugía. La tomografía axial computada (TAC) es de gran ayuda para la evaluación de estos casos, sin embargo hasta la fecha no hay consenso unánime sobre indicaciones precisas para su uso en el TEC leve.

OBJETIVOS

Evaluar mediante el análisis de las historias clínicas, si los pacientes internados en nuestro servicio, tenían criterio de realización de TAC según los criterios PECARN.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Es un trabajo retrospectivo, descriptivo, donde se obtuvieron 73 historias clínicas de pacientes que fueron internados desde el 1ro de julio de 2013 al 31 de diciembre de 2014 en nuestro servicio, divididos en dos grupos

según edad: mayores (46) y menores (27) de 2 años, ya que dicho punto de corte modifica los criterios, 42 eran de sexo masculino y 27 provenían de Capital Federal.

RESULTADOS

De los menores de 2 años, 21 reunían algún riesgo alto o intermedio y 21 se realizaron TAC. Hubo 7 fracturas de cráneo, de las cuales 3 tenían alto riesgo, 6 riesgo intermedio.

En cuanto a los mayores de 2 años, de los 46 pacientes: 31 tenían algún factor de alto riesgo, 12 manifestaron algún síntoma durante la observación y a 39 se les realizó TAC. En 6 de ellos se encontró fractura de cráneo, obteniendo todos algún factor de riesgo en los criterios PECARN.

CONCLUSIONES

1) Todos los pacientes a los que se les realizó tomografía, reunían los criterios de PECARN, por lo cual podrían ser aplicables en todo paciente con TEC leve, a fin de lograr optimizar los recursos. 2) Según nuestros datos, el 17.81% de los pacientes presentó imagen patológica en la TAC, incidencia superior a las publicadas, debido a que no se contemplan pacientes de manejo ambulatorio, y que es un centro de derivación donde se reciben pacientes para evaluación, diagnóstico y eventual consulta con neurocirugía.



PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA DE NEUROBLASTOMA TORÁCICO

Navarri J.¹; Alcalde A.²; Morici M.³; Villarreal L.⁴

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

<Jorgelina_navarri@hotmail.com>

POB
338

OBJETIVO:

Describir un paciente con síndrome de compresión medular debido a invasión por neuroblastoma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Descripción de historia clínica y reseña bibliográfica.

RESULTADOS:

Paciente de 3 meses, consulta por llanto desde nacimiento, poca movilidad y falta de respuesta al dolor en miembros inferiores. Examen físico: Vigil, reactivo, conectado, sonrisa social presente, prensión palmar positiva, reflejo cocleopalpebral positivo bilateral. Llanto simétrico. Buen seguimiento visual. Sostén cefálico. MMSS tono, movilidad activa y pasiva conservada, reflejos normales. MMII con hipomotilidad, hipotonía bilateral con postura en abducción permanente (en batracio), ROT vivos bilaterales sin otros signos de piramidismo. Reflejos cutáneo-abdominales presentes. Llanto al cambio de decúbito. RMN de columna lumbo-sacra normal. Aumento de volumen de la vejiga. Se observa imagen en pulmón derecho. TAC de tórax, abdomen y pelvis: Extensa lesión que compromete campo superior de pulmón derecho heterogénea con calcificaciones, se extiende desde el mediastino posterior con invasión del canal medular, mide aproximadamente 85x61mm.; impresiona corresponder a neuroblastoma. Mediastino desplazado hacia la izquierda. Atelectasia de lóbulo superior izquierdo. Abdomen y pelvis normal. RMN de encéfalo y columna: A nivel encefálico no se observan alteraciones significativas.

A nivel dorsal (D2 a D8) se observa extensa lesión mediastínica, que se proyecta a canal vertebral, desplazando y comprometiendo al cilindro medular. Dicha lesión remodela los complejos de conjunción al nivel descrito y refuerza con la administración de contraste. Conclusión: extensa lesión expansiva e infiltrante del mediastino postero-superior con compromiso intracanal y compresión medular. Se realiza laminectomía bilateral de D1 a D8 más exéresis de tumor intracanal, extramedular. Anatomía Patológica: Neuroblastoma poco diferenciado. Se realizan tres ciclos de quimioterapia y se reevalúa con RMN columna y tórax con disminución del tamaño tumoral (>50%). Se realiza exéresis total del tumor. Evolución clínica favorable.

CONCLUSIÓN:

El cáncer es la segunda causa de muerte en la Argentina y el mundo. Neuroblastoma representa el 5,7% de todos los cánceres pediátricos. Derivan de las células de la cresta neural primordial. Localización: Abdomen/Pelvis (84,2%), Tórax (11,4%), otros (4,4%). La gran mayoría se diagnostica en los 2 primeros años de vida. Sólo el 5 a 10 % de los niños con neuroblastoma presentan síntomas de compresión medular; por tal motivo el neuroblastoma de dicha presentación es difícil de diagnosticar en etapas tempranas, particularmente en niños pequeños. Como consecuencia también se demora el inicio del tratamiento, y esto contribuye al incremento de secuelas neurológicas.

INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS. SITUACIÓN ACTUAL EN INTERNACIÓN PEDIÁTRICA

Larroulet R.¹; Samaruga C.²; Taffi C.³; Shaieb A.⁴; Roche M.⁵

HOSPITAL SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4,5}

<rominalarroulet@yahoo.com.ar>

POB
339

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones de piel y partes blandas son una causa muy frecuente de internación en la población pediátrica, en especial por gérmenes como *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad.

Realizamos un trabajo observacional prospectivo para evaluar la epidemiología y etiología de las infecciones de partes blandas en los niños que requirieron internación.

OBJETIVOS:

Describir la distribución por edad y sexo. Determinar la etiología infecciosa, cantidad de días de internación, antibióticos utilizados y complicaciones.

MATERIALES Y METODOS:

Se recabaron datos de historias clínicas de los pacientes de un mes a catorce años de edad, internados por infección de partes blandas en el Hospital Sor María Ludovica de La Plata, desde diciembre hasta mayo del 2015.

RESULTADOS:

Se incluyeron 63 pacientes de los cuales 38(60%) eran varones. El promedio de edad fue 56 meses (4,6 años).

Provenían de La Plata 43(68%), del Gran La Plata 10(16%) y del resto de la provincia de Buenos Aires 10(16%). Se registró en 19 pacientes (30%) comorbilidades, siendo lo más frecuente forunculosis previa.

El diagnóstico principal al ingreso fue celulitis, en 52(82.5%), seguido por

forunculosis, en 7(11%). El promedio de internación fue de 6 días (rango: 1 a 21 días). De los pacientes internados, 29(46%) no presentaron complicaciones, y de los que presentaron complicaciones, 34(54%); la más frecuente fue absceso en 30(88%). De los pacientes ingresados, presentaron drenaje espontáneo 21(33%) y requirieron drenaje quirúrgico 16(25%). Habían recibido tratamiento previo a internarse 19(30%), recibiendo principalmente cefalexina.

Fue posible la recuperación del germen en el líquido drenado en 15 pacientes. El principal microorganismo aislado fue *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (66%).

Durante la internación, 51(81%) recibió tratamiento con trimetoprima sulfametoxazol más clindamicina.

CONCLUSIÓN:

La mayoría de los pacientes provenían de La Plata, con un predominio 1.5:1 entre varones y niñas. El promedio de edad fue de 4,6 años. El principal diagnóstico al ingreso fue celulitis. Un tercio de los pacientes habían recibido tratamiento previo a su internación, siendo cefalexina el antibiótico más utilizado. El principal aislamiento fue *Staphylococcus aureus* meticilino resistente coincidiendo con la bibliografía nacional y hospitalaria. La mayoría de los pacientes fueron tratados con trimetoprima sulfametoxazol más clindamicina.

**INFECCION RESPIRATORIA AGUDA BAJA Y LEUCOCITOSIS... ¿EL RESCATE VIROLOGICO PRECOZ PREVIENE EL MAL USO DE ANTIBIOTICOS?****POB
340***Mugnico L.¹; Ojeda G.²; Conti Wuilloud A.³; Barragan V.⁴; Muzio F.⁵; Stegman A.⁶; Festino R.⁷; Ferreira V.⁸*HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE DR. FLORENCIO ESCARDO^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<leomugnico@hotmail.com>

INTRODUCCION:

La coinfección bacteriana en niños con infección respiratoria aguda baja (IRAB) por virus sincicial respiratorio (VSR) ha sido valorada en numerosos estudios como de baja frecuencia. En la práctica clínica habitual se utiliza el recuento leucocitario como un parámetro de relevancia al momento de la admisión de pacientes con diagnóstico de IRAB, para definir la indicación de antibióticos (ATB).

OBJETIVOS:

Demostrar que el rescate de VSR por inmunofluorescencia indirecta en aspirado de secreciones nasofaríngeas (IFI ASNF) precoz (dentro de las 24 horas desde el ingreso) puede evitar el uso de ATB o motivar su suspensión temprana, a pesar de un recuento mayor a 15.000 glóbulos blancos (GB).

POBLACION:

Pacientes internados en el Hospital Municipal Materno Infantil de Tigre durante el período invernal de 2014 con diagnóstico de IRAB, menores de 2 años, con rescate de VSR en IFI ASNF.

MATERIALES Y METODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo, se revisaron las historias clínicas de 212 pacientes admitidos por patología respiratoria, analizando resultado de IFI ASNF y en los casos de rescate de VSR, se valoraron presentación clínica, radiografía de tórax, recuento leucocitario y uso de ATB.

RESULTADOS:

Del total de pacientes analizados, 132 tuvieron rescate de VSR en IFI ASNF. Entre ellos el 22,7% tuvo un recuento mayor a 15.000 GB y un 8,3% mayor a 20.000. Recibieron ATB al ingreso 7,5% del primer grupo y 5% del segundo, siendo suspendido en su mayoría luego del rescate de VSR, con evolución clínica favorable. Solo un 4,5% de los niños cumplieron curso de ATB completo cubriendo foco respiratorio.

CONCLUSION:

Teniendo la posibilidad de realizar IFI ASNF de forma precoz en pacientes internados por IRAB, menores de 2 años, podría replantearse la indicación de tratamiento con ATB o la suspensión del mismo, a pesar del valor del recuento leucocitario.

VOCES DE LOS JÓVENES: CONSTRUYAMOS ESPACIOS CON LAS VOCES ADOLESCENTES**RPD
341***Rolon D.¹; Pappolla R.²; Mulli V.³; Goddard P.⁴; Gacitúa V.⁵; Gonzalez C.⁶; Sanz C.⁷; Dorsi T.⁸; Frank A.⁹; Soubies E.¹⁰; Hiebra M.¹¹; Castello P.¹²*

CESAC 35¹; HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA²; HOSPITAL ITALIANO³; HOSPITAL ALEMÁN⁴; HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH⁵; HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{6,7}; HIGA PTE. PERÓN. AVELLANEDA⁸; PROGRAMA ADOLESCENCIA. MSRA^{9,10}; HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIÉRREZ¹¹; CENTRO INTEGRAL DE LA MUJER Y CENTRO MEDICO INTEGRAL DEL COMAHUE¹²

<danielrolon69@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

En el 8º Congreso de Adolescencia su Comité Organizador impulsó el desafío de generar un espacio de trabajo junto a adolescentes. Participaron más de 80 organizaciones abocadas a actividades de jóvenes para jóvenes; contándose además con el apoyo de Unicef Argentina para la concreción de este espacio.

OBJETIVO

Reflexionar con los adolescentes y jóvenes sobre Sexualidad, Derechos, Consumo problemático de sustancias y Violencia (temas muchas veces abordados por los adultos desconociendo la mirada de los propios protagonistas).

POBLACIÓN DESTINATARIA Y NÚMERO DE PARTICIPANTES

Convocamos a 200 jóvenes de todo el país entre 18 a 24 años. Concurrieron 142 jóvenes con sus referentes.

ACTIVIDADES O DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Se realizaron talleres con las temáticas propuestas; coordinaron 31 talleres. La Obra de Teatro: "Si vos supieras", realizada e Interpretada por el

Grupo Arribarte, precedió a los Talleres. Hubo además: disertaciones juveniles, Presentación de proyectos; Taller de reanimación cardiopulmonar a cargo del Comité de Emergencia y Cuidados Críticos. La Magister Dina Krauskopf y del Profesor Alejandro Cussianovich Villarán reflexionaron en el Plenario final.

RESULTADOS

Se obtuvieron ocho producciones juveniles (afiches, exposiciones, rol playing) Se facilitó el intercambio entre todos los participantes arribando a conclusiones generales como, así también abriendo propuestas para seguir trabajando inter-generacionalmente.

EVALUACIÓN

Avizoramos la creación de redes con los distintos niveles de participación de la Jornada. Rescatamos propuestas juveniles complejas y enriquecedoras: Trabajar juntos, a la par, en la construcción de una nueva agenda para el abordaje de las distintas temáticas. Proyectamos continuar trabajando con adolescentes desde lugares que no habían sido abordados previamente desde una Sociedad Científica. Valoramos ampliamente esta experiencia; sentir al final del proceso: "junto a los jóvenes lo logramos"



FALSAS CONTRAINDICACIONES EN VACUNACIÓN

Petracca L.¹; Cardigonde M.²

HIGA DR RAMON CARRILLO^{1,2}

<lucianapetracca@yahoo.com.ar>

POB
342

INTRODUCCIÓN:

Las vacunas desencadenan una respuesta inmunológica específica y protectora sobre los individuos; son de fácil aplicación, gratuitas y obligatorias. Se encuentran disponibles en todos los centros de salud del país, lugar donde se vacuna el mayor porcentaje de los niños. En nuestro distrito, Tres de Febrero, al igual que en el resto de la provincia, sigue siendo motivo de discusión el alto número de población pediátrica con esquemas incompletos de vacunas. Si bien las campañas publicitarias, los medios masivos de comunicación destacan la importancia, eficacia y disponibilidad de vacunar, esto parece no terminar de producir el efecto deseado. Definimos contraindicación (CI), como la condición de la persona que tiene riesgo aumentado de reacción adversa seria a la vacuna, indica que la vacuna no puede ser administrada. CI absoluta: Reacción anafiláctica a una dosis previa de la vacuna y/o algún componente de la vacuna.

OBJETIVOS:

Demostrar que las falsas contraindicaciones o decisión incorrecta de no vacunar al niño que asiste a un centro vacunatorio, con o sin orden médica, son causa de calendarios incompletos de vacunas.

POBLACIÓN:

Enfermeras que cumplen la función de administrar vacunas en los centros de salud y hospitales de Tres de febrero, provincia de Buenos Aires, a pacientes hasta los 16 años.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio transversal, donde se entrega al personal de enfermería encarga-

do de vacunar, un cuestionario que incluye 12 enunciados hipotéticos de vacunación. Debe ser completado de forma anónima y en el momento, con modalidad verdadero o falso.

RESULTADO:

Se encuestaron 200 enfermeras encargadas de la vacunación en salas periféricas y hospitales de distrito de Tres de febrero. El 80% de los cuestionarios tenían al menos 10 falsas contraindicaciones, el 15% al menos 8 y el 5% al menos 5. De las cuales el 85% incluyen patologías leves altamente frecuentes en pediatría (50% sme. Gripal; 25% fiebre; 10% diarrea), el 10% falsas recomendaciones postvaginales y contraindicaciones específicas de algunas vacunas; y el 5% restante, refleja desconocimiento de las últimas vacunas incluidas en el calendario nacional de vacunación (rotavirus, DTPa, varicela)

CONCLUSIÓN:

Las falsas contraindicaciones difundidas por el personal a cargo de vacunar, son causa fundamental de calendarios de vacunación incompletos en la población pediátrica. Existe falta de capacitación y actualización permanente sobre recomendaciones para alcanzar inmunización activa óptima. Esto forma parte, en consecuencia, de las llamadas oportunidades perdidas en vacunación. Situación pasible de ser revertido con programas de educación continua al personal de salud, como así también concientización social.

PERCEPCIÓN MATERNA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS EN EL CONSULTORIO DE NIÑO SANO

Llarena A.¹; Passaro M.²; Burgos D.³; Casas M.⁴; Laranjeira J.⁵; Pena V.⁶; Di Marzo E.⁷

HOSPITAL NOEL H SBARRA DE LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7}

<agostinallarena@yahoo.com.ar>

RPD
344

INTRODUCCIÓN:

La obesidad infantil está creciendo a un ritmo alarmante aun cuando es una enfermedad evitable y prioritaria a nivel de salud pública. La obesidad es una enfermedad evitable, por lo que hay que dar prioridad a la prevención de la obesidad infantil. Uno de los factores de riesgo modificables es la percepción materna de la imagen corporal. diversos estudios demuestran que la mayoría de las madres de niños con sobrepeso y obesidad no percibe de forma adecuada el peso de su hijo, y tiende a considerarlo menor.

OBJETIVOS:

Conocer el estado nutricional de los niños atendidos en el consultorio de niño sano del Hospital Noel H. Sbarra de La Plata y relacionarlo con la percepción materna del estado nutricional de sus hijos.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el que se evaluaron 158 pacientes entre 3 meses y 7 años atendidos en el Consultorio

de Niño Sano entre Mayo de 2014 y Abril de 2015, se calculó el Índice de masa corporal a los niños y se realizó una encuesta de percepción a las madres durante el control de salud sobre imagen corporal y conductas alimentarias.

RESULTADOS:

El 34% del total de niños evaluados se encuentra en riesgo nutricional por sobrepeso y obesidad. Sólo el 19% de las mamás de estos niños se encontraron preocupadas por el estado de salud de sus hijos. El 66% de este grupo de madres veían a sus hijos "bien", un 1,9% los vio "flacos" y solamente el 32,1% los vio "gordos".

CONCLUSIONES:

La percepción materna de la imagen corporal y de la conducta alimentaria de sus hijos podría ser un factor de riesgo de sobrepeso y obesidad en los niños. El pediatra juega un rol importante en la prevención primaria y secundaria del sobrepeso y sus comorbilidades.



NEUMONITIS ACCIDENTAL: INGESTA DE HIDROCARBURO

Cardetti M.¹; Nolte N.²; Brezigar A.³; Solís M.⁴; Vergara M.⁵; Cantisani M.⁶; Masachessi L.⁷; Cáseres H.⁸; Falco Ferreyra M.⁹

CLINICA Y MATERNIDAD CERHU SAN LUIS¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

<mccardetti@hotmail.com>

RPD
345

INTRODUCCION

La principal fuente de hidrocarburos es la destilación, por ebullición, del petróleo crudo. La potencial aspiración depende de las propiedades físicas del tóxico: viscosidad, volatilidad, bajo peso molecular. El primer órgano afectado por la ingesta accidental de hidrocarburo es el pulmón, ya que la aspiración puede presentarse durante la ingestión de la sustancia o si se presentan vómitos. La ingesta de hidrocarburos alifáticos insaturados ("Nafta") generalmente producen poca toxicidad sistémica, sin embargo existe riesgo potencial de aspiración pulmonar. La morbilidad está asociada a las complicaciones pulmonares. La fisiopatogenia de la neumonitis química: destrucción química del surfactante en alvéolos y vías aéreas distales, aumento de la permeabilidad del endotelio vascular, salida de plasma y sangre hacia el alvéolo y neumonitis química.

OBJETIVOS

Presentación de un caso clínico de Aspiración de Hidrocarburo

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 7 años, sin antecedentes patológicos previos, que consulta por presentar dificultad respiratoria de 24 horas de evolución, tras la ingesta accidental de "nafta" (aspiración de tanque de nafta a través de manguera). Al ingreso: paciente vigil, colorido rosado, normohidratado, normotenso, T° 37,7 °C- FC: 118- FR: 40- oximetría de pulso: 96%.

Examen físico: faringe eritematosa, disnea, quejido espiratorio, buena ventilación pulmonar bilateral, sin estertores agregados. Resto normal. Laboratorio de ingreso: Leucocitos: 7.800 (NC 4/NT 72/L 23/M 1)- PCR: 24 – Hemoglobina: 12,6, función hepática y renal normales, medio interno: normal. Orina: sedimento: normal, ácido hipúrico (+) Se indica: hidratación parenteral, oxígeno por bigotera 1 L/min, hidrocortisona endovenosa. A las 48 horas de internación, se objetiva hipoventilación de base pulmonar derecha, sin cambios francos del estado general por lo que se decide agregar ampicilina a dosis habituales. Radiografía de tórax: infiltrado intersticio alveolar de base derecha. Luego de 4 días de internación, se decide el alta médica debido a la evolución favorable del cuadro clínico; con controles ambulatorios posteriores.

CONCLUSIONES

La neumonitis por hidrocarburos es en el 50% bilateral y multilobar con compromiso de lóbulos inferiores. El manejo clínico de estos pacientes con ingesta accidental de hidrocarburos debe ser sintomático, realizar soporte vital, reconociendo que para estos tóxicos no hay antídoto. Nunca debe realizarse el lavado gástrico. Es necesario tomar conciencia de los accidentes prevenibles en pacientes pediátricos, y reconocer la importancia, como médicos, de la toxicología clínica tan vigente por estos días.

SEPSIS NEONATAL TARDÍA POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE ASOCIADA A BACTERIEMIA POR ENTEROBACTER CLOACAE

Antonelli L.¹; Pons M.²; Porta M.³

HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA¹²³

<antonelli.lu@hotmail.com>

RPD
346

INTRODUCCION:

El Streptococcus agalactiae, beta hemolítico grupo "b" (SGB) es un coco Gram (+), catalasa (-). Se identifican 9 serotipos, el serotipo III predomina en infecciones neonatales. La infección se puede transmitir en forma vertical, o por contacto directo. La colonización oscila entre el 5% y 35% en embarazadas. La incidencia en Argentina es de 0,6 a 1 % por 1.000 recién nacidos vivos. En la sepsis tardía, los síntomas se presentan entre los 5 días de vida hasta los 3 meses con meningitis como foco clínico. El tratamiento sugerido es de 14 días en meningitis.

OBJETIVO:

Sospechar sepsis neonatal tardía en pacientes sin antecedentes perinatológicos y analizar los riesgos de prolongar estadías hospitalarias.

MATERIAL Y METODO:

Revisión bibliográfica a partir del análisis de historia clínica.

DESARROLLO:

Paciente de 42 días de vida, presenta fiebre y convulsión tónico-clónica generalizada, se policultiva y se diagnostica meningitis, por lo que es derivado desde Bell Ville a nuestro hospital, ingresando a UTI pediátrica.

Antecedentes perinatológicos: embarazo controlado, serología materna negativa, hisopado SGB (-), cesárea electiva. 39 semanas de edad gestacional con peso adecuado. Cumple ceftriaxona +ampicilina (4 días), al recibir informe de cultivo (+) para SGB se comienza con penicilina G sódica (21 días). Primera Ecografía cerebral con leve engrosamiento periventricular; segunda con aumento de ecogenicidad en parénquima talámico y región frontal bilateral. A los 21 días de internación presenta fiebre y bacteriemia, se cultiva e inicia tratamiento empírico con ceftazidima + amikacina, cumpliendo 5 días; obteniéndose hemocultivo y retrohemocultivo positivos para Enterobacter cloacae (BLEE), por lo que se rota a meropenem (10 días).

CONCLUSION:

Este caso reviste interés, dada la baja incidencia de sepsis neonatal tardía por S. agalactiae en paciente sin antecedentes perinatológicos patológicos. Pero a pesar de la evolución clínica favorable, al prolongarse la estadía hospitalaria (por ecografías patológicas), se aumento el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud, culminando en bacteriemia por Enterobacter cloacae, elevando morbimortalidad y costos de salud.



APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE SANTA FE.

RPD
347

Molina V.¹; Giunta L.²; Ciro G.³; Riso M.⁴

CLÍNICA PEDIÁTRICA HOSPITAL DE NIÑOS O. ALASSIA^{1,2}; CIRUGÍA INFANTIL HOSPITAL DE NIÑOS O. ALASSIA³; ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL DE NIÑOS O. ALASSIA⁴
<m_lore18@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El dolor abdominal es causa frecuente de consulta pediátrica; siendo la apendicitis aguda la principal urgencia quirúrgica. El diagnóstico precoz es esencial para disminuir complicaciones.

OBJETIVOS:

Describir niños internados con diagnóstico de apendicitis. Evaluar complicaciones en el posoperatorio inmediato. Analizar el diagnóstico anatómo-patológico.

POBLACIÓN Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes de 2 a 15 años sometidos a apendicectomías del 1/6 hasta el 31/8/12; los síntomas de inicio, el tiempo transcurrido hasta la cirugía y las complicaciones posquirúrgicas inmediatas. Comparar los diagnósticos intraoperatorios con los anatomopatológicos.

RESULTADOS:

Se analizaron 46 historias clínicas (se excluyó 1, operado en otra institución), de los 45, el 75,5% fueron varones. La edad media: 7.2 años (r 2-15). El síntoma inicial: dolor abdominal en 80%; vómitos 6,6%; cefalea 6,6%; fiebre 2,2%; Diarrea, 2,2%, otras, 2,2%. El 33,3 % se internó dentro de las 24 hs; hasta 48 hs: 31,1%, hasta 72 hs: 20% y > 72 hs: 13,3%. Diagnósticos intraoperatorio: Apendicitis Flegmonosa, 44,4%; Peritonitis

Localizada 22,2 %; Peritonitis Generalizada, 8,9% y Adenitis mesentéricas, 6,7%. Entre los menores de 5 años, 4 de 8, fueron apendicitis perforada. Al igual que 1 paciente de 13 años. Se registraron complicaciones en 11 casos (24%): infección de herida quirúrgica 6 casos; oclusión por bridas 2; colecciones intra-abdominales 2 y fístula entero-cutánea 1. El 68,9% de los diagnósticos coincidieron con la anatomía patológica (A. flegmonosa 57,8%; A. gangrenosa perforada 17,8%; A. congestiva 8,9%; A. gangrenosa no perforada 8,8%; Adenitis 6,7%).

CONCLUSIÓN:

La media de edad fue de 7 años, con predominio masculino (relación 3:1), coincidiendo con la bibliografía. El 8,9% presentaron peritonitis generalizada, cuando la demora diagnóstica superó las 48 hs, observándose aquí complicaciones mayores. La perforación fue más frecuente en menores de 5 años (50% de este grupo etario) coincidiendo con la literatura, que a menor edad, mayores complicaciones debido a una menor sospecha diagnóstica. Se operaron 6,7% por A. mesentérica, se acepta que la intervención quirúrgica por ésta debería ser alrededor del 15% para mantener bajas tasas de perforación. En atención primaria, es prioritaria la sospecha diagnóstica temprana para disminuir complicaciones.

Palabras claves: apendicitis, pediátrica.

EPILEPSIA SECUNDARIA A DISPLASIA CORTICAL

RPD
348

Tapia V.¹; Seveso J.²; Abalone A.³; Taborda M.⁴

HOSPITAL ESCUELA EVA PERON^{1,2,3,4}
<verotap@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La displasia cortical es una patología muy particular de trastorno de la migración con la consecuente desorganización cortical de la laminación y la presencia de neuronas displásicas en la sustancia blanca subcortical. Clínicamente se expresa por crisis epilépticas fármaco-resistentes, déficits neurológicos focales, problemas intelectuales y retraso en el desarrollo de los aspectos cognitivos o deterioro de los mismos. La severidad de las mismas dependerá de la localización, morfología y características histológicas. Las imágenes neurorradiológicas características permiten el diagnóstico precoz, la identificación intraoperatoria del tejido cortical disgenésico o displásico epileptógeno y su resección con precisión.

OBJETIVO:

Presentar un caso de epilepsia corticorresistente secundaria a malformaciones corticales

CASO CLÍNICO:

Paciente varón de 11 años de edad consulta por episodio convulsivo de minutos de duración, caracterizado por movimientos tónico-clónicos generalizados y retroversión ocular, que cede espontáneamente. Como antecedente de jerarquía refiere epilepsia diagnosticada a los 10 años en tratamiento con Ácido Valproico. Al interrogatorio refiere crisis

focales diarias de 6 meses de evolución caracterizadas por movimientos tónicos en extremidades superiores, de segundos de duración, sin pérdida de conciencia y resolución espontánea. Refiere además, disminución del rendimiento académico y alteración del lenguaje de un mes de evolución. Examen físico sin particularidades, afebril, de buen estado general. Servicio de Neurología solicita EEG y RMI.

EEG: Foco lento centro-temporal izquierdo con puntas intercaladas. Patente Epifocal

RMN: Lesión frontal anterior izquierda cortical 15mm, lesión frontal superior izquierda 15mm y lesión temporal izquierda 13mm

Se asume cuadro como displasia cortical. Suspende Ácido Valproico y comienza tratamiento con Carbamacepina 500mg/d. Evolución clínica ambulatoria posterior favorable.

CONCLUSIÓN:

Dada la morbilidad secundaria a la repetición crónica de las crisis y la disponibilidad actual de métodos diagnósticos de alta definición resulta fundamental considerar precozmente a las malformaciones corticales como un diagnóstico diferencial de las epilepsias farmacorresistentes



DETERMINACIÓN DE INCIDENCIA DIAGNÓSTICA DE ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA EN PACIENTES MENORES DE 2 AÑOS QUE CONSULTAN A HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL

**POB
349**

Baillieau F.¹; Cabral A.²; Rossi M.³; Costantini M.⁴; Acha E.⁵; Rearte A.⁶; Uriarte I.⁷

HOSPITAL MATERNO INFANTIL "VITORIO TETAMANTI" DE MAR DEL PLATA^{1,2,3,4,5,6,7}

<fbailieau@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La alergia alimentaria afecta a la población infantil con cifras que oscilan entre el 2 y el 10 % siendo un problema de interés pediátrico creciente. En los primeros dos años de vida, la alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV) ocupa el primer lugar. Su diagnóstico reviste gran importancia dado la variabilidad clínica, la repercusión multisistémica y el costo económico que presupone.

OBJETIVO

Determinar incidencia diagnóstica en APLV en pacientes con sospecha clínica, que consultan a hospital, centro de referencia regional.

Población: Ingresaron al estudio 33 pacientes menores de 24 meses, durante un periodo entre Junio 2014 y mayo 2015, con signos y síntomas relacionados con sensibilización a la proteína de la leche de vaca y sus derivados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cohorte transversal prospectiva. Se excluyeron pacientes que presentaban otras patologías que justificaran los síntomas. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, peso al nacer, estado nutricional al ingreso, motivo de consulta, tipo de lactancia, antecedentes familiares de alergia; estudios in vivo e in vitro para evaluar hipersensibilidad tipo I. Se indicó dieta de exclusión de leche de vaca con fórmula a base de

aminoácidos libres durante 4 semanas y luego desafío abierto con leche sin lactosa. Se diagnosticó APLV ante la reaparición de la sintomatología inicial (acorde normas DRACMA-OMS).

RESULTADOS

Sobre 33 pacientes estudiados no completaron n=4 (12.12%). De los 29 pacientes evaluados: media de edad 14,7 meses (rango: 1 a 23 meses) mediana=17m, n=10 (34%) menores de 12 meses, sexo femenino n=11 (37,9 %). Se realizó diagnóstico positivo APLV n=16 (55%); n=11 PAEG (68,75%), n=4 BPEG (25%), n=1 APEG (0,6%); recibieron LME n=7 (43,7%); antecedentes familiares de alergia positivos n=10 (62,5%); normo nutridos n=11 (68,7%), bajo peso n=4 (25%), 1 paciente con sobrepeso; síntomas digestivos n=4 (25 %), extra digestivos n=5 (31,25%) y combinados n=7 (43,7%); inicio de los síntomas <6 meses n=9 (56,25%), >6 meses n=7 (43,75%); resultado de los prick test positivos n=3 (18.75%).

CONCLUSIÓN

Detectamos elevada incidencia de diagnóstico positivo en la población estudiada, posiblemente relacionado al sesgo de selección de pacientes. Predominan síntomas combinados (digestivos y extradigestivos) como presentación clínica por sobre los digestivos exclusivos. Es notoria la alta incidencia de LME y la baja incidencia de prick test + en la cohorte con diagnóstico de APLV.

LACTANTE HIPOTÓNICO Y ENFERMEDAD DE POMPE A PROPÓSITO DE UN CASO

**RPD
353**

Villagra M.¹

HOSPITAL DE NIÑOS DOCTOR ORLANDO ALASSIA¹

<maevillagra@gmail.com>

INTRODUCCIÓN.

La enfermedad de Pompe se presenta con una incidencia de 1/40000 RN vivos. Es una miopatía metabólica por déficit de la enzima alfa-glucosidasa ácida lisosómica. Los pacientes afectados presentan hipotonía, alteración de la succión, imposibilidad de adquirir pautas madurativas y miocardiopatía hipertrófica con insuficiencia cardíaca y muerte en el primer año de vida. Un tratamiento adecuado cambia el pronóstico desfavorable de la enfermedad.

OBJETIVO.

Dar a conocer las manifestaciones clínicas de la enfermedad ya que un tratamiento precoz con terapia de reemplazo enzimático, mejora el pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODO.

Revisión de historia clínica de un paciente de 1 año y 6 meses internado en UCIP.

CASO CLÍNICO.

Paciente masculino de 18 meses, RNT, PAEG, vacunación completa, y Screening Neonatal normal.

Como antecedentes patológicos personales: internación a los 7 meses de vida en Samco local durante 15 días, por un cuadro de broncoespasmo, con requerimiento de oxígeno.

A los 8 meses de vida comienzan a estudiarlo por hipotonía, sin retraso

en las pautas madurativas hasta el año de vida, que comienza a tener dificultad en la marcha.

Como antecedentes patológicos familiares, refería tía materna con cardiopatía congénita.

Consulta por un cuadro de 7 días de evolución, de rinorrea serosa, tos seca y agitación. Se interna en Cuidados Especiales, con diagnóstico de Neumonía izquierda. A las 6 horas de su ingreso, pasa a UCIP por Insuficiencia Respiratoria. Evoluciona tórpidamente, diagnosticándose además Miocardiopatía Hipertrófica de Ventrículo izquierdo. Tuvo múltiples complicaciones (derrame Pleural, Neumotórax y Atelectasia masiva izquierda) requiriendo asistencia respiratoria mecánica prolongada (50 días), y finalmente necesidad de traqueotomía por reiterados fallos en la extubación. En el laboratorio presento valores elevados de CPK 905 U/l. Se sospechó Enfermedad de Pompe, confirmada luego de recibirse Relación Neutra/Ac. Lisosomal 67,2 (valor patológico >30) y Porcentaje inhibición alfa glucosidasa ácida 93,5 (valor patológico >89). Comienza tratamiento con terapia de reemplazo enzimático.

CONCLUSIÓN.

Sospechar esta enfermedad en los diagnósticos diferenciales frente a un lactante hipotónico, con cardiopatía, con o sin patologías respiratorias previas, por la posibilidad de brindar un tratamiento que ha mostrado resultados favorables en la evolución de la enfermedad.



LITIASIS BILIAR EN UNA ADOLESCENTE CON ESFEROCITOSIS HEREDITARIA

RPD
354

Gomez N.¹; Soria A.²; Rossi N.³

HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA¹; SERVICIO DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y MODERADOS N°3 -
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA²; SERVICIO DE HEMATOLOGÍA - HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA³
<noeliamel_87@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La formación de cálculos de bilirrubinato es una complicación común de la esferocitosis hereditaria, que se presenta en un 21 a 63% de los pacientes, principalmente adolescentes y adultos jóvenes entre los 10 y 30 años. La esferocitosis hereditaria, de transmisión autosómica dominante, es la segunda anemia hemolítica más frecuente en nuestro país y la primera a nivel mundial. La prevalencia en Europa del Norte es de 1 en 5.000 personas y en Estados Unidos 1 de cada 2.500.

OBJETIVO:

Promover la sospecha diagnóstica de esferocitosis hereditaria frente a cuadros de litiasis vesicular con anemia hemolítica.

POBLACIÓN:

Paciente femenina de 12 años internada en febrero de 2.015.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de historia clínica.

RESULTADOS:

Adolescente oriunda de San Cristóbal (provincia de Santa Fe), con cuadro de ictericia hace 2 años y diagnóstico presuntivo de hepatitis, e historia familiar de litiasis vesicular. Consulta por ictericia, coluria, vómitos y dolor abdominal de 4 días de evolución. Laboratorio: GB: 10.8 K/uL (N74% L12% M2% E12%), plaquetas: 244 K/uL, GR: 3.21 M/uL, Hb: 9.5 gr/dl, Hcto: 25.4 %, VCM: 79.1 fl, HCM: 29.6 pg, CHCM: 37.4 g/dl, RDW:

20.3 %, microcitosis hipocromía, VSG: 28 mm/h, BT: 3.89 mg%, BD: 2.34 mg%, GOT: 29.7 UI/L, GPT: 159.9 UI/L, FAL: 193 UI/L y amilasemia: 95 UI/L. Ecografía abdominal: microlitiasis vesicular múltiple sin dilatación de la vía biliar. Se diagnostica colelitiasis y síndrome coledociano y se programa cirugía biliar diferida. Se reinterna a los 12 días por un cuadro similar con fiebre. La nueva ecografía abdominal agrega imagen de esplenomegalia homogénea de 13 cm. y se informan urobilinógenos en orina, GB: 8.2 K/uL (N61% L24% M7% E8%), plaquetas: 266 K/uL, GR: 2.9 M/uL, Hb: 8.6 gr/dl, Hcto: 22.6 %, VCM: 77.9 fl, HCM: 29.7 pg, CHCM: 38.1 g/dl, RDW: 20.1 %, anisocitosis y esferocitos, reticulocitos: 13.14 %, transferrina: 2.35 mg/l y su índice de saturación: 47 %, ferritina: 251 ug/l, ferremia: 1.10 mg/l, VSG: 77 mm/h, BT: 4.58 mg%, BD: 2.38 mg%, GOT: 29 UI/L, GPT: 92.2 UI/L, amilasemia: 67 UI/L y fragilidad osmótica eritrocitaria: 0.510 %CIna confirmando el diagnóstico de esferocitosis hereditaria. Se realiza colecistectomía con toma de biopsia, que describe una colecistitis crónica litiásica. La paciente evoluciona favorablemente.

CONCLUSIÓN:

Ante un niño con litiasis biliar y anemia hemolítica debe sospecharse esferocitosis hereditaria, para detectar formas clínicas que no cursan con esplenomegalia masiva ni requieren múltiples transfusiones y pueden pasar inadvertidas.

CALCINOSIS CUTÁNEA A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
355

Villanueva N.¹; Saldaña E.²; Setien C.³

HOSPITAL IRIARTE DE QUILMES^{1,2,3}
<naty_28villanueva@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La calcinosis es una entidad caracterizada por el depósito insoluble de sales de calcio (cristales de hidroxapatita o de fosfato cálcico amorfo) en los tejidos blandos. Cuando este proceso afecta a la piel se denomina calcinosis cutis. Afecta hombres y mujeres por igual, si bien es más frecuente en adultos, también puede presentarse en los niños, en los que la forma clínica más frecuente son nódulos calcificados subepidérmicos. De acuerdo al mecanismo fisiopatológico se distinguen 5 tipos de calcinosis cutis: distrófica, metastásica, iatrogénica, idiopática y calcifilaxis. La calcinosis distrófica es la forma más frecuente, el depósito de sales fosfocálcicas se produce en tejido cutáneo previamente dañado por diversos mecanismos (mecánicos, químicos, infecciosos, quemaduras, tumores, etc.). Estos generalmente son localizados y reciben la denominación de calcinosis circunscripta; cuando los depósitos son más extensos y generalizados se denomina calcinosis universal. Estas calcificaciones se observan en enfermedades del colágeno.

OBJETIVOS:

Presentación de un adolescente de 13 años con diagnóstico de calcinosis cutánea evaluado en consultorio.

CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de un adolescente de sexo masculino de 13 años que

consulta por dolor y tumefacción de la rodilla izquierda de 1 semana de evolución. Al examen se constata buen estado general, afebril, tumefacción sin eritema de la rodilla izquierda con leve limitación en la deambulación por dolor, además se observa lesiones maculares violáceas-azuladas compatibles con hematomas en región ... y ... que a la palpación son de consistencia duro pétreo. Al interrogatorio la madre refiere que desde hace un mes presenta las lesiones secundarias a traumatismo, y que antes presentó tumefacción de la mano ipsi o contralateral que resolvió espontáneamente. El laboratorio general donde incluye metabolismo fosfocálcico, reactantes de fase aguda dentro de parámetros normales, se constata calcificaciones en la radiografía de miembros inferiores; se deriva a centro de mayor complejidad donde se descarta enfermedades reumatológicas/colagenopatías y se diagnostica calcinosis cutis confirmado por anatomía patológica de biopsia de las lesiones. Actualmente en seguimiento.

CONCLUSIÓN:

Presentar el caso de un adolescente visto en consultorio con diagnóstico de una enfermedad benigna y poco frecuente, en donde se descarta patologías reumatológicas y endocrinológicas asociadas frecuentes a esta edad de inicio.



ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE AGUDA RECURRENTE EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
356

Oliveri J.¹; Hyland M.²; Muro V.³; Sibbald A.⁴; Fernie L.⁵

HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES¹²³⁴⁵

<joaquinolivieri@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Encefalomiелitis Aguda Diseminada es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central de tipo inflamatorio, mediada inmunológicamente, pudiendo estar relacionada su aparición con infección o vacunación previa. Su inicio puede ser agudo y/o progresivo, afectando cualquier parte del sistema nervioso central, cursando con síntomas neurológicos variables. Suele ser un evento único pero se encuentran descriptos casos de asociación con eventos recurrentes desmielinizantes.

OBJETIVOS:

Presentación de un caso clínico de ADEM con posterior recurrencia desmielinizante con neuritis óptica, con posible asociación con anticuerpos anti-MOG (glicoproteína de mielina del oligodendrocito) y su importancia futura de obtener métodos técnicos en el país para determinar la presencia de los mismos en pacientes con enfermedad desmielinizante.

POBLACIÓN:

Paciente masculino de 7 años de vida con antecedente de episodio desmielinizante agudo recurrente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión analítica-descriptiva-retrospectiva de la historia clínica y los estudios complementarios a propósito de un caso.

RESULTADOS:

Paciente que presentó episodio de alteración del sensorio agudo, con deterioro neurológico progresivo. LCR (normal) con PCR para Epstein-Barr positivo. RNM de cerebro/columna con y sin contraste con hiperintensidad en T2 y Flair de mesencéfalo dorsal, ganglios basales, tálamo a nivel posterior, sustancia blanca bihemisférica en topografía frontal y parietal discontinua, constatándose ADEM; con buena respuesta al tratamiento con corticoides. Cinco años después presenta cefalea occipital sin deterioro del sensorio, con pérdida de la agudeza visual y visión cromática bilateral, resto de la evaluación neurológica normal. LCR normal, bandas oligoclonales negativa. Potenciales evocados visuales que evidencia lesión prequiasmática del lado derecho, RMN de cerebro y columna con y sin gadolinio con hiperintensidad en nervio óptico derecho. Anti-acuaporina 4 (Negativas). Diagnóstico de Neuritis Óptica con buena respuesta clínica al tratamiento con corticoides.

CONCLUSIONES:

Es de suma importancia el seguimiento clínico e imagenológico estricto en pacientes con episodios desmielinizantes agudos por el riesgo de recaída. Los anticuerpos anti-MOG son marcadores que ayudan al diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.

SINDROME DE KARTAGENER VS. FIBROSIS QUISTICA

Fasanini M.¹; Ruiz A.²

HOSPITAL REGIONAL COMODORO RIVADAVIA¹²

<martinafasanini@gmail.com>

RPD
358

INTRODUCCIÓN:

El Sme. De Kartagener y la FQP, dos entidades que pueden coexistir. Dado que la FQP es la afectación respiratoria que marca el pronóstico, responsable del 90% de la morbi-mortalidad, la discinesia ciliar es un agravante para la recurrencia de infecciones. Ambas entidades nosológicas, han de ser tenidas en cuenta ante lactantes con cuadros respiratorios a repetición y de evolución tórpida, en el tiempo.

OBJETIVO:

Presentar a través de un caso clínico de un lactante internado en varias oportunidades, la dificultad del diagnóstico diferencial entre Discinesia Ciliar Primaria y FQP.

METODOLOGÍA:

Paciente varón de 6 meses RNT PAEG. Requirió 5 internaciones por síndrome broncoobstructivo, virológicos anegativos, hipoxemia, y atelectasia de lóbulo inferior izquierdo persistente. A los 3 días de vida, permaneció 72hs internado por dificultad respiratoria. Se diagnostica situs inversus abdominal por SEG, Test del sudor negativo. Se sospecha de sm kartagener. Se deriva a centro de mayor complejidad donde se realizaron Estudios de Disquinesia Ciliar Primaria: Dos cepillados nasales patológicos interpretándose como disquinesia ciliar secundaria, luego se realizaron estudios bajo sospecha diagnóstica de FQ.

RESULTADOS:

Se evidenció: disquinesia ciliar secundaria. Test de sudor (3), persistentemente positivos. Elastasa materia fecal: 129. Presenta dos resultados patológicos de esteatocrito. Por persistencia de atelectasia en LII se realizaron tres endoscopías donde se realiza instilación de surfactante y ADNasa.

Presenta síndrome malabsortivo e insuficiencia pancreática, por lo que comienza con enzimas pancreáticas. ECG normal. Ecocardiograma: Situs solitus, levocardia.

Ecografía abdominal: hígado en barra con heterotaxia abdominal A nivel de hipocondrio derecho entre el hígado y el riñón, se observa poliesplenía. S.E.G.D: deglución conservada. Estómago: a la derecha. Marco duodenal conservado-invertido. Reflujo gastroesofágico supracarinal de rápido aclaramiento. Arteria mesentérica superior a la derecha y vena mesentérica superior a la izquierda.

CONCLUSIONES:

Se presenta un caso de FQP sin precedente en nuestro hospital, con discinesia ciliar y heterotaxia abdominal. Situación que lleva a plantearnos nuevos diagnósticos diferenciales en patologías respiratorias frecuentes.



ESPLENECTOMÍA DE URGENCIA EN UN PACIENTE CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE Y HEMORRAGIA SEVERA. REPORTE DE UN CASO.

POB
359

Buezas M.¹; Caferrri H.²; Luca Moreno A.³; Svetliza J.⁴; Dumondín V.⁵; Díaz Gutierrez C.⁶

HIGA DR JOSE PENNA^{1,2,3,4,5,6}

<mariamarcela_85@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es un trastorno adquirido caracterizado por trombocitopenia aislada (recuento de plaquetas en sangre periférica menor de 100.000/mm³) y ausencia de causa subyacente. El objetivo del tratamiento es alcanzar un conteo de plaquetas que permita una hemostasia adecuada. La frecuencia de sangrado severo no se encuentra claramente establecida, existiendo pocos estudios destinados a la caracterización de dichos eventos. Según datos obtenidos de estudios prospectivos y retrospectivos, la frecuencia de sangrado severo en el curso de la PTI es, aproximadamente, del 7%, reportándose un caso de esplenectomía de urgencia por cada 1000 pacientes con sangrado severo y PTI.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de PTI con hemorragia severa que requirió esplenectomía como tratamiento de urgencia.

DESCRIPCIÓN DE CASO:

Paciente varón de 6 años de edad, previamente sano que consulta por epistaxis intensa. Se constata plaquetopenia (<10.000/mm³) aislada. Ante el diagnóstico presuntivo de PTI se indica inmunoglobulina G intravenosa

(IGVI) a 1g/kg/día. Al día siguiente presenta episodios de hematemesis y de hematoquecia que desencadenan un cuadro de shock hipovolémico, siendo necesarias expansiones con cristaloides, transfusiones con glóbulos rojos y uso de inotrópicos. Previa a la administración de corticoides se realiza punción aspirativa de médula ósea confirmando el diagnóstico. Se indica nueva dosis de IGVI y pulso con metilprednisolona a 30mg/kg/día pero ante a la persistencia del sangrado, se decide realizar esplenectomía de urgencia. Permanece internado 9 días. Actualmente, lleva seis meses de seguimiento con recuento de plaquetas normales.

CONCLUSIÓN:

En el sangrado potencialmente mortal, la esplenectomía de urgencia (conjuntamente con IGVI, corticosteroides y transfusión de plaquetas) se encuentra indicada, considerando éste tratamiento como extremo dado los peligros de la cirugía no planificada, la falta de la inmunización y el riesgo de hemorragia quirúrgica.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI: PRESENTACIÓN DE 12 CASOS EN EL PERÍODO 2005-2015.

POB
360

Prado Ferré P.¹; Majka F.²; Magnani J.³; Pacheco E.⁴; Vitale C.⁵; Mauvecin M.⁶; Bolleta M.⁷; Fernández Bisognin L.⁸; Fabris J.⁹; Zubimendi N.¹⁰

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

<pabloprado84@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Kawasaki (EK), es una vasculitis sistémica, aguda y autolimitada, de etiología aún incierta, que afecta principalmente niños menores de 5 años.

La EK y el desarrollo de vasculitis sistémica determinan la aparición de aneurismas coronarios y arteriales periféricos, y es considerada la causa más frecuente de enfermedad coronaria adquirida en los niños.

La administración de gammaglobulina intravenosa (GGIV) y ácido acetil salicílico a dosis altas en los primeros 10 días e idealmente dentro de la primera semana reduce hasta 95 % la aparición de aneurismas coronarios.

OBJETIVO:

Presentación de los pacientes con Enfermedad de Kawasaki diagnosticados y controlados en nuestro servicio en los años 2005 a 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo y descriptivo de serie de casos de Enfermedad de Kawasaki. Se revisaron 12 historias clínicas de pacientes que cumplieron con los criterios clínicos de Enfermedad de Kawasaki de la AHA, ingresados en nuestro servicio durante un periodo de 10 años.

RESULTADOS:

El promedio anual fue de 1.2 casos, con predominio en primavera y en

el sexo masculino. 91.6% de los pacientes tenían menos de 5 años, la mediana para la edad fue de 1,83 años (rango de 4 meses a 7 años). Predominó la presentación típica. Hubo dilatación y/o aneurisma de arterias coronarias en 4 de 12 pacientes. El tratamiento se realizó con inmunoglobulina intravenosa (IGIV) y ácido acetil salicílico. 4 pacientes requirieron una segunda dosis de IGIV. No hubo fallecidos.

CONCLUSIONES:

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica de la primera infancia, que afecta los vasos de mediano calibre, y tiene importancia por el riesgo de provocar alteraciones coronarias hasta en el 25 % de los pacientes no tratados. La EK está considerada actualmente como la causa principal de cardiopatía adquirida en niño en países industrializados. Lo observado en nuestro servicio refleja los reportes de series de casos de otros centros.

El diagnóstico oportuno de la EK es desafiante debido a que no existe una prueba específica y se basa en el reconocimiento de criterios clínicos establecidos por AHA, por lo que el pediatra debe estar alerta e incluir el diagnóstico diferencial al evaluar a niños pequeños febriles para poder realizar el tratamiento oportuno y disminuir las consecuencias desfavorables.



SINDROME DE PIEL ESCALDADA ESTAFILOCOCCICA. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD
361

Moreno R.¹; Pons M.²; Porta M.³

NUEVO HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA^{1,2,3}

<romi_romimoreno@hotmail.com>

INTRODUCCION:

El síndrome de Piel Escaldada es una afección cutánea con repercusión sistémica, poco frecuente, causada por toxinas exfoliativas de *Staphylococcus Aureus*; éstas provocan la separación intradérmica dentro del estrato granuloso de la piel, cuya afección inicial generalmente pasa desapercibida afectando nasofaringe, conjuntiva y cordón umbilical.

OBJETIVO:

Describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas en relación a la presentación de un caso clínico.

MATERIALES Y METODOS:

Caso clínico. Paciente de sexo femenino de 20 meses de edad que consulta por irritabilidad, fiebre, eritrodermia generalizada y lesiones ulceradas periorificiales que confluyen y se rompen dando aspecto de gran quemado. Por indicación conjunta del Servicio de pediatría y dermatología se realiza hidratación y tratamiento antibiótico endovenoso con Cefalotina y Clindamicina por 10 días, mupirocina local, analgesia e higiene con antisépticos. Hisopado nasal positivo para *Staphylococcus metilicilino* resistente, sensible a antibióticos antes descriptos.

DISCUSION:

El síndrome de piel escaldada es una entidad grave de afectación sistémica, que debe sospecharse en lactantes menores de 2 años con irritabilidad, fiebre, eritrodermia y lesiones ulceradas periorificiales. La deshidratación, los trastornos hidroelectrolíticos e infecciones graves sobreagregadas son las complicaciones más frecuentes. Es importante la sospecha diagnóstica temprana y el diagnóstico diferencial con otras enfermedades exantemáticas ulcerosas, debido a que la instauración inmediata y adecuada del tratamiento permiten la evolución favorable del cuadro.

CONCLUSION:

Este caso generó una especial atención debido a la baja incidencia de esta patología y a las posibilidades diagnósticas a las que nos enfrentamos al momento de iniciar un tratamiento específico, dada la similitud con otras enfermedades exantemáticas ulcerosas. De allí la importancia de tener conocimiento de esta entidad nosológica es esencial para un correcto desempeño profesional.

NIÑO CON OJOS DE TIGRE

RPD
362

Nasif S.¹; Amigo G.²; Silva A.³; Jaurrieta N.⁴; Marini N.⁵; Cachia P.⁶

HOSPITAL VICTOR J.VILELA^{1,2,3,4,5,6}

<salomenasif@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Definimos Neurodegeneración asociada a Pantotenato quinasa (Síndrome de HallerVorden Spatz) como una encefalopatía crónica evolutiva caracterizada por exceso de hierro en el tejido cerebral, provocando una degeneración de los ganglios basales, globos pálidos y parte reticular de la sustancia negra. Se produce por un déficit de la enzima pantotenato quinasa. Se puede presentar de forma esporádica (15%) o hereditaria. Clínicamente se manifiesta por distonía generalizada, signos extrapiramidales, coreatetosis, convulsiones, rigidez muscular, espasticidad, hiperreflexia, dificultad para la marcha que llevan a caídas frecuentes, deterioro cognitivo, disfagia y disartria. Presenta un curso progresivo e incapacitante que lleva rápidamente a la inmovilidad y la muerte. Es patognomónico en la RMI el depósito del pigmento férrico en el Globo Pálido imagen característica en Ojo de Tigre. El tratamiento de esta enfermedad es interdisciplinario y exclusivamente paliativo.

OBJETIVOS:

Dar a conocer la forma de presentación y evolución de una patología poco frecuente, remarcando la importancia del abordaje interdisciplinario.

MATERIAL Y METODOS:

Revisión de caso clínico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 6 años 10 meses, eutrófico, con diagnóstico de Encefalopatía

Crónica Evolutiva, medicado con risperidona y clonazepam. Ingresó por cuadro de distonía progresiva, dificultad en la marcha con aumento en la base de sustentación, temblor de acción e irritabilidad. Se realizó RMI visualizándose imagen hiperintensa en T2 a nivel del Globo Pálido, asociado a acantocitosis periférica y retinopatía pigmentaria en el examen oftalmológico se realizó el diagnóstico de Neurodegeneración asociada a déficit pantotenato quinasa (NADPKa). El paciente evoluciona con crisis de distonía generalizadas, convulsiones tónicas que lleva a adoptar postura en opistótonos, imposibilidad para la deambulación, disartria y disfagia. Requiere ingreso a UCIP, ARM prolongada siendo finalmente traqueostomizado. Tratamiento a dosis máximas con trihexifenidilo, baclofeno, fenobarbital, levomepromazina, haloperidol y clorpromacina. Se coloca Botón de gastrostomía para recuperación nutricional. Por favorable evolución clínica se otorga alta hospitalaria, en tratamiento con trihexifenidilo, baclofeno, diazepam, metadona, haloperidol, clorpromacina y rescates en crisis de distonía con morfina. Quedando en conexión con Internación Domiciliaria.

CONCLUSIÓN:

Debido al severo grado de discapacidad que la patología produce y teniendo en cuenta que los tratamientos disponibles no son curativos, es fundamental destacar la importancia del diagnóstico precoz y el abordaje interdisciplinario incluyendo, fisioterapia, kinesiología, neurología, nutrición y cuidados paliativos para mejorar así la calidad de vida del paciente.



PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO PULMONAR POR ACTINOMYCES

Patt Llano J.¹; Mendez J.²; Della Latta P.³; Cavagnari B.⁴

HOSPITAL ALEMÁN^{1,2,3,4}

<jose_patt@hotmail.com>

RPD
363

El pseudotumor inflamatorio pulmonar es un tumor primario “benigno”. Tiene una incidencia de 0,04-0,7%, predomina en la adolescencia, generalmente es asintomático y puede comprometer órbita, región mesentérica y corazón. Como los tumores pulmonares en pediatría son de baja incidencia, generalmente quedan excluidos en los diagnósticos diferenciales.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente con diagnóstico de pseudotumor inflamatorio primario pulmonar por *Actinomyces israelii*.

Caso Clínico: paciente de 10 años, con dolor torácico, pérdida de peso (4 kg) y astenia de 1 mes de evolución. Consulta por aumento del dolor, sin fiebre ni tos. La radiografía de tórax constata una imagen radioopaca en vértice izquierdo. Presenta una VSG de 96 mm como único dato positivo, una TC de tórax con una consolidación en lóbulo superior izquierdo (LSI) de 6,4 x 7,4 cm, en contacto con el mediastino anterior. La TC de abdomen muestra una esplenomegalia leve y riñones levemente agrandados. La PAMO es normal. El PET SCAN muestra un proceso consolidativo hipermetabólico en LSI. Presenta broncograma aéreo periférico y opacidades en vidrio esmerilado adyacentes. Adenomegalias mediastínicas y de hilio

izquierdo. La punción biopsia percutánea arroja un diagnóstico de proliferación miofibroblástica de bajo grado, con componente inflamatorio asociado, tipo pseudotumor inflamatorio. Cultivo negativo. Se realiza una lobectomía y segmentectomía pulmonar izquierda a cielo abierto programada. Permanece 8hs en ARM y requiere transfusiones de GR e inotrópicos. Se otorga el alta a los 4 días postoperatorios (POP).

A las 72 hs reingresa por fiebre. Con la positividad de *Actinomyces israelii* en la anatomía patológica, recibe 3 semanas de tratamiento endovenoso con penicilina G sódica, para luego continuar 6 meses con fenoximetilpenicilina.

La TC de tórax a los 6 meses POP muestra cambios postquirúrgicos y mediastino libre de adenomegalias.

El 40% de los pseudotumores inflamatorios pulmonares son asintomáticos y, de serlo, se manifiestan con dolor torácico, disnea y hemoptisis. Raramente producen metástasis, sin embargo por ser lesiones ocupantes de espacio pueden aumentar la morbimortalidad en caso de no ser diagnosticadas. De ser posible la resección completa, el tratamiento es curativo en el 100% de los casos.

EVOLUCIÓN DE NIÑOS CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO EN UNA SALA DE INTERNACIÓN PEDIÁTRICA

Risso M.¹; Urquiza M.²; Exeni A.³; Rigali P.⁴; Torres S.⁵; Siaba Serrate A.⁶; Iolster T.⁷; Rocca Rivarola M.⁸

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

<milagrorisso@hotmail.com>

POB
364

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) típico en Argentina, constituye la principal causa pediátrica de insuficiencia renal aguda, segunda de insuficiencia renal crónica y tercera de trasplante renal. Hay 500 casos nuevos por año, siendo una enfermedad endémica en nuestro país. El SUH atípico es una enfermedad rara con incidencia de 1:1000000. Varios factores han sido relacionados a la mala evolución del SUH requiriendo el soporte de una unidad de cuidados intensivos (UCIP) considerándose como criterios de admisión la necesidad de soporte renal, falla multiorgánica, afectación neurológica y/o cardiovascular.

OBJETIVO:

Analizar la sobrevida y evolución de pacientes con SUH admitidos a Internación pediátrica. Evaluar factores predictores de mala evolución.

DISEÑO:

Cohorte Retrospectiva.

POBLACIÓN:

54 pacientes con SUH en el período 1/03/2005-30/04/2015. 52 fueron SUH típicos (96%) y 2 atípicos (4%). Varones 31 (57%), mujeres 23 (43%). Material y Métodos: Se analizó la evolución de la función renal (valor de creatinemia) con curva de Kaplan-Meier y se evaluaron factores predictivos de morbilidad utilizando el programa STATA 8. Se realizó un análisis uni y multivariado, aplicando una regresión logística múltiple entre Microalbuminuria persistente a los 5 años/Hipertensión arterial (HTA, tensión arterial mayor pc99 según edad y talla según tablas de la Sociedad Argentina de Pediatría) en relación a días de oligoanuria y plaquetopenia, neutrofilia, afectación neurológica (toda manifestación

de sistema nervioso central en contexto de SUH) y valor máximo de creatinina (Cr). Con el mismo programa se analizó la correlación lineal entre valores máximos de Cr e HTA.

RESULTADOS:

No hubo muertes, 1 quedó en Insuficiencia renal terminal. La mediana de edad fue 36 meses (r: 8-192). 26 niños (48.15%) ingresaron a UCIP. El 48.15% (26/54) recibieron soporte renal (2 hemodiálisis, 21 peritoneal). La media de recuperación de plaquetas fue 14 días (SD 6) y la mediana de recuperación de la diuresis fue 12 días (r.3d - 4,5 años). La neutrofilia se asoció en un 80% a plaquetopenia persistente por más de 14 días y a oligoanuria mayor a 10 días. Asistencia ventilatoria mecánica recibieron 6 pacientes y 5 padecieron afectación neurológica. La estancia hospitalaria tuvo una mediana de 28 (r4-91). La plaquetopenia mayor a 15 días (OR: 2.18; IC 95% 1.19-4.32), oligoanuria mayor a 9 días (OR: 6.321; IC 95% 2.901-14.33) y la presencia de neutrofilia (OR:3,89, IC 2,18-9.71) se asociaron a microalbuminuria persistente a los 5 años, por lo tanto factores pronósticos en la enfermedad. En el análisis de correlación lineal un valor de Cr máximo mayor a 5.8 mg/dl alcanzado presentó un OR 3.78 (IC 95%:2.01-6-32) para HTA en el periodo agudo.

CONCLUSIONES:

En nuestra serie la morbilidad de los pacientes se asoció con HTA y microalbuminuria persistente a los 5 años. Si bien la oligoanuria y tiempo de permanencia en terapia de remplazo renal han sido asociados con evolución a enfermedad renal crónica, en nuestra serie la presencia de neutrofilia y plaquetopenia mayor a 15 días se asoció a mal pronóstico. Es necesaria una cohorte con mayor tamaño muestral para contrastar estas hipótesis.



REPORTE DE UN CASO: INFRECLENTE TUMOR GASTRICO NEONATAL

RPD
365

Wybert M.¹; Cámara S.²; Gerbaudo G.³; Barboza J.⁴

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

<laurawybert@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los teratomas gástricos representan menos del 1% de los teratomas infantiles. Desde el primer reporte en 1922 por Eusterman y Sentry aproximadamente 100 casos fueron reportados en la literatura mundial.

OBJETIVOS:

Presentar el caso de un recién nacido con diagnóstico de tumor abdominal por ecografía prenatal, y su correlación con estudios complementarios posnatales.

CASO:

RN masculino, que en ECO prenatal del tercer trimestre muestra una imagen mixta heterogénea de 29x21mm yuxtapuesta al estómago. Nace de 40 semanas, peso 2950g, a las 24hs de vida se realiza ECO abdominal normal. Al mes y diez días consulta por distensión abdominal e irritabilidad. Al examen físico: Tº37.5, tinte pálido terroso generalizado. Abdomen distendido, doloroso. El laboratorio revela leucocitosis y anemia. Se policultiva por sospecha de sepsis e inicia tratamiento. La Rx abdomen muestra imagen radiopaca redondeada en epigastrio. En ECO abdominal se objetiva imagen mixta en epigastrio. Se deriva a Hospital Schestakow con diagnósticos de: Sepsis, Abdomen Agudo y Tumor Abdominal. Una nueva ECO Abdominal demuestra imagen epigástrica nodular mixta de 89x82x54mm, desplazando hígado y riñón izquierdo. La TAC Abdomen

confirma estos hallazgos. Derivado a Hospital Notti, se realiza Colangiorensonancia: lesión voluminosa heterogénea con áreas quísticas y sólidas intraabdominal de 10x10cm. El equipo quirúrgico extirpa tumoración abdominal, la macroscopia revela tumor ovoide abdominal de 380grs, 12x9x9cm, superficie externa multinodular, blanco, amarillento. La microscopia informa Teratoma Inmaduro grado II. Se realiza seguimiento periódico con dosaje de α feto proteína y ECO abdominal, ambos en rango normal.

DISCUSIÓN:

Los tumores abdominales con diagnóstico prenatal, y su correlación con estudios posnatales cobran importancia por su oportunidad diagnóstica y terapéutica, más allá del diagnóstico final. Otorga seguridad al paciente definir el diagnóstico y tratamiento en un ámbito acorde al nivel de complejidad. Los teratomas se componen de elementos procedentes de las tres capas germinales, no corresponden con el órgano o región anatómica sobre la que implantan. La histogénesis, no está esclarecida. El manejo precoz de la patología tumoral es trascendental, de esto depende el pronóstico, en la mayoría de los casos no se alcanza el diagnóstico prequirúrgico, pudiendo ser confundidos con neuroblastomas, duplicaciones gástricas, o tumores de Wilms. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa. La α feto proteína es el marcador para seguir la evolución, por el riesgo de malignización.

HEMICEREBELITIS AGUDA POR MYCOPLASMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

RPD
366

Di Staso A.¹; Cavagnari B.²; Mendez J.³; Orqueda A.⁴

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

<Antonela_4@hotmail.com>

La cerebelitis aguda es un síndrome de disfunción cerebelosa de inicio agudo, habitualmente bilateral y secundario a etiología infecciosa, postinfecciosa o postvacunal. Se han reportado muy pocos casos de afectación unilateral o hemicerebelitis.

El objetivo del presente trabajo es presentar un caso de hemicerebelitis aguda en pediatría.

Caso clínico: niña de 6 años de edad que consulta por un episodio de ataxia de pocas horas de evolución. Se presenta afebril, asténica y con una ataxia estática y dinámica bilateral a predominio derecho, Romberg derecho positivo y nistagmus. Resto del examen neurológico sin particularidades. Se realiza una punción lumbar: cultivo negativo, PCR para herpes 1, 2, 6, 8, enterovirus, varicela y mycoplasma, negativa. En sangre presenta PCR, VSG y LDH elevadas, IgG para parotiditis e IgG para mycoplasma positivas (1/256). Resto de los estudios, dentro de límites normales.

Se solicita una tomografía de cerebro que muestra una imagen hipodensa a nivel del hemisferio cerebeloso izquierdo, compatible con un posible proceso isquémico. La resonancia magnética nuclear (RMN) muestra hiperintensidad en Flair y T2, en la región posterioinferior y paramediana

del hemisferio cerebeloso izquierdo, sin patrón de relace postcontraste, compatible con un proceso inflamatorio agudo. Angioresonancia de cerebro normal.

La niña se mantuvo bajo estricto control clínico sin tratamiento alguno, mientras se apreciaba la mejoría paulatina de los síntomas y signos neurológicos.

En los controles post alta, a los 15 días, la paciente presentó una resolución total de sus síntomas neurológicos, con resultado de mycoplasma positivo (IGM) +.

Habitualmente, la hemicerebelitis aguda suele aparecer semanas después de un cuadro infeccioso, provocada por un agente viral o luego de recibir vacunación, aunque también se han descrito casos por sarampión, paperas, difteria, Epstein-Barr y Mycoplasma, entre otros.

Su diagnóstico es difícil y eminentemente clínico: un síndrome cerebeloso agudo en un paciente previamente sano. El líquido cefalorraquídeo puede ser normal y las imágenes son orientativas.

Si bien se han descrito casos con hidrocefalia por compresión del IV ventrículo y muerte por cerebelitis aguda fulminante, esta entidad suele ser reversible y autolimitada.



MIOCARDIOPATIA DILATADA ESPONGIFORME

Fernandez Rivas M.1; Saseta D.2; Gimenez S.3; Lambert L.4; Villarreal G.5

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA 1 2 3 ; HIGA MI PUEBLO 4 ; HIAEP SOR MARIA LUDOVICA 5

<maxi_085@hotmail.com>

RPD
367

INTRODUCCIÓN:

La MCP es una enfermedad del miocardio asociada a disfunción mecánica y/o eléctrica, acompañada de hipertrofia o dilatación ventricular inapropiada, debidas a una variedad de causas, frecuentemente genéticas. A menudo evoluciona a insuficiencia cardiaca o la muerte.

OBJETIVO:

Reportar un paciente de dos meses con miocardiopatía dilatada espongiiforme.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de una historia clínica de un paciente de dos meses.

RESULTADOS:

Paciente de sexo masculino de dos meses de vida que es llevado a la consulta por catarro de vía aérea superior, agitación de 4 días de evolución agregándose rechazo alimentario en las últimas 12 horas. Al momento del examen físico se encuentra en mal estado general taquipnéico, con palidez generalizada, taquicárdico con ritmo de galope. En la radiografía de tórax se evidencia cardiomegalia (IC: 0.7) e hiperflujo pulmonar. Interpretándose como insuficiencia cardiaca congestiva. Se decide su

ingreso a Ucip donde se lo coloca en AVN y administración de inotrópicos. Se realiza ecocardiograma: miocardiopatía dilatada aspecto espongiiforme hacia pared libre de ventrículo izquierdo y ápex. Disquisinesia septal. Insuficiencia mitral y tricuspidea leve. FA 18%. Se indica según servicio de cardiología enalapril, carvedilol y espironolactona. Aspecto infectológico y metabólico normales. Hematología indica anticoagulación por presentar FA 18%

CONCLUSIONES:

La MCP dilatada es la forma más frecuente de MCP en niños. Su incidencia es de 2-8 casos/100.000. La prevalencia es de 36/100.000 personas. El 48% de la totalidad de los pacientes con MD en edad pediátrica debuta entre el año y los 12 años de edad. Entre el 79 y el 89% presenta síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva. Las causas más frecuentes son: la miocarditis (13%), los defectos del gen de la distrofina (12%), la miocardiopatía familiar (9%) y los desórdenes endocrino-metabólicos: 5,5%. Se caracteriza por dilatación y compromiso de la función contráctil miocárdica principalmente del ventrículo izquierdo. Hasta la fecha la mayoría de las MCP dilatadas son idiopáticas.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI ASOCIADA A INFECCIÓN POR MICOPLASMA PNEUMONIAE

Checcacci E.¹; Pringe A.²; Herreño F.³; Parenza P.⁴; De Carli N.⁵

CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1,3,4,5}; CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES- HOSPITAL P. DE ELIZALDE²

<echeccacci@intramed.net>

RPD
368

INTRODUCCIÓN:

Las manifestaciones extra-pulmonares de la infección por M. pneumoniae se presentan en aproximadamente 25% de los casos y pueden aparecer antes, durante o después de una infección pulmonar, e incluso en ausencia del compromiso pulmonar; dentro de este grupo, las lesiones de piel y mucosas son frecuentes. También se han descrito casos de neumonías por M. pneumoniae asociadas a enfermedad de Kawasaki, eritema nodoso, exantema ampollar, angioedema no episódico y otros.

OBJETIVO:

Presentar un paciente que cumplió criterios clínicos para enfermedad de Kawasaki asociado a infección por M. pneumoniae.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 8 años que ingresa en la Clínica del Niño de Quilmes por cuadro de 6 días de fiebre asociado a exantema macular generalizado, recibiendo tratamiento con penicilina por amigdalitis. Continúa febril agregándose inyección conjuntival. A su ingreso en internación se evidencia edema de miembros, con exantema maculo facial, lengua ligeramente aframbuesada, edemas de manos y pies. Leucocitos: 12.800

(72/20) hto: 31 plt: 440.000 ERS: >100 PCR: 9.66 Alb: 3.48 protetinas: 6.09 gluco: 1.11 urea: 0.16 creatinina: 0.42 TGO: 26 TGP: 60, Na: 132 K: 3.06 Cl: 90, serologías virales, HMC, monotest (-), HIV, ecocardiograma normal, con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki se medica con gammaglobulina a 2 g/kg. y AAS 80mg/kg/día. Continúa febril se agrega taquipnea, y requerimientos de oxígeno, Rx de tórax infiltrados difusos bibasales; se interpreta cuadro compatible de neumonía atípica se indica Claritromicina 15mg/kg/día. TAC de tórax informa consolidación alveolar con broncograma aéreo en ambos lóbulos inferiores y pequeño infiltrado lóbulo superior. Es vuelto a evaluar por cardiología con ecocardiogramas sin particularidades. A pesar del manejo y transcurriendo el 3er día posterior a gammaglobulina persiste febril, descamación de extremidades; se suministra una nueva dosis de gammaglobulina. Se rota a indometacina. Se reciben serologías HIV, CMV, EBV, Parvovirus B19 negativos, MICOPLASMA IgM positiva. IgG 18 (positivo),

CONCLUSIÓN.

En todo paciente con sospecha de enfermedad de Kawasaki se debe descartar infecciones que actúan como gatillo de la enfermedad

MUCOPOLISACARIDOSIS EN SANTA FE

**RPD
369***Buiras V.¹; Bonfiglio P.²; Botto S.³; Bonetto V.⁴; Cabrera A.⁵; Fain H.⁶; Fiorentino A.⁷*HOSPITAL V J VILELA, SANATORIO DE NIÑOS^{1,4,5,6}; HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA^{2,3};HOSPITAL CENTRAL RECONQUISTA "OLGA STUCKY DE RIZZI"⁷

viviana.buiras@gmail.com

INTRODUCCIÓN:

Las Mucopolisacaridos (MPS) son enfermedades autosómicas recesivas debidas a un déficit enzimático que impide degradar los glicosaminoglicanos (GAGs) que se acumulan en el lisosoma produciendo una enfermedad de depósito. Se deben a diferentes deficiencias enzimáticas y si bien tienen sintomatología común difieren en tratamiento y pronóstico. Su incidencia es 1 cada 10000-25000 nacimientos. Se confirma mediante estudio de actividad enzimática y de GAGs en orina. Existe terapia de reemplazo enzimático (TRE) para MPS tipo I, II, IV y VI y la posibilidad de trasplante de médula ósea en el caso de MPS I.

OBJETIVO:

Describir la presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y la evolución de pacientes atendidos en tres hospitales de la Provincia de Santa Fe con MPS.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron las historias clínicas de 14 pacientes con diagnóstico de MPS atendidos en 3 hospitales de referencia en la Provincia de Santa Fe en los últimos 12 años.

RESULTADOS:

Pac	MPS	Edad Dx.	Edad TRE	Evolución	Síntomas
1 Ros	II	2 años	4 años	buena alt. art. Retraso mental. Síntomas respiratorios. Fascie peculiar	Visceromegalia, cardiomegalia,
2 Ros	II	1 año	1 año	Muy buena	Ídem. Sin retraso.
3 Ros	IVA	5 años	5 años	buena	Compromiso articular talla baja, alteraciones respiratorias
4 Ros	I	2 años	2 años	Buena	Compromiso articular, síntomas pre tx. respiratorios, hidrocefalia
5 Ros	I	7 m.	9 m	Muy buena. pre tx y respiratorio	Compromiso articular
6 Ros	II	5 años	No aun	mala Diag. Reciente.	Compromiso articular, visceromegalia, síntomas resp.
7 SF	VI	5 años	15	Sostiene trat. leucocoria, necrosis fémur, canal medular estrecho	Cardiomegalia, valvulopatía,
8 SF	VI	2 años	6 años	buena	Ídem, patrón restrictivo severo
9 SF	I	1 año	1 año	fallecido leucocoria, NF, listesis vert.	Cardiomegalia, valvulopatía,
10 Rec.	I	1 año	1 año	Buena, pre tx corneal macroglósia.	Fascie tosca opacidad

Se diagnosticaron además en Rosario 4 MPS III y 1 MPS 4B, que no tienen TRE, recibiendo tratamiento sintomático multidisciplinario.

Conclusión: Las diferentes MPS tienen sintomatología común en su forma de presentación. Es muy importante el reconocimiento precoz y la derivación oportuna a centro especializado porque el diagnóstico temprano y el tratamiento específico, determinan mejor evolución y hasta curación (TMO). Las que no tienen tratamiento, deben recibir consejo genético y tratamiento multidisciplinario para mejorar calidad de vida.

CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ATAQUE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO EN NIÑOS

**RPD
370***Nasif S.¹; Coca F.²; Cachia P.³; Cabeza M.⁴; Taborda P.⁵*HOSPITAL VICTOR J. VILELA^{1,2,3,4,5}

<salomenasif@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Definimos Ictus Isquémico como un déficit neurológico focal que dura más de 24hs con evidencia imagenológica de infarto cerebral, Su incidencia anual es de 2-13 casos/100.000 niños. Las enfermedades cardíacas son responsables del 10-30% de los casos. La mayoría de los casos se han observado en los pacientes con ventrículos únicos sometidos a cirugía de Fontan, con una incidencia de 2,8-9%, fundamentalmente en el primer mes postoperatorio. Otros antecedentes son cirugía cardíaca, cateterismo intervencionista, cortocircuitos, stents, válvulas protésicas, hiperviscosidad sanguínea y sepsis. Se manifiesta con crisis convulsivas focales, hemiparesia, cefalea, náuseas, vómitos, afasia, ataxia, alteración del sensorio, parálisis facial central y trastornos visuales. El territorio más frecuentemente afectado es el de la Arteria Cerebral Media. El diagnóstico se realiza con angio-TAC y angio-RMI. Ante todo ictus diagnosticado hay que descartar trastornos protrombóticos. No se recomienda el tratamiento trombolítico en fase aguda. Se aconseja el inicio precoz de anticoagulación/antiagregación. El tratamiento profiláctico se recomienda en los pacientes con alto riesgo de ictus con Heparina de bajo peso molecular o anticoagulantes orales, y en los de bajo riesgo antiagregantes (AHA).

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 8 meses de edad RNT con PAEG, con antecedente de Cardiopatía Congénita Compleja (Doble tracto de salida de ventrículo derecho, comunicación interventricular subaórtica, estenosis pulmonar y canal aurículo ventricular completo) en tratamiento con Propanolol. Con antecedentes familiares de Tetralogía de Fallot y Epilepsia. Consulta por cuadro de rinorrea y agitación con escasa respuesta a medidas terapéuticas. Se decide su internación, asumiéndose como Neumonitis comenzando antibióticoterapia. A las cuarenta y ocho horas de su ingreso, presenta sensorio alternante, hemiparesia de miembro superior derecho y retroversión ocular. Se realiza Tomografía Computarizada con Contraste y Angiografía, se constatan imágenes compatibles con accidente cerebro vascular isquémico. Ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos donde fallece.

CONCLUSIÓN:

Es prioritario pensar en una Enfermedad Cerebrovascular ante cualquier síntoma neurológico agudo en un niño con una cardiopatía compleja, para disminuir la demora diagnóstica y el tratamiento oportuno.



TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN ENFERMEDAD ESTAFILOCOCCICA INVASIVA A PROPÓSITO DE DOS CASOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

RPD
371

Silva M.¹; Alvarez M.²; Maduri C.³; Porfilio M.⁴; Pua L.⁵; Sabbaresse L.⁶; Suarez C.⁷; Toffoli M.⁸; D'angelo G.⁹; Najt F.¹⁰; Bernan M.¹¹; Gelpi L.¹²

HIGA SAN ROQUE GONNET^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12}
<mariaelenasilva9@hotmail.com>

INTRODUCCION

Es reconocido el impacto de SAMR como agente de infecciones severas asociadas a graves complicaciones. Se ha producido un aumento tanto en la incidencia como en la gravedad de infecciones osteoarticulares complicadas con TVP a predominio de venas femoral e iliaca, que se detecta, en promedio, a los 6 días del ingreso hospitalario, en el contexto de enfermedad estafilocócica invasiva (EEI) en niños de edad promedio 10.6 años.

OBJETIVOS

Describir dos casos clínicos de EEI por SAMR que presentaron TVP en pacientes provenientes de la comunidad.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron retrospectivamente dos historias clínicas.

CASO 1: Paciente masculino de 12 años, obeso, que consultó por impotencia funcional, mialgia y artralgia de MID; limitación de movimiento en miembro contralateral y fiebre de 48 hs. de evolución. Al examen físico mal estado general; múltiples cicatrices por forunculosis. Presentó tetrada de Celso en cara interna de rodilla derecha. Se realizó: hemograma GB 15.800 (N 84%), PCR 33,5%; coagulograma normal, Rx tórax normal, HMC x 2: SAMR. Ecografía rodillas: escaso líquido. Ecocardiograma normal. Ecografía abdominal: esteatosis hepática y esplenomegalia. Se

inicia antibioticoterapia EV con vancomicina y rifampicina. Ecodoppler: imagen compatible con TVP en vena femoral común izquierda, comenzó tratamiento con HBPM. A los 6 días de ingreso, TAC toraco/abdominal con contraste: múltiples imágenes compatibles con émbolos sépticos en ambos campos pulmonares.

CASO 2: Paciente masculino de 12 años sano que consultó por impotencia funcional MID con gonalgia, exantema generalizado y fiebre de 72 hs de evolución. Al examen físico regular estado general; forúnculo en glúteo izquierdo (con antibioticoterapia VO durante 2 días), rodilla derecha en flexión con imposibilidad de extensión. Se realizó hemograma GB 15100 (N 80%), ERS 77 mm/hr, coagulograma: normal, HMC x 2: SAMR, cultivo de líquido articular: SAMR. Se inicia antibioticoterapia EV con vancomicina y rifampicina. Ecografía rodilla y tobillo bilateral: normal. Ecocardiograma: normal. Al día 11 de internación se evidencia dolor y cambio de coloración en MID, Ecodoppler: imagen compatible con TVP en vena poplítea derecha. Inició tratamiento HBPM.

CONCLUSION

En nuestra experiencia, hemos observado en 2 casos clínicos, coincidiendo con la bibliografía existente, la posible complicación con TVP en pacientes adolescentes a los pocos días de internación en una infección por SAMR. Proponemos mantener sospecha clínica y manejo interdisciplinario ante estos pacientes.

DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL DE COMIENZO SISTÉMICO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO POR PRESUNTA ENFERMEDAD DE KAWASAKI

POB
372

Checcacci E.¹; Pringe A.²; Cedron G.³; Parenza P.⁴; De Carli N.⁵

CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES-HOSPITAL P. ELIZALDE^{1 2}; CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES^{3 4 5}
<echeccacci@intramed.net>

INTRODUCCIÓN.

En lactantes el inicio de AIJ sistémica puede confundirse con Enfermedad de Kawasaki.

OBJETIVO:

Presentar un paciente con sospecha de Enfermedad de Kawasaki, que desarrollo un síndrome de activación macrofágica, con diagnóstico final de AIJ sistémica.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 10 meses de edad sexo femenino, que ingresa en Clínica del Niño de Quilmes por fiebre e impotencia funcional de miembro inferior derecho de 48hs de evolución.

Se solicita laboratorio completo, hemocultivos por 2 y ecografía de cadera y rodilla normales. GB15.800(58/39/6) ERS 60 PCR 1,48 y HMC por 2 negativos.

Cursando el 2º día de internación y persistiendo febril se decide medicar con TMS con diagnóstico ecográfico de bursitis. Al 9º día la paciente continúa febril con picos de 38,5-39º, se agregan edemas en miembros inferiores y rush máculoeritematoso, se medica con gammaglobulina 2gr k/d y AAS a 80mg/k como enfermedad de Kawasaki, sin suspender tratamiento antibiótico.

Por empeoramiento clínico, con diagnóstico de sepsis se rota previa toma de HMC a vancomicina-meropenem. La paciente continúa febril y en mal estado general, con visceromegalias y síndrome edematoso. El laboratorio demuestra anemia, plaquetopenia y leucocitosis ERS 75, PCR 19, LDH 2106, fibrinógeno 259, ferritina sérica mayor a 1650. Se interpreta con síndrome de activación macrofágica y se medica con dexametasona a 10mg/m2

Serologías HIV negativo- herpes 1 y 2 IgM positivo- parvovirus B19 IgM positivo

La paciente evoluciona favorablemente y al alta reaparece fiebre asociado a rush evanescente y artritis de grandes y pequeñas articulaciones, concluyendo en el diagnóstico de artritis idiopática juvenil de comienzo sistémico.

CONCLUSIÓN

Recientes reportes demuestran un 0,2 % de los pacientes tratados por enfermedad de Kawasaki se les diagnosticó posteriormente AIJ de comienzo sistémico, y que el síndrome de activación macrofágica es una de las complicaciones mas frecuentes en este grupo de pacientes.



AUMENTO DE LA INCIDENCIA DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN MENORES DE 15 AÑOS

RPD
374

Barrere Quiroga M.¹; Bucich L.²; Fernie L.³

HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES^{1,2,3}

<mfbarrequiroga@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El intento de suicidio infantojuvenil presenta un aumento de incidencia en los últimos años, enfrentando al pediatra de urgencia a una nueva situación de difícil abordaje.

OBJETIVO:

Describir el aumento de la incidencia de intentos de suicidios en la población pediátrica del Hospital Británico de Buenos Aires, y analizar los perfiles psicológicos y la esfera biopsicosocial de estos pacientes.

Población, Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de una serie de 8 casos, en menores de 15 años, desde abril del 2011 a abril 2015, en el servicio de pediatría del Hospital Británico de Buenos Aires. Se define como intento de suicidio a toda acción auto infligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal

RESULTADOS:

La edad media de presentación fue de 14 años, siendo la totalidad sexo femenino. El 62% se produjo en los meses de verano, donde las obligaciones son menores y el tiempo libre mayor. El método utilizado por el

62% de pacientes fue la intoxicación medicamentosa. El 87% presentaron patologías psiquiátricas asociadas. Un 62% tenía antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos. El 75% pertenecía a una familia disfuncional. El 62% presentaba bajo rendimiento escolar y marcado ausentismo. El 25% sufría de bullying escolar. Un 12 % presento un brote psicótico que requirió internación en centro psiquiátrico, y un 25% volvió a repetir episodio de intento de suicidio.

CONCLUSIÓN:

- En concordancia con los datos publicados por la OMS, la incidencia de intentos de suicidios en adolescentes se encuentra en aumento.

- El método más utilizado para realizar un intento de suicidio es la ingesta de medicamentos.

- Los adolescentes con intento de suicidio muestran una alta prevalencia de trastornos psicopatológicos.

Se propone identificar el ambiente biopsicosocial de riesgo que actualmente viven los adolescentes para poder desarrollar estrategias de prevención y psicoeducación a padres, con el fin de revertir esta tendencia.

CONCEPCIONES Y EXPERIENCIAS EN EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN EL EQUIPO DE SALUD DEL CEPSE EVA PERÓN DE SANTIAGO DEL ESTERO

RPD
375

Paz M.¹; Dominguez A.²; Valdez M.³; Luna J.⁴; Sandez L.⁵

CEPSI-UNSE^{1,3,4,5}; UNSE²

<mirta_paz@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Se contrasta las concepciones y experiencias en trabajo interdisciplinario (TI) en el equipo de salud con un concepto teórico. Según la teoría, el TI requiere además de un equipo multidisciplinario en interacción, compartir una visión del cuidado y metodologías de trabajo, para observar entre todos, generar preguntas, analizar problemas, necesidades de los niños y sus familias, definir el aporte de cada disciplina y luego consensuar y planificar entre todos el proceso de cuidado, considerando las dimensiones que intervienen, así como las estrategias para resolver problemas.

OBJETIVOS:

Describir las concepciones y experiencias sobre Trabajo disciplinario que refiere el equipo de salud.

Material y métodos es un estudio descriptivo, transversal se aplicó una encuesta con dos secciones de Concepciones y Experiencia.

POBLACIÓN:

201 profesionales, muestra calculada 116, por muestreo aleatorio estratificado por disciplinas, sin reposición, 85 profesionales aceptaron participar.

RESULTADOS

El 71,76 de la población fueron mujeres, el 47,05 tenía antigüedad menor de 10 años. Al solicitar un concepto de interdisciplina, la dimensión

interacción fue escasamente mencionada, en cambio en las preguntas cerradas, la mayoría la destaca como importante, un 63,52 reconoce la necesidad de reunirse para analizar y construir preguntas comunes. Un 83,5 opina que es importante definir estrategias juntos y el 70,5 evaluar juntos.

Al preguntar si siente valorada su opinión en el equipo, las enfermeras, los bioquímicos, los kinesiólogos, los odontólogos y fonaudiólogos se sienten escasamente valorados. Toda la población reconoce que médicos y enfermeras aportan mucho al cuidado del niño; y opinan que no aportan nada los odontólogos (17,54%) y los fonaudiólogos (11,76). En la Experiencia el TI es habitual para el 57.64 % y un 42,35 responde que nunca o pocas veces. y sólo el 38, 82 dice compartir la visión o metodología de trabajo. Un 56, 47 % dice que sólo a veces se reúnen para analizar los casos. Para planificar los cuidados, para definir estrategias y evaluarlas hay respuestas muy dispares.

CONCLUSIONES:

Hay una diferencia en el concepto de TI en el equipo. Reconocen la importancia del TI y acuerdan con las variables presentadas según el concepto teórico, pero eso no está reflejado en la experiencia referida, las respuestas dispares indican que el TI no está consensuado en todo el equipo, ni es practicado.

PREVALENCIA DE ASMA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SOBREPESO U OBESIDAD Y ASOCIACIÓN CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

**POB
376**

Alvarado M.¹; Giudice L.²; Rosso V.³; Casavalle P.⁴; Figueroa Turienzo J.⁵; Balanzat A.⁶

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN^{1 2 3 4 5 6}

<milualvarado@outlook.com>

INTRODUCCIÓN:

Numerosos estudios han demostrado una mayor prevalencia de Asma en obesos. En una población pediátrica, se estudió la relación del asma con diferentes grados de exceso de grasa corporal y otros aspectos clínicos.

OBJETIVOS:

Estimar en niños y adolescentes con sobrepeso (SP) y obesidad (OB) la prevalencia de Asma y su asociación con edad, sexo, estado nutricional(SP/OB) y circunferencia de cintura (CC).

POBLACIÓN:

Se evaluaron 117 pacientes con SP (n: 21) y OB (n: 96) de ambos sexos, de 3-14 años, que concurren a la Sección de Nutrición Pediátrica, desde el 01/05/2013 al 30/04/2014. Se excluyeron los pacientes con enfermedad renal, neurológica o con obesidad de etiopatogenia endocrinológica, hipotalámica, farmacológica o por síndromes genéticos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal y de comparación a muestras independientes. Se evaluó edad, sexo, peso, talla y CC (aumentada si era \geq Percentilo (Pc)90 según tabla de Fernández et al). El SP o la OB se determinó según Z score de Índice de Masa Corporal (IMC) de OMS. El Asma se diagnosticó según criterios clínicos (< 6 años) o clínicos y espirométricos (\geq 6 años).

RESULTADOS:

Los varones presentaban un peso e IMC significativamente superiores. No hubo diferencias en Talla, CC y edad (Tabla 1).

Tabla 1: Características de la muestra según sexo

Sexo	Mujeres (n:59) 50,4%	Varones(n:58) 49,6%	P
	Media \pm DS	Media \pm DS	
Edad	8 \pm 3	8 \pm 3	1
Peso	43,11 \pm 11	48,84 \pm 18,16	0,04
Talla	1,33 \pm 0,16	1,36 \pm 0,18	0,34
IMC	23,59 \pm 2,92	25,24 \pm 4,05	0,01
CC	75,64 \pm 9,88	77,67 \pm 15,58	0,40

Test de Student, se consideró significación con $p < 0,05$

La frecuencia de Asma fue elevada, pero no se asoció con la edad, el sexo, el grado de exceso de grasa corporal (SP/OB) o la localización abdominal del tejido adiposo (Tabla 2).

Tabla 2: Prevalencia de Asma y su asociación con características clínicas

Prevalencia de Asma	%	IC 95%	Grado de significación
Total	24,8	17,5-33,8	-----
Sexo	Mujeres: 23,7	14,3-36,9	
Varones: 25,9	15,6-39,3		
Edad en años (a)	3-9 a: 18,6	10,1-31,3	p= 0,09
10-14 a: 31	19,9-44,7		
Estado nutricional	SP: 28,6	11,3-52,2	p= 0,42
OB: 24	16,1-34		
CC	>Pc90: 24,2	16,3-34,3	
<Pc 90: 27,3	10,7-50,2	p= 0,48	

Test de Fisher, se consideró significación con $p < 0,05$

CONCLUSIONES

El Asma estuvo presente en uno de cada cuatro pacientes con SP u OB y su prevalencia no se asoció significativamente con ninguna de las características clínicas evaluadas.

A PROPOSITO DE UN CASO: TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES ASOCIADO A MENINGITIS POR SAMR

**RPD
377**

Sarquis M.¹; Chacoff M.²; Belfer G.³

HOSPITAL HOUSSAY DE VICENTE LOPEZ^{1 2 3}

<belusarquis@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las infecciones a Staphylococcus Aureus Meticilino-resistente (SAMR) han incrementado su prevalencia en los últimos años, produciendo desde infecciones leves de piel y partes blandas; osteoarticulares hasta infecciones invasivas como neumonías, endocarditis, meningitis y sepsis. A la fecha se han documentado pocos casos de trombosis de senos venosos en los niños. El desarrollo y disponibilidad de las diversas técnicas de imágenes no invasivas, siendo de elección la angiorresonancia, ha ido incrementado el número de casos diagnosticados, lo cual ha permitido un mejor conocimiento de sus factores de riesgo, expresión clínica y tratamiento.

OBJETIVOS

Describir el caso clínico de un lactante con infección por SAMR asociado a meningitis y trombosis de senos venosos cerebrales.

DESCRIPCION DEL CASO

Lactante de 36 días de vida, sin antecedentes perinatológicos, inmunización completa; ingresa por guardia por registro febril. Se realiza laboratorio GB 9.900/MM3 (PMN 65%-L 10%); VSG 64. En contexto de lactante febril sin foco se pancultiva, obteniendo LCR compatible con meningitis bacteriana y se medica con Ampicilina-Cefotaxime. Con 48hs de lectura de HMCx2 positivos y rescate de SAMR-CO se agrega Vancomicina. Búsqueda

de focos profundos normal. Al quinto día de internación presenta edema palpebral derecho, sin compromiso de la motilidad ocular, se realiza TAC de cerebro que evidencia imagen con densidad de partes blandas en ángulo supero externo de órbita derecha compatible con celulitis orbitaria y TAC de tórax en la que se observan múltiples imágenes nodulares pulmonares que abscesos corresponden a embolias sépticas. Con estos hallazgos se agrega TMS y Rifampicina. Al octavo día de internación, agrega parálisis del VI par craneano. Se interconsulta con oftalmología y neurología quienes solicitan RMN y angiorresonancia diagnosticando trombosis de senos venosos cerebrales: transverso izquierdo, sigmoideo y vena yugular interna homolateral. Se inicia tratamiento anticoagulante; presentando evolución favorable con controles posteriores por imágenes que muestran resolución de la colección de órbita derecha, y marcada mejoría del estrabismo convergente derecho inicial.

CONCLUSIÓN

La trombosis de los senos venosos es causa de muerte o secuelas neurológicas. En este caso, la evolución fue favorable. No hubo un factor de riesgo claramente identificado en el niño o la madre, sin antecedentes de traumatismo ni lesiones de piel del mismo; tampoco presentaba infarto venoso al momento del diagnóstico, realizado con rapidez; permitiendo instaurar el tratamiento anticoagulante de elección en forma oportuna.



LA ALIMENTACIÓN

Abudara M.¹; Ballesta D.²; Guzman S.³; Polizzi J.⁴; Raggio S.⁵

HOSPITAL DURAND^{1 2 3 4 5}

<mati_abudara@hotmail.com>

RPD
379

INTRODUCCIÓN:

La obesidad es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial. La prevalencia ha aumentado drásticamente en las últimas tres décadas. Sin embargo, su detección, su registro y la implementación de medidas para su prevención y control no adquieren en la Atención Primaria la integralidad y extensión que este problema reclama.

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia y detectar factores de riesgo asociados a la enfermedad en la población en la cual intervenimos.

POBLACIÓN:

Pacientes entre 2 a 12 años que se atienden en Consultorios Externos.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio transversal, utilizando una encuesta estructurada como método de obtención de datos, obtenidos de historias clínicas actualizadas.

RESULTADOS

Se analizaron 120 encuestas. El 25% presentó sobrepeso, el 15% Obesidad y el 5,83% Obesidad Mórbida.

Observamos un predominio de varones en el grupo de obesos, tenían un bajo consumo de frutas y verduras y realizaban poca actividad física. En la población en general vimos un alto consumo de snacks y golosinas y bajo consumo de descremados.

La mayoría de los padres recibieron información sobre alimentación saludable en el Hospital.

No se observaron diferencias significativas en cuanto a Edad Gestacional, Peso de Nacimiento, Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses, edad de inicio de Alimentación Complementaria y Consumo de Bebidas Azucaradas.

DISCUSIÓN:

La prevalencia descripta varía entre un 10% (Min. De Salud en 2011) y 37,6% (Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del 2007). Nuestros resultados arrojaron valores superiores, (45,83%).

El grupo etario más afectado son niños entre 5 y 9 años, coincidiendo con el rebote adipositario, período crítico para el desarrollo del sobrepeso. En la mayoría de los niños encuestados, la alimentación no es saludable. Esto se asocia en gran parte con conductas sedentarias, en concordancia a lo descrito en la bibliografía.

La mayoría de los padres encuestados recibió información sobre alimentación saludable pero la preocupación por el peso de los hijos solo se vio manifestada en los pacientes con obesidad y obesidad mórbida.

CONCLUSIÓN:

Nuestros resultados arrojaron porcentajes mayores de sobrepeso con respecto a la bibliografía. Creemos que existe la necesidad de desarrollar estrategias más agresivas en la prevención primaria y secundaria de estas patologías, puesto que son conocidas las consecuencias del exceso de peso en la población pediátrica y el efecto arrastre de las mismas hacia la población adulta.

MENINGITIS A KLEBSIELLA PNEUMONIAE: REPORTE DE UN CASO

Luque V.¹; Perochena J.²; Lopez Papucci S.³; Leleu J.⁴; Firpo M.⁵; Bieri F.⁶; Quiroga R.⁷

SANATORIO DE LA MUJER^{1 2 3 4 5 6 7}

<vanesaluque_19@hotmail.com>

RPD
380

INTRODUCCIÓN

Los Bacilos Gram negativos son agentes etiológicos poco frecuentes de meningitis bacteriana en niños, entre ellos Klebsiella Pneumoniae es excepcional, sobre todo en inmunocompetentes y fuera del período neonatal. La meningitis causada por este agente es una devastadora presentación, de pronóstico grave, que requiere un tratamiento rápido y agresivo, con potenciales complicaciones severas asociadas. A pesar del uso de antibióticos potentes la mortalidad por Klebsiella Pneumoniae sigue siendo elevada.

OBJETIVOS

Realizar un análisis descriptivo de un caso de meningitis aguda bacteriana a Klebsiella Pneumoniae.

CASO CLÍNICO

Paciente de 10 meses de edad que consulta por cuadro de 48 hs de evolución de gastroenteritis aguda y deshidratación. Se solicita Rotavirus en materia fecal (negativo), coprocultivo (E. Coli no enteropatógena), hemocultivos, urocultivo (negativo) Por persistir febril y con empeoramiento del estado general se inicia tratamiento con Ceftriaxona previa toma de hemocultivos. A las 24 hs presenta episodios convulsivos, por lo que se

realizan laboratorio, sin alteración en los parámetros de sepsis y punción lumbar que informa LCR con 4730 elementos (predominio polimorfonuclear, glucorraquia consumida y proteinorraquia aumentada). Se reasume como Meningitis aguda bacteriana aumentándose la dosis de ceftriaxona a 100 mg/kg/día. Se reciben resultados de LCR y 2 HC con desarrollo de Klebsiella Pneumoniae, sensible a Cefalosporinas de 3º generación. Se realiza TAC de cráneo que descarta complicaciones asociadas. Continúa febril. Al 9º día de internación presenta un pequeño absceso en sitio de venopunción, del cual se toma muestra para cultivo, que nuevamente informa desarrollo de Klebsiella Pneumoniae. Por escasa mejoría clínica y persistencia de la fiebre, se decide rotar antibiótico a meropenem, con previa obtención de LCR y 2 HC (no se obtuvo desarrollo bacteriano). Evoluciona favorablemente, completando 14 días totales de tratamiento EV.

CONCLUSIONES

La meningitis es una complicación poco habitual de las bacteriemias producidas por Klebsiella Pneumoniae que conlleva a un alto índice de mortalidad y elevada frecuencia de complicaciones neurológicas. Con un diagnóstico temprano y oportuno se consiguen resultados terapéuticos favorables como en nuestro caso.



ENCEFALOPATÍA NECROTIZANTE AGUDA POR INFLUENZA

Vitali M.¹; Micheletti E.²; Acerenza M.³; Penna F.⁴; Esteban L.⁵

SANATORIO SAGRADO CORAZÓN^{1,2,3,4,5}

<marianavitali87@gmail.com>

RPD
381

INTRODUCCIÓN:

La Encefalopatía Necrotizante Aguda es una entidad que afecta a niños y está típicamente caracterizada por lesiones simétricas multifocales afectando tálamo, tronco encefálico, cerebelo y sustancia blanca. El 90% de los pacientes afectados presentan el antecedente de enfermedad leve con fiebre e infección respiratoria alta. Los síntomas incluyen la aparición súbita de fiebre, convulsiones, y déficit neurológico rápidamente progresivo hasta el coma.

OBJETIVO:

Presentar el caso de una paciente de 4 años previamente sana la cual presenta una complicación grave e infrecuente de la infección por el virus Influenza.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 4 años de edad previamente sana, que comienza una semana previa al cuadro con fiebre y faringoamigdalitis. Luego evoluciona con hipertonía de miembros superiores con posterior hipotonía, vómitos, pérdida de control de esfínteres y depresión del sensorio. Al examen neurológico se constata Glasgow 10/15, flaccidez, hiporreflexia, pupilas mióticas isocóricas y reactivas, escasa respuesta al dolor, reflejo tusígeno positivo. Se destaca del laboratorio: reactantes de fase aguda elevados (ERS 65 mm/hora, PCR 12,7 mg/l, Procalcitonina 143,97 ng/ml).

Se realiza punción lumbar con citoquímico (límpido, incoloro, glucorraquia

32 para Glucemia 89, proteinorraquia 112, 2 elementos), cultivo (negativo) y PCR para Herpes y Enterovirus (negativos). Recibió tratamiento con Ceftriaxona 100 mg/kg/día por 7 días y Aciclovir 60 mg/kg/día suspendido con resultado de PCR negativa.

La TAC de cerebro informa hipodensidad de ambas regiones talámicas y hemisferios cerebelosos, y se completó estudio con RNM de cerebro con espectroscopía con imágenes compatibles con Encefalopatía Necrotizante Aguda.

Con la sospecha diagnóstica se inicia tratamiento empírico con Oseltamivir (cumpliendo 5 días totales) y se rescata por PCR en secreciones respiratorias virus Influenza A estacional, por lo que se asume el cuadro como Encefalitis Necrotizante Aguda secundaria a este agente etiológico, y se realiza PCR para Influenza A en líquido cefalorraquídeo cuyo resultado fue negativo.

Luego de 15 días de evolución se repite RNM de cerebro donde se observa mejoría de las lesiones y la niña evoluciona con lenta mejoría del aspecto neurológico.

CONCLUSIÓN:

El curso clínico de la Encefalopatía Necrotizante Aguda es fulminante, de un pronóstico pobre. La mayoría de casos evoluciona con secuelas neurológicas (66,2%) o incluso muerte (1,4%), es importante su diagnóstico diferencial para instaurar el tratamiento en forma oportuna.

PREVALENCIA DE HIGADO GRASO EN POBLACION PEDIATRICA CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN CONSULTORIO DE FACTORES DE RIESGO NUTRICIONALES DEL HIGA SAN ROQUE GONNET

La Posta G.¹; Boncor C.²; Savia M.³; Silva M.⁴; Suarez C.⁵; Di Marco G.⁶; Landolfi S.⁷

HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET^{1,2,3,4,5,6,7}

<gabrielalaposta86@gmail.com>

RPD
382

INTRODUCCION:

La obesidad y el sobrepeso, formas crecientes de malnutrición en el mundo, conllevan a cambios estructurales y funcionales, como la acumulación de excesiva de grasa particularmente en el hígado generando hepatopatía grasa no alcohólica (HGNA). La HGNA es la causa más frecuente de enfermedad crónica hepática y factor de riesgo cardiovascular importante en pediatría.

OBJETIVOS:

Comparar la prevalencia de HGNA en pacientes pediátricos ambulatorios con sobrepeso y obesidad que consultaron a nuestro hospital. Referenciar edad y sexo prevalente a la consulta y diagnóstico.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó estudio descriptivo retrospectivo tipo corte transversal revisando historias clínicas del consultorio de nutrición de nuestro hospital. Se incluyeron las consultas realizadas entre el 1° de Enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2013. Se tomaron datos como: edad y sexo del paciente, IMC, perímetro de cintura umbilical y ecografía hepática al momento de la revisión (como método diagnóstico de HGNA).

Analizamos IMC mediante tablas OMS y perímetro de cintura umbilical clasificándolo mediante tablas de Fernández y cols. Se clasificó dentro

en la población obesa a los obesos severos. Se diseñó una ficha de recolección de datos computando todo en Microsoft Excel office 2010 y se analizó la muestra mediante el programa estadístico SPSS versión 18.

RESULTADOS:

Se obtuvo un universo de 249 pacientes en total. El 53,4% fueron niñas y 46,5% niños con promedio de edad de 9,8 años a la consulta. Se detectó en la muestra un 8% de sobrepeso, 25,7% obesidad y 66,2% de obesidad severa. Del total de niños, el 39,7% (n=99) presentó hígado grasoso.

El 95,9% de los pacientes con HGNA eran obesos, de los cuales el 77,7% eran obesos severos con un promedio de edad al diagnóstico de 9,6 años. El total de pacientes con HGNA diagnosticado presentaba un perímetro de cintura por encima del percentilo 90. Hubo mayor prevalencia de HGNA en niños con un 54,5%.

CONCLUSIONES:

Se registró una edad media de 9,8 años al diagnóstico siendo el 66% de los niños obesos severos implicando esto un diagnóstico tardío. El 39,7% del total tenían ya HGNA, lo que refuerza el retraso en la toma de conductas y derivación al especialista. Debemos tener en cuenta que estos niños no llegaron antes a la consulta, y evaluar decisiones estratégicas a nivel de salud para el abordaje de dicha patología.



DEBILIDAD ASOCIADA AL PACIENTE CRÍTICO

Abudara M.¹

HOSPITAL DURAND¹

<mati_abudara@hotmail.com>

RPD
383

INTRODUCCIÓN:

La evolución hacia la medicina de alta complejidad ha llevado a que cada vez más número de pacientes se beneficien de unidades de tratamiento intensivo pediátrico (UTIP), éste avance trae aparejado nuevas patologías. En 1984 se publica por primera vez una entidad clínica llamada Debilidad asociada al Paciente Crítico (DAPC). En Pediatría existe poca evidencia aún, variando su incidencia entre el 1,7 al 22,8%.

OBJETIVO:

Describir un caso clínico pediátrico junto a una revisión bibliográfica actualizada sobre factores de riesgo y protectores para mejorar el reconocimiento y tratamiento precoz de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO:

Búsqueda bibliográfica en bibliotecas virtuales: PUBMED y LILACS. Se utilizaron artículos de los últimos 10 años; utilizando las siguientes palabras claves: Debilidad asociado al paciente crítico, Polineuropatía de paciente crítico, ICUAW, CIM, CIP, weakness. Se consideraron artículos en español e inglés, tanto de adultos como de pediatría.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 5 meses de edad, previamente sano, permaneció internado 35 días en UTIP por Distrés Respiratorio Agudo, presentando

múltiples intercurencias. Por buena evolución ingresa a Sala de Pediatría con diagnóstico de DAPC. Al examen físico presentaba debilidad muscular a predominio axial, hipotonía e hiporreflexia generalizada. El tratamiento se centró en Estimulación Kinesio Motora, continuando luego en forma ambulatoria hasta la recuperación ad integrum.

RESULTADOS:

Se hallaron como factores de riesgo: sepsis, falla multiorgánica, hiperglucemia, glucocorticoides, bloqueantes neuromusculares, aminoglucósidos, Bacilos Gram Negativos. Y factores protectores para el desarrollo de DAPC: interrupción diaria de la sedación, uso racional de drogas neuro o miotóxicas y Estimulación Kinesio Motora.

CONCLUSIONES:

La incidencia de DAPC reportada es baja aunque podría estar subvalorada. El rol del Pediatra en la Sala de Internación adopta una nueva función en el marco de los cuidados progresivos tanto para detectar los factores de riesgo asociados como para brindar los factores protectores de manera de posibilitar una recuperación rápida y eficaz.

INTOXICACIÓN CRÓNICA POR PLOMO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Glasman M.¹; Murrone L.²; Sorasio V.³; De Lillo L.⁴; Fretes N.⁵; Gonzalez A.⁶; Yanicelli M.⁷; Pauca A.⁸; Nieto M.⁹; More N.¹⁰

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<patoglasman@gmail.com>

RPD
384

INTRODUCCIÓN:

La intoxicación por Plomo (Pb) es reconocida como la principal enfermedad ambiental prevenible de la niñez. Puede ocasionar alteraciones del neurodesarrollo, disminución del coeficiente intelectual, trastornos del comportamiento y la atención, anemia, nefropatía, problemas auditivos y retardo del crecimiento. Es necesario que el pediatra esté capacitado para pesquisarla.

OBJETIVO:

Descripción de un caso de intoxicación crónica grave por plomo relacionada con el hábito de pica.

CASO CLÍNICO:

Niña de 3 años, que concurre a la consulta en un centro de salud por presentar hábito de pica de 1 año de evolución (ingesta compulsiva de pintura de pared) Se le solicita laboratorio de rutina y plumbemia. Regresa a control 3 meses después, momento en el que se constata la presencia de anemia (Hb: 8,5 g/dl) y el resultado de la plumbemia (40ug/dl), por lo que se deriva a la Unidad de Toxicología del HGNPE. Se realiza nueva

plumbemia arrojando un valor de 80ug/dl. Persiste con anemia (Hb: 7,5g/dl). Al examen Físico: buen estado general, palidez, trastorno de conducta, irritabilidad y hábito de pica compulsivo. Se realiza tratamiento quelante con dos drogas (Edetato disódico de Ca y BAL).

Hasta el momento la niña ha requerido cinco series de tratamiento quelante con Edetato disódico de Ca, y seguimiento por Servicio Hematología y Salud Mental.

DISCUSIÓN:

La intoxicación plúmbica sigue siendo una enfermedad de alta prevalencia en nuestro país, de alto riesgo para la salud infantil. Puede ocasionar deterioro importante del área neurocognitiva. El hábito de pica en los niños es un factor de alto riesgo para la exposición al plomo ambiental.

CONCLUSIÓN:

Es importante considerar en la consulta pediátrica el diagnóstico de intoxicación por plomo, en todo niño que presente hábito de pica.



DISFUNCIÓN PLAQUETARIA EN PEDIATRÍA

Luque V.¹; Perochena J.²; Garcia M.³; Leleu J.⁴; Firpo M.⁵; Oria V.⁶; Quiroga M.⁷

SANATORIO DE LA MUJER^{1,2,3,4,5,6,7}

<vanesaluque_19@hotmail.com>

RPD
385

INTRODUCCIÓN

Las plaquetas desempeñan un papel esencial en la hemostasia. Su proceso de transformación ocurre a lo largo de las etapas de agregación, adhesión y secreción. En el Síndrome de Bernard Soullier y Tromboastenia de Glanzman existe adhesión plaquetaria deficiente.

OBJETIVOS

Destacar la importancia de manifestaciones clínicas que pueden ser indicadoras de alteraciones plaquetarias e interpretación de los estudios básicos de coagulación en pacientes con manifestaciones hemorrágicas.

CASO CLÍNICO 1

Niña de 11 años, que consulta por TEC con hematoma frontal derecho. Se solicita laboratorio: plaquetopenia (36.000pl/mm³) y TAC de cráneo (cefalohematoma frontal derecho). Se solicitan serologías y Ac antiplaquetarios y transfusión de plaquetas. Ecografía abdominal: sin hepatoesplenomegalia. Al interrogatorio, antecedentes familiares de plaquetopenia sin diagnóstico. Hematología realiza estudio de adhesividad y agregación plaquetaria, confirmando el diagnóstico de Síndrome de Bernard- Soullier.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de 9 meses, con Sme de Goldenhar, que ingresa para realizar palatoplastia, con valores normales en laboratorio prequirúrgico. Presenta

sangrado intraoperatorio profuso, dificultad respiratoria severa, ingresa en ARM requiriendo pasaje de plasma, crioprecipitados y plaquetas. En UCIP es evaluado por Hematología que observa pobre agregación plaquetaria y plaquetopenia leve (132.000 pl/mm³). Posteriores estudios confirman trastorno parcial de agregación y adhesividad plaquetaria.

CASO CLÍNICO 3

Paciente de 2 años que ingresa para drenaje de hematoma orbitario, producto de traumatismo. Laboratorio prequirúrgico con valores normales. Durante el procedimiento presenta hemorragia, requiriendo transfusiones. Hematología identifica alteración plaquetaria y cita para su seguimiento. Se recaba el antecedente de hematomas múltiples en miembros inferiores frente a traumatismos menores. Se solicita estudio de adhesividad y agregación plaquetaria con diagnóstico de Tromboastenia de Glanzman. Presentó posteriormente epistaxis y fractura de fémur con requerimiento de Factor VII.

CONCLUSIONES

Las hemorragias músculoesqueléticas son consulta común en la práctica clínica. La disfunción plaquetaria congénita o adquirida es una de las causas. Su diagnóstico se basa en la interpretación de hallazgos clínicos, antecedentes personales y familiares para el abordaje terapéutico adecuado.

REPORTE DE UN CASO DE INFECCION EN SNC POR ENTEROCOCCO VANCOMICINA RESISTENTE

Luque V.¹; Perochena J.²; Lopez Papucci S.³; Leleu J.⁴; Firpo M.⁵; Quiroga M.⁶; Bieri F.⁷

SANATORIO DE LA MUJER^{1,2,3,4,5,6,7}

<vanesaluque_19@hotmail.com>

RPD
386

INTRODUCCIÓN

Los Enterococos han emergido en los últimos años como agentes etiológicos de infecciones nosocomiales. La resistencia antibiótica de estos microorganismos ha ido en aumento. Los Enterococos Vancomicina resistentes causan con mayor frecuencia bacteriemias, infecciones respiratorias, de partes blandas y del tracto genitourinario. En SNC son extremadamente raros, a excepción de pacientes con afecciones médicas graves asociadas.

OBJETIVOS

Comunicar un caso de pioventriculitis a Enterococcus faecium Vancomicina Resistente en un paciente con sistema de Derivación Ventrículo Peritoneal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 2 meses de edad, con antecedentes de prematuridad e hidrocefalia congénita de diagnóstico prenatal que el 5º día post-operatorio de colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal (VDVP) consulta por cuadro de 12 hs de evolución caracterizado por dehiscencia de herida quirúrgica de localización parietal y pérdida de LCR. Al examen físico se constata letárgico, afebril con fontanela deprimida. Se indica vancomicina con el objetivo de evitar el retiro de VDVP y se realiza nueva sutura de la

herida. A las 24 hs agrega registros febriles, se toma cultivo de LCR del reservorio valvular, HC x 2 y se indica continuar con vancomicina a 60 mg/Kg/día. Evoluciona febril presentando a las 48 hs episodios convulsivos focalizados en miembro superior e inferior derecho. Se toman nuevos cultivos (urocultivo, HC x 2, cultivo de LCR). Se realiza TAC de cráneo sin cambios con respecto a las anteriores. Se recibe informe bacteriológico de 1º y 2º muestra de LCR con desarrollo de Enterococo Faecium Van A, sólo sensible a Linezolid (urocultivo y HC negativos), por lo cual se coloca al paciente en aislamiento estricto, se rota antibiótico y se retira VDVP. Se toma coprocultivo de vigilancia que informa desarrollo del mismo germen. Evoluciona favorablemente negativizando cultivos, tanto de LCR como coprocultivo.

CONCLUSIONES

En nuestro medio, en las últimas dos décadas, el enterococo vancomicina resistente ha adquirido mayor relevancia como patógeno intrahospitalario. En el caso reportado el laboratorio microbiológico jugó un papel fundamental en la detección y notificación de EVR, lo que permitió adecuar el tratamiento empírico inicial logrando la resolución favorable de la infección e implementar medidas para prevenir la transmisión nosocomial de dicho germen.



PANICULITIS DE WEBER- CHRISTIAN: RARA CAUSA DE SINDROME FEBRIL PROLONGADO

RPD
387

Callejas A.¹; Diaz E.²; Gandarillas M.³

HOSPITAL PEDIATRICO DEL NINO JESUS^{1,2,3}

<aguscallegas@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La paniculitis de Weber- Christian es un proceso inflamatorio del tejido adiposo subcutáneo secundario a alteración vascular o daño directo del adipocito. Etiología desconocida. Cursa con nódulos y placas de aparición brusca, persistentes, con resolución y recurrencia. Fiebre alta y mialgias. Es causa de Síndrome febril prolongado (SFP), infrecuente en pediatría. Diagnóstico: Histopatológico.

OBJETIVOS:

-Presentar una niña con Paniculitis de Weber Christian como causa de SFP.
-Considerar este diagnóstico frente a una celulitis febril, sin respuesta al tratamiento habitual.

CASO CLÍNICO:

Paciente femenina, 4 años de edad, sin APP, es derivada de hospital de Jesús María por celulitis en miembro inferior derecho (MID) y pared abdominal secundario a picadura de insecto y traumatismo respectivamente. Recibió 6 días de tto antimicrobiano vo y ev. Persiste febril, se deriva a HPNJ.

Examen físico: Buen estado general. Hematoma en hipogastrio, duro, doloroso a la palpación. Lesión eritematosa en cara externa del MID de 4 x 6 cm, con secreción serohemática. Resto del examen físico normal. Se indica tratamiento antibiótico EV. Por falta de mejoría clínica, presentando tres picos febriles/día, se comienzan estudios complementarios para SFP.

Hemocultivos (-), Rx de tórax, Rx de MID, ecografía abdominal normales, cultivo de lesiones (-), hisopados axilar y nasal (-), ecocardiogramas, centellograma óseo, TAC cerebro, abdomen y tórax normales; Punción de Médula Ósea (se descartó proceso oncológico); PPD (-), FO (normal), BAL, biopsia ganglionar, Serologías: Hep C, Hep B, CMV, Chagas, Bartonella, VDRL, Mycoplasma, Leptospira, Brucella, Coxiella Burneti y HIV negativos. FR, ANA, ANCAc, ANCAp negativos, C3:142 mg%, C4:25 mg%. Citológico, CPK y Proteinograma normales, VSG 50mm, LDH 1826. Ecografía de partes blandas: celulitis.

27 DDI en sala común. Recibió múltiples esquemas antibióticos y numerosas intervenciones invasivas.

Dx Histopatológico: PANICULITIS DE WEBER CHRISTIAN.

Alta hospitalaria con corticoterapia via oral.

CONCLUSIÓN:

Creemos importante considerar este diagnóstico y realizar el estudio histopatológico en forma oportuna, estando frente a un paciente con síndrome febril prolongado, acompañado de lesiones de piel compatibles, evitando así numerosas intervenciones innecesarias.

MENINGITIS A HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B. REPORTE DE UN CASO

RPD
388

Sullcahuaman Battagliotti A.¹; Panero Schipper N.²; Astbury M.³; Alemandi A.⁴

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

<ayelensullcahuaman@gmail.com>

INTRODUCCION:

El H. Influenzae es un patógeno exclusivo del hombre. Las cepas capsuladas son las principales responsables de enfermedad invasiva (85 % ocurre en menores de 5 años y más del 65 % en menores de 2 años), siendo la más común y severa la meningitis. Luego de la incorporación de la vacuna en 1997 los casos anuales de meningitis por Haemophilus influenzae tipo b disminuyeron de 400 a 16 en 2006.

OBJETIVO:

Jerarquizar la importancia de la valoración clínica de todo lactante febril sin foco

CASO CLINICO:

Paciente de 1 mes y 4 días consulta por cuadro de 8 hs de evolución caracterizado por llanto y un registro febril de 38°C. Antecedentes Perinatales: RNTPAEG 40 semanas. Parto eutócico. Apgar 9/10. Vacunas completas. Madre 20 años. G2/P1. Embarazo no controlado. Serologías negativas. Sin antecedentes personales ni familiares de jerarquía. Examen físico: Afebril, aceptable estado general, buena actitud alimentaria con buena tolerancia oral. Quejido. Reactiva. Reflejos acorde a la edad. Fontanela

anterior a nivel. Suficiente cardiorespiratorio. Pulsos+. Normotensa. Eupneica. Se asume cuadro como síndrome febril sin foco. Se realiza laboratorio normal, orina completa normal, Hemocultivos x 2 y urocultivo. Por quejido intermitente se realiza punción lumbar. LCR aspecto turbio, color blanquecino, proteínas totales 2.3 g/dl, glucosa 0.20 g/dl (glicemia 165), reacción de Pandy +++, abundantes picocitos. Se medica con Ceftriaxona 100mg/kg/día y Ampicilina 400mg/kg/d. Agrega rechazo alimentario, fijación de la mirada y sensorio alternante. Se impregna con difenilhidantoína y se deriva a UCIP. Fue evaluada por neurología por hipertensión persistente, irritabilidad y estrabismo divergente. TAC de cráneo, EEG y OEA normales. Evolución clínica y neurológica favorable por lo que al décimo día regresa a sala general para completar tratamiento antibiótico. Hemocultivos x 2 y cultivo de LCR positivo a Haemophilus influenzae tipo b.

CONCLUSIÓN:

Es fundamental sensibilizar la sospecha clínica ante la detección de signos y síntomas compatibles con meningitis y mejorar las coberturas de vacunación del Calendario Nacional a fin de controlar esta enfermedad.



ANÁLISIS DE LAS SECUELAS DE BOTULISMO EN BAHÍA BLANCA Y LA ZONA.

Laspiur M.¹; Distéfano Ciucci N.²; Teplitz E.³; Garat C.⁴; Echegoyen M.⁵; Harris J.⁶; Uslengui L.⁷; Paronetto A.⁸; Peralta M.⁹; Panis K.¹⁰

HOSPITAL ITALIANO REGIONAL DEL SUR^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}
<laspiurmariaeugenia@hotmail.com>

INTRODUCCION

El botulismo del lactante es un trastorno neuromuscular descendente agudo grave, causado por ingestión de esporas de *Clostridium Botulinum*. La estancia hospitalaria es de 1 a 3 meses. La mayoría se recupera completamente. Existen secuelas como estrabismo, constipación y fatiga precoz. El tratamiento consiste en soporte respiratorio, nutricional e inmunoglobulina humana antibotulínica. La letalidad es alta si no se realiza tratamiento oportuno.

OBJETIVO

Analizar las secuelas a largo plazo de los casos de botulismo, específicamente oftalmológicas, del neurodesarrollo y constipación.

MATERIAL Y METODOS

Estudio analítico observacional, de cohorte retrospectivo. Evaluación de pacientes con botulismo confirmado, internados en el Servicio de Pediatría del Hospital Italiano de Bahía Blanca en el periodo 2008-2014. Confección de encuesta dirigida, uso de escala del neurodesarrollo de Vineland y examen oftalmológico. Los datos se analizaron con el programa Epi info 7.

RESULTADO

Se registraron 14 casos de botulismo, con una pérdida del 7% (n:1). El 38% (n:5) tuvo constipación, en ningún caso la condición estuvo presente previo a la internación, el 80% de ellos estuvo en ARM. El 38% (n:5) presentó estrabismo y el 8% (n:2) ambliopía, 77% tenía examen oftalmológico previo normal, el 80% de ellos requirió ARM. La evaluación del neurodesarrollo por escala de Vineland, en todos los casos fue acorde a la edad cronológica.

CONCLUSION

El botulismo del lactante es la causa más frecuente de hipotonía aguda en Bahía Blanca y la zona. En nuestro estudio, al igual que en la bibliografía, observamos secuelas como constipación, estrabismo y ambliopía, si bien la mayoría de los pacientes se recuperan completamente. Nosotros no podemos utilizar inmunoglobulina antibotulínica, ya que no es un producto comercial y no se encuentra en nuestro país. El uso de la misma es seguro, eficaz y disminuye notoriamente los días de ARM, alimentación parenteral e internación, con una recuperación más rápida del tono muscular y con menos secuelas.

RPD
389

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES PARA REDUCIR EL RIESGO DE SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

Rocca Rivarola M.¹; Reyes P.²; Henson C.³; Bosch J.⁴; Atchabahian P.⁵; Franzosi R.⁶; Di Pietro C.⁷

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1 2 3 4}; SECRETARÍA DE SALUD DEL PARTIDO DE PILAR⁵; HOSPITAL MUNICIPAL COMODORO MEISNER⁶; HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL⁷
<pablorh@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Muerte súbita del Lactante (SMSL) es la muerte de un niño menor de 1 año que ocurre de forma inesperada, durante el sueño y no puede ser explicada luego de una investigación exhaustiva. Existen una serie de factores de riesgo y factores protectores relacionados en mayor medida a los hábitos de crianza, que constituye su implementación el denominado "sueño seguro"; el cumplimiento adecuado a través de campañas públicas para informar y concientizar a las familias sobre este "sueño seguro" logró disminuir la incidencia del SMSL un 53% en promedio a nivel mundial. El cumplimiento entre los 2 y 4 meses de estas pautas es nuestra población, según publicaciones previas, no era el ideal. Objetivo evaluar los efectos de una intervención educativa, cuya meta es mejorar la adherencia a las recomendaciones para la reducción del riesgo de SMSL.

POBLACIÓN:

Se efectuó un estudio prospectivo, multicéntrico, colaborativo y con intervención, relevándose una amplia población representativa del 95% de los nacimientos del partido de Pilar entre septiembre de 2013 y septiembre de 2014, con recién nacidos del Hospital Austral y el Hospital Meisner. Material y métodos: Se realizaron encuestas y entrevistas en ambos

centros. Se realizó un relevamiento basal al nacimiento y a los dos meses de vida para evaluar los hábitos de crianza. Posteriormente se realizó una intervención educativa en ambos centros con el personal de salud, donde se promovieron las pautas de "sueño seguro", y con las familias, a través de información escrita, verbal y con las "tarjetas cuna". Luego se realizó un segundo relevamiento al nacimiento y a los 2 meses relevando los hábitos de crianza.

RESULTADOS:

El estudio contó con la inclusión de 560 recién nacidos. La población que participó en ambos relevamientos presentó características uniformes tanto los recién nacidos como las madres. Luego de la intervención mejoró la posición supina a los 2 meses (42 a 77%), la lactancia materna (60 a 71%), el colecho con los padres (31 a 18%), y disminuyó el uso de chupete al nacimiento (27 a 18%). No se observaron cambios significativos en el consumo de cigarrillos posnatal.

CONCLUSIONES:

Se observó una mejora en la adherencia a las recomendaciones luego de la intervención educativa denominada "tarjeta cuna", la posición supina a los 2 meses mejoró en todos los niveles educativos maternos. El SMSL es un dilema médico con solución educacional.

POB
390

Opción a premio



PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA: UN EXANTEMA DIFERENTE

Proietti L.¹; Mayotti M.²; Muzio F.³; Barragan V.⁴; Conti A.⁵; Stegmann A.⁶; Festino R.⁷; Ferreira V.⁸

HOSPITAL MUNICIPAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<proiettilio@gmail.com>

RPD
391

INTRODUCCIÓN

La Pustulosis Exantemática Generalizada Aguda (PEGA) es una entidad infrecuente, de curso benigno, con inicio súbito, y de resolución espontánea. La patogenia es desconocida, aunque se cree que puede tratarse de una reacción de hipersensibilidad a fármacos o agentes infecciosos. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y de laboratorio, y se confirma por histopatología.

OBJETIVO

Describir un exantema de presentación clínica atípica y etiología poco frecuente.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentación de un caso clínico de un paciente internado en la sala de pediatría del Hospital Municipal Materno Infantil de Tigre.

CASO CLÍNICO:

Niño de 5 años que consulta por exantema eritemato-pustuloso generalizado y pruriginoso de aparición súbita de 72 horas de evolución,

asociado a fiebre en las últimas 12 horas. No presentaba antecedentes patológicos, ni ingesta de fármacos previos. Al ingreso se observa edemas de manos y pies e inyección conjuntival bilateral. Se interna por sospecha de enfermedad de Kawasaki Incompleto. Se realiza laboratorio que evidencia leucocitosis con eosinofilia moderada, y ecocardiografía con doppler normal. Serologías virales negativas. Se interconsulta con Servicio de Dermatología que realiza extendido de secreción de pústula, que resulta estéril. Se toma biopsia de lesión. La curva febril se autolimitó y el paciente presentó resolución clínica espontánea confirmándose PEGA por histopatología.

CONCLUSIONES:

Considerar dentro de los diagnósticos diferenciales de enfermedad exantemática al PEGA, siendo una patología de curso benigno, poco frecuente y de resolución sin tratamiento específico.

ESPECIALIDAD DE ADOLESCENCIA: SU RECORRIDO EN UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA

Pappolla R.¹; Goddard P.²; Berner E.³; Pasqualini D.⁴; Mülli V.⁵; Sanz C.⁶; Gacitúa V.⁷; González M.⁸; Hiebra M.⁹; Rolón D.¹⁰; Castello P.¹¹; Busaniche J.¹²; Valli R.¹³

HOSPITAL PENNA^{1,10}; HOSPITAL ALEMÁN²; HOSPITAL ARGERICH⁷; HOSPITAL NIÑOS RICARDO GUTIERREZ⁹;

HOSPITAL ITALIANO⁵; HOSPITAL ELIZALDE^{6,8}; HOSPITAL NEUQUÉN¹¹; HOSPITAL ITALIANO¹²; SAP¹³

<ri-pappolla@hotmail.com.ar>

RPD
392

INTRODUCCIÓN:

Desde hace treinta años la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) promueve instancias de capacitación y gestión sanitaria en Adolescencia. Recientemente la SAP ha otorgado la certificación de la especialidad a través del CEP (Consejo de Evaluación Profesional), hecho que constituye un hito, siendo pionera en nuestro país, como así también en Iberoamérica, en el reconocimiento de la especialidad.

OBJETIVO:

Conocer el número de certificados en Adolescencia y su relación con otras especialidades pediátricas. Reconocer instancias de capacitación en adolescencia desde Educación Continua de la SAP.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Trabajo observacional, descriptivo. Se incluyeron profesionales certificados en adolescencia por antecedentes y por examen del período 2013-2014 y el criterio de selección de las instancias de capacitación fue las que estuvieran registradas en Educación Continua de la SAP en el período 2000-2010, sin incluir el resto de las capacitaciones que se realizaron.

RESULTADOS:

Los especialistas certificados en Adolescencia fueron 117 por antecedentes y 34 por examen en el 2013 y en 2014: 18 por examen. Adolescencia (Ado), Neonatología (Neo) y Terapia Intensiva (TI) reportaron el mayor número de certificados en el año 2013 Neo 22, TI 26 Ado 34 y en el año 2014 TI 14, Neo 17 y Ado 18.

Entre los años 2000-2010 se realizaron 43 instancias de capacitación registradas por Educación Continua.

CONCLUSIONES:

Adolescencia se erige como una realidad y necesidad sanitaria. Seguiremos trabajando en las competencias que requiere esta certificación, para lograr la obtención de su reconocimiento a nivel Ministerial; para que la misma sea ejemplo para Argentina e Iberoamérica.



ENCEFALOPATIA POR VIRUS HERPES HUMANO 6

Hernandez M.¹; Peralta C.²; Quiroga N.³

HOSPITAL PEDIATRICO^{1,2,3}

<ma_eugeher@hotmail.com>

RPD
393

INTRODUCCION:

Virus Herpes Humano 6 (VHH-6) causa afecciones neurológicas como Encefalopatía Necrotizante Aguda (ENA), caracterizada por convulsiones intratables y daño neurológico severo, con mortalidad de hasta el 30% y extremadamente raro del cual solo dos casos han sido reportados en la literatura.

Presenta similitudes al Síndrome de Reye pero sin hiperamonemia e hipoglucemia. El Líquido Cefalorraquídeo (LCR) presenta hiperproteinorraquia sin pleocitosis y el laboratorio incremento de enzimas hepáticas y trombocitopenia, que junto a la edad menor de 1 año son factores de mal pronóstico. La Resonancia Nuclear Magnética muestra una distribución típica de las lesiones y patrón tricolor de difusión y el diagnóstico se confirma mediante la detección del virus por PCR.

OBJETIVO

Reportar un caso de encefalopatía asociada a VHH-6 resaltando las características clínicas y de laboratorio.

REPORTE DE CASO

Lactante femenina, 10 meses, sibilante, ingresa a Unidad de Cuidados Intermedios por dificultad respiratoria. Cursando 8º día de internación presenta recrudescencia de la fiebre y exantema maculopapular. Desarrolla Status Convulsivo Refractario al tratamiento e ingresa a Unidad de Terapia Intensiva.

Se constata leucocitosis, desviación a la izquierda, aumento de reactantes de fase aguda, anemia, trombocitopenia (81180 plaquetas/mm³),

aumento de transaminasas (GOT 686UI/ml GPT 720UI/ml FAL 450 LDH 1980) normoglucemia (1,01 mg/dl) sin hiperamonemia (34,8 mg/ml). LCR Hiperproteinorraquia (2,8g/dl), sin pleocitosis (2 leucocitos/mm³) Bacteriología, Mycoplasma y Virología (Enterovirus, Herpes 1y 2 y Parvovirus B19) negativos. Ecografía transfontanelar con edema cerebral difuso intraparenquimatoso y Fondo de Ojo con edema de papila.

Se inicia Aciclovir y Ceftriaxona, tratamiento del Edema Cerebral con Manitol, Transfusión de Glóbulos Rojos Sedimentados y Vit K. Evoluciona con inestabilidad hemodinámica, requiriendo inotrópicos, presenta desregulación térmica e hiperglucemia que requiere Insulina. Manifiesta franco deterioro neurológico con abolición de reflejos troncoencefálicos, TEST de Apnea positivo y EEG sin actividad bioeléctrica cerebral. Se diagnostica Muerte Encefálica.

RESULTADO POR NESTED PCR EN LCR POSITIVO PARA VHH-6

CONCLUSION

VHH-6 causa ENA, cuadro de extrema gravedad, alta mortalidad y extremadamente raro, con solo dos casos reportados. Los hallazgos de laboratorio que diferencian del Síndrome de Reye (normoglucemia sin hiperamonemia) el LCR (hiperproteinorraquia sin pleocitosis), la exclusión de otras etiologías (virus negativos), y la determinación por PCR de VHH-6, orientaron nuestro diagnóstico; y nos abre una mirada crítica para tener presente a este agente etiológico ante cuadros con estas características, ya que si bien la frecuencia lo sitúan como extraño, el mal pronóstico al que se asocia merece nuestra consideración.

CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO CLÍNICO DEL ROTAVIRUS EN PACIENTES INTERNADOS POR GASTROENTERITIS.

Montoya J.¹; Lhospice L.²; Medlej N.³; Saggese J.⁴; Valentini I.⁵; Celotto M.⁶; Cavalieri L.⁷; Rubio M.⁸; Rosso S.⁹

HIGA EVA PERÓN DE SAN MARTÍN^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<ju_montoya@hotmail.com>

RPD
394

INTRODUCCIÓN:

El rotavirus es la causa más frecuente de diarrea en neonatos y niños pequeños. Es agente generador de gastroenteritis aguda (GEA) razón por la cual muchos niños se deshidratan con la consecuente necesidad de tratamiento hospitalario. La transmisión más frecuente de este virus es por vía fecal-oral, mediante contacto de persona a persona. Actualmente en la Argentina se incorporó la vacuna contra rotavirus al calendario nacional, lo cual disminuye las complicaciones graves de las gastroenteritis por dicho virus.

OBJETIVOS:

Describir y comparar el comportamiento del rotavirus en niños internados en nuestro hospital a causa de gastroenteritis aguda durante el año 2013 y 2014.

POBLACIÓN:

Pacientes internados en HIGA Eva Perón de San Martín, con diagnóstico de intolerancia a la vía oral o deshidratación secundaria a gastroenteritis por rotavirus, en un rango de edad de 1 mes a 13 años, período 2013-2014.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Diseño: estudio retrospectivo, de corte transversal. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes internados con gastroenteritis por

rotavirus. Se analizaron las siguientes variables: edad, diagnóstico de ingreso; y como indicadores de morbilidad, días de internación, grado de deshidratación, requerimiento de cuidados intensivos.

RESULTADO:

Durante el año 2013 se registraron 21 pacientes (1.8%) con diagnóstico de GEA con rescate de Rotavirus de los cuales 1 ingresó a UTIP (4.7%), 5 requirieron correcciones del EAB (23.8%), 2 deshidratados graves (9.5%), 10 presentaron más de 5 días internados (47.6%), 9 con diagnóstico de GEA al ingreso (42.8%) y 12 con contagio intrahospitalario (57.1%), ningún caso fue mortal. En el año 2014 hubo 37 pacientes con GEA por rotavirus (2.1%), 3 requirieron UTIP (8.1%), 1 óbito (2.7%), 14 requirieron correcciones del EAB (37.8%), 4 fueron deshidratados graves (10.8%), 22 permanecieron más de 5 días internados (59.4%), 22 con diagnóstico de GEA al ingreso (59.8%) y 15 infectados durante la internación (40.5%).

CONCLUSIÓN:

Durante el año 2014 hubo un cambio en el comportamiento del rotavirus en nuestro medio, con aumento de la morbimortalidad. Nos parece importante la prevención desde la vacunación y la educación a la población para poder disminuir las complicaciones del rotavirus.



RINOSINUSITIS ALÉRGICA FÚNGICA

Scalbi C.¹; Bessone C.²; Lerman D.³; Melvin G.⁴; Librici E.⁵

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

<catalinascalbi@hotmail.com>

RPD
395

INTRODUCCIÓN:

Rinosinusitis alérgica fúngica, enfermedad sinusal benigna no invasiva, relacionada con reacción de hipersensibilidad frente a antígenos fúngicos, que causa edema tisular con trastornos inflamatorios crónicos de la mucosa respiratoria.

OBJETIVO:

Describir un caso de rinosinusitis alérgica fúngica en varón de 14 años, inmunocompetente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis de caso clínico. Paciente refiere bloqueo nasal unilateral izquierdo, de 1 año de evolución, tornándose en los últimos 6 meses bilateral, deformidad de hemirostro izquierdo y descenso de peso de 10 kg.

Deformidad nasal duro elástica, bordes no definidos, fascie asimétrica, descenso de maxilar superior lado izquierdo, exoftalmos homolateral.

IgE 2300 UI/ml

Ser realizo Nasofibroendoscopia, TC y RMI. Oftalmología: Campimetría, agudeza visual y fondo de ojo normal.

Oncohematología: Serologías no reactivas y Galactomanano de 2,13.

Cirugía endoscópica rinosinusal: muestras para anatomía patológica y microbiología.

Anatomía patológica: lesión polipoide. Solicita coloración PAS y GROCOTT: micosis tabicada.

Cultivo micológico positivo para *Curvularia*.

TC Postoperatoria (30/6/14): persistencia de masa heterogénea.

Completó 8 meses con Voriconazol, con posterior reintervención quirúrgica dada recidiva contralateral.

RESULTADO:

RSAF causada por *Curvularia* en recaída.

CONCLUSIÓN:

Rinosinusitis crónica (RSC): inflamación de la mucosa de los senos paranasales y conductos nasales, sin buena respuesta al tratamiento luego de las 12 semanas. Tres síndromes clínicos: RSAF (rinosinusitis alérgica fúngica) 8-12%, RSC con poliposis nasal 20-30% y sin poliposis nasal 60-65%. El hongo inhalado ocasiona un cambio antigénico en la mucosa nasal y, desencadena reacciones alérgicas de tipo I y III, edema tisular con trastornos inflamatorios crónicos. Esto favorece la formación mucina alérgica que rellena los senos, impidiendo el drenaje con autoperpetuación del proceso. El crecimiento de pólipos produce mucocelos con deformación y erosión ósea. Etiología frecuente: *Curvularia lunata*, *Bipolaris spicifera* y *Aspergillus*. Tratamiento: cirugía y antifúngicos.

SÍNDROME DE ADAMS OLIVER

Palacios B.¹; Polverigiani G.²; Rivichini P.³; Madeira F.⁴

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

<brendajpalacios@live.com>

RPD
397

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Adams-Oliver (SAO), descrito por primera vez en 1945, es una malformación congénita autosómico dominante muy infrecuente. La prevalencia es de 0.44/100000 recién nacidos vivos. Clínicamente se manifiesta por aplasia cutis congénita, defectos en las porciones terminales transversas de las extremidades y cutis marmorata telangiectásica congénita. Puede asociar además un amplio espectro de alteraciones cardiovasculares, del SNC, gastrointestinal y genitourinario. El pronóstico es muy variable, dependiendo fundamentalmente de la afectación neurológica y cardíaca.

OBJETIVO:

Presentar el caso clínico de un síndrome genético extremadamente raro

CASO CLÍNICO:

Paciente femenina RNT (40 semanas) PAE(2.760), vigorosa, nacida por cesárea. Madre 30 años, G2 P0 C1, embarazo controlado, antecedente de HTA gestacional. Serologías negativas. Examen físico (datos+): costras en cuero cabelludo en áreas temporales y transparencia de vasos en crá-

neo, venas visibles y palpables en tórax y abdomen, lesiones moteadas en abdomen y raíz de muslo, abdomen levemente distendido, hígado palpable a 2 cm de reborde costal, ausencia de últimas falanges de los 3 primeros dedos de pie izquierdo y los 4 primeros dedos de pie derecho. Laboratorio: GGT 110, TGO 57, resto normal. Ecografía transfontanelar normal, abdominal: leve hepatomegalia con parénquima homogéneo. Ecocardiograma: DAP pequeño, FOP, PSAP 19 mmHg. Fondo de ojo: acorde. Se interconsulta con Dermatología quien diagnostica cutis marmorata telangiectásica congénita y Genética quien, por presentar la tríada clínica clásica antes descrita, diagnostica Sme. de Adams Oliver.

CONCLUSIÓN:

Dada la rareza de este síndrome y la necesidad de la difusión de nuevos casos, resulta fundamental el abordaje interdisciplinario del paciente con diagnóstico de SAO y su familia, a fin de ofrecerles atención integral continua desde el nacimiento.



DOLOR LUMBAR RECURRENTE COMO MANIFESTACIÓN DE LLA

Bieri F.¹; Perochena J.²; Garcia M.³; Leleu J.⁴; Oria V.⁵; Luque V.⁶; Quiroga M.⁷

SANATORIO DE LA MUJER- ROSARIO^{1,2,3,4,5,6,7}

<febieti@gmail.com>

RPD
400

INTRODUCCIÓN

El dolor músculoesquelético es un motivo de consulta frecuente en pediatría y, aunque en general su etiología es benigna, ocasionalmente puede ser la manifestación inicial de una neoplasia.

OBJETIVOS

Presentar un caso de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) con dolor músculoesquelético como síntoma inicial, con una localización infrecuente de afectación ósea, la columna vertebral.

CASO CLÍNICO

Paciente de 3 años de edad que consulta por cuadro afebril de dolor lumbar de un mes de evolución y alteración de la marcha sin antecedente traumático. Al inicio del cuadro se solicitó hemograma completo que sólo muestra discreta anemia, LDH, aldolasa y CPK dentro de valores normales. Fue evaluado por traumatología que solicitó Rx de columna dorsolumbar y caderas, sin alteraciones. Por recurrencia del dolor, y frente a la sospecha de discitis se decide realizar estudios de mayor complejidad. Al examen físico del ingreso presenta buen estado general, afebril, palidez cutánea mucosa, sin adenopatías periféricas. El laboratorio informa pancitopenia (Hb 7.3, Hto 21%, GB 7100 [5/0/70/25], plaquetas 46000), VES 90,

LDH 1540 UI/l. Por sospecha de síndrome linfoproliferativo, se amplía el laboratorio con serologías, marcadores de lisis tumoral y se solicita: TAC de cráneo y tórax sin imágenes patológicas, TAC de abdomen: se observan múltiples adenopatías retroperitoneales, sin visceromegalias y RNM de columna lumbosacra: informa alteración morfológica a nivel del cuerpo vertebral con disminución de la altura de L3. Se realiza PAMO que muestra pancitopenia por infiltración medular de células blásticas de estirpe linfoidea, correspondiendo a Leucemia Linfoblástica Aguda, por lo que se realiza Inmunofenotipo de Ac monoclonales por Citometría de flujo, que permite clasificarla en LLA B tipo común. Inicia tratamiento quimioterápico según protocolo ALLIC- 2010- GATLA.

CONCLUSIONES

Generalmente ante el dolor músculoesquelético, los diagnósticos diferenciales incluyen procesos infecciosos, enfermedades reumatológicas o traumatológicas. Aunque las fracturas o aplastamientos vertebrales se dan en menos del 2% de los casos como manifestación de LLA, es importante que consideremos dentro de las posibles etiologías a esta patología, ya que con frecuencia el dolor óseo es síntoma inicial, aún antes de la alteración del hemograma.

¿SON EFECTIVAS LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL DE TUBERCULOSIS EN NUESTRA POBLACIÓN?

Pardini M.¹; Sanchez C.²; Serralta L.³; Brest R.⁴

HTAL. JOSÉ MARÍA PENNA^{1,2,3,4}

<marti_pardini@hotmail.com>

RPD
401

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TB) es una enfermedad antigua que de forma aguda o crónica puede llevar a la muerte, y que resurge a partir de la aparición del HIV, del descuido de los programas de prevención y de la persistencia de malas condiciones sanitarias.

OBJETIVO:

Relacionar las variables de control de TB que dependen de los efectores de salud: el estado vaccinal (protege de las formas graves), la realización del catastro, la quimioprofilaxis y el aislamiento del enfermo; a los casos de tuberculosis internados en nuestro servicio.

POBLACIÓN:

Pacientes internados en la sala de pediatría del Hosp. Penna desde Junio de 2011 hasta Septiembre de 2014 (N=2910).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Serie de casos. Estudio de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo. Se analizaron las historias clínicas de los internados con diagnóstico de tuberculosis en este período.

Descripción de casos: De los 6 casos de tuberculosis ingresados (0,002%), 2 (33.3%) padecieron formas pulmonares, 1 (16,66%) sufrió la forma pleural, 2 (33,3%) meningitis tuberculosa y 1 (16,66%) la forma miliar. Todos fueron vacunados con BCG.

Respecto de los contactos, todos fueron convivientes. En 2, el caso índice (CI) fue la madre, en 2 el padre, en 1 de ellos la hermana, y en 1 de los casos no se tiene registro del CI ni del catastro. De los 5 casos registrados, en 1 (20%) de los pacientes se constató catastro bien realizado pero la madre y la paciente no completaron la quimioprofilaxis indicada, en 3 casos (60%) no se realizó catastro a partir del CI (Madre, hermana y padre respectivamente) y 1 de las pacientes (20%) fue el caso a partir del cual se diagnosticó TB a la madre. En aquellos en los que no se realizó el catastro correctamente, se falló en la detección de contactos y en la derivación. Conclusión: Pese a lo escaso de la muestra, inferimos que la vacunación con BCG es una variable que el sistema de salud cubre de manera efectiva, pero que el catastro, el aislamiento del enfermo, la profilaxis y el cumplimiento del tratamiento son los factores en los que fallamos tanto el personal de salud como las políticas sanitarias.

Se necesitarían estudios de mayor envergadura para tener valores estadísticamente significativos, pero creemos que estos resultados nos alertan de que tenemos que reforzar las políticas de control de la tuberculosis.



FRECUENCIA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DELECCIÓN 22Q11.2 DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

POB
402

Qualina V.¹; Molinari G.²; Narduzzi C.³; Quattrin M.⁴; Malaspina C.⁵; Martinoli C.⁶; Cecotti N.⁷

SALA DE GENÉTICA MÉDICA-HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA- LA PLATA^{1 2 3 4 5 6 7}

<valeriaqualina@gmail.com>

INTRODUCCIÓN.

El Síndrome de Delección 22q11.2 (SD 22q11) es una anomalía cromosómica que afecta a 1/6000 niños nacidos vivos. Hay varios genes localizados en esta región cromosómica, entre ellos TBX1 que regula la proliferación, diferenciación y migración de varias células progenitoras del tercer y cuarto arco faríngeo durante la embriogénesis. El fenotipo es extremadamente variable y los rasgos más característicos incluyen: malformaciones cardíacas conotruncales (75%), anomalías del paladar (70%, hendidura o insuficiencia palatina), dismorfias craneofaciales (90%), hipoplasia de timo (75%) y paratiroides (hipocalcemia, 50%) y retraso en el desarrollo (75%).

OBJETIVOS.

Estimar la frecuencia de anomalías congénitas presentes en pacientes pediátricos con SD 22q11 ingresados a la Sala de Genética de nuestro hospital y verificar dichos datos con la bibliografía disponible.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó evaluación fenotípica y cultivos de linfocitos de sangre periférica a 13 pacientes con sospecha de SD 22q11.2, procedentes de diversas localidades de la Provincia de Bs. As. Se aplicaron técnicas de citogenética convencional, bandeó G y técnicas de citogenética molecular como la

hibridación fluorescente in situ (FISH) ya que el tamaño de la delección es inferior al límite de resolución del microscopio óptico (microdelección). Resultados. El 92.3% de los pacientes fueron diagnosticados antes de los 6 meses de vida. El 85% fueron derivados de la Sala de neonatología de nuestro hospital. Las cardiopatías se hallaron en el 92.3%. Las anomalías palatinas, hipocalcemia y problemas deglutorios fueron observados en el 46% de los pacientes, aplasia/hipoplasia de timo en el 39% y dificultades de aprendizaje en el 54%. Se observó un amplio rango de edades paterna y materna. Se confirmó la microdelección por FISH en todos los casos.

CONCLUSIONES.

El SD 22q11 cursa con un fenotipo y un pronóstico muy variable. Las cardiopatías fueron las anomalías más frecuentes y se encontraron en mayor proporción respecto a lo descrito en la literatura. La presencia de cardiopatía conotruncal en el período prenatal debe hacer sospechar del síndrome. El resto de los defectos congénitos evaluados se hallaron en menor frecuencia que lo descrito en la literatura. La confirmación diagnóstica mediante FISH y otras técnicas más sensibles como MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) y microarrays resulta fundamental para brindar un correcto asesoramiento genético familiar.

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH: DOLOR ABDOMINAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA

RPD
403

Bieri F.¹; Perochena J.²; Lande H.³; Leleu J.⁴; Luque V.⁵; Quiroga M.⁶; Firpo M.⁷

SANATORIO DE LA MUJER- ROSARIO^{1 2 3 4 5 6 7}

<febieti@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La púrpura de Schönlein-Henoch es la vasculitis de pequeños vasos, mediada por IgA, más frecuente en la infancia. Surge generalmente después de la exposición o contacto con diversos microorganismos, fármacos, y otros estímulos los cuales serían el disparador de una respuesta inmune. Se manifiesta con un conjunto de síntomas que incluyen púrpura palpable, artritis, compromiso abdominal y renal. Cuando alguno de éstos se encuentra ausente, puede conducir a diagnósticos erróneos.

OBJETIVOS:

Reportar un caso de presentación atípica de PSH donde el dolor abdominal como manifestación gastrointestinal, fue el síntoma predominante y de inicio en el cuadro clínico.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 5 años, sin antecedentes de jerarquía, que consulta por dolor abdominal difuso, vómitos, astenia, hiporexia y fiebre de 72 hs de evolución. Al examen físico del ingreso se constata faringoamigdalitis con exudado faríngeo (+) a EBH grupo A; por intolerancia a la vía oral se indica Penicilina G. Evoluciona afebril, agregando a las 24 hs deposiciones disenteriformes, rash difuso evanescente y dolor abdominal de tipo cólico. A pesar de coproparasitológico negativo se inicia tratamiento empírico

con metronidazol dada la gran prevalencia de ameba histolítica en su ciudad de origen. Su evolución es desfavorable respecto al dolor abdominal que es cólico, principalmente postprandial con el consiguiente rechazo a alimentación. Ecografías abdominales normales, TAC de abdomen con engrosamiento de la pared intestinal. Se decide laparotomía exploradora que muestra yeyuno de paredes engrosadas, múltiples lesiones petequiales y líquido libre en cavidad abdominal. Al 10º día de internación agrega leve edema maleolar derecho y escasas lesiones petequiales en glúteo derecho, algunas palpables, que permanecen sin progresión en los días siguientes, las cuales se biopsian, informándose vasculitis leucocitoclástica. Se inicia tratamiento con Prednisona con evolución clínica favorable y sin recaídas hasta 6 meses posteriores

CONCLUSIONES:

Púrpura de Schönlein-Henoch es una entidad benigna y de rápida recuperación, no obstante en ciertos casos, como el que describimos, la afectación dermatológica puede no manifestarse al inicio de la enfermedad o presentarse de manera atípica, sin púrpura palpable, siendo en estos casos muy dificultoso el abordaje diagnóstico del síndrome doloroso abdominal.



¿EL CLAMPEO DEMORADO DE CORDÓN UMBILICAL EXPONE A LOS RECIÉN NACIDOS (RN) A MAYOR RIESGO?

RPD
404

Siccardi M.¹; Rey M.²; Gambaro P.³
HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA^{1,2,3}
<asiccardi66@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION:

El clampeo temprano (CT) del cordón umbilical (CU) se realiza en los primeros 15 segundos tras el parto, mientras que el clampeo demorado (CD) se realiza transcurrido al menos un minuto posterior. Hay pruebas de que el CD es beneficioso para el RN con escasos efectos secundarios. La transfusión placentaria, que llega al 85-90% a los 60 segundos, permite aumentar el recuento eritrocitario y reservas de hierro incluso hasta los seis meses. Otro aspecto hematológico importante referido es la mayor prevalencia de anemia neonatal con CT.

OBJETIVOS:

Evaluar efectos inmediatos de la transfusión placentaria comparando CT vs CD. Y determinar si con el CD hay menor riesgo de anemia.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio ANALÍTICO, COMPARATIVO, TRANSVERSAL y EXPERIMENTAL entre abril 2013 a marzo 2014. Se incluyeron 332 RN de término (37 a 40 sem) agrupados en Grupo con CT antes de los 30 segundos (n=164), y Grupo con CD a los 60 segundos (n=168). Se excluyeron RN con antecedentes de asfixia intrauterina, RCIU, madre Rh negativo o con diabetes. Se definieron como efectos inmediatos: anemia (Hto venoso central \leq 45%), poliglobulia (\geq 65%), internación en UCIN e ictericia. Se realizó Hto a las 2 hs de vida y se revisaron historias clínicas de pacientes con ingreso a UCIN por ictericia y/o poliglobulia.

RESULTADOS:

Grupo CT n=164. Se observó media Hto 55% mediana 55%. DS 6,3 - IC 95% = 55 +/- 12,6. 4% presentó anemia y 7% poliglobulia. 12% (n=20) requirió internación: 86% por ictericia y 14% por poliglobulia y eritroféresis. Grupo CD n= 168. Media de Hto 56%. Mediana 56%. DS 6,9 - IC95% = 55 +/- 13,8. 5% presentó anemia y 13% poliglobulia. 5% (n=8) requirió internación: 87% por ictericia y 13% por poliglobulia y eritroféresis. El riesgo de ictericia con CT es 7% y CD 4%. RR es 0,57 con un OR: 0,55. El riesgo de poliglobulia con CT es 0,73% y CD 0,13 % RR es 1,78, con OR: 1,9. El riesgo de internación con CT es 11,5 % y CD 4,7% RR es 0,40 con OR: 0,38. El riesgo de anemia con CT es 4,2 % y CD 4,7% RR es 1,11 con OR: 1,13

CONCLUSIONES:

De lo observado se puede concluir que el CD de cordón no expone a los recién nacidos a mayor riesgo de ictericia (OR= 0,55) ni de internación (OR=0,38). El riesgo de poliglobulia es mayor con el CD (OR=1,9) sin embargo estos valores no requieren conductas terapéuticas (internación y eritroféresis parcial). El CD de cordón umbilical no protege a los RN de anemia precoz (OR= 1,13) como sugiere la bibliografía.

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE PURPURA DE SCHONLEIN HENOCH

RPD
405

Bieri F.¹; Perochena J.²; Salinas V.³; Leleu J.⁴; Firpo M.⁵; Tano Vignaroli D.⁶
SANATORIO DE LA MUJER- ROSARIO^{1,2,3,4,5,6}
<febieti@gmail.com>

INTRODUCCION

La Púrpura de Schonlein Henoch (PSH) es una vasculitis leucocitoclástica de los pequeños vasos, frecuente en la infancia. Se presenta con compromiso renal, digestivo, articular y cutáneo, este último caracterizado por púrpura palpable, de distribución simétrica, en glúteos y miembros inferiores y superficie extensora de las extremidades superiores.

OBJETIVO

Comunicar un caso de PSH con manifestaciones cutáneas infrecuentes.

CASO CLÍNICO

Niña de 5 años de edad, completamente inmunizada, con antecedentes de haber cursado virosis respiratoria 17 días previos y PSH 10 días previos, consulta por cuadro de dolor abdominal y lesiones en miembros inferiores de 24 hs de evolución. Al examen físico se observan placas purpúricas, vesículas y ampollas con contenido hemorrágico, algunas destechadas, indoloras en miembros inferiores y edema en tobillos.

Se le solicitan laboratorio sin prolongación de los tiempos de coagulación, plaquetas normales y orina sin proteinuria ni hematuria y ecografía abdominorrenal sin alteraciones. el estudio histopatológico informa vasculitis leucocitoclástica.

Se adopta conducta expectante y tratamiento sintomático.

Las lesiones evolucionan de ampollares a costras hemorrágicas, resolviendo ad integrum en 14 días.

CONCLUSIÓN

La púrpura palpable es la manifestación cutánea más importante y frecuente de la PSH, aunque raramente puede presentarse con lesiones ampollares, hemorrágicas y necróticas



BARTONELOSIS OCULAR: REPORTE DE UN CASO

Desposito P.¹; Navarri J.²; Alcade A.³; Simaz N.⁴

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4}

<pauli_desposito@hotmail.com>

RPD
407

INTRODUCCIÓN:

La lesión característica de la enfermedad por arañazo de gato es una linfadenitis regional sub-aguda (más del 90% de los casos); sin embargo, de los pacientes infectados por Bartonella henselae un 20% desarrolla formas atípicas o sistémicas de la enfermedad, pudiendo evolucionar con compromiso ocular. Dentro de las menos frecuentes se encuentra la neurorretinitis caracterizada por pérdida aguda de la visión. En el fondo de ojo se observan exudados que irradian en forma estrellada fuera de la mácula. Resuelve generalmente de forma espontánea.

OBJETIVOS:

Describir la presentación de un caso de neurorretinitis secundaria a bartonelosis ocular en un paciente inmunocompetente.

RESUMEN:

Niña de 8 años de edad, vacunas completas, con antecedente de múltiples cuadros de infección urinaria de tratamiento ambulatorio, en seguimiento por nefrología infantil, con diagnóstico de doble sistema pielo-calicial. Consulta por cuadro clínico de 9 días de evolución caracterizado por fiebre y dolor abdominal difuso irradiado a región lumbar. Se diagnostica pielonefritis por Proteus mirabilis, con Hemocultivo x 2 negativos. Recibe tratamiento con ceftriaxona 50 mg/kg/día durante 10 días.

Durante internación refiere pérdida de la visión del ojo derecho de 1 semana de evolución, constatándose disminución de la agudeza visual de dicho ojo. Se realiza valoración por servicio de oftalmología quienes

realizan fondo de ojo y ecografía oftálmica informando edema retiniano con exudados y lesiones inflamatorias blanquecinas en la retina. Con el diagnóstico de neurorretinitis plantea etiología infecciosa por lo que se solicita HIV, VDRL, Toxoplasmosis, Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, Mycoplasma, Chlamydia y Toxocara, con resultado negativo. PPD: 0mm. Se realiza RMN de cerebro con cortes finos en órbitas y de columna cervical (hallazgo de Arnold Chiari grado I, Siringomielia), Fróntis de sangre periférica sin atipias celulares, para descartar infiltración leucémica. Se realiza nuevo examen oftalmológico (agudeza visual, fondo de ojo) y por observarse imagen sugestiva a infección por Bartonella henselae se solicita serología, obteniendo IgM positivo título mayor a 1/20. Se inicia tratamiento con Meprednisona 1mg/kg/día vía oral con respuesta satisfactoria del cuadro clínico y de las imágenes retinianas.

CONCLUSIÓN:

- El diagnóstico de las neuritis infecciosas depende de un alto índice de sospecha y examen clínico meticuloso.
- Los estudios complementarios incluirán serologías para descartar el agente infeccioso y las neuroimágenes para demostrar lesiones cerebrales asociadas.
- Considerar esta infección especialmente en niños que cursen con síndrome febril prolongado y/o disminución súbita de la agudeza visual unilateral.
- El tratamiento es específico y depende de la enfermedad de base.
- El pronóstico en general es bueno.

CETOACIDOSIS DIABETICA A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

Cobos A.¹; Velazquez E.²; Carrizo D.³

CLINICA Y MATERNIDAD DEL SOL^{1,2,3}

<alecob_@hotmail.com>

RPD
408

INTRODUCCIÓN

La cetoacidosis diabética es una complicación aguda de la diabetes consecuencia de un déficit absoluto o relativo de insulina, y en ocasiones la forma de comienzo de la enfermedad. Es la causa más frecuente de hospitalización del niño diabético, trastorno endocrino-metabólico con más ingresos en la UCI. El edema cerebral constituye la principal complicación con una incidencia de 0.3 a 3.1 %, además de presentar una significativa morbilidad.

OBJETIVOS

A través de la presentación de un caso clínico, identificar en forma temprana ante síntomas inespecíficos la cetoacidosis diabética para iniciar tratamiento oportuno y evitar complicaciones.

RESUMEN

Paciente masculino de 10 años que consulta por dificultad respiratoria de 4 días de evolución.

Se realiza corticoide IM y nebulización. Por desmejora consultan nuevamente, se constata glucemia 462 por lo que ingresa a UTI. Afebril FC 105 FR 35 TA 100/66, palidez generalizada, soporoso, deshidratación moderada, relleno capilar enlentecido, pulsos periféricos débiles, respiración

de Kussmaull, glasgow 13/15. Glucemia 462 pH 6,8/pCO2 14/pO2 101/bica 2/EB - 31/satO2 96%. Se inician expansiones con SF junto plan de hidratación 4000ml/m2 e infusión de insulina. Sin mejoría de la acidosis, continuando soporoso sin criterios diagnósticos para edema cerebral, se realiza fondo de ojo, siendo este normal. Continúa con hipocapnia e inestabilidad hemodinámica y neurológica, se decide intubación electiva. Requiere correcciones de potasio y bicarbonato. Luego de 24 hs extubación programada. Al tercer día inicia alimentación VO, pasa a insulina SC.; agregándose el cuarto día NPH. Presenta complicación dermatológica. Al quinto día pasa a sala común, egresando 5 días después.

CONCLUSIÓN

En todo niño que acude a la guardia con síntomas inespecíficos, sin una causa evidente y, sobre todo, si existe algún grado de deshidratación y/o afectación del estado de conciencia, se recomienda determinar la glucemia y los cuerpos cetónicos en sangre y/o en orina mediante tiras reactivas. Si el resultado de estos apoya el diagnóstico de CAD se debe instaurar el tratamiento de forma inmediata. Es de destacar la importancia del buen manejo de fluidoterapia para evitar el edema cerebral como complicación y su consecuente morbimortalidad.



A PROPÓSITO DE UN CASO. EMBARAZO ADOLESCENTE

Gonzalez A.¹; Marchioni V.²; Villanova S.³

HOSPITAL JUAN A FERNANDEZ^{1,2,3}

<ana.m_gonzalez@hotmail.com>

RPD
409

INTRODUCCIÓN

Hay factores que coexisten en una adolescente, que pueden agravar el estado de crisis haciéndolas más vulnerables y poniendo en riesgo su integridad psicofísica. A través de esta presentación queremos demostrar la importancia de la consulta individualizada para el abordaje integral del adolescente

OBJETIVOS

Demostrar la importancia de una anamnesis completa.

Demostrar la importancia del examen físico completo.

Considerar la importancia de una adecuada relación Médico –Paciente adolescente

Realizar abordaje transdisciplinario.

PRESENTACIÓN

Paciente de 10 años de edad que concurre a la consulta en centro médico barrial N°22 por presencia de tumoración en región axilar, cuyo aumento de tamaño data de 1 mes de evolución. Se le solicita ecografía en región axilar, en la cual se evidencia presencia de tejido mamario, lo cual se diagnostica mama super- numeraria. Durante la anamnesis refiere aumento de peso en el último tiempo. En el examen físico se observa aumento del perímetro abdominal, por lo cual se realiza interconsulta con ginecología. Se constatan latidos fetales con Eco- doppler y una altura uterina que se corresponde con un embarazo de 12 semanas.

Una vez confirmado el diagnóstico se realiza una nueva entrevista con la niña, comunicándole los resultados obtenidos por los exámenes. Ante el diagnóstico ella manifiesta angustia y refiere ser abusada por su padrastro, quien refiere se hace cargo de su cuidado en ausencia de su madre. Se deriva para internación al Hospital Fernández, por tratarse de una adolescente en riesgo, para sacarla de su medio familiar. Dada la complejidad del caso fue abordado de forma transdisciplinaria, contando con el trabajo de manera conjunta de los profesionales de las distintas disciplinas: obstetricia, pediatría, salud mental y trabajo social y con el área programática del hospital y la escuela.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta posibles situaciones de riesgo en la que se encuentran los niños/adolescente, quienes muchas veces no pueden expresar la violencia que se ejerce contra ellos en su hogar, ya sea por miedo o por vivirlos como situaciones “normales”, ante el “desconocimiento de una vida mejor”, resaltamos la importancia para los profesionales de tener un pensamiento dinámico e integrador de los pacientes

Dada la complejidad del caso fue necesario el trabajo en transdisciplina, el cual nos permitió abordar al paciente desde una perspectiva integradora, llegando en mejores condiciones al parto de la adolescente, y para poner en marcha al sistema judicial que terminó con detención del padrastro.

SÍNDROME DE OPSOCLONÍA-MIOCLONÍA: ENCEFALITIS INMUNOMEDIADA VS SME DE KINSBOURNE

Kinen L.¹; Lotto P.²; Chazarreta C. M.³; Escalante R.⁴; Ocampo R.⁵; Villalba S.⁶

HOSPITAL PROVINCIAL ROSARIO^{1,2,3,4,5,6}

<luciakinen@hotmail.com>

RPD
410

INTRODUCCIÓN:

Las encefalitis son procesos inflamatorios de diverso origen, entre las cuales se incluyen las autoinmunes. En 2007 se descubrió un tipo de encefalitis relacionada con los anticuerpos contra el receptor NMDA (N-Metil-D-Aspartato). Este es un receptor de membrana celular con funciones críticas en la transmisión sináptica. El ataque inmunológico a este receptor produce un cuadro clínico característico con síntomas que afectan varios sistemas y se desarrollan en fases de una manera predecible.

Descrita fundamentalmente en mujeres jóvenes, asociada a teratoma ovárico, es hoy una entidad reconocida en niños.

OBJETIVO:

Presentar caso clínico de síndrome opsoclono-mioclono que revierte ante el pasaje de Gammaglobulina humana

POBLACION: Paciente 15 meses, eutrófico, sano previo, vacunas acordes, que ingresa por Status convulsivo febril.

MATERIALES Y METODOS:

Punción lumbar: 88 elementos (65/35) glucorraquia 45 (59) proteorraquia 21.

Cultivos y PCR virales negativos. EEG normal.

TAC de Cráneo: asimetría de hipocampo, resto s/p.

Por sospecha de encefalitis inmunomediada se solicita dosaje anticuerpos NMDA que informa positivos. Se realiza RMI de Cráneo (asimetría de hipocampos, atrofia cortical bifrontal)

RESULTADOS:

Realizó pasaje de Gammaglobulina 1gr/kg/día en dos oportunidades con importante mejoría clínica.

CONCLUSIÓN:

Si bien la sintomatología de las encefalitis Anti-NMDA es característica; en los diferentes estadios de la misma, ciertas manifestaciones pueden sugerir diagnósticos diferenciales. Esto es agravado por la poca especificidad de las pruebas analíticas y neuroimágenes.



BUSCANDO ADOLESCENTES EN LAS SALAS DE NEONATOLOGÍA, PEDIATRÍA Y TERAPIA INTENSIVA.

Bulgach V.¹; Mato R.²; Lopez P.³; Perdíiz M.⁴

HOSPITAL GARRAHAN¹; HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C.PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN¹ - SERVICIO DE ADOLESCENCIA^{2,3,4}

<valebulg@hotmail.com>

RPD
411

INTRODUCCION:

Entre el 16 y 17 % de los recién nacidos vivos en nuestro país son productos de embarazos en madres adolescentes. Esta realidad impacta en todas las instituciones de salud. Consideramos que nuestro compromiso y obligación es percibir la magnitud de este impacto y de esta forma contener y dar asistencia a las madres menores de 20 años que consultan con sus hijos a nuestro hospital.

OBJETIVOS:

1) Realizar un diagnóstico de situación actual sectorizado, en referencia a la cantidad de madres adolescentes que se internan con sus hijos en nuestro hospital. 2) Optimizar las acciones y prestaciones destinadas a este grupo.

MATERIALES Y METODOS:

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se realizó un análisis estadístico de las internaciones en los años 2012 y 2014, analizando: área de internación, edad materna, porcentaje relativo del total de ingresos y número absoluto de madres adolescentes.

RESULTADOS:

En el año 2012 se detectaron 1.417 madres adolescentes sobre un total de 21.324 internaciones; siendo en el 2014, 1.521 para un total de 21.196.

Cabe destacar la distribución heterogénea en las salas de internación; el área de mayor prevalencia de madres adolescentes en el 2012 fue neonatología con 29% y con 26.8 % en el 2014.

CONCLUSIONES:

El presente estudio pone en evidencia la presencia de una población adolescente muchas veces no percibida en las instituciones de salud destinada a la atención pediátrica. Esta población adolescente, paralelamente a su propia conflictiva, vive las consecuencias de tener un hijo, en este caso, enfermo que requiere internación. Ser conscientes de esta situación y conocer su real envergadura, permite a las instituciones crear estrategias de contención, anticipar situaciones de riesgo y capitalizar la internación. De este modo se asegura la transmisión de información vinculada a cuidados de la salud, planificación familiar, salud sexual y reproductiva, abordando las distintas necesidades que pudieran surgir.

DETECCIÓN DE MALTRATO INFANTIL MEDIANTE INDICADORES DIRECTOS E INDIRECTOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA INTERNADA EN EL H.I.G.A. "PEDRO FIORITO" DE AVELLANEDA.

Tasat L.¹; Urtasun C.²; Popon M.³; Matsuyama M.⁴; Clerici L.⁵

HIGA PEDRO FIORITO^{1,2,3,4,5}

<lai_tasat@hotmail.com>

RPD
412

INTRODUCCIÓN:

A lo largo de los años se ha visto en el Servicio de Pediatría del HIGA "P. Fiorito", niños internados por sospecha o casos fehacientemente comprobados de maltrato infantil. A su vez, se ha observado que gran parte de la población internada en este servicio, presenta alguna de las distintas formas de maltrato ya sea por acción u omisión por parte de sus tutores tales como: negligencia, maltrato físico, emocional y/o abuso sexual.

OBJETIVOS:

A través de la detección de signos directos e indirectos de maltrato en la población infantil que requiere internación por cualquier etiología, el objetivo del presente trabajo consiste en desarrollar una estrategia que permita, al pediatra, identificar indicadores de maltrato que en muchos casos pueden pasar desapercibidos.

POBLACIÓN:

Este trabajo incluyó a todo niño desde los 30 días de vida hasta los 14 años y 11 meses de edad que requirió internación en la sala de Pediatría del HIGA "P. Fiorito". El período de análisis comprende los meses de febrero, marzo y abril del año 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo realizado en la sala de Pediatría del HIGA "P. Fiorito" en los meses de febrero, marzo y abril del año 2014.

Se registraron datos obtenidos de las historias clínicas de todos los pacientes internados por diversas patologías, incluyendo los que ingresaron por sospecha de maltrato, negligencia y/o abuso sexual infantil, así como aquellos que evidenciaron algún indicador de maltrato.

Resultados: Del total de niños internados en el período evaluado (N=121), se evidenció que el 45.4% presentó algún signo directo o indirecto de maltrato infantil y un 4.1% constituyó la causa de su internación inicial.

CONCLUSIONES:

Se evidenció la vulnerabilidad de la población infantil a través de los porcentajes expresados en nuestro estudio que demuestran la susceptibilidad de la misma de sufrir alguna de las formas de maltrato existentes, pudiendo ser este, un factor agravante en el motivo de internación así como también la causa. Es menester del pediatra el reconocimiento y la detección precoz de indicadores directos e indirectos del maltrato infantil que posibiliten la intervención institucional pertinente para la protección de los derechos del niño vulnerable.



CUIDADO APLICADO POR EL BINOMIO MADRE – PERSONAL DE ENFERMERÍA AL NIÑO TRAQEOSTOMIZADO

RPD
413

Barraza S.¹; Romano A.²

CEPSI EVA PERON^{1,2}

<saramariabarraza@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Los cuidados por parte del personal de enfermería al niño traqueostomizado son realizados en forma personalizada, integral y continua, tomando en cuenta sus necesidades costumbres y valores, tanto del niño como su familia. Los niños traqueostomizados con requerimiento de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) en Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) según datos estadísticos, representan una población promedio anual de 50 niños cuyas edades varían desde un mes a cuatro años con tiempos de internación que pueden extenderse hasta cuarenta y ocho meses o más, requiriendo eventualmente internación conjunta con la madre. Ésta situación exige conocimiento acerca de la valoración de la necesidad de oxigenación y del manejo de procedimientos como la aspiración de secreciones, para ésto el personal de enfermería desarrolla actividades de enseñanza y entrenamiento de la madre desde el inicio de la internación, con la finalidad de generar tranquilidad y confianza, conformando un binomio madre – personal de enfermería responsable de brindar cuidado específico al niño.

OBJETIVO:

Describir los cuidados aplicados al niño traqueostomizado en ARM, realizado por el binomio madre – personal de enfermería para favorecer la satisfacción de la necesidad de oxigenación.

POBLACIÓN:

Niños traqueostomizados internados en Centro de Salud Infantil. Muestra: Los niños traqueostomizados internados en UCI, según criterios de inclusión preestablecidos.

METODOLOGÍA DE TRABAJO:

Estudio cuantitativo, transversal y prospectivo. Los datos se recolectaran mediante encuesta semi estructurada y lista de observación teniendo en cuenta los cuidados aplicados por el binomio madre – personal de enfermería durante los diferentes turnos de trabajo, teniendo en cuenta la valoración de manifestaciones de dependencia según el modelo conceptual de Virginia Henderson, y técnica de aspiración de secreciones.

RESULTADOS:

Éste protocolo prevé realizarse en el período julio de 2015 – julio de 2016. Una vez obtenidos los datos servirán para sistematizar la atención del niño traqueostomizado, y crear posteriormente normas de atención para ellos.

CONCLUSIONES:

El marcado nivel de dependencia de éstos niños refleja la necesidad de la conformación del binomio madre – personal de enfermería para garantizar la calidad de atención, preservando la salud del niño.

HIPOCALCEMIA EN LA INFANCIA: CONVULSIONES

RPD
414

Fernandez Rivas M.¹; Vargas M.²; Ricci J.³; Casaliba S.⁴; Berardo M.⁵

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4,5}

<maxi_085@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las alteraciones metabólicas pueden ser causales de episodios convulsivos, deletéreos para un cerebro en desarrollo.

OBJETIVO:

Describir una alteración frecuente (hipocalcemia) a una edad infrecuente (infancia temprana)

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de una historia clínica de un paciente de 5 años internado en el Hospital Sor María Ludovica.

Resultados: Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 5 años de edad que ingresa, derivado de otro nosocomio, por presentar convulsión tónico-clónica generalizada de 30 minutos de duración. Recibió lorazepam 2 dosis y dosis de carga de difenilhidantoína.

Antecedentes personales: 4 episodios convulsivos previos. Trastorno del lenguaje en evaluación por rehabilitación y fonoaudiología en otra institución

Al ingreso se encontraba en regular estado general, bajo efectos de medicación anticonvulsiva, hemodinámicamente compensado, afebril. Laboratorios de ingreso: GB 13600/mm³ (N 69%- L 28%- M 7%- E 2%- B 0%) - Hb 12,7 g/dl - Hematocrito 37, 6 % - Plaquetas 190000/mm³ - Glucemia 0,77 mg% - Urea 0,18 g/l - Creatinina 0,44 mg/dl- TGO 42 UI/l- FAL

405 UI/l- pH 7, 44- pCO₂ 33,2- HCO₃ 22,3 - EB -0,9- Na+ 140- K+ 3,93- Cai 0,68- Cl- 99,4- Mgi 0,38 - Calcemia 7 mg%- Fosfatemia 6,60 mg/dl - Magnesemia 1,29 mg%

Se sospecha Hipoparatiroidismo primario como causa de sus episodios convulsivos y se solicita:

Dosaje de PTH: 7,1 pg/ml (VN 12-72)

TAC de encéfalo simple: se observan múltiples calcificaciones

EEG: reiterados brotes paroxísticos de poli puntas ondas bi-sincrónicas de pared anterior

Debido a que el paciente se encontraba asintomático se indicó carbonato de calcio (1200 mg/día) y jarabe de magnesio (6 mg/kg/día). Se roto de anticonvulsivante administrándose ácido valproico.

Presentó buena evolución, sin signo-sintomatología de hipocalcemia.

Laboratorios al egreso: Calcemia 9,2 mg%- Fosfatemia 6,87 mg/dl- Magnesemia 2.23 mg%- FAL 369 UI/l- Cai 0,98.

CONCLUSIÓN:

El hipoparatiroidismo primario es una patología infrecuente en pediatría pero sencilla de tratar, por ende la importancia del diagnóstico precoz. Frente a episodios convulsivos debe siempre descartarse la posibilidad de que estos sean sólo signos de una enfermedad subyacente.



ENFERMEDAD DE KAWASAKI: SERIE DE CASOS

Dovis N.¹; Infante I.²; Pérez A.³; Ricart M.⁴; Ortellao L.⁵; Mayo R.⁶; Molina F.⁷

SANATORIO SANTA FE^{1 2 3 4 5 6 7}

<natidovis@hotmail.com>

RPD
415

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda, de etiología desconocida, con posibilidad de afección de las arterias coronarias de lactantes y niños pequeños. Tiene una incidencia anual de 150 casos por cada 100000 niños menores de 5 años en Japón, donde la enfermedad es muy frecuente.

OBJETIVOS:

Presentar serie de casos clínicos de Enfermedad de Kawasaki del Servicio de Pediatría del Sanatorio Santa Fe.

POBLACIÓN:

Pacientes internados en el Sanatorio Santa Fe desde el 13/10/12 al 18/02/15.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Trabajo retrospectivo-descriptivo basado en la revisión de historias clínicas de casos de EK ocurridos en ese período.

Resultados:

Se diagnosticaron cuatro casos, masculinos-eutróficos, con vacunación completa, dos procedentes del norte de la provincia de Santa Fe y dos de la ciudad de Santa Fe. Edades: 5 meses; 3,4 y 5 años.

Diagnósticos de ingreso: 4 presentaron fiebre prolongada (15-5-21-7 días) más exantema polimorfo, 1 descamación periférica, 2 edema periférico, 2 inyección conjuntival, 2 queratitis, y 1 lengua aframbuesada.

Todos requirieron internación, con valoración cardiológica, reumatológica y hematológica; estudios complementarios (laboratorios, radiografías, cultivos y serologías virales); fueron tratados con ceftriaxona, gammaglobulina y ácido acetilsalicílico (AAS); el niño de 4 años desarrolló en internación varicela por lo que suspendió tratamiento con AAS. Ninguno presentó compromiso de las arterias coronarias.

En relación a los Criterios Diagnósticos de EK: el paciente de 3 años cumplió con todos ellos, el de 4 y 5 años fiebre más 3 criterios, y el de 5 meses fiebre más 2 criterios, por lo que este último fue considerado como EK incompleta.

Durante el período considerado del 13/10/12 al 18/02/15 se internaron en el Servicio de Pediatría del Sanatorio Santa Fe 2537 pacientes, presentando durante el mismo los cuatro casos de Enfermedad de Kawasaki descriptos.

CONCLUSIÓN:

La Enfermedad de Kawasaki es una enfermedad poco frecuente, en nuestro servicio representó el 0.157 % del total de pacientes internados durante el período 13/10/12 al 18/02/15. Un sólo paciente contó con todos los criterios diagnósticos de la EK, pero ante la sospecha clínica, de pediatras y especialistas, y el riesgo de afección de las arterias coronarias se realizó tratamiento con Gammaglobulina aún en aquellos que no cumplieron con el total de los criterios.

DE DONDE RECIBEN INFORMACIÓN NUESTROS ADOLESCENTES?

Bulgach V.¹; Lopez P.²; Perdiz M.³; Mato R.⁴

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S A M I C PROF DR JUAN P GARRAHAN'' - SERVICIO DE ADOLESCENCIA-^{1 2 3 4}

<valebulg@hotmail.com>

RPD
416

INTRODUCCION

La falta de acceso a información ya sea por inaccesibilidad, falta de recursos o dificultades en la transmisión, hace que los adolescentes corran riesgos que podrían evitarse. Sabemos que la prevención adquiere un rol fundamental en la etapa adolescente, pero para esto, los adolescentes deben contar con la información y conocimientos necesarios. Conscientes de lo errático y dispar que suele ser esta transmisión se decide realizar la presente experiencia.

OBJETIVOS

1-Conocer el perfil de adolescentes que concurren al Consultorio de Adolescencia del Hospital Garrahan. 2-Conocer las fuentes de donde recibieron información sobre sexualidad, tóxicos, hábitos saludables, proyecto de vida y prevención de accidentes. 3-Tomar conciencia de nuestro rol como pediatras en la prevención y transmisión de información y de ser necesario generar alternativas correctivas.

POBLACION

Adolescentes entre 10 y 20 años en seguimiento en el hospital.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y cuantitativo a través de encuesta dirigida. Se interrogo sobre obtención de información en: hábitos saludables, sexualidad, tóxicos, proyectos de vida y prevención de accidentes, a partir de las fuentes: familia, amigos, medios de comunicación, escuela y hospital.

RESULTADOS

130 pacientes. Edad promedio 14-16 años, 64% sexo femenino y 36% masculino. La mayoría concurrían desde el Conurbano bonaerense. El 58% llevaba más de 1 año de seguimiento en el hospital y más del 70% concurrían al menos 3 veces al año. El 30% de los encuestados había iniciado sus relaciones sexuales, de estos el 75% lo hizo entre los 14-15 años. La mayoría contestó haber tenido más de una pareja sexual. El 60% no usaba preservativo en forma constante y el 40% no utilizaba ningún método anticonceptivo. El hospital tiene gran eficiencia en transmitir consejos sobre hábitos saludables, pero no tanto sobre sexualidad, tóxicos, proyectos de vida y prevención de accidentes que si provinieron de la escuela, los medios de comunicación, familia y amigos.

CONCLUSION

Es necesario como institución que intenta mejorar la calidad de atención a los adolescentes que asiste, generar dispositivos que optimicen el acceso a la información. Es fundamental establecer alternativas para asegurarnos que nuestros pacientes adolescentes reciban también información necesaria sobre salud sexual y reproductiva, prevención de ITS, consumo de sustancias, prevención de accidentes, proyecto de vida y puedan canalizar sus dudas.



INTOXICACIÓN GRAVE POR CIANURO A PARTIR DE UN PRODUCTO COSMÉTICO

Díaz M.¹; Cabrerizo S.²; Crapanzano G.³; Arbía J.I.³

HOSP.NAC.A.POSADAS-^{1 2 3 4}

<marianotox@yahoo.com.ar>

RPD
417

INTRODUCCIÓN:

El cianuro puede presentarse en forma de sales o en forma gaseosa. Existen diferentes formas de exposición: laboral (tratamiento de metales, fotografía, extracción de minerales), ambiental a partir de la combustión de plásticos, seda o lana, alimentaria (glucósidos cianogénicos) medicinal (nitroprusiato de sodio) y productos cosméticos (removedor de uñas esculpidas). Inhibe la cadena respiratoria a nivel intracelular pudiendo ser de acción letal de no recibir el tratamiento correspondiente, dependiendo de la forma de presentación, cantidad y vía de ingreso al organismo.

OBJETIVOS:

Dar a conocer un caso clínico de una adolescente que intencionalmente ingiere removedor de uñas esculpidas a base de acetónitrilo que se metaboliza liberando cianuro.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 15 años de edad, sin antecedentes clínicos previos, que ingresa a guardia de este hospital, luego de ingerir de manera intencional 20 ml de un removedor de uñas esculpidas. Al exámen físico: estable

hemodinámicamente, presentó un episodio de vómito espontáneo. Se realizaron medidas de rescate y ante la gravedad de la intoxicación, se decide internar en unidad de cuidados intensivos. Se inicia tratamiento antidótico específico con Kit de Lilly: Nitrito de Na al 3% e Hiposulfito de Na al 25%. Requirió tratamiento específico (antídoto) durante 5 días. Se constató arterialización venosa clásica (la saturación de O₂ venoso se aproxima a la arterial). Dosaje de cianuro en sangre no detectable y tiocianatos en orina negativo. Durante sus 9 días de internación permaneció estable, con buena evolución clínica.

CONCLUSIONES:

Si bien los productos de uso cosmético en su mayoría, son de baja toxicidad, debemos considerar la posible existencia de productos potencialmente letales. El acceso a los mismos se ve favorecido por la divulgación en Internet o redes sociales, desconociéndose su grave toxicidad. En este tipo de exposición, la intervención rápida y la administración del tratamiento antidótico inmediato, son pilares fundamentales en la evolución favorable en ésta intoxicación potencialmente letal.

REPERCUSIÓN A LARGO PLAZO DE EVENTOS DE GRAN IMPACTO EN LOS PRIMEROS MESES DE VIDA.

Bulgach V.I.; Mato R.²; Lopez P.³; Perdiz M.⁴

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S A M I C PROF DR JUAN P GARRAHAN'' - SERVICIO DE ADOLESCENCIA-^{1 2 3 4}

<valebulg@hotmail.com>

RPD
418

INTRODUCCION

Los tratamientos invasivos a temprana edad pueden repercutir significativamente en el desarrollo y ciclo vital de los pacientes. Los equipos médicos deben estar en condiciones de asumir nuevos desafíos y ser sensibles a nuevas realidades.

OBJETIVOS:

1) Conocer la evolución a largo plazo de pacientes en grave estado tratados en nuestro hospital en los primeros meses de vida. 2) Conocer aspectos del desarrollo personal, social y cultural; situación actual y futura. 3) Fomentar la reflexión y el análisis de las intervenciones realizadas ante eventos graves.

MATERIALES Y METODOS:

Se presentan dos casos clínicos, ambos con seguimiento prolongado en nuestro hospital.

RESULTADOS:

Paciente 1 : Andrés, 22 años, oriundo de Corrientes , a los 5 meses se realiza colectomía total secundaria a invaginación intestinal. A los 10 años resección y enterólisis de intestino delgado por múltiples fistulas. Escolaridad hasta 2º año, sociable, le gusta salir, fuma 10 cigarrillos por día, tuvo varias parejas sexuales y consume alcohol. A la edad de 22

años es derivado a nuestro Hospital con cuadro de desnutrición crónica, y hemorragia digestiva. Se diagnostica por endoscopia enfermedad inflamatoria inespecífica. Requiere alimentación parenteral permanente. Paciente 2: Ezequiel, 16 años , antecedente a los 3 meses de vida de internación en UCI por diarrea crónica , deshidratación y sepsis . Presentó trombosis venosa profunda secundaria a múltiples accesos venosos requiriendo anticoagulación. Actualmente cursa 3º año, tiene amigos, quiere estudiar medicina. Refiere parestesias en 4 miembros, evidenciando asimetría en miembros inferiores. Flebograpía: Trombosis de ambas venas subclavas y en venas femoral e iliaca derecha.

CONCLUSIONES

Los avances médicos nos proporcionan la incuestionable realidad de una supervivencia elevada ante eventos graves. Paralelamente, a estos sobrevivientes y a los médicos encargados de su seguimiento se nos plantea, asumir por primera vez una realidad clínica sin muchos antecedentes y para la cual no contamos con experiencia, ni con las respuestas necesarias. El integrar un equipo de salud de alta complejidad plantea el desafío del seguimiento y acompañamiento a este grupo de adolescentes portadores de consecuencias o "cicatrices" de enfermedades graves en temprana edad. También, es un llamado a la reflexión a nunca perder la mirada a largo plazo al momento de decidir conductas invasivas y de alto impacto en el tratamiento de enfermedades graves.

EFFECTOS ADVERSOS POCO FRECUENTES LUEGO DE LA UTILIZACIÓN DE BENZNIDAZOL, EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE CHAGAS.

**RPD
419***Yesuron G.¹; Bustos Oribe M.²; Meersohn M.³; Murad P.⁴; Tejada D.⁵*HOSPITAL GUILLERMO RAWSON^{1,2,3,4,5}

<gabriela.yesuron@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Chagas es una enfermedad endémica, causada por el parásito *Trypanosoma cruzi*. El tratamiento con benznidazol en adultos, conduce a una alta incidencia de reacciones medicamentosas graves. Sin embargo, en niños, parece producir reacciones adversas menos frecuentes y menos graves, pero hay escasos datos sobre el tema

OBJETIVOS:

Documentar efectos adversos poco frecuentes, en pacientes pediátricos con enfermedad de chagas tratados con benznidazol, y reportar un caso de farmacodermia y hepatitis medicamentosa en un paciente tratado con dicha medicación.

CASO CLÍNICO:

Adolescente de 13 años, con enfermedad de chagas agudo, diagnosticado en julio 2014, que consulta por lesiones en piel, edema facial y fiebre, que comienzan dos semanas posteriores al inicio de tratamiento con benznidazol. Al examen físico se valora en regular estado general, febril con exantema macular pruriginoso en miembros superiores, que luego se generaliza, edema bpalpebral, en miembros superiores e inferiores,

adenopatías móviles, blandas, no dolorosas, bilaterales cervicales, axilares e inguinales. Durante la internación se asocia hepatoesplenomegalia, ictericia y alteraciones bioquímicas (albumina 2.68 g/dl, bilirrubina total 1.62 mg/dl, bilirrubina directa 1.44 mg/dl, GOT 516 U/L, GPT 506 U/L, FAL 546 U/L, TP 52, KPTT 30", LDH 2315) compatibles con inflamación hepática, asumiéndose como farmacodermia y hepatitis medicamentosa, por lo que se suspende antiparasitario, se indica dexametasona y ácido ursodesoxicólico, presentando mejoría clínica, y bioquímica, por lo que 10 días posteriores a su ingreso se otorga egreso hospitalario, continuando controles en forma ambulatoria.

CONCLUSIÓN:

Si bien el tratamiento con benznidazol es bien tolerado en niños, y la mayoría de las reacciones adversas son leves, no requiriendo la suspensión del tratamiento. Nuestro caso coincide con la tendencia documentada de efectos adversos más graves, en pacientes mayores de 7 años, debiendo suspender el mismo.

RETRASO PUBERAL EN ADOLESCENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

**RPD
420***Bulgach V.¹; Lopez P.²; Perdiz M.³; Mato R.⁴*HOSPITAL DE PEDIATRÍA S A M I C PROF DR JUAN P GARRAHAN'' - SERVICIO DE ADOLESCENCIA^{1,2,3,4}

<valebulg@hotmail.com>

INTRODUCCION

Entendemos por retraso puberal a la situación clínica puesta en evidencia por la ausencia de incremento en el volumen testicular (≥ 4 ml) a los 14 años en el varón y de botón mamario a los 13 años en la mujer, o falta de desarrollo completo transcurridos 4-5 años desde su inicio (pubertad detenida). Si bien el retardo puberal en la enfermedad crónica es una entidad claramente conocida, la práctica cotidiana en el consultorio de adolescencia muchas veces nos demuestra que esta entidad sigue planteando dudas y dificultades en su reconocimiento.

OBJETIVOS

1- Resaltar y concientizar sobre la importancia de conocer el desarrollo puberal normal y sus límites máximos considerados como normales. 2- Remarcar la relación que existe entre patología crónica y aparición de eventos puberales, posibilitando así su rápido reconocimiento y permitiendo tomar medidas anticipatorias.

MATERIALES Y METODOS

Descripción de 7 casos clínicos de pacientes con retraso puberal asociado a patologías crónicas

RESULTADOS

Patología	Sexo (años)	Edad telarca (años)	Edad menarca (años)	Edad materna (años)	Menarca
Ostegénesis imperfecta (sin medicación)	F	17.6	15.5	17	12
Enfermedad celiaca (reciente diagnóstico)	F	16	12	-	15
Hepatitis autoinmune (meprednisona 4mg/día)	F	16.5	15	-	12
Trasplante hepático (meprednisona 4mg/día)	F	17.7	12	17	13
Insuficiencia renal crónica (sin medicación)	F	17.9	15	17	14
Trasplante renal (sin medicación)	F	16.6	14	-	13
Cardiopatía congénita cianótica (sin medicación)	M	14	Sin signos de inicio puberal	corresponde 14	No

CONCLUSIONES

Es fundamental conocer la fisiología de la pubertad normal y la fisiopatología de las situaciones que potencialmente se desvían de la normalidad. Recordar que la presencia de una enfermedad crónica puede ser la causa de que el desarrollo puberal comience en forma tardía o que se detenga. Teniendo en cuenta estos datos y entendiendo esta situación clínica podremos tranquilizar al adolescente y su familia. Es importante tener en claro cuándo se requerirá una interconsulta oportuna al Endocrinólogo y que estudios complementarios realizar. Deberemos ser conscientes que en la mayoría de los casos estos pacientes requerirán un abordaje multidisciplinario y un trato muy personalizado.



MEGAVEJIGA Y CRANEOSINOSTOSIS EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Varrenti I.¹; Moreno E.²; Lopez R.³

HZGA MI PUEBLO^{1,2,3}

<iva_varrenti@hotmail.com>

RPD
421

INTRODUCCION.

La megavejiga se define como el aumento anormal del tamaño vesical, identificado durante la gestación. Malformación fetal caracterizada por la presencia de una obstrucción en la uretra, ocasionando acumulación de orina en la vejiga. La craneosinostosis es un defecto congénito que provoca que una o más suturas de la cabeza del niño se cierren antes de lo normal, y se presenta en 1 de cada 2000 recién nacidos vivos

OBJETIVO.

Presentación de un caso de megavejiga y craneosinostosis en niña de dos meses.

CASO CLINICO.

RNT/PAEG, presenta al nacer importante distensión abdominal; con diagnóstico ecográfico prenatal de tumor anexial. Se solicita ecografía cerebral, FO, OEA, FEI y ecografía abdomino-pélvica, en la cual se observa imagen quística intraabdominal extensa de aproximadamente 80x90x50 mm en hemiabdomen derecho. Con diagnóstico presuntivo de quiste ovárico, se realiza punción para estudio histopatológico, que posteriormente se informa como negativo. A los 46 ddv, consulta al Servicio de Pediatría por persistencia de distensión abdominal y oliguria; al examen físico presenta marcada asimetría facial. Se solicita interconsulta con el Servicio de genética, quien solicita Rx de cráneo (f y p), TAC de cerebro, ecografía abdomino-renal y genital, urocultivo, e interconsulta con Nefrología, Urología y Neurocirugía. Se evidencia megavejiga y urostasis, sin alteración renal en estudio ecográfico. Se realiza diagnóstico clínico-radiológico de plagiocefalia, adoptándose conducta neuroquirúrgica.

Actualmente, en seguimiento multidisciplinario con: Pediatría, Estimulación Temprana, Genética, Neurocirugía, Nefrología y Urología.

DISCUSION.

El diagnóstico de megavejiga en el embarazo es infrecuente, más aún si se trata de un feto femenino. La aparición durante el screening ecográfico prenatal de una masa hipocogénica intrapélvica puede deberse a un quiste ovárico, un quiste peritoneal o una megavejiga.

CONCLUSION.

Aunque dificultoso, es importante el diagnóstico prenatal de megavejiga, así como también, de malformaciones asociadas o sindromáticas, a fin de implementar tratamiento oportuno y mejorar el pronóstico de sobrevida.

EVOLUCIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA A TRAVÉS DE LOS DESAFÍOS DOBLE CIEGO PLACEBO CONTROLADOS

Morell M.¹; Cosentino M.²; Bozzola C.³; Fernie L.⁴

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

<m.gabriela.morell@gmail.com>

POB
422

INTRODUCCIÓN:

La Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca (APLV) es un problema sanitario global. Requiere de un diagnóstico adecuado y en nuestro medio no se conoce su historia natural. Los desafíos placebo doble ciego controlados (DDCPC) están indicados para otorgar el alta al paciente y constituyen el estándar de oro.

OBJETIVO:

Describir la edad de resolución de la APLV y los posibles factores de riesgo de persistencia.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Se evaluaron 106 pacientes en forma retrospectiva con APLV diagnosticados inicialmente con desafíos abiertos que consultaron a la Sección de Alergia Pediátrica. Según la APLV se dividieron en reacciones gastrointestinales (GI) y no gastrointestinales (noGI). Variables estudiadas: sexo, edad de inicio de APLV y de realización de DDCPC, antecedente de anafilaxia. Luego de 6 meses sin síntomas se realizó DDCPC a dosis con VPP 95% (positivas: pasa la prueba; negativas: no pasa).

RESULTADOS:

De 106 pacientes (50 masculinos : 56 femeninos) DDCPC positivas: 93 (87,73%) Edad promedio: 23,14m (mediana: 19 m). Comparando GI:noGI: n=45:61; promedio edad inicio de APLV= 5.42:5.34 m; mediana edad inicio= 3:5 m; promedio edad DDCPC= 25,18:20,82m; mediana edad DDCPC: 15:20. Pruebas negativas: 6:7 (total=13). Sin diferencias significativas. Con antecedente de anafilaxia: 4 DDCPC negativas (X2: p=0.002 – OR: 7.82 IC: 1,26-42,92).

CONCLUSIONES:

La APLV es la alergia alimentaria más frecuente. Estos datos son los primeros que estudian la evolución espontánea de los pacientes con APLV en nuestro medio y demuestran a través de DDCPC que el promedio de los pacientes la resuelven hacia la edad de 2 años sin importar la patología (GI vs noGI). El diagnóstico inicial de anafilaxia parece ser un factor de riesgo independiente con casi 8 veces más chances de presentar una DDCPC negativa hacia la edad de dos años.



LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ¿CUÁNDO PENSARLO?

POB
423

Dovis N.¹; Infante I.²; Pérez A.³; Ricart M.⁴; Ortellao L.⁵; Mayo R.⁶; Molina F.⁷

SANATORIO SANTA FE^{1 2 3 4 5 6 7}

<natidovis@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica inflamatoria autoinmune de etiología desconocida, que afecta a mujeres entre los 15-50 años de edad. Las manifestaciones del Sistema Nervioso Central son diversas y con importantes consecuencias en su pronóstico, se desarrolla en el 20-70 % de los pacientes, con una edad media de 15 años.

OBJETIVO:

Presentar el proceso diagnóstico de LES en un paciente internado en el Servicio.

CASO CLÍNICO:

Niña de 14 años de edad con antecedentes personales de broncoespasmos y dolores abdominales a repetición; dermatopatías inespecíficas (vitiligo/dartros volante), síndrome escarlatiniforme; cirugía de adenoides a los 5 años y de plastrón apendicular a los 13 años. Menarca a los 13 años, iniciando un año después cambios en su personalidad: ansiedad y sonambulismo, siendo valorada por Psiquiatría y Neurología con estudios complementarios normales (angioresonancia, electroencefalograma convencional y bajo sueño prolongado, ecocardiograma y electrocardiograma) medicándose con clonazepam. Presentó internaciones posteriores por desvanecimientos y crisis de ansiedad por lo que se indicó oxcarbacepina, clobazam y paroxetina.

En su última internación presentó dolor abdominal de 10 días de evolución, sin fiebre ni vómitos se indicó laboratorio que informó Glóbulos blancos 5200(73/24), Eritrosedimentación 77, PCR ++, subunidad beta negativa, Ecografía abdomino-renal con meteorismo, no compatible con

proceso quirúrgico tras valoración por cirugía. Agregó dolor torácico constatándose derrame pleural derecho por ecografía y confirmándose por Tomografía de tórax y abdomen: atelectasias subsegmentarias en base izquierda. Por sospecha de enfermedad sistémica se revaloró por cardiología que evidenció derrame pericárdico laminar; y se solicitó pro-teínograma por electroforesis, inmunoglobulinas, serologías, LDH, orina de 24 hs, C3-C4 y artritis normales y Anti DNA, FAN, Factor reumatoideo (100 UI/ml). Con sospecha clínica de lupus y tras valoración hematológica y reumatológica inició tratamiento con corticoides sistémicos, derivándose posteriormente a centro de mayor complejidad por no mejorar su clínica, y confirmándose el diagnóstico de LES.

CONCLUSIÓN:

El LES es una enfermedad clínicamente desafiante, el compromiso neuropsiquiátrico ocurre en el 75 % de los casos en el primer año de la enfermedad y en ocasiones constituye el síntoma de presentación como fue el caso de nuestra paciente.

ACTINOMICOSIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

RPD
425

Harris V.¹; Cohen V.²; Corrales Morey M.³; Zunino Pradier F.⁴

HOSPITAL GARRAHAN^{1 2}; HOSPITAL FERNANDEZ³; HOSPITAL GARRAHAN⁴

<veritoharris@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La actinomicosis es una infección bacteriana supurada de curso crónico causada por bacilos gram negativos del género *Actinomyces*. Esta entidad poco frecuente suele ocurrir en pacientes inmunocompetentes. La localización más común es en cara y cuello, mientras que la afección torácica corresponde aun 15% de los casos. El diagnóstico suele ser tardío por falta de sospecha pero una vez hecho el mismo y tratado con antibióticos se asegura un pronóstico favorable.

OBJETIVO:

Describir una causa poco frecuente de tumoración torácica.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Descripción de un caso. Revisión de bibliografía. Estudio descriptivo.

RESULTADOS:

Se presenta una paciente de 10 años de edad oriunda de Córdoba que consulta por pérdida de peso, astenia e hiporexia asociado a adenopatía cervical y tumoración en hemitórax izquierdo. Al examen físico se constata una niña adelgazada, con dicha masa palpable en tórax izquierdo de 4 x 3 cm y de consistencia duroelástica, acompañada de adenopatías cervicales y supraclaviculares homolaterales. Auscultación patológica con hipoventilación en campo superior del hemitórax izquierdo. Se realizaron Rx y TAC de tórax que evidenciaron una extensa lesión en parénquima pulmonar que comprometía el lóbulo superior izquierdo y contactaba con la superficie mediastinal y la pared torácica. Se plantean como diagnósticos diferenciales patología oncológica (linfoma, sarcoma) vs

infecciosa (TBC como principal sospecha). Se realizaron esputos y PAMO que resultan negativos por lo que se programa biopsia quirúrgica cuya anatomía patológica evidenció abundantes colonias de microorganismos compatibles con *Actinomyces*. Se inició tratamiento con Penicilina endovenosa 6 semanas y luego se rotó a Amoxicilina vía oral 6 meses con buena respuesta.

CONCLUSIÓN:

La actinomicosis es una entidad poco frecuente, de curso benigno, que se manifiesta simulando patología neoplásica por lo que debe ser incluida dentro de los diagnósticos diferenciales de masa tumoral.



INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA EN PEDIATRÍA. ANÁLISIS DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS INVOLUCRADOS Y NUEVAS ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS

POB
426

Catoyra M.¹; Vergez A.²; Sanchez J.³; Rey M.⁴; Vazquez E.⁵; Villanova S.⁶

HOSPITAL FERNANDEZ^{1,2,3,4,5,6}

<belcatoyra@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones respiratorias agudas son la primera causa de consulta en niños menores de 5 años, representando el 60% del total de consultas en los menores de 2 años. Muchos cuadros diagnosticados inicialmente como neumonía resultan en cuadros de etiología viral.

OBJETIVOS:

1. Identificar los agentes etiológicos más frecuentes;
2. Identificar la frecuencia y causal de IRAB detectables por virológico convencional y ampliado;
3. Evaluar el costo-beneficio en el tratamiento de las neumonías hasta la obtención de los virológicos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo y descriptivo en menores de 5 años internados en Pediatría desde el 1 de Junio de 2011 al 4 de Octubre de 2013 con diagnóstico de IRAB. Se excluyeron aquellos a los que no se solicitó virológico para determinar la etiología. En las neumonías se realizó cálculo de costo/día de tratamiento antibiótico hasta la obtención del virológico convencional y ampliado. En el procesamiento de datos se utilizó planilla Excel.

RESULTADOS:

n= 448. Diagnóstico al ingreso: Bronquiolitis 67% (302), Neumonía 21% (95), Síndrome Coqueluchoide 10% (43), BOR 3% (10). Agentes etiológicos: VSR 65% (135), Picornavirus 10% (21), Parainfluenza3 6% (12), B. Pertussis 6% (12), Mycoplasma pn 5% (11), Metapneumovirus 3% (6), Adenovirus 3% (6), Influenza A 3%(4). Con diagnóstico de Neumonía al

ingreso, se tomaron muestra para virológico convencional al 100% (95) de los pacientes: 36% (34) fueron positivos, 54% (61) fueron negativos. De los negativos se tomó virológico ampliado sólo a 14% (9), resultando ser el 88% (8) positivos. Las neumonías con virológico +, recibieron un promedio de 24hs de tratamiento antibiótico (virológico convencional) y de 96 hs (diagnóstico por virológico ampliado).

CONCLUSIÓN:

El VSR es el agente etiológico más frecuente de las IRAB. Con virológico convencional en segundo lugar el Parainfluenza 3, pero ante la solicitud del ampliado este es desplazado por el Picornavirus. Dato a tener en cuenta ya que las neumonías por Picornavirus, de manera observacional, han demostrado tener una evolución tórpida y con picos febriles similar a la evolución de las neumonías bacterianas. Si bien en la actualidad el costo en relación a la salud pública es mayor cuando se solicita el virológico ampliado, los días de internación, el tratamiento antibiótico y su uso en las etiologías virales es un tema que merece ser considerado con cada paciente en particular.

LAVADO DE MANOS EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL, EN EL MARCO DE PRÁCTICAS SEGURAS PARA PACIENTES. ESTRATEGIA OMS

RPD
428

Falaschi A.¹; Del Negro V.²; Aguirre C.³; Dipauli L.⁴; Melonari P.⁵; Rosaenz A.⁶

SERVICIO DE INFECTOLOGIA HOSPITAL NOTTI^{1,2,3,4,5,6}

<falaschi.a@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La higiene de manos es importante para la atención segura de los pacientes.

OBJETIVOS:

Clasificar según OMS el nivel de prácticas sobre higiene de manos, conocer la percepción de la importancia del tema en directivos y valorar el nivel de conocimientos del personal del Hospital.

POBLACIÓN, MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS:

Encuestas validadas por OMS entre el 23 y el 28 de febrero de 2015: 1) Cuestionario de autoevaluación a Infectólogos, 2) Cuestionario de percepción de importancia de la higiene de manos a directivos, 3) Cuestionario a profesionales para evaluar conocimientos sobre higiene de manos.

RESULTADOS:

1) Cuestionario de autoevaluación: clasificación como nivel inadecuado a las prácticas de higiene de manos; 2) Percepción de los directivos: 2 de los 3 encuestados desconocen el % de infección nosocomial, pero opinan que la repercusión en el desenlace del paciente y los costos de atención es alta; 3) Encuesta a profesionales sanitarios: N= 204, mujeres 78,3%, médicos 37,93%, enfermeros 34,98%. Trabajan en consultorio externo 29,08%, internación 28,57%, áreas críticas 10,72%, áreas quirúrgicas 11,22% y otras 20,41%. Recibieron formación reglada sobre higiene de manos el 46,04%. Utilizan regularmente preparados en base a geles alcohólicos 78,79%. 91,50% considera que las manos son la vía de transmisión cruzada de microorganismos entre pacientes. Con respecto

a las acciones de higiene de manos para proteger al paciente contestó correcto 12,25% y para proteger al personal lo hizo 19,6%. 76,47% consideró que la fricción es más rápida que el lavado, y que la fricción es más eficaz que el lavado de manos 13,58%. Tiempo mínimo para la fricción: 10 seg lo contestó 48,96%. Tipo de higiene requerido ante cada situación fue contestado correctamente por más del 50%: antes de la palpación abdominal (fricción), y tras exposición a sangre (lavado). 81,91% contestó en forma incorrecta que antes de poner inyección usa lavado. Más del 90% considera que joyas, uñas postizas y lesiones cutáneas aumentan la probabilidad de colonización.

CONCLUSIONES:

Nivel inadecuado de higiene de manos. La mayoría de los directivos desconocen el % de infección nosocomial. Menos de la mitad recibió formación sobre lavado de manos. La mayoría piensa que las manos son la vía de transmisión de infecciones. Se evidencian dudas entre ventajas de fricción sobre lavado. Se necesita un programa para mejorar las prácticas de higiene de mano.

CAVERNOMATOSIS CEREBRAL MÚLTIPLE EN LA INFANCIA

Martin F.¹; Caffaratti E.²; Zayat C.³

CLINICA Y MATERNIDAD DEL SOL^{1,2,3}

<fabianamartin_r@hotmail.com>

RPD
429

INTRODUCCIÓN:

Los angiomas cavernosos, representan el 5,13% de todas las malformaciones cerebrovasculares. Se localizan en cerebro, médula espinal y rara vez, en otros lugares del cuerpo. Están constituidos por dilataciones multilobuladas anómalas de los vasos sanguíneos. El paciente puede presentar un angioma único o angiomas múltiples, los cuales suelen presentarse con carácter familiar, aunque también se evidencian casos esporádicos.

OBJETIVOS:

-Presentar un caso clínico de cavernomatosis múltiple de localización atípica.

-Contribuir al conocimiento de una patología vascular de la infancia

PACIENTE Y MÉTODO:

Paciente de 5 años de edad que consulta en nuestra institución, permaneciendo internada desde el 21/02/15 hasta tiempo indeterminado.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de sexo femenino de 5 años de edad, ingresa por vómitos de 48 hs. de evolución, epigastralgia y anorexia. Glasgow 15/15. Se indica tratamiento sintomático. A las 24 hs. de internación, la niña, presenta tendencia al sueño, episodio de ataxia, desviación de la mirada hacia la izquierda, marcha disbasica; se realiza TC: lesión de sangrado en hemisferio cerebeloso izquierdo de 5 cm de diámetro, disminución de la cisterna magna con desviación del 4º ventrículo e hidrocefalia obstructiva evolutiva. Se indica dexametasona e.v., fenitoina a 5 mg/kg/día y la elevación de la cabecera. Se solicita RMN y Angioresonancia con y sin gadolinio: cavernomas en el hemisferio cerebeloso izquierdo, con anomalía del desarrollo venoso asociado, estas lesiones se encuentran con

mayor tamaño en fosa posterior, visualizándose también a su alrededor edema asociado; se observan cavernomas típicos a nivel supratentorial. Al regresar del estudio de imagen, la niña presenta episodio de convulsión secundaria focalizada, de 20 minutos de duración, que no cede con benzodiacepinas por lo que se indica carga de fenitoina a 20 mg/kg. A las dos horas presenta paro respiratorio por lo que se decide intubación orotraqueal de urgencia, ARM. Se decide ingresar a cirugía, se realiza escisión de hematoma cerebeloso y colocación de catéter ventricular externo. Anatomía patológica: Macroscopia: fragmentos de color rojizo, consistencia blanda con aspecto de coagulo sanguíneo. Microscopia: los cortes muestran sangre con fibrina que en sectores está rodeada por una pared fibrosa con depósitos de hemosiderina. Se observan pequeños fragmentos de tejido cerebeloso con gliosis. Conclusión: hematoma en vías de organización en tejido cerebeloso. La paciente curso un postquirúrgico desfavorable con escasa respuesta neurológica, Glasgow 6/15 permaneciendo en ARM, sin sedoanalgesia. A los 10 días se retira catéter de derivación ventricular, previa realización de TC, no visualizándose signos de hidrocefalia. Se solicita EEG: desorganizado, con signos de sufrimiento cerebral difuso, sin actividad convulsiva. Actualmente la paciente continúa en ARM/Traqueotomía, alimentada por gastrostomía. Cursando una encefalopatía crónica no evolutiva.

CONCLUSIÓN:

Con la presentación de este caso, queremos alertar sobre la desestimación de signos y síntomas banales; la presentación de estos, no excluyen una patología de tan importante magnitud y con una evolución tan compleja.

INFRAESTRUCTURA EDILICIA NECESARIA PARA AL LAVADO DE MANOS HOSPITALARIO EN EL MARCO DE PRÁCTICAS SEGURAS PARA PACIENTES. ESTRATEGIA OMS

Falaschi A.¹; Del Negro V.²; Melonari P.³; Acevedo C.⁴; Rosaenz A.⁵

SERVICIO DE INFECTOLOGIA HOSPITAL NOTTI^{1,2,3,4,5}

<falaschi.a@gmail.com>

RPD
431

INTRODUCCIÓN:

La higiene de manos se considera una práctica de interés para la atención segura de los pacientes.

OBJETIVO:

Realizar un diagnóstico de situación de infraestructura necesaria para la higiene de manos en un hospital pediátrico de tercer nivel con 266 camas. Población, métodos y procedimientos: En el periodo comprendido del 2 al 7 de marzo del 2015, realizamos encuestas validadas por OMS de relevamiento de infraestructura, en consultorios externos, laboratorio, hemoterapia, servicio de diagnóstico por imágenes, áreas de internación clínica y quirúrgica, quirófano y unidades de cuidados intensivos del Hospital.

RESULTADOS:

Se evaluaron 23 áreas hospitalarias. Todas disponen de agua limpia y corriente. Canillas: operadas a mano 80,7% y a codo 19,2%. Existen un total de 105 lavamanos (entre áreas comunes y sitios de atención), 57% estaban completos con jabón y toallas. Se contabilizaron un total de 146 dispensers de lociones bactericidas en base alcohólica, 93,15% funcionan correctamente. La disponibilidad de las lociones bactericidas en base alcohólica fue intermitente en 78,26%. El dispenser utilizado es de pared, solo existen botellas en la cabecera de cama o camilla en terapia intensiva y consultorio externo de oncohematología, sólo 1 de un total de 202 profesionales que encontramos trabajando durante la encuesta, tenía alcohol en gel en su bolsillo. Las habitaciones de internación no

tienen: lavamos ni dispensers de clorhexidina en loción alcohólica. Los dispenser se ubican en los pasillos comunes. Disponibilidad de toallas: intermitente 73,91%, rara 8,7% y siempre 17,39%. Disponibilidad de jabón: intermitente 69,57%, y siempre 26,09%. Persona asignada para rellenar los dispenser no existe en 82,61%. Disponibilidad de guantes de examinación: siempre 82,61% e intermitente: 17,39%. Presencia de posters con técnica de lavado en 34,78% de bachas, y en 8,2% de áreas comunes. No se realizan auditorías de compliance del lavado de manos

CONCLUSIONES:

Existe disponibilidad de agua limpia en todos los sitios de atención. Disponibilidad de insumos variable. Menos de la mitad de las bachas tienen señalética con la técnica de lavado de manos. No se realiza auditoría. Se debe implementar un programa que contemple la mejora de los aspectos edilicios, disponibilidad regular de insumos, educación al personal y pacientes y control de la normativa.

Palabras Clave: higiene de manos, infraestructura, insumos, prácticas seguras.



ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA: PREVALENCIA DE SEROGRUPOS, CLÍNICA Y COMPLICACIONES EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DE MALVINAS ARGENTINAS

RPD
432

Hernandez Petersen A.¹; Guedes V.²; Gomez Villalba C.³; Poggi E.⁴; Estevez L.⁵

HOSPITAL CLAUDIO ZIN^{1,2,3}; HOSPITAL CLAUDIO ZIN (INFECTOLOGO)⁴; HOSPITAL CLAUDIO ZIN (EPIDEMIOLOGIA)⁵

<ale.hernandezpetersen@hotmail.com>

INTRODUCCION.

N.Meningitidis coloniza la mucosa nasofaríngea humana. El 10% de la población en circunstancia no epidémica es portadora, prevaleciendo en el rango etario de 15-24 años. Existen 13 serogrupos, pero el 90% de los casos se deben a los serogrupos A, B, C, Y y W135. En los países desarrollados la mayoría de los casos esporádicos y epidémicos se deben a serogrupos B y C; y en los subdesarrollados al serogrupo A. Anualmente se declaran más de 500.000 casos de enfermedad meningocócica con una mortalidad aproximada del 10% y hasta un 15% de los que sobreviven, sufren secuelas neurológicas.

OBJETIVO.

Describir clínica, evolución y secuelas a corto plazo de enfermedad meningocócica de pacientes internados en nuestro nosocomio así como prevalencia de los serogrupos de *N. Meningitidis* y comparar los casos con la estadística nacional.

MATERIAL Y METODO.

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de los casos de enfermedad meningocócica internados en el periodo comprendido entre mayo 2012- mayo 2015 en el Hospital Pediátrico de Malvinas Argentinas. Se realizó revisión de historias clínicas, búsquedas de resultados microbiológicos y análisis de los datos obtenidos, cotejando los mismos con los registros nacionales del periodo 2012-2015.

RESULTADOS.

Se registraron en el periodo de estudio 8 casos: 2 durante el 2012, 4 en 2013, un caso en 2015, sin casos registrados durante el 2014. 5 casos fueron menores de 1 año de edad. En el 100% de los casos presentaron meningitis, 3 con aislamiento de germen en hemocultivos. Los serogrupos aislados fueron 2 C, 2 W135, 2 B y 1 Y. 2 de los casos presentaron shock séptico y falla múltiple de órganos.

Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico precoz en un promedio de 7 días, 2 de ellos recibieron Aciclovir debido a la clínica. Uno de ellos presentó como secuela sordera bilateral, uno convulsiones y uno requirió amputación infrapatelar distal bilateral.

DISCUSION.

Observamos que nuestros casos se asejaron a los registros nacionales: 62% correspondió a niños hasta el año de vida, los serotipos aislados predominantes fueron B, C y W135. Un 37% de los casos presentó secuelas a corto plazo, siendo la mortalidad del 0%.

PROBLEMÁTICA DEL ABORTO ADOLESCENTE EN SAN JUAN SEGÚN REGISTROS DEL AÑO 2014

RPD
434

Herrero C.¹; Yesuron G.²; Romano De Tommaso J.³; Velasco Malberti M.⁴

HOSPITAL DR. GUILLERMO RAWSON^{1,2,3,4}

<carlitaherrero87@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La asincronía madurativa biológica-psicológica y social coloca a la embarazada adolescente, en situación de riesgo.

Se estima que un número importante de los embarazos en adolescentes terminan en un aborto, lo cual plantea un grave problema de salud pública, lo que nos llevó a realizar este trabajo de investigación.

OBJETIVO:

Describir la situación del aborto adolescente en el año 2014 en la provincia de San Juan.

POBLACIÓN:

Mujeres entre 12 y 20 años que fueron atendidas por aborto en Servicio de Maternidad del Hospital Dr. Guillermo Rawson.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se analizaron 113 encuestas realizadas a las adolescentes hasta los 120 días post – aborto durante el año 2014 las cuales hicieron énfasis en el lugar de residencia, edad, toma de anticonceptivos y repetición de embarazo posteriores al aborto.

RESULTADOS:

De las 113 adolescentes analizadas el 51 % pudieron ser abordadas para seguimiento posaborto; el 4% repitieron un embarazo dentro de los 120 días posteriores al aborto; La mayor incidencia de abortos se dio en primer lugar en mujeres de 19 años, en segundo lugar a los 17 años, en tercer lugar a los 18 años.

Del total de encuestadas solo se pudo registrar métodos anticonceptivos en el 8%. El 1% no adhirió y el resto no se registró por falta de seguimiento. Del total de abortos registrados en la maternidad de hospital Rawson de san juan en el año 2014, el 15% correspondió a mujeres menores de 20 años

CONCLUSIONES

Con este trabajo podemos concluir que hay un gran porcentaje de aborto adolescente. Por otro lado, se muestra la dificultad en el seguimiento. Esto se podría deber a la falta de registros como así también a la vulnerabilidad de la paciente postaborto (mudanzas, abandono de hogar)

Se destaca como factor importante la falta de adherencia a métodos anticonceptivos, lo cual puede estar relacionado con la pobre prescripción de anticonceptivos en la edad pediátrica.

**POBLACION PEDIATRICA EN RIESGO: MADRES ADOLESCENTES. ESTRATEGIAS FUERA DEL CONSULTORIO****RPD
435***Bosch P.¹; Ceriani M.²; Fernández Ceccarelli N.³; Gingini F.⁴; Rubulota M.⁵; Ripoll L.⁶; Combaz P.⁷; Famoso A.⁸; Zarza M.⁹*HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE DR ROBERTO CARRA^{1,3}; CENTRO DE SALUD DEBORA FERRANDINI²;CENTRO DE SALUD DEBORA FERRANDINI^{4,5,6,7,8,9}

<lbosch_paula@hotmail.com>

INTRODUCCION

Ante la necesidad de un abordaje multidisciplinario en una población pediátrica en riesgo se implementaron espacios de trabajo con madres adolescentes, sus hijos y el personal de salud buscando generar un vínculo que permita la continuidad de controles de crecimiento y desarrollo, el debate, la educación, y la contención.

OBJETIVO

Identificar logros y dificultades, y decidir modificaciones de la modalidad de trabajo mencionada.

POBLACION

La muestra está constituida por 21 madres de entre 16 y 25 años que concurren a la consulta pediátrica del Centro de Salud Municipal Débora Ferrandini de la ciudad de Rosario en los meses de diciembre de 2014 a abril de 2015.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Se estudiaron las siguientes variables: edad, nivel de instrucción, asistencia a los controles de salud, tabaquismo y conocimientos sobre temas abordados en los talleres. La recolección de datos se realizó mediante encuestas.

RESULTADOS

- El 80% reconocen los beneficios de la lactancia materna. Del 20% restante, la totalidad no siguió las pautas de alimentación complementaria oportuna.

- De las 7 madres tabaquistas, 3 han abandonado el hábito, y lograron evitar el tabaquismo pasivo en sus hogares.
- El 61% reorganizó su hogar con la finalidad de mantener productos potencialmente tóxicos fuera del alcance de los niños.
- El 52% entiende la importancia de la higiene bucal para la prevención de enfermedades.

CONCLUSION

Una gran parte de la población que participó del taller ha implementado propuestas saludables para con sus niños. No obstante, se reconoce la necesidad de un acompañamiento en aquellas madres que no lo han logrado.

EVALUACION DE CONSULTAS POR GUARDIA DEL HOSPITAL GUTIERREZ DE LA PLATA**RPD
436***Alvarez M.¹; Bianchi Y.²; Lizzazu L.³; Mansilla R.⁴; Selmi F.⁵; Muñoz A.⁶*HOSPITAL GUTIERREZ^{1,2,3,4,5,6}

<lali_alvarez@hotmail.com>

INTRODUCCION:

Se realizó evaluación de las consultas de guardia al Hospital Zonal General de Agudos Ricardo Gutierrez.

OBJETIVOS:

Determinar motivos de consulta más frecuentes, discriminar sexo y rango etario, determinar porcentaje de interconsultas, exámenes complementarios solicitados, número de internaciones y derivaciones a hospital de mayor complejidad.

POBLACION. METODO Y MATERIAL.

Se incluyeron los niños de 0 a 14 años. Se excluyeron las consultas de pacientes cuyos datos no figuraran completos. Se realizó estudio descriptivo de corte transversal. Se tomaron los datos del libro de guardia.

RESULTADOS:

Total de consultas 8926. El 53% fueron niños. El 46% fueron niñas. Las edades de los pacientes fueron divididos en seis grupos 0-28 días 1,9%. De 1 mes a 12 meses 21,09%. De 13 meses a 3 años 36,5%. De 4 a 5 años 13%. De 6 a 10 años 16,5%. De 11 a 14 años 10,25%. Las causas que motivaron la consulta fueron síntomas respiratorios 38,5%, fiebre 12% patologías cutáneas 11%, traumatismos 10,5%, síntomas digestivos 9,8%, traumatismo de craneo 4,6% síntomas urinarios 1,9%. Otras causas 11,7%. Se solicitaron exámenes complementarios al 9% radiografías 9%, laboratorio 2% Requirieron interconsulta a otros servicios de nuestro hospital 6% Traumatología 4%. Cirugía 2% Requirió internación 2% y se derivó a hospital de mayor complejidad menos del 1%.

CONCLUSIONES:

Las consultas durante el año 2014-2015 fueron mayoritariamente de niños entre 13 meses y 3 años. El motivo de consulta más frecuente independientemente la época del año fueron síntomas respiratorios. Pudieron resolverse de forma ambulatoria, sin necesidad de métodos complementarios, internación, interconsultas ni derivación a hospital de mayor complejidad en su mayoría.



BORDETELLA PERTUSSIS: ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y FACTORES DE RIESGO

Ottino M.¹; Kondratiuk Y.²

HOSPITAL DURAND^{1,2}
marcoyotte@hotmail.com

RPD
437

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

El coqueluche es una infección aguda de vías aéreas superiores, causada por la bacteria Bordetella Pertussis. Afecta sobre todo a menores de un año, con mayor incidencia en menores de 6 meses. El síndrome coqueluchoide es la forma de presentación típica y es común a otras etiologías infecciosas y no infecciosas. Siendo dificultoso el diagnóstico, es necesario contar con elementos adicionales para el mismo.

OBJETIVOS:

Describir y comparar las características clínico epidemiológicas entre los casos confirmados y los descartados; establecer el VPP del hemograma al momento del ingreso.

POBLACIÓN:

Pacientes entre 1 y 24 meses con diagnóstico de síndrome coqueluchoide o sospecha de coqueluche internados en la sala de pediatría y UTIP desde el 1 de enero 2010 hasta el 31 diciembre 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

RESULTADOS:

Ingresaron 60 pacientes. Se obtuvieron 22(33%) casos confirmados y 34(57%) casos descartados, a 6 pacientes no se les realizó PCR Bp. El 35(65%) tenían entre 1 y 3 meses de edad; en este grupo los casos confirmados representaron en 70%. Los signos más frecuentes en los casos confirmados fueron: cianosis 70%(n16), CVAS 43%(n10), fiebre y tos prolongada 26%(n6), sin diferencia significativa con los casos descartados.

No hubo diferencias significativas en los días de internación entre ambos grupos. Requirieron UTIP 6 pacientes; 3 de ellos fueron coqueluche. Presentaron coinfección con parainfluenza III 3(15%) de los casos confirmados. El agente etiológico más frecuente en los casos descartados fue el VSR(24%). El 27(50%) pacientes no se encontraban vacunados; en su mayoría por no contar con la edad requerida. Destacamos que el 75% de aquellos con esquema completo de vacunación fueron casos confirmados. El 75% de los casos confirmados convivían con adolescentes; no hubo diferencias significativas con los casos descartados. Hallamos VPP bajos para confirmar o descartar coqueluche en base al hemograma, obteniendo datos estadísticamente significativos para la leucocitosis.

CONCLUSIONES:

En nuestra población se confirmó coqueluche en 1 de cada 3 pacientes con sospecha, porcentaje que aumenta al 70% en los menores de 3 meses. La vacunación completa no descarta el riesgo de presentar enfermedad. Los síntomas al ingreso, tanto como el hemograma no nos permitieron discriminar a los paciente con coqueluche de los casos descartados.

PREVALENCIA DE IRAB, EN MENORES DE 2 AÑOS EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE SERVICIO DE PEDIATRÍA, HOSPITAL "DR: GUILLERMO RAWSON" DE SAN JUAN

Clavijo Perramón M.¹; Trincado C.²; Altamirano R.³; Castro B.⁴; Font G.⁵; Marchi M.⁶; Muñoz C.⁷; Schwartz B.⁸

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

<cecilia_clavijo@yahoo.com.ar>

RPD
439

INTRODUCCIÓN

La IRAB, es en la Argentina, una de las causas de muerte más frecuente en niños menores de 5 años y, casi el 50% de los motivos de ingreso a sala de internación.

La IRAB conjuntamente con la diarrea, causan más del 50% de las muertes de los niños menores de 5 años y representan el principal motivo de consulta médica pediátrica.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de IRAB en menores de 2 años en consultorios externos del Servicio de pediatría del Hospital Descentralizado Dr: Guillermo Rawson de San Juan.

POBLACIÓN

Niños de 30 días a 2 años de edad que consultaron en consultorios externos del Servicio de pediatría de Hospital Descentralizado Dr: Guillermo Rawson, entre el 01 de Enero y el 31 de Diciembre del año 2014.

MATERIAL Y MÉTODO.

Estudio Observacional Epidemiológico. Se analizaron las planillas de atención de consultorios externos del Servicio de Pediatría de Hospital Descentralizado Dr: Guillermo Rawson, de la Ciudad de San Juan, desde el 01 de Enero al 31 de diciembre del año 2014. Criterios de inclusión :Todos los niños entre 30 días y 1 año 11 meses y 29 días que consultaron en consultorios externos de Servicio de Pediatría con diagnóstico de IRAB (Infección Respiratoria Aguda baja. Criterios de exclusión: Niños menores

de 30 días de vida, niños de más de 2 años, niños entre 30 días y 1 año 11 meses y 29 días con otros diagnósticos. Los datos se procesaron en planillas de cálculo Excel

RESULTADOS.

El 38% de las consultas se debieron a enfermedades respiratorias, de éstas el 53% eran IRAB. Dentro de las IRAB, el 62% fueron bronquiolitis, 27% bronquitis obstructiva, 9% neumonías, 1% EPOC y 1% asma. En todos los grupos, se encontró una ligera prevalencia de varones sobre mujeres.

CONCLUSIÓN

Existe una alta prevalencia de consultas por patologías respiratorias agudas bajas, el mayor porcentaje lo integran las bronquiolitis y la bronquitis obstructiva. Conocer la consulta más frecuente en nuestro nosocomio, permite definir acciones en salud que involucran a la población de san juan, tendientes a mejorar la calidad de atención y la prevención de las patologías respiratorias.



USO DE ANFOTERICINA COMPLEJO LIPÍDICO EN LEISHMANIASIS CUTÁNEA: A PROPOSITO DE UN CASO

RPD
440

Núñez Camelino M.¹; Fresero J.²; Ybaceta M.³; Gajo Gane M.⁴; Scappini M.⁵

HOSPITAL JUAN PABLO II^{1,2,3,4,5}

<florencia_nc@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Leishmaniasis, enfermedad endémica en nuestra provincia, se adquiere por medio de la picadura de un insecto. De acuerdo a su presentación se agrupa en cutánea, visceral y mucocutánea.

OBJETIVO:

Describir un caso donde se realizó tratamiento con Anfotericina Liposomal en niño de 4 años con Leishmaniasis Cutánea.

DESCRIPCIÓN DE CASO:

Paciente de 4 años de edad, 13Kg. de peso, oriundo de la ciudad de Corrientes. En septiembre de 2013 consulta a servicio de Dermatología por presentar lesiones tipo ulcerosas, en abdomen y en brazo derecho, de 2 semanas de evolución, por lo que se toma biopsia por punción de dichas lesiones para descartar Leishmaniasis, que informa negativa. Al año vuelve a consultar, se realiza PCR para *Leishmania Brasiliensis* que informa positivo, se realiza la denuncia y es seguida por consultorio de Infectología y Dermatología, recibiendo medicación y seguimiento por ambas especialidades. A las 2 semanas aproximadamente consulta por presentar lesiones tipo pustulocostrosas compatible con varicela. La lesión del brazo impresionaba sobreinfectada. Se interna para tratamiento antibiótico EV por tratarse de Leishmaniasis sobreinfectada. Permanece internado durante 15 días recibiendo Clindamicina 6 días TMS vía oral + Anfotericina complejo lipídico, con controles hematológicos, función renal y hepática semanales dentro de límites normales.

CONCLUSIÓN

Se realiza tratamiento durante 9 días a dosis habituales con Complejo Lipídico (tratamiento de segunda línea), debido a que presentaba desnutrición de primer grado con poca masa muscular, para terapia intramuscular. Presentando notoria y rápida mejoría de las lesiones, en sucesivos controles. Los antimoniales pentavalentes han sido durante décadas el tratamiento parenteral de elección, aunque se han asociado con efectos secundarios graves y en los últimos años se han comunicado casos de fracaso terapéutico por inmunosupresión del paciente o resistencia del parásito. La Anfotericina complejo liposomal es mejor tolerada. Su coste ha limitado su uso en la leishmaniasis cutánea, pero podría ser útil tanto por vía parenteral con escasos efectos adversos. Al ser un fármaco muy efectivo, con menor toxicidad y hospitalizaciones más cortas, el coste final del tratamiento es inferior al de los antimoniales pentavalentes.

Se logró la cicatrización de las lesiones, continua los controles por consultorio.

PERFIL CLINICO-EPIDEMIOLOGICO DE UNA COHORTE DE NIÑOS CON TOXOPLASMOSIS CONGENITA. HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ, BUENOS AIRES (HNRG)

POB
441

Grobaporto M.¹; Moscatelli G.²; Moroni S.³; Freilij H.⁴; Ballering G.⁵; Damico I.⁶; Gentile A.⁷; Altchek J.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<marce_gp@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La toxoplasmosis es una zoonosis parasitaria, de distribución mundial, con alta prevalencia en la Argentina. La mayor gravedad de esta patología se manifiesta cuando la infección ocurre durante los primeros meses de la gestación. Son escasos los reportes sobre la prevalencia de esta infección en nuestro país. La toxoplasmosis congénita puede producir alta carga de enfermedad en la población, debiendo así nuestros esfuerzos enfocarse en la producción de conocimiento que permita generar estrategias para disminuir la incidencia de esta enfermedad.

OBJETIVOS:

Describir las características clínico epidemiológicas de una cohorte de niños con diagnóstico de toxoplasmosis congénita.

POBLACIÓN:

Niños con diagnóstico de toxoplasmosis congénita evaluados en el servicio de Parasitología y Chagas del HNRG, desde el año 1993 a 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, retrospectivo, de la cohorte de niños con diagnóstico de toxoplasmosis congénita, en el servicio de Parasitología y Chagas del HNRG. Criterio diagnóstico: serología IgM/A positivo y/o curva de IgG estable en el tiempo más allá de los 6 meses de edad.

RESULTADOS:

Se revisaron 153 historias clínicas con diagnóstico de toxoplasmosis congénita. El 55.6% fueron sexo femenino, el 94% de los pacientes procedentes del área metropolitana. La mediana de la edad al diagnóstico

fue de 7 meses (Iq 25-75 1.8, 26.2) El principal motivo de consulta fue presentar serología positiva (52%), seguido por derivación por manifestación oftalmológica (42%).

El 85% de los niños fueron sintomáticos. El 83% (127/153) presentó compromiso ocular, siendo la principal manifestación la coriorretinitis; de ellos, el 17.6% desarrolló al menos una reactivación. Asimismo, el 45% (69/153) manifestó compromiso neurológico con calcificaciones cerebrales (56/69), hidrocefalia (36/69) y microcefalia (21/69).

El 88% (135/153) de las madres no recibió tratamiento durante el embarazo. El 62% de los recién nacidos recibió tratamiento, con pirimetamina-sulfadiazina-leucovorina; siendo la duración variable.

CONCLUSIONES:

Los resultados hallados muestran un alto impacto clínico por toxoplasmosis. Se observa un inadecuado seguimiento de las madres dado que un pequeño porcentaje fue diagnosticado durante la gestación.



MASA MEDIASTINAL ANTERIOR ASOCIADO A DERRAME PLEURAL: FORMA INUSUAL DE PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA

RPD
442

Manzur F.¹; Peruzzo L.²
CLINICA REINA FABIOLA^{1,2}
<f_manzur@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los diagnósticos diferenciales más frecuentes de masa mediastinal anterior en edad pediátrica incluyen timoma, linfoma, y tumores de células germinales. Una tumoración de esta región producida por granulomas caseificantes se considera una forma inusual de presentación de tuberculosis pediátrica.

OBJETIVO:

Exponer una modalidad de presentación atípica de tuberculosis infantil.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Niño, 11 años, previamente sano con vacunación completa. Presenta diagnóstico de neumonía basal izquierda medicado con ceftriaxona y amoxicilina (7 días) con leve mejoría clínica. Veinte días posteriores se presenta con decaimiento del estado general, febril, disneico. Se realiza Radiografía de Tórax (velamiento base izquierda) y ecografía pleural (despegamiento 4 cm). Se reinicia Ceftriaxona. En Tomografía de tórax se aprecia masa ocupante en mediastino antero superior y se deriva a servicio de oncohematología. Laboratorio: Aumento de reactantes de fase aguda, con marcadores tumorales normales. Líquido pleural: Negativo (Anatomía patológica y Oncohematología). Biopsia mediastinal: Microbiología negativo. Paciente con evolución favorable, 7º día de ceftriaxona EV. Se otorga alta institucional.

Por control ambulatorio se recibe informe Anatomía Patológica de biopsia mediastinal: GRANULOMAS con necrosis central caseificantes y otros de apariencia no caseificantes. Técnicas para BAAR y PAS negativas. Se adopta

conducta expectante hasta informe definitivo de Bacteriología con control clínico semanal. Se informa desarrollo de *Mycobacterium Tuberculosis*. Se inicia tratamiento con Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol, con evolución clínica favorable.

RESULTADOS:

Aunque la tuberculosis puede tener diversas formas de presentación, se considera inusual que se manifieste como una masa mediastínica encontrándose pocos casos descriptos. El diagnóstico final requiere siempre de análisis histopatológicos de la lesión encontrada y con un tratamiento adecuado el pronóstico de recuperación completa, aunque lenta, es excelente.

CONCLUSIÓN:

El mediastino es una región que puede ser asiento de diversas formaciones tumorales y por lo tanto plantea problemas en el diagnóstico diferencial. La tuberculosis debería ser considerada en la lista de estos diagnósticos en el contexto de su resurgimiento asociado a la infección por VIH.

PONETE EN MOVIMIENTO ``PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA OBESIDAD INFANTO-JUVENIL``

RPD
443

Argañaraz B.¹; Herrera Rojas J.²; Pita S.³; Sequeira Neme A.⁴
Upa N° 17 B° Borges¹; UPA N° 17 B° Borges^{2,3,4}
<drablancaarganaraz@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La obesidad es una enfermedad crónica con exceso de tejido adiposo, que ha aumentado en los niños transformándose en una epidemia, con una tasa de 16 a 33%. Los niños con sobrepeso tienden a convertirse en adultos con sobrepeso, salvo que adopten patrones saludables. OMS: Argentina presenta el mayor porcentaje de obesidad infantil en niños menores de 5 a (prevalencia del 7,3%). MSN 2012: 1 de c/ 3 adolescentes entre 13 y 15 años tienen sobrepeso u obesidad. Este es un proyecto interdisciplinario para niños de 3 -14 años de edad y su entorno familiar; centra su atención en la salud general, y no sólo en el peso y en la alimentación, engloba áreas social, física y emocional promoviendo un peso saludable, con alimentación normo calórica planteando el cambio a mediano y largo plazo ya que el niño/adolescente están en etapa de crecimiento. Se abordaron: alimentación, publicidad engañosa, autocontrol, imagen corporal, comunicación, resolución de conflictos, autoestima, actividad e inactividad física.

OBJETIVO

Ofrecer un programa de tratamiento integral para la obesidad infanto-juvenil que implique cambios nutricionales, emocionales y estilos de vida del niño/adolescente y su entorno familiar.

MATERIAL Y MÉTODO:

Niños de 3 -14 años de edad con sobrepeso y/u obesidad UPA N° 17 Barrio Borges, Variables cuantitativas: Edad, IMC, laboratorio. Variables cualitativas HC, fichas de enfermería, censo de agentes sanitarios.

RESULTADOS:

En el periodo de marzo a diciembre 2014 se registraron 28 pacientes. La resultante fue: distribución por sexo 57% varones 43% mujeres por edad 3-6 años: 8%; 7-10 años 8%; 11-14 años: 12%. Un 42% con antecedentes de obesidad. De acuerdo al IMC inicial 50% eran obesos, 7% obesidad mórbida y 43% sobrepeso. Al final del estudio 46% sobrepeso, 38% obesidad, 8% obesidad mórbida y 8% normal.

CONCLUSIÓN:

La distribución por sexo edad es comparable a los datos estadísticos recabados. Se observa más obesidad/obesidad mórbida en adolescentes, los cuales son de más difícil manejo. Casi todos los factores asociados a la obesidad infanto/juvenil están relacionados con el estilo de vida. Los tratamientos para la obesidad infanto/juvenil deben basarse en una educación que aplique actividad física, hábitos alimenticios y seguimiento para la buena salud. Es imprescindible prevenir sobrepeso/obesidad desde edades tempranas en pos de adultos sanos.

ABSCESO EXTRADURAL COMO COMPLICACIÓN DE OMA

Camara G.¹; Vuarant G.²; Astbury M.³; Peralta M.⁴

HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN GRANADERO BAIGORRIA^{1,2,3,4}

<gabrielcamara@gmail.com>

POB
444

INTRODUCCIÓN:

Se define otitis media aguda (OMA) a la presencia de exudado (seroso, mucoso, purulento o mixto) en la cavidad media del oído. Si bien la mastoiditis es la complicación más frecuente de las otitis medias, pueden presentarse formas más graves (0.4%): absceso subperióstico-cervical, parálisis facial, laberintitis o petrositis (intratemporales) o meningitis, tromboflebitis de los senos venosos, absceso epidural, empiema subdural o absceso temporal cerebral

OBJETIVO:

Jerarquizar el seguimiento clínico de todas las OMA a fin de lograr la detección temprana de eventuales complicaciones graves e inicio oportuno del tratamiento de las mismas.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 7 años de edad, sin antecedentes de jeraquía, que consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por otalgia y supuración por conducto auditivo externo izquierdo, fiebre y vómitos a pesar de tratamiento con cefalexina dosis habitual (día 3) Al examen físico se constata supuración purulenta por CAE izquierdo, leve despegamiento de pabellón auricular homolateral, eritema, hiperalgesia retroauricular y posición antálgica con lateralización hacia la derecha. Se realiza laboratorio, TAC de cráneo y se asume como mastoiditis indicándose ceftriaxona 80mg/kg/día, previa toma de hemocultivos. Luego de una leve mejoría, a las 48 hs de tratamiento EV reagudiza la sintomatología, por lo que se repite TAC con contraste que informa infección que compromete

mastoides y tejidos vecinos con colección extradural de 7mm de espesor que desplaza seno lateral. Se diagnostica OMA supurada complicada con absceso extradural, se decide junto con servicio de infectología y ORL ampliar espectro antibiótico (vancomicina 60mg/kg/día, metronidazol 30mg/kg/día y ceftriaxona 100mg/kg/día) completando 28 días totales de tratamiento. Buena evolución clínica e imagenológica.

CONCLUSIÓN:

Si bien las complicaciones graves en 1º episodio de OMA son infrecuentes, es fundamental el seguimiento clínico del niño y así, ante la presencia de signos de mala evolución, sospechar precozmente complicaciones relacionadas, a fin de considerar la realización de estudios específicos tanto otomicroscópicos como imagenológicos.

SALUD ESCOLAR Y COBERTURA SOCIAL

Fairman A.¹; Ferrer G.²; Mignaburu G.³; Camera E.⁴; Haase G.⁵

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

afairman@fibertel.com.ar

POB
445

INTRODUCCIÓN:

El Programa de Salud Escolar correspondiente al Área Programática del Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández" tiene como objetivo la promoción y protección de la salud de la comunidad escolar. Durante el año 2013 la OMS lanza un informe sobre la salud en el mundo con la finalidad de poner en marcha un sistema de cobertura sanitaria universal que se adapte a la situación de cada país; con la meta de que cada ciudadano obtenga los servicios de salud que necesite sin limitaciones económicas. La Cobertura Porteña de Salud es un plan integral, personalizado y gratuito para los vecinos de la ciudad de Buenos Aires, basado en el Plan Médico de Cabecera decreto Nro. 456/996. Nos propusimos evaluar, a través del screening de salud realizado en las escuelas, la cobertura sanitaria de niños y adolescentes escolarizados tomando los datos comparativos desde 2011 hasta 2014.

OBJETIVOS:

- Conocer la cobertura social de los niños de nuestra Área Programática.
- Analizar el resultado de dicha cobertura.
- Conocer que % de nuestra población está afiliado a Cobertura porteña de salud.
- Motivar e informar a la población respecto a la Cobertura Porteña de salud.

POBLACIÓN:

Muestreo de alumnos de nivel inicial, primario, y medio que concurren a las escuelas públicas correspondientes al Área Programática del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tabla descriptiva del tipo de cobertura social de la población escolar evaluada durante el relevamiento de salud en los años 2011, 2012, 2013 y 2014. Datos obtenidos del protocolo de salud escolar.

Cobertura de salud	2011		2012		2013		2014	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Obra Social	3183	47,6	2310	46	2749	46	2845	47,7
Prepaga	704	10,5	620	12,2	796	13,2	903	15,1
Cobertura Porteña	56	0,8	92	1,8	158	2,6	173	2,9
Sin Cobertura	2731	41,1	1994	40	2266	38,2	2042	34,3
Total	6674	100,00	5016	100,00	5969	100,00	5963	100,00

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Se observa que sobre un total de 23.622 niños, 38,2% no posee cobertura de salud y solo 2,1% se encuentra afiliado a Cobertura Porteña, sistema público gratuito, al momento del relevamiento. Proponemos realizar acciones personalizadas a fin de mejorar la cobertura social y el cuidado de la salud de nuestros escolares.



SÍNDROME DE STEVEN JOHNSON EN NIÑO DE COMUNIDAD CHOROTE. DIAGNÓSTICO INFRECLENTE. CUIDADOS ENFERMEROS. CASO CLÍNICO

RPD
446

Saavedra V.¹; Nuñez F.²; Pimentel M.³

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA¹; HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL. SALTA^{2,3}

<saavedravh@hotmail.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome Steven Johnson se presenta como una erupción severa de mucosa con eritema disseminados y maculas cutáneas frecuentemente confluye a un desprendimiento de la piel en forma irregular por contacto (signo de Nikolsky), la etiología puede ser a infecciones víricas, bacterianas, aplicación de vacunas y drogas utilizadas como anticonvulsivantes, analgésicos u otras drogas.

OBJETIVO:

Dar a conocer la evolución del caso clínico en base al cuidado enfermero.

PRESENTACION DEL CASO:

Un niño de año y ocho meses de edad, el menor de 7 hermanos, hijo de padres pertenecientes a la comunidad Chorote con antecedentes de alteración neurológica (hidrocefalia), es asistido en el hospital regional de santa Victoria Este por cuadro convulsivo, es medicado con fenobarbital con tratamiento ambulatorio, luego de varios días reingresa al hospital por erupción palpebral y mucosa oral, a raíz del mismo es derivado al Hospital Juan Domingo Perón de Tartagal y de este, al Hospital Público Materno Infantil de la Ciudad de Salta recibiendo en este nosocomio con mayor compromiso de la piel. A la valoración de enfermería se identifica diferentes alteraciones; como de la integridad cutánea y mucosa, alteración de la oxigenación y a posterior el incremento del riesgo de infección por aumento de lesión y leve caída de la piel en región muslo derecho. Se adecua un plan de cuidados enfermeros en base a la atención de un paciente gran quemado para poder dar solución a las necesidades

del menor. La evolución durante las dos semanas de internación en UTIP fue favorable, luego fue trasladado a la unidad de Cuidados Intermedios para continuar el tratamiento.

DISCUSIÓN:

De acuerdo a la bibliografía, son varios factores los que desencadenan la afección, tales como, infecciones víricas, tratamientos medicamentosos prolongados entre otras. El caso clínico en discusión corresponde a un síndrome de Steven-Johnson inducido por droga anticonvulsivante: fenobarbital.

De acuerdo a bibliografías este caso es poco frecuente siendo su incidencia de 1.4 cada millón de habitante. En nuestra institución no se ha reportado algún caso en lo últimos 10 años.

Según evidencias bibliográficas no hay un tratamiento específico para el SSJ. En nuestro caso se adoptó un plan de cuidado similar a un paciente quemado.

CONCLUSIÓN:

En relación al caso clínico presentado fue de gran beneficio la dedicación de un personal de enfermería exclusivo para este paciente, el cumplimiento de las normas de aislamiento estricto, la consideración de los cuidados centrados a la reposición de líquidos, la nutrición, el manejo del dolor, la prevención de lesiones e infecciones. En tanto la evolución de este paciente fue exitosa.

Esto nos sirve como base para actuaciones futuras en la unidad de terapia intensiva pediátrica, ya que el Hospital Público materno infantil no cuenta con una unidad de quemado.

ENCEFALITIS HERPÉTICA

Paleari M.¹; Marc R.²

Sanatorio Rosendo García^{1,2}

<vero_paleari@hotmail.com>

RPD
447

INTRODUCCIÓN:

La Encefalitis Herpética es la encefalitis fatal no epidémica más frecuente. Mientras que la infección primaria suele ser benigna, el compromiso del SNC se asocia con un alto nivel de morbilidad y un índice de mortalidad del 50-80% sin tratamiento. Se presenta en cualquier época de año, en ambos sexos por igual, siendo los más afectados los niños menores de 5 años. El virus Herpes Simple tipo I es el responsable de la mayoría de los casos, produciendo una encefalitis necrótica-hemorrágica de comienzo agudo.

OBJETIVO:

Resaltar la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, mediante la presentación de un caso clínico, dado que los mismos se correlacionan directamente con un menor índice de morbimortalidad y aparición de secuelas.

CUADRO CLÍNICO:

Paciente varón de 14 meses de edad; RNTAPEG. Síndrome convulsivo en tratamiento desde los 2 m con Fenobarbital.

Ingresó derivado de San Nicolás donde permanece internado 4 días por cuadro de gastroenteritis aguda febril y convulsiones tónico-clónicas generalizadas, con fijación de la mirada y sialorrea que ceden con Lorazepam. Se ajusta dosis de Fenobarbital a 4mg/kg/día y por persistencia de las mismas se deriva a nuestra institución para completar estudios y tratamiento.

Evoluciona persistentemente febril, con desmejoría del estado general y alteración del sensorio; presenta un status convulsivo que requiere impregnación con Fenitoína 15mg/kg, quedando luego medicado con Fenitoína 5mg/kg/día + Fenobarbital 5mg/kg/día. Ingresó a UCIP con Glasgow 9/15 para mayor control.

TAC de cráneo: se evidencia imagen hipodensa tèmoro-parietal izquierda; punción lumbar: LCR cristal de roca, glu 0,52 prot 0,38 elementos 7 reacción de pandy negativo, se envía muestras para cultivo y PCR y con sospecha de encefalitis herpética se medica con Aciclovir 60 mg/kg/día. RMI cráneo: informa imagen isquémica aguda-subaguda tèmoro-parietal izquierda, AngioRMI (anatomía vascular normal) con imagen de edema compatible con proceso inflamatorio tèmoro-occipital bilateral. EEG alterado compatible con encefalitis herpética. PCR en LCR positivo a Herpes Simple, se completan 21 días de Aciclovir endovenoso, con PCR de control negativa.

Por persistir episodios convulsivos focales a nivel de miembro superior derecho se repite RMI de cráneo con informe de lesión secuelar tèmoro-parietal izquierda.

El paciente presenta buena evolución clínica y recupera pautas neuromaturativas (deglución, sostén cefálico, comunicación verbal).

CONCLUSIÓN:

La sospecha de encefalitis herpética en etapas tempranas de la enfermedad mejora sustancialmente el pronóstico; debe ser tenida en cuenta dentro de los diagnósticos de encefalitis y meningoencefalitis, sobre todo si el paciente presenta signos de foco neurológico y no tiene datos clínicos ni epidemiológicos orientadores de una causa específica. En ese caso debe iniciarse tratamiento empírico para encefalitis herpética hasta obtener el diagnóstico de certeza; ya que se ha demostrado que el tratamiento precoz disminuye la morbimortalidad y la aparición de secuelas.

RPD
449**PURPURA POR CITOMEGALOVIRUS BREVE EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO***Carena N.¹; Mansilla Guevara M.²; Librici E.³; Melvin G.⁴*HOSPITAL CENTENARIO. ROSARIO.^{1,2,3,4}

<natalicarena@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Púrpura Trombocitopénica Inmune caracterizada por disminución en Nº de Plaquetas por Destrucción, Secuestro o Disminución de Producción, dentro de esta última encontramos las Adquiridas por Infecciones Virales como CMV

OBJETIVO

Presentamos 2 pacientes con Trombocitopenia diagnosticados con PTI encontrándose Infección CMV Activa

Población El estudio se realizó en 2 niños de ambos sexos, entre 12 y 15 meses. Internados en Enero y Febrero 2015 Sala Pediatría Hospital Provincial Centenario Rosario Santa Fe

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1 Paciente 12 meses, Alerta Bajo Peso y Talla, derivado Guardia. Cuadro 24 hs Petequias tórax y cuello, Alteración Depositiones y Vómitos agregando Hematomas. Pretérmino y Bajo Peso Nacer. Vigorosa. Gemelar Bivitelina. Internada en Neonatología 10 días por Prematuridad con oxígeno por cánula nasal 3 días. Internación a los 5 meses por Neumonía. Laboratorio: Leucocitosis fórmula derecha (18500) Plaquetopenia (9000) VES (25). Fondo Ojo normal y Hematíes Urinarios negativos. Se solicita serología viral Ig M CMV+. Se realiza pasaje de Ig G Humana 48 hs. Luego de 8 días con Plaquetas en ascenso (70000) se otorga alta. 72 hs posteriores reingresa, Plaquetopenia en descenso (23000) Leucocitosis (11280). Luego de 48 hs con Plaquetas en ascenso (78000) se externa

Caso 2 Paciente 15 meses, Muy Bajo Peso y Talla, derivado Unidad

Cuidados Intensivos (UCI). Cuadro 72 hs Petequias generalizadas. 24 hs posteriores agrega 3 Registros Febriles (38 a 39º). Recién Nacido Pretérmino y Bajo Peso Nacer. Vigoroso. Vacunas Completas. Internado Neonatología 27 días Prematuridad, Restricción Crecimiento Intrauterino, Enteritis Inespecífica, Hiperbilirrubinemia. Laboratorio: Anemia (Hb 9) Leucocitosis fórmula derecha (20000) Plaquetopenia (41000). Realizan expansión, Cultivos y Antibioticoterapia asumiendo Sospecha Síndrome Meningeo, derivan a UCI. Permanece 36 hs con oxígeno por cánula nasal. En Sala General se solicita Serología Viral CMV Reactivo. Realizó antibióticoterapia 7 días suspendiéndose con cultivos negativos

RESULTADOS

En Nº 1 se indicó Ig G Humana 48 hs, Refractaria y en Nº 2 inicialmente se asume Sospecha de Meningitis, ambos dos recuperando paulatinamente valores normales de laboratorio. Presentaron alteraciones deposiciones sin moco, pus ni sangre autolimitándose con balances acordes

CONCLUSIÓN

Considerar la Infección por CMV como Etiología Adquirida de Síndromes Purpúricos.

INGESTA DE CAUSTICOS ALCALINOS: INTOXICACIÓN FRECUENTE Y PREVENIBLE, CON SECUELAS GRAVESRPD
450*Docampo P.¹; Mendelewicz N.²; Mendez M.³; Spera M.⁴; Voitziuk A.⁵; Greco V.⁶*HOSPITAL NACIONAL PROF. A. POSADAS^{1,2,3,4,5,6}

<cynthidocampo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La exposición a cáusticos es habitual por ser productos utilizados como destapacañerías y/o limpiahornos. Los álcalis producen necrosis por licuefacción de los tejidos. Su ingesta produce edema, ulceraciones, sangrado, placas blanquecinas e intensa actividad fibroblástica con cicatrización en tres semanas. El esófago se afecta más que el estómago, especialmente cuando se trata de productos sólidos o en escamas.

OBJETIVOS:

Recordar el manejo inicial del paciente que ingiere causticos alcalinos y su seguimiento multidisciplinario. Resaltar las medidas de prevención para evitar este tipo de accidentes graves. Dar a conocer tres casos y sus secuelas a largo plazo.

CASOS CLÍNICOS:

Se describen 3 pacientes de entre 3 y 4 años de edad, derivados a nuestro hospital de otros centros de salud, por antecedente de ingesta accidental de soda caustica en escamas y/o diluido en agua trasvasado a botellas de gaseosa. Todos ellos presentaron llanto inmediato, sialorrea, vómitos y lesiones en labios y mucosa oral. En los tres casos se solicitó Rx tórax abdominal, VEDA, esofagograma y recibieron tratamiento con corticoides, antibióticos, analgésicos y protectores de la mucosa gástrica. Los pacientes presentaron compromiso esofágico en la VEDA, requiriendo 2 de ellos sesiones de dilatación esofágica y el otro evolucionó con tratamiento quirúrgico de reemplazo de esófago.

CONCLUSIÓN:

Ante la sospecha de ingesta de un caustico alcalino, es importante no realizar medidas de descontaminación gastrointestinal que agravarían el cuadro. Es fundamental conocer la composición del producto o conocer el PH del mismo para determinar la terapéutica a seguir. Es necesario advertir, asesorar e informar sobre la peligrosidad de trasvasar estos productos a envases de gaseosa, lo cual genera la curiosidad de los niños para su ingesta.



CRECIMIENTO DE PREMATUROS DE EXTREMO BAJO PESO AL NACER

Borroni R.¹; Brundi M.²; Kasten L.³; Schapira I.⁴; Russo G.⁵; Granovsky G.⁶; Iroz M.⁷; Allignani G.⁸; Vivas S.⁹; Fiorentino A.¹⁰; Aspres N.¹¹

HOSPITAL RAMON SARDA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}
<roxiborroni@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los prematuros, (PT) de Extremo Bajo Peso al Nacer (EBPN) presentan mayor déficit de crecimiento en peso y talla y perímetro cefálico.

OBJETIVOS:

Comparar la ganancia de peso, talla y perímetro cefálico (PC) en PT <750 gr, con los PT 750-999 gr hasta los 2 años de vida y evaluar la prevalencia de Displasia broncopulmonar (DBP), Retinopatía del Prematuro (ROP), Enterocolitis Necrotizante (ECN) y Hemorragia Intracraneana (HIC) en los dos grupos.

DISEÑO:

De Cohorte, analítico. Se calculó el OR e Intervalo de confianza (IC) del 95%. Años: 2003-2011. N= 114 PT EBPN con registros de peso, talla y PC hasta los 2 años.

Grupo 1: PESO EN GR 500-749 N=28

Grupo 2: PESO EN GR 750-999 gr N= 86

RESULTADOS

Score Z Peso en los <750 g se encuentra a -0.99 DS al nacer, -2.2 DS a las 40 sem. de ECO (OR 2.1; IC 95% 0.86-5.2 NS) y -2.5 DS (OR 4.1 IC 95% 1.7-10.); -1.74 DS (OR: 3,8C : 1.4-10.3); -1.7 DS (OR6.2 IC:2.1-18.7); -0.99 DS (OR:4.4 IC:1.3-14.6) a los 4, 8, 12 y 24 meses de ECO.

Score Z Talla en <750 g a las 40 sem -3.6 (OR: 7.2 IC 95% 2.3-22.6) y -3.05 DS (OR: 3.2 IC 95% 1.3-14.6); -2.1DS (OR: 3.9; IC 1.6-9.6); -2.2 (OR: 6.2 IC 2.1-18.7) y -1.85 (OR: 4.4 IC 1.3-14.6) los 4, 8, 12 y 24 meses de vida.

Score Z de PC a las 40 sem: -0.79 DS (OR: 28; IC 95% 3.3-245), -0.14 DS (OR:

10 IC 1.015-102); -0.08DS (OR: 3.3 IC 0.63-17 NS), -0.08 DS (OR: 5 IC 0.79-31 NS) y -0.03DS (OR: 5 IC 0.79-31 NS) a los 4, 8, 12 y 24 meses de ECO. El 39% de los >750g (G 1) presento algún grado de HIC vs 31% el grupo 750-999 (G 2).

El 82% del G1 presento DBP vs 54% en el G2.

El 75% del G1 tuvo algún grado de ROP vs el 35% del G2.

La ECN fue de 7% en el G1 y del 3.5% en el G2.

CONCLUSIONES:

En peso y talla se comportan como grupos diferentes.

Los PT EBPN tienen 4 veces más riesgo de tener bajo peso y 3 veces más riesgo de tener talla baja a los 2 años, que los que pesan entre 750 y 999 gramos. El PC tiende a ser menor entre las 40 semanas y 4 meses de ECO que los del G2 y alcanza el Percentil 50 a los 2 años. (S/ curvas OMS).

Los PT con DBP tuvieron un riesgo 4 veces mayor de bajo peso a los 2 años y los que padecieron ROP tuvieron casi 6 veces más riesgo de desnutrición a esa edad. No hubo diferencias en cuanto a la ECN ni a la presencia de HIC.

RPD
451

NEFRONÍA LOBAR AGUDA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Bloch M.¹; Gallardo M.²; Méndez J.³; Cavagnari B.⁴

HOSPITAL ALEMAN^{1,2,3,4}
<merbloch@hotmail.com>

La nefronía lobar aguda (NLA) es una infección bacteriana severa que compromete los lóbulos renales y debe ser sospechada ante una pielonefritis aguda con mala respuesta al tratamiento. Es poco frecuente en pediatría y el número de casos reportados en la literatura es escaso. El objetivo de este trabajo es presentar dos casos de NLA con distinta forma de inicio, clínica, tratamiento y evolución.

CASO 1:

Niña de 10 años, con fiebre de 7 días y vómitos de 3 días de evolución. Por puño percusión izquierda positiva y sedimento patológico, se medica con cefalexina. A las 48hs. persiste febril, con dolor en flanco izquierdo y urocultivo positivo (E.coli multisensible). La ecografía renal muestra un riñón izquierdo (RI) agrandado, con focos ecogénicos mal definidos. Se interna para tratamiento parenteral con cefalotina. La tomografía computada (TC) muestra un RI agrandado, con áreas focales hipodensas. Presenta mejoría clínica a las 24 hs del tratamiento parenteral. Recibe 7 días de antibiótico endovenoso y 14 días de cefalexina vía oral. Las ecografías de control mostraron resolución de las imágenes a los 10 días del diagnóstico.

CASO 2:

Niño de 5 años, con fiebre alta de 24hs de evolución. 3 meses previos, había sufrido un traumatismo con perforación ileal que requirió ileostomía. Ingresó levemente deshidratado, con flanco izquierdo doloroso, puño percusión izquierda positiva, neutrofilia e hipokalemia moderada. Orina con piuria sin bacteriuria. Se realiza reposición hidroelectrolítica, se corrige el potasio y se realiza TC de abdomen y pelvis, en la que se

visualiza el RI agrandado, con 3 imágenes hipodensas que realzan el contraste. Se indica tratamiento con piperacilina-tazobactam y vancomicina. A las 24 hs. se informan 1 de 2 hemocultivos y urocultivo positivos para *Klebsiella oxytoca*, por lo que se rota el antibiótico a ceftriaxona. A las 48 hs. desaparecen la puño percusión, el dolor abdominal y la fiebre. Recibe 14 días de antibiótico parenteral y 4 semanas de TMS vía oral. Las ecografías de control mostraron resolución de las imágenes a las 10 semanas del diagnóstico.

En la NLA, la vía de infección más frecuente es la ascendente. La ecografía en fase aguda es imprescindible para su diagnóstico y puede ser necesaria la realización de una TC con contraste, la cual es considerada el gold standard. Con un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, el pronóstico morfológico y funcional es generalmente favorable.

RPD
453



SINDROME NEFROTICO CONGENITO LA HISTOLOGIA PREDICE LA EVOLUCION?

POB
454

Medina Cortez S.¹; Albertoni Borghese M. H.²; Isern E. M.³; Becchio J.⁴; Masso D. Z.⁵

SERVICIO DE NEFROLOGÍA - HOSPITAL A. POSADAS^{1,2,3,4,5}

<sansantiago5@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La etiología del Síndrome Nefrótico congénito (SNC), luego de descartadas las infecciones, se debe en el 90% de los casos estudiados a mutaciones en los genes que codifican para proteínas de la barrera de filtración glomerular: NPHS1 (más frecuente), codifica para la Nefrina (Tipo Finlandés), gen supresor del Tumor de Wilms (WT1) y raramente NPHS2, LAMB2 y PLCE1

OBJETIVOS:

Mostrar 2 casos de SNC, con controversias internacionales en el manejo

CASO 1:

CM. Femenino. RNPT 36s PN 2550 Consulta al mes de vida por dificultad respiratoria y rechazo alimentario, en anasarca, Sepsis por Neumococo, HTA Exámenes complementarios: Hto 27%, Urea: 0,13 g/l, Cr: 0,2 mg/dl, Albúmina 1.1 g/dl, γ : 0,28, C3: 138 C4: 31 Orina: Proteínas: 300 mg/dl Hb: xxx Índice Proteína/Creatinina mg/mg (IPC): 65 (VN hasta 0.2) HIV/VDRL/CMV/HCV/ Chagas/Monotes negativas. Eco Doppler renal, ecocardiograma y examen oftalmológico normal. Cariotipo: 46 XX. Punción biopsia renal (PBR): Aislados túbulos dilatados de tipo quístico (compatible con SNC tipo Finlandés). Tratamiento: Albúmina EV hasta los 6 meses de vida, Enalapril, losartan, e indometacina disminuyendo el IPC a 0.9 a los 2 años. A los 5 años: normotensa, Peso y Talla: Pc 25, Cr 0.3 mg/dL; albúmina 3.8 g/dl; IPC: 0.7 Recibe: Enalapril 0.5 mg/kg/día, Losartan 1.25 mg/kg/d.

CASO 2:

M.F. Femenino 15 días de vida, RNT/PAEG, PN 2.580. Ingresar por distensión abdominal, anasarca, sospecha de oclusión intestinal HTA. Exámenes complementarios: Hto 54 %, HMC (+) H. influenza, Urea: 0.08 g/L, Creatinina 0.1 mg/dL PT 2.1 Albúmina 0.6 gr/dl .Orina: Proteinuria 12 g/L, IPC: 100 mg /mg. Toxo, Rubeola, CMV, HIV, HBV, VDRL, Chagas: negativas, C3: 45 C4: 9, Cariotipo 46 XX. Diagnóstico: SNC. Tratamiento: enalapril, losartan, e indometacina a dosis máxima EPO, Albúmina EV, actualmente bisemanales PBR: Esclerosis Mesangial Difusa (EMD). Luego de 6 meses: 3 reinternaciones por sepsis. Peso y talla: Pc 3, normotensa, hepatoesplenomegalia, Albúmina: 1.8 g/d, Cr 0.17mg/dL IPC: 28mg /mg

DISCUSIÓN:

Caso 1 la aceptable evolución podría deberse a mutación benigna fuera de las descritas en Finlandia.

Caso 2: función renal normal, con disminución al 25 % del IPC, persiste con síndrome nefrótico. La EMD a diferencia de la anterior, independientemente del gen que la produce tiene una evolución desfavorable con llegada a ERCT o muerte antes de los 4 años de vida debido a la instalación precoz de la lesión en la vida fetal.

CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE EL PEDIATRA Y NEURÓLOGO PEDIATRA EN UNA PRIMERA CRISIS EPILÉPTICA Y SU SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

RPD
455

Rebollo A.¹

HOSPITAL ALEXANDER FLEMING¹

<anaprebollo@yahoo.com.ar>

Las crisis epilépticas son eventos inesperados que atraviesan la vida del paciente trayendo tanto a él como a su familia incertidumbre sobre su etiología, tratamiento y pronóstico; por lo que se considera de suma importancia llegar a un adecuado diagnóstico siempre que sea posible. Este trabajo busca la concordancia diagnóstica entre el Pediatra y el Neurólogo Pediatra al evaluar un primer evento convulsivo en pacientes internados y con su seguimiento a largo plazo (6 meses).

Para ello se tomaron datos de las historias clínicas de pacientes internados con sospecha de crisis epiléptica y de aquellos que incluían sus diagnósticos diferenciales al ingreso, correlacionando con el registro de Consultorios Externos la evolución.

Se encontró un 60% de coincidencia entre el diagnóstico de ingreso y el propuesto por el Neurólogo en la internación del total de pacientes seleccionados con eventos paroxísticos.

En aquellos que el Pediatra sospechó crisis epiléptica la concordancia fue mayor: 71.73%.

En el seguimiento a los 6 meses se mantuvo el diagnóstico de ingreso en un 77% de los pacientes. Logrando incluir en Síndromes definidos el 23% restante debido a la evolución clínica y a los exámenes complementarios.



LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL PROVINCIAL. HOSPITAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL VITORIO TETAMANTI, MAR DEL PLATA

RPD
456

Do Santos S.¹; Arguello S.²; Cabana J.³; Murray M.⁴; Ferrara E.⁵; Caballero E.⁶; Marcon L.⁷; Merodio E.⁸

HIEM1¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

<silviados@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La encefalopatía posterior reversible (PRES) es causada por edema cerebral vasogénico posterior. Se presenta con cefalea, convulsiones, alteración de la conciencia y otros síntomas neurológicos que se asocian a cambios transitorios en materia blanca por RMN. Se ha asociado a uso de citostáticos e inmunosupresores, trasplantes, hipertensión arterial y otros.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de historias clínicas.

RESULTADOS:

Caso 1. Paciente femenina de 10 años con Osteosarcoma. Durante internación por resección tumoral presenta 3 episodios de convulsiones focales con cefalea. Laboratorio normal e hipertensión. La RMN mostro lesión cortico subcortical occipito- frontal bilateral. La paciente presentó resolución posterior completa.

Caso 2. Paciente masculino de 13 años con inmunodeficiencia primaria y LMA en remisión. En internación para diagnóstico de granulomatosis linfoidea en enero 2014, presenta episodio de alucinaciones y convulsión tónica clónica generalizada. Laboratorio normal e hipertensión arterial. RMN con imágenes puntiformes subcorticales parieto occipital bilateral. Resolución posterior completa.

Caso 3. Paciente masculino de 14 años con diagnóstico de LLA T en abril 2014. Última quimioterapia metotrexato IV e intratecal una semana previa. Ingresos con cefalea aguda, pérdida de tono postural y crisis de movimientos oculares de dos minutos de duración. Laboratorio normal e hipertensión. La TAC fue normal, la RMN fue realizada dos semanas más tarde, sin hallazgos de relevancia. Se asume como cuadro probable de PRES, sin repetir episodios.

Caso 4. Paciente masculino de 5 años con diagnóstico de LLA B phi- en mayo 2014. Última quimioterapia sexto bloque de alto riesgo con quimioterapia intratecal 16 días previos al ingreso. En internación por Sepsis a SAMR presenta hemiparesia braquio crural izquierda con convulsiones focales. Laboratorio normal con hipertensión. RMN con lesiones parietales derecha. Resolución completa de síntomas en 48 horas. No repitió episodio.

CONCLUSIÓN:

El PRES se ha descrito predominantemente en leucemias. Cabe destacar la hipertensión arterial que precede el cuadro neurológico, la importancia de la RMN en el momento del episodio para su confirmación, el tratamiento energético inicial y la rápida suspensión del tratamiento anticonvulsivante.

URTICARIA HEMORRÁGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
457

Goldberg C.¹; Aybar Lobo P.²; Castillo A.³; Fernandez L.⁴; Poliszczuk B.⁵; Pozo F.⁶; Ursino F.⁷; De Sousa Serro R.⁸

HTAL ARGERICH¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

<carolinagoldberg@hotmail.com>

OBJETIVO:

Presentación de un caso clínico de Urticaria Hemorrágica en un paciente de 1 año y 8 meses, cuyo diagnóstico se realiza en función de su evolución. Introducción: La urticaria y el angioedema afectan al 20% de la población. Puede ser agudo, secundario a una reacción alérgica mediada por IgE. Los alimentos, los fármacos y los venenos de insectos son alérgenos que pueden pasar a la circulación y provocar una urticaria generalizada. También puede ser crónico si dura más de 6 semanas. Pueden ser físicas con el ejercicio, sudoración, duchas calientes, agua, presión, dermatografismo. Puede ser crónica idiopática, de característica autosómica dominante. Cuando la hemorragia se presenta después del exantema, se llama urticaria hemorrágica

CASO CLÍNICO:

Paciente de 1 año y 8 meses, que presentó un cuadro de 4 días de evolución con fiebre, exantema, lesiones purpúricas, y edema en miembros inferiores, que posteriormente se extendió a cara y abdomen. Como antecedentes es un RNTPAEG, ha presentado broncoespasmos desde los 10 meses, varicela 1 semana previa al evento. Vacunas completas hasta el año. Examen físico: al ingreso paciente eutrófico, buen estado general, subfebril (37,8°C). Presenta edema bilateral en pies, se extiende hasta tobillos, que no deja fovea. Exantema generalizado de bordes regulares confluentes, que desaparecían a la digitopresión; pruriginoso, con lesiones purpúricas palpables escasas. La mayoría con un centro más rojo. Con el correr de los días, el exantema se fue volviendo purpúrico, generalizado de bordes regulares confluentes, que no desaparecían a la

digitopresión. Exámenes complementarios: hemograma, glucemia, urea y creatinina, hepatograma, complemento, orina completa y Exudado de fauces normales. Se realizó interconsulta con dermatología, que con la evolución del paciente, el buen estado general, y laboratorios normales, se asume como Urticaria Hemorrágica.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico es clínico. Las pruebas cutáneas pueden ser útiles para descartar causas de urticaria aguda. No es común que se identifique una causa exógena, lo que apoya su naturaleza autoinmunitaria. Solo son útiles pocas pruebas complementarias que tienen que ser normales para el diagnóstico de esta enfermedad. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran Edema agudo hemorrágico de la infancia, Púrpura Schonlein hench, Eritema multiforme, farmacodermias, enfermedades sistémicas, neoplasias o vasculitis. En este paciente se llegó al diagnóstico por exclusión. El único antecedente de impotancia fue el haber cursado varicela hace 1 semana previa.

**FALLA HEPÁTICA AGUDA FULMINANTE POR VIRUS EPSTEIN BARR: A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO****RPD
458***Tuma M.¹; Nacusse M.²*
HOSPITAL DEL NIÑO JESUS^{1,2}
<manne_tuma@hotmail.com>**INTRODUCCIÓN:**

La falla hepática aguda en pediatría es infrecuente pero grave, en algunos casos retrograda espontáneamente, el 45 % requerirá trasplante hepático (TH) y en otros casos puede llevar a la muerte. El Grupo de Estudio del Fallo Hepático Agudo Pediátrico, integrado por centros de EE.UU., Canadá e Inglaterra, consensuó la definición de Fallo Hepático Agudo: Evidencia bioquímica de injuria hepática, Ausencia de historia de enfermedad hepática crónica, Coagulopatía no corregida con la administración de vitamina K, RIN mayor de 1.5 en pacientes con encefalopatía hepática (EH) ó mayor de 2 en aquellos sin EH.

OBJETIVO:

Presentar un caso clínico de paciente pediátrico con Fallo Hepático agudo fulminante.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 1 año 4 meses, eutrófico, sexo femenino, antecedentes de Prematurez 32 SEG con Peso adecuado. Presentó Enfermedad Respiratoria que se trató de modo ambulatorio, cumpliendo varios esquemas antibióticos, e Ibuprofeno. Posteriormente, presentó ictericia y coluria, consultando a las 72 hs de comienzo de estos síntomas. Se internó con sospecha diagnóstica de Hepatitis Medicamentosa. A las 48 hs de la internación presentó hipoglucemia y tendencia al sueño, acompañado de deterioro de la función hepática compatible con Insuficiencia Hepática. Se realizó ecografía abdominal con leve hepatomegalia, Hemocultivo, Urocultivo, Radiografía de tórax normales. Serologías Hepatitis, A, B, C, CMV, HIV, Chagas, Toxoplasmosis, Ac Anti – LKM Negativo. Resultó

Positivo VCA Ig M Epstein Barr. Se descartó etiología autoinmune y medicamentosa, asumiéndose como viral. Evolucionó desfavorablemente, con mayor alteración de valores bioquímicos de función hepática y tendencia al sueño. Se derivó a centro alta complejidad para trasplante Hepático por fallo Hepático Agudo Fulminante cumpliendo criterios clínicos y bioquímicos, donde fallece a las 48 hs del ingreso por hemorragia masiva.

DISCUSIÓN:

El diagnóstico etiológico de la Falla Hepática Aguda no es esencial para decidir si el TH está indicado, sin embargo, la mayoría de las veces luego de una búsqueda etiológica exhaustiva, la cual resulta negativa, nos quedamos con el diagnóstico de “indeterminada”. En éste caso se determinó la etiología y se derivó oportunamente, pero debido a la evolución tórpida del mismo, la paciente fallece.

ANEMIA MEGALOBLÁSTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO**RPD
459***Lamberti F.¹; Pensa P.²; Farina M.³; Manini P.⁴; Armando P.⁵; Raitano P.⁶; Tuccillo P.⁷*
HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO^{1,2,3,4,5,6,7}
<floppi.lamberti@hotmail.com>**INTRODUCCIÓN:**

Las anemias megaloblásticas son causadas por la síntesis defectuosa del ADN nuclear, consistente en la disminución de la velocidad de replicación, con retraso en la división celular y hematopoyesis megaloblástica. En general, se deben a un déficit de vitamina B12 y/o ácido fólico. El organismo es incapaz de sintetizar dichos nutrientes.

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de anemia megaloblastica en paciente lactante. Población: paciente de 11 meses de edad, peso: 8.850gr (p: 3-10). Derivado de Hospital Durand por bicitopenia, adinamia, y palidez de 15 días de evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemograma (HMG), serologías, sedimento urinario, frotis de sangre periférica, punción y aspiración de medula ósea (PAMO). Perfil nutricional. Corrida electroforética de hemoglobina. Ac para enf. Celiaca. Dosaje de Ac. fólico y vitamina B12. SOMF.

RESULTADOS:

En hospital Durand, se realiza HMG: anemia con Hb= 6,5 gr/ml y neutropenia (837 mm³). orina normal, SOMF negativa. Se decide transfusión de glóbulos rojos a 10 ml/kg. Al interrogatorio se refiere lactancia materna exclusiva sin inicio de alimentación complementaria. Al examen físico presenta palidez generalizada, adelgazado, hepatomegalia y glositis. Laboratorio postrasfuncional: Hto= 33,7%, Hb= 11gr/ml; VCM= 102,4f/l, HCM= 35,6pg, CHM= 34,7gr/dl; reticulocitos: 3%, GB: 5170/mm³,

neutrófilos 14% (720/mm³) , proteínas totales=3.8gr%, albumina= 6 gr. Por la anemia macrocítica severa y la neutropenia moderada con hipergranulación neutrófila y cayados gigantes, se realiza PAMO que muestra médula hiper celular con freno madurativo de serie eritroide y megaloblastos hiperbasófilos.

Serologías negativas, FEI normal, ac. para enf. celiaca negativos, corrida electroforética de HB normal. Se solicita dosaje de Ac.fólico= 16,4ng/ml y Vitamina B12= < 30 pg/ml. Se diagnostica anemia megaloblástica por déficit de B12 e inicia tratamiento con vitB12 y Ac.fólico IM. HMG al alta: Hb=10.8gr/ml, Hto=33,7%, VCM=99,2f/l, HCM= 32pg, CHCM: 32gr/dl. GB=5770, neutrófilos 84% (440mm³). Se otorga egreso hospitalario con tratamiento IM por 4 meses con Vitamina B12 y Ac.fólico.

HMG post-alta: Hb= 11.9gr/ml, Hto= 37.5%, VMC= 97.1 f/l, HCM= 31pg, CHCM= 32gr/dl. GB= 12.200 neutrófilos 28% (3.350 mm³).

CONCLUSIÓN:

Debido a la baja frecuencia de este tipo de anemia en lactantes, debe ser siempre sospechada frente a anémicas no ferropénicas poco claras. Su seguimiento debe ser prolongado, dado que pueden necesitar una suplementación periódica.



SÍNDROME ASCÍTICO EDEMATOSO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA, EN EL MARCO DE ENTEROPATÍA PERDEDORA DE PROTEÍNAS

RPD
460

Leidi M.¹; Buffone I.²; Romano M.³
HOSPITAL MUNICIPAL LEONIDAS LUCERO^{1,2,3}
<guilleleidi@hotmail.com>

INTRODUCCION:

La enteropatía perdedora de proteínas es expresión de una variedad de patologías intestinales caracterizadas por la pérdida excesiva de proteínas por el tubo digestivo, provocando un estado de hipoproteïnemia, que a su vez puede acompañarse de edemas, ascitis, derrame pleural y pericárdico. Los mecanismos patogénicos incluyen alteraciones linfáticas, vasculares o de la superficie mucosa, siendo una de las causas más frecuentes en la edad pediátrica, la enfermedad celiaca.

OBJETIVO:

Describir el caso clínico de una niña a la que se diagnostica un síndrome ascítico edematoso, en el marco de una enteropatía perdedora de proteínas, a causa de Enfermedad Celiaca.

DESARROLLO DEL CASO:

Paciente femenino de 3 años de edad, RNT/PAEG, con talla debajo del percentil 3 y descenso paulatino en su peso, comienza con distensión abdominal, asociado a edema de miembros inferiores y deposiciones semilíquidas no sanguinolentas de 48hs de evolución. Se solicita laboratorio que evidencia hipoalbuminemia severa, asociado a trastornos en el coagulograma, hepatograma y lipidograma, como así también hipocalcemia, hipofosfatemia e hipocalcemia. Examen de orina, radiografía de tórax y electrocardiograma dentro de parámetros normales. Se interpreta cuadro como síndrome ascítico edematoso, secundario a hipoalbuminemia. Se inician estudios específicos que evidencian aumento del esteatocrito y anticuerpos para celiaquía positivos. Se llega a diagnóstico de Enfer-

medad Celiaca, confirmada con realización de VEDA, evidenciándose en la biopsia, enteropatía acorde a 3b en la clasificación de MARSH. Se establece como tratamiento de inicio aporte de albumina endovenosa, dieta libre de TACC, suplemento con hierro y vitaminas, evolucionando favorablemente.

CONCLUSION:

La enteropatía perdedora de proteínas no es una patología frecuente en pacientes pediátricos y debe pensarse en aquellos pacientes que presentan edemas, derrame pleural y/o pericárdico e hipoalbuminemia con exclusión de causas de alteración de la síntesis, pérdida aumentada por riñón o piel. La descripción del caso clínico pone en evidencia la importancia de considerar a la enfermedad celiaca dentro sus principales causas.

SINDROME CONFUSIONAL EN PACIENTE PEDIATRICO

RPD
461

Barreto H.¹; Finamore N.²; Rolando F.³; Lombardo F.⁴; Lepetic S.⁵
HOSPITAL OÑATIVIA^{1,2,3,4,5}
<h.raquelbarreto@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La encefalitis herpética aguda es la forma esporádica más frecuente y grave de las encefalitis virales agudas, sin distribución estacional, la mortalidad sin tratamiento adecuado alcanza el 70% y presenta secuelas neurológicas graves. Los síntomas de presentación suelen ser los de un cuadro de encefalitis aguda, con mayor tendencia a afectar los lóbulos temporales y trastornos psiquiátricos asociados. Sin embargo, existen casos de presentación atípica como encefalitis recurrentes, amnesia o cambios de conducta que deben ser considerados dentro del espectro de la infección neurológica de la infección herpética.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de encefalitis herpética de difícil diagnóstico al ingreso y la importancia del diagnóstico precoz.

CASO CLÍNICO

Paciente de 12 años de edad que ingresa a la guardia por presentar síndrome confusional, cefalea, náuseas, dolor abdominal y estar afebril hasta el momento, de 12 horas de evolución. Su madre refiere que el niño desapareció de su casa, al encontrarlo estaba desorientado y con un comportamiento no habitual y es llevado al hospital. Al interrogatorio el paciente presenta amnesia de lo sucedido, al examen físico presenta ataxia. Se pide tomografía axial computada de cerebro sin contraste normal. Laboratorio, tóxicos en sangre y dosaje de psicofármacos en orina negativos. A las 12 horas de su ingreso al hospital, continúa confuso, presenta registro febril y convulsión tónico clónica. Se decide realizar punción lumbar, hemocultivos e iniciar tratamiento empírico con cef-

triaxona, aciclovir y corticoterapia por vía endovenosa. Citofisicoquímico de Líquido céfalo raquídeo (LCR) patológico, cultivo de LCR negativo y virológico PCR VHS Tipo I POSITIVO. Electroencefalograma: Trazado lentificado con franca asimetría derecha, sin paroxismo ni focos. El paciente cumplió 21 días de tratamiento con aciclovir, 5 días de tratamiento con corticoterapia y continuo con difenilhidantoina. Fue dado de alta con buena evolución clínica.

CONCLUSIONES

En las encefalitis por VHS, la morbi-mortalidad oscila en los casos no tratados hasta un 70%, con el uso de aciclovir, la misma disminuye del 0 al 10%. La encefalitis aguda de mayor importancia en clínica pediátrica, es la herpética, es una emergencia neurológica y constituye la más seria de las manifestaciones de compromiso neurológico por VHS. La importancia de su diagnóstico precoz reside en poder tratar oportunamente.



SÍNDROME PILÓRICO CON ALCALEMIA EXTREMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Beaudoin M.¹; Urtasun M.²; Ajzensztat J.³; Maiolo L.⁴; Calleri H.⁵; De Lillo L.⁶; Fretes N.⁷; Mazzeo C.⁸

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS DR PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<beaudoinmarialaura@gmail.com>

RPD
462

INTRODUCCIÓN:

La estenosis hipertrófica del píloro se caracteriza por una hipertrofia de la musculatura lisa del píloro que origina obstrucción del orificio de salida del estómago, provocando retardo en el vaciado gástrico, dilatación y vómitos no biliosos, que conduce a la deshidratación, desbalance de electrolitos y alcalosis, predisponiendo a arritmias y apneas. El trastorno típico supone hipocloremia, hipokalemia y alcalosis metabólica.

OBJETIVOS:

Describir un caso clínico de un Síndrome Pilórico con Alcalosis Metabólica extrema.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 1 mes y 18 días comienza 3 semanas previas a la consulta con vómitos asociados a mal progreso de peso, con oliguria referida de 3 días de evolución. Ingresa al servicio donde se lo constata deshidratado. Se realiza EAB 7.82/28/119/46.8/28.7, ionograma 136/2.2/75.3 Ca0.74 Mg 0.45. Se realizan dos expansiones con solución fisiológica, corrección endovenosa de potasio, se coloca hidratación parenteral y se realiza ecografía abdominal, evidenciándose hipertrofia pilórica. Presenta episodios repetidos de apneas trasladándose a la terapia intermedia para monitoreo continuo. Estabilizado su medio interno se realiza píloromiotomía extramucosa 6 días posterior a su ingreso.

DISCUSIÓN:

La alteración primordial del síndrome pilórico es el aumento del bicarbonato (CO₃H) resultado de la pérdida de hidrogeniones(H⁺). El ajuste renal consiste en excretar CO₃ H en lugar de cloro. El sodio es excretado junto al CO₃H resultando en Hiponatremia. El organismo intenta corregir esta última eliminando Cl K e H⁺ agravando la Hipokalemia y la Alcalosis Metabólica. La excreción de hidrogeniones resulta en acidez paradójica de la orina, la cual empeora la alcalosis existente. La Hipokalemia responde a la pérdida de K secundaria a los vómitos. Los niveles de Cl y CO₃H sérico indican la severidad de la Alcalosis Metabólica predisponiendo a convulsiones, arritmias y apneas.

CONCLUSIÓN:

Es importante destacar que la hipertrofia de píloro es una emergencia médica pero nunca una emergencia quirúrgica. Un completo conocimiento de la fisiopatología es necesario para corregir el déficit de electrolitos y fluidos. El abordaje inicial de esta patología genera controversia, entre un manejo agresivo del medio interno o una corrección gradual del desbalance de electrolitos. No debe realizarse la píloromiotomía hasta corregirse los trastornos del medio interno debido al riesgo de apneas posterior a la anestesia.

(463) - MIELITIS TRANSVERSA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Manente R.¹; García M.²; Barbero S.³

HOSPITAL ESPAÑOL ROSARIO^{1 2 3}

<rominamente@hotmail.com>

RPD
463

INTRODUCCIÓN:

La mielitis transversa (MT), es un desorden inflamatorio, poco frecuente, que afecta un área restringida del cordón espinal y está caracterizada clínicamente por disfunción neurológica en los componentes motor, sensorial, autonómico y tractos nerviosos del cordón espinal. Puede ser idiopática o secundaria a una enfermedad específica; tal como el lupus eritematoso sistémico (LES). La asociación entre MT y LES se encuentra entre el 1-2%; siendo difícil precisar si se trata de un fenómeno trombótico o inflamatorio o de una combinación de ambos.

OBJETIVO:

Exhibir un caso clínico de MT como complicación de LES, en sala de pediatría del Hospital Español de Rosario.

POBLACIÓN:

Paciente de 12 años con diagnóstico de LES, de 4 años de evolución, de difícil manejo terapéutico, al inicio, y sin actividad lúpica.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Trabajo descriptivo, retrospectivo.

RESULTADO:

La paciente presenta cuadro de 24 horas de evolución de retención urinaria con debilidad progresiva ascendente y simétrica que comienza en miembros inferiores. Por interconsultas con servicio de nefrología, urología y reumatología, se solicitan: ecografía renovesical que informa pliegue vesical, TAC de tórax, abdomen y pelvis normales, cistoscopia normal, angiogramas de cráneo y columna sin hallazgos patológicos, elec-

tromiografía de miembros, normal, EEG dentro de parámetros normales, y punción lumbar con LCR que evidencia leve proteinorraquia y aumento de leucorraquia. Estos dos últimos estudios se repiten a la semana, ambos normales. Llegando al diagnóstico de MT dada la clínica y alteración del LCR. Se instaura como tratamiento gammaglobulina mas pulso de corticoide, ciclofosfamida y antiagregante. Recuperando parcialmente la motricidad a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento.

CONCLUSIÓN:

La MT es una complicación neuropsiquiátrica grave en los pacientes con LES. A pesar que la fisiopatogenia de este proceso no esta clara, la vasculitis ocupa un lugar preponderante. En cuanto al tratamiento, se recomienda el uso de esteroides a dosis elevadas asociado a inmunosupresores y, se plantea la importancia de añadir anticoagulantes, en pacientes con anticuerpos antifosfolípidicos positivos.

ASOCIACIÓN ENTRE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS E INJURIA RENAL AGUDA: SERIE DE CASOS

De Rose E.¹; Spizzirri A.²; Cobeñas C.³; Suarez A.⁴; Ruscasso J.⁵; Lombardi L.⁶; Bresso P.⁷; Amoreo O.⁸; Zalba J.⁹; Rahman R.¹⁰

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰

emanuel_derose@hotmail.com

POB
464

INTRODUCCIÓN

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son ampliamente utilizados en la práctica pediátrica como antipiréticos, antiinflamatorios y analgésicos de primera línea, muchas veces sin prescripción médica. El fallo renal agudo, efecto adverso bien conocido pero no siempre considerado, puede ser secundario a dos mecanismos: 1) por inhibición de la síntesis de prostaglandinas, produciendo disminución de la presión de perfusión glomerular, principalmente en estados asociados a riesgo de depleción del volumen intravascular; 2) de causa inmuno-mediada, produciendo nefritis tubulointersticial.

OBJETIVOS

- 1) Analizar siete casos clínicos de pacientes que presentaron injuria renal aguda asociada al uso de AINEs en presencia o no de otras drogas nefrotóxicas.
- 2) Reconocer al fallo renal como efecto adverso potencial de los AINEs en situaciones clínicas especiales, concientizando a la comunidad pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de las historias clínicas de siete pacientes atendidos en el Hospital de Niños de La Plata entre Julio y Diciembre de 2014 con diagnóstico de injuria renal aguda asociada al uso de AINEs. Se analizaron: edad, sexo, diagnóstico que motivó el uso del AINE, droga utilizada (dosis, vía de administración y tiempo) y uso concomitante de otras drogas nefrotóxicas. Se valoró la injuria renal con dosaje de creatinina sérica (máxima y al final del seguimiento), clearance de creatinina (según fórmula de Schwartz), diuresis de 24hs y tensión arterial. Se realizó ecografía renal y vesical en todos los pacientes. En 2/7 se realizó biopsia renal.

RESULTADOS

La edad promedio fue 11.4 años (rango: 7-13años). Ningún paciente tenía antecedente de enfermedad renal y en ninguno de los casos la dosis/día recibida fue superior a la recomendada según peso. Todos presentaron diuresis conservada con tensión arterial y ecografía renal normales. En 2/7 pacientes se realizó biopsia renal informando nefritis tubulointersticial. Todos evolucionaron con mejoría de la función renal tras la suspensión de las drogas nefrotóxicas y el manejo conservador del fallo renal. Los resultados se grafican en la tabla.

Género	Edad (años)	Diagnóstico	AINE	Otras drogas nefrotóxicas	Cr máxima (mg/dl)	Cr en el seguimiento (mg/dl)	Tiempo de seguimiento (meses)
F	7	Postquirúrgico peritonitis	Diclofenac	ATB Contraste	5.33	0.47	8
M	13	Odonalgia	Ibuprofeno	---	2.3	0.42	1
F	10	Postquirúrgico peritonitis	Diclofenac	ATB	2.9	0.67	2
F	13	Cefalea crónica	Ibuprofeno	---	2.57	1.23	3
F	13	Postquirúrgico peritonitis	Diclofenac	ATB Contraste	1.91	0.74	0
M	12	Pseudotumor cerebri	Diclofenac Ibuprofeno	Acetazolamida	3.00	1.43	0
F	12	Cefalea crónica	Ibuprofeno	ATB	3.83	0.4	2

CONCLUSIONES

Debe tenerse precaución al indicar AINEs a niños con riesgo de deshidratación o en combinación con otras drogas potencialmente nefrotóxicas. En casos de pacientes que presenten injuria renal aguda asociada al uso de AINEs, solos o junto a otras drogas potencialmente nefrotóxicas, éstos deberán ser inmediatamente suspendidos, considerándolos como posible factor causal. El manejo conservador junto a la suspensión del fármaco suele acompañarse de la mejoría de la función renal hasta su normalización en la mayoría de los casos.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DE NIÑ@S MENORES DE 1 AÑO INTERNADOS POR LESIONES DE CAUSA EXTERNA. DIEZ MESES DE VIGILANCIA POR UNIDAD CENTINELA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO. HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MAR DEL PLATA. JUNIO 2015-MARZO 2015

Parisi N.¹; Guarino Barrutia A.²; Cepeda M.³; Brunotto C.⁴; Loizaga G.⁵; Azqueta V.⁶; Garcia R.⁷; Dagnino G.⁸; Rearte A.⁹

HIEMI¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

alinaguarinol@gmail.com

POB
465

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones por causas externas (LCE) constituyen una de las principales causas de internación en pediatría. Aproximadamente 5,8 millones de personas mueren por año por estas causas (10% del total). En Argentina en 2012 se registraron 20406 defunciones por lesiones de causa externa (7% del total)

OBJETIVOS:

Describir las características clínicas y epidemiológicas de los niños menores de 1 año internados por LCE en HIEMI, junio 2015-marzo 2015

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de vigilancia epidemiológica por Unidad Centinela. Población: niños y niñas menores de 1 año internados en HIEMI por lesiones

RESULTADOS:

De las 1238 internaciones por LCE el 25,3 % (N: 314) fueron menores de un año (31,4 casos/mes). El 56% fueron varones. El mecanismo más frecuente fueron las caídas (Tabla1). El 96,1% fueron no intencionales, 2,2 % intención no determinada y 1,6% intencional interpersonal. El 83,3% ocurrieron en la vivienda y el 13,4 % en lugar público. En vivienda los lugares más frecuentes fueron dormitorio (40.5%), Cocina (25.1%) y sala comedor (16%). La región del cuerpo afectada fue cráneo 68%, cara 24,2%, miembro inferior 3,6%, miembro superior 2,1%, tórax 1,6% y abdomen 0,6%. El 91% presentó Índice de Trauma Pediátrico mayor a 8. El 2,6 % requirió internación en área crítica. No hubo fallecidos en el periodo estudiado.

Tabla1: Distribución de frecuencia por mecanismo de lesión (N 314)

Mecanismo de lesión	Frecuencia%
Caídas	78,32%
Lesiones por transporte	7,32%
Golpe (por objetos, por personas)	5,10%
Quemaduras	3,18%
Envenenamiento o intoxicaciones	2,23%
Cuerpo extraño en ojo o en cavidad natural	0,96%
Aspiración o atragantamiento	0,64
Contacto traumático con animal/planta	0,64%
Aplastado, atrapado o apretado por objetos	0,64%
Otra lesión, especifique	0,64%
No sabe / No responde	0,64%
Total	100%

Tabla 2: Distribución de frecuencia por persona a cargo al momento de evento

Persona a cargo	Frecuencia %
Padres	59.4%
Nadie	21.40%
Otro menor 18	10.2%
Otro mayor o igual 18	8.3%

CONCLUSIONES

Las LCE en menores de un año son un motivo frecuente de morbilidad, uso hospitalario y angustia familiar. Las lesiones ocurren dentro del hogar principalmente caídas y con afectación de la cabeza. Es importante generar estrategias preventivas orientadas a generar un entorno saludable.



SÍNDROME SIMPATICOMIMÉTICO EN PACIENTE DE 25 MESES

Lombardo F.¹; Dal Maso D.²; Martignetti C.³; Barreto R.⁴; Rossiter J.⁵

HOSPITAL Z.G.A. DR. ARTURO OÑATIVIA RAFAEL CALZADA, BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

<frandomingolombardopediatria@gmail.com>

RPD
466

INTRODUCCIÓN:

El síndrome simpaticomimético no se suele ver frecuentemente en edades tempranas de la vida. La cocaína es una de las drogas responsable de este tipo de cuadro de intoxicaciones. El paco es un paso intermedio entre la preparación de la pasta base y el clorhidrato de cocaína siendo esta última su estado más puro. Según el Tercer Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas realizado por el Observatorio Argentino de Drogas, en Septiembre del 2007, consumieron pasta base en el último año unas 85.000 personas. La tasa de prevalencia anual es mayor entre los jóvenes de 12 a 17 años y de 18 a 24 años. Estos datos marcan un crecimiento del 200% en los últimos años. Estas intoxicaciones son de frecuente presentación en la adolescencia, pero deben ser tenidas en cuenta en edades tempranas como diagnóstico diferencial en síndrome simpaticomimético. La población pediátrica se encuentra afectada de forma directa o indirecta, ya sea como consumidores o como en el caso de nuestro paciente en forma accidental debido a descuidos.

OBJETIVO:

Describir un caso clínico de un paciente de 25 meses intoxicado por pasta base.

DESCRIPCIÓN:

Paciente de 25 meses de edad que es traído por su madre por trastornos en la marcha de aparición súbita. Al examen físico se encontraba afebril, con ataxia, taquicardia, hipertensión, midriasis y excitación psicomotriz.

Niega inicialmente ingesta de fármacos y alcohol. No tiene antecedentes patológicos relevantes. Se le solicita laboratorio completo todo dentro de parámetros normales. Posteriormente la madre refiere consumo de drogas en la familia, sin precisar cuáles. Se solicita estudios toxicológicos hallando el valor de cocaína en orina elevada. Con la presunción de intoxicación por cocaína se realiza interconsulta con toxicología. El paciente evoluciona favorablemente sin secuelas características de este tipo de intoxicación, luego de 4 días de internación con controles posteriores por consultorio.

CONCLUSIÓN:

El pediatra debería tener presente la intoxicación con cocaína ante un paciente con síndrome simpaticomimético, independientemente de su edad, evitando procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios. Es importante resaltar la necesidad de un interrogatorio continuo y dirigido ante esta sospecha clínica.

SÍNDROME NEFRÓTICO SECUNDARIO A SÍFILIS SECUNDARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Serrano Redonnet C.¹; Verini A.²; Locane F.³; Jaramillo Ortiz E.⁴; Ripeau D.⁵

HOSPITAL DE CLINICAS^{1,2,3,4,5}

<candeserranor@gmail.com>

POB
467

INTRODUCCIÓN:

El síndrome nefrótico es una enfermedad renal, poco frecuente, definida por proteinuria en rango nefrótico e hipoalbuminemia, acompañado en general, de edemas e hiperlipidemia. La Sífilis es una enfermedad re-emergente que debe ser planteada dentro de los diagnósticos diferenciales de dicho síndrome.

OBJETIVO:

Describir un caso de sífilis secundaria como agente etiológico, con tratamiento específico, de síndrome nefrótico en la adolescencia.

REPORTE DE UN CASO:

Paciente femenina de 16 años sin antecedentes previos. Consulta por astenia, adinamia, exantema maculo papular no pruriginoso, odinofagia y fiebre. Se interpretó como Escarlatina y se indicó Amoxicilina-Clavulánico. Evoluciono con mialgias, oliguria y edemas progresivos, concurre a un centro de Salud donde se realizó laboratorio (proteinuria +++++, hipoalbuminemia, VDRL 16 dills). Asumiéndose como Síndrome nefrótico 2río a Sífilis recibe dosis de Penicilina Benzatinica 2.400.000 y es derivada para completar estudios. A su ingreso exantema máculo papular no pruriginoso en abdomen, palmas, plantas, rosácea facial y edemas de miembros inferiores (Godet 3/6). Se realizó laboratorio: hipoalbuminemia (1,8 g/dl), hiperlipidemia (colesterol total 271 mg/dl, triglicéridos 244 mg/dl), caída leve del filtrado glomerular (85 ml/min/1,73 m²), sedimento renal sin hematuria, proteinuria +++, VDRL positiva (128 dills) y FTA-abs (positivo). A las 48 hs de iniciado el tratamiento antibiótico desaparecen los edemas, desciende 5 kg de peso, normaliza el filtrado glomerular (113

ml/min/1,73 m²) y la proteinuria de 24 hs es de 300 mg. A la semana se encuentra asintomática, con FG estable, proteinuria negativa y albumina plasmática de 3,41 g/dl

La correlación temporal de sus manifestaciones clínicas y serológicas y la respuesta al tratamiento nos permiten confirmar la asociación etiológica entre Sífilis Secundaria y Síndrome Nefrótico.

CONCLUSIÓN:

Los estudios epidemiológicos actuales muestran un importante incremento de las enfermedades de transmisión sexual. Es importante recordar que la Sífilis puede manifestarse con compromiso renal y pensarlo como uno de los diagnósticos diferenciales de Síndrome Nefrótico que posee tratamiento específico.



COMPLICACION POCO FRECUENTE DE VARICELA, ENCEFALITIS: A PROPOSITO DE UN CASO

Barrionuevo M.¹; Gonella D.²; Ravagnani E.³; Rosa M.⁴

INSTITUTO MEDICO^{1,2,3,4}

<marinesbarrionuevo@gmail.com>

RPD
468

INTRODUCCION:

La Varicela, infección común y benigna de la infancia se contagia por contacto de persona a persona. Prevalce en invierno y primavera. Frecuente en menores de 10 años. Causada por el Virus Varicela Zoster. (VVZ). (familia Herpes virus) Las complicaciones: Neumonitis, celulitis, encefalitis, cerebelitis, artritis, purpura y hepatitis.

OBJETIVOS:

Presentar un caso de Encefalitis por VVZ en un niño internado en el Instituto Medico.

POBLACION:

Paciente de 4 años de edad, inmunocompetente.

MATERIAL Y METODOS:

Sexo masculino, previamente sano, derivado por vomitos, fiebre y cefalea. Varicela en etapa costrosa. Laboratorio: Leucocitosis, neutrofilia. Irritabilidad y cefalea intensa, LCR: celulas aumentadas, predominio monomorfo. glucosa normal., se envía muestra para virológico de LCR. Posteriormente movimientos tonicoclonicos focalizados en MMSS izq. Carga de Fenitoina. TAC cerebral: imágenes hipodensas de sustancia blanca parietal bilateral. A las horas convulsiones generalizadas, con importante deterioro del sensorio. En nueva TAC con edema cerebral difuso. Ic con Neurocirugia. Craniectomía descompresiva. Catéter de PIC, ARM (7 dias) EEG: descargas de ondas bitemporales. RMN: Supratentorial aumentado en ventrículo lateral derecho. Se recibe muestra de virológico de LCR positivo para VVZ. Cultivo LCR (-) Paciente de manejo multidisciplinario. Evolución favorable clínica y laboratorio. Internado 28 dias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

La Encefalitis por Varicela es de alta morbimortalidad y rapida progresion de los sintomas. Con diagnostico confirmatorio de alta especificidad como la PCR en LCR, pero tardio. La sospecha clinica deberá ser el pilar para el inicio del tratamiento efectivo temprano, empirico. Cabe destacar la importancia de la vacuna, efectiva en aproximadamente el 90% para prevenir o modificar la gravedad de la varicela.

ARTERITIS DE TAKAYASU EN PACIENTE CON ENFERMEDAD CELIACA

Serrano Redonnet C.¹; Gandolfi G.²; Rothfeld S.³; Vedire C.⁴

HOSPITAL DE CLINICAS^{1,2,3,4}

<candeserranor@gmail.com>

RPD
469

INTRODUCCION:

La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis crónica de grandes vasos que afecta predominantemente aorta y sus ramas principales. Es una enfermedad con distribución mundial comúnmente observada en Asia y Latinoamérica. En su fisiopatología interviene la inmunidad celular. La enfermedad celiaca (EC) es un trastorno muy prevalente caracterizado por la inflamación crónica del intestino delgado de carácter autoinmunitario provocado por la exposición al gluten en personas susceptibles.

OBJETIVO:

Reportar un nuevo caso de asociación entre estas dos patologías.

RESUMEN:

Paciente de sexo femenino, 17 años de edad. Refiere 3 meses previos vómitos, diarrea y dolor abdominal asociado a importante pérdida de peso. Consulta a especialista quien solicitó laboratorio: anemia (Hb 9,4 mg/dl), IgA total disminuida (8 UI), hipergammaglobulinemia, antipeptido deaminado de gliadina positivo; esofagoduodenoscopia: pliegues disminuidos en número y altura con patrón de empedrado en 2ª porción de duodeno, anatomía patológica informo Marsh 3A. Inició dieta libre de Gluten con buena respuesta. Al examen físico palidez de mucosas, adenopatías submaxilares, ausencia de pulso radial derecho, soplo abdominal, TA 130/70 mmHg. En la Angio-RMN se evidenció múltiples estenosis de vasos supra-aórticos con mayor afectación a nivel de arteria axilar y humeral proximal derecha, leve disminución del calibre de aorta abdominal supra-renal y estenosis significativa de arteria renal izquierda con fino calibre de arteria renal derecha.

DISCUSION:

La AT es la tercera vasculitis en frecuencia en niños. Resulta de una patología de diagnóstico dificultoso en pediatría con un tiempo transcurrido entre la aparición de síntomas y el diagnóstico entre 13 y 19 meses. Algunas enfermedades autoinmunes se observan con mayor frecuencia en pacientes con EC pero hasta el momento se han reportado 8 casos de pacientes con esta asociación. Ambas son mediadas por linfocitos TCD4 en las cuales la presencia de un antígeno inespecífico conlleva una conducta aberrante

CONCLUSION:

Si bien ambas patologías se tratan de enfermedades autoinmunitarias, la alta prevalencia de la EC plantea el interrogante de si esta asociación resulta de un hecho casual.



NOCHE DE LAS VACUNAS: UNA ESTRATEGIA PARA SENSIBILIZARNOS

Calvari M.¹; Ferreyra S.²; Barboza M.³; Maldonado S.⁴

HOSPITAL PEDIATRICO DEL NIÑO JESUS^{1,2,3,4}

taty.ferreyra@gmail.com

RPD
470

INTRODUCCIÓN:

El Vacunatorio del Hospital Pediátrico del Niño Jesús, denominado “Vacunatorio de la Familia”, funciona de lunes a viernes de 8:00 a 20:00hs, aplica un promedio de 300 dosis diarias de vacunas del Calendario Nacional o aquellas que aún no están y son traídas por las personas junto con la indicación médica.

Adhiriendo a la “XIII Semana de la Vacunación en las Américas” para fomentar la equidad y el acceso a la vacunación, en el Hospital se llevó a cabo como estrategia de difusión y sensibilización de la comunidad y del Equipo de Salud “La Noche de las Vacunas” se desarrolló el 24 de abril de 20:00 a 02:00 hs, convocando a toda la familia para actualizar su carnet de vacunas, ofreciendo una mágica noche, un hospital ambientado con luces, música, videos de promoción y prevención de la salud, se entregaron globos y otras sorpresas para los más chicos, un enfermero interpretó al Chapulín Colorado y junto a “Marianito” nuestro títere estrella interactuaron con grandes y chicos

MATERIALES Y MÉTODOS:

La actividad estuvo a cargo del personal del Servicio del Vacunatorio (enfermeros y administrativos) sumándose médicos del internado, consultorios externos y técnicos de laboratorio. Se administraron las 17 vacunas vigentes en el Calendario Nacional

POBLACIÓN:

Las personas que concurrieron al Vacunatorio el 24 de abril de 20.00 a 02:00 hs .con o sin cobertura social, independientemente de la edad en las que estaba indicada alguna de las 17 vacunas del Calendario Nacional

RESULTADOS:

Se realizó una amplia difusión a nivel radial, televisivo, gráfico y redes sociales, todo ello contribuyó a la gran convocatoria que dijo presente esa noche. Se contó con la presencia de autoridades sanitarias de la provincia y la colaboración de miembros del Comité de Infectología de la S.A.P – filial Cba- que junto a profesionales del Hospital revisaron carnet, asesoraron a la familia.

VACUNA ANTIGRIPIAL

INDICACIONES

INDICACIONES	Nº DE DOSIS
Personal de Salud	30
Personal Esencial	25
Embarazadas	69
Puerperas	22
Niños de 6 m a 2 a	419
De 2 a 8 años c/FR	285
De 9 a 64 años c/FR	250
Mayores de 65 años	360
TOTAL	1460

CALENDARIO NACIONAL

VACUNA

VACUNA	Nº DE DOSIS
BCG	15
HVB	15
HVB Adulto	126
Neumococo	93
OPV	178
Quintuple	120
T.V.	94
VPH	48
DPT.a.	93
DTA	130
Rotavirus	54
HAV	32
TOTAL	998

CONCLUSIONES:

El éxito de las estrategias de vacunación depende del compromiso de todos los integrantes del equipo de salud, medios de comunicación, comunidad, sociedades científicas y líderes formadores de opinión en todos los niveles. Debemos trabajar para motivarnos y lograr instalar el concepto de vacunas como derecho y como responsabilidad para prevenir enfermedades y muertes en todas las etapas de la vida a causa patologías prevenibles

PANENCEFALITIS ESCLEROSANTE SUBAGUDA EN PEDIATRIA

Serrano Redonnet C.¹; Fuentes L.²; Santini C.³; Giudice L.⁴; Abramovich N.⁵; Luppi G.⁶; Folguer S.⁷; Lugones G.⁸

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

<candeserranor@gmail.com>

RPD
471

INTRODUCCION:

La panencefalitis esclerosante subaguda (PEES) es una encefalitis persistente y crónica secundaria a la infección del virus sarampión que causa la desmielinización generalizada del sistema nervioso central

CASO CLINICO:

Paciente de 16 años de edad que comenzó en febrero de 2013 con movimientos diatónicos en el miembro superior derecho que progreso en 3 meses comprometiendo los 4 miembros, sumando retrocolis y distonia de apertura mandibular.

Consultó en julio de 2013 a programa de Parkinson y movimientos anormales, donde se solicitó RMN de cerebro con y sin contraste (normal), EEG (sin actividad paroxística), cupruria (normal). Se asume el cuadro como diskinesia paroxística kinesigenica, iniciando tratamiento con carbamazepina con mejoría. Luego de tres semanas de tratamiento, presento reacción adversa a la medicación por lo que se roto droga anticonvulsivante.

Por progresión de la sintomatología, se internó en agosto del 2013, se realizó laboratorio (normal) y videoEEG que mostro enlentecimiento difuso sin actividad paroxística. Se inició tratamiento con fenobarbital, sin respuesta.

Evolucionó con deterioro del sensorio, aumento en la frecuencia e intensidad de los movimientos y signos piramidales. Se solicitan nuevos estudios en suero y LCR: bandas oligoclonales positivas en LCR, índice albumina LCR/suero 0.71, anticuerpos IgG anti-sarampión 1/400 en LCR y 1/1024 en sangre. Se interpreta el cuadro como PEES, estadios de Jabbour III. Se inicio tratamiento con Interferon alfa 2b intraventricular a dosis crecientes durante 6 semanas (1º ciclo), dosis máxima 1.500.000 UI, con escasa respuesta.

COMENTARIOS:

El objetivo de esta publicación es presentar un nuevo caso de PEES en Argentina y ayudar a plantearse como diagnostico diferencial esta enfermedad frente a pacientes que consultan por mal rendimiento escolar, deterioro intelectual o transtornos del movimiento.



USO DE TECNOLOGIA MOVIL EN LA PRACTICA MEDICA PEDIATRICA

RPD
473

Meneses C.¹; Millan K.²; Leoro M.³; Urman J.⁴; Grosman A.⁵; Urman G.⁶

UNIVERSIDAD MAIMONIDES. SERVICIO ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGIA. HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES¹; CARRERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, UNIVERSIDAD MAIMONIDES^{2,3,4,5,6}
<drcarlosmg@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN.

El uso de dispositivos móviles ha mostrado un incremento abrumador en los últimos años y se espera que su uso sea cada vez mayor. Hay poca información a nivel local sobre las preferencias y uso de aplicaciones médicas en la práctica pediátrica diaria.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Estudio exploratorio, analítico, descriptivo transversal. Se aplicó una encuesta anónima a pediatras con más de diez años de egresados y a pediatras en formación, en la cual se investigó sobre el uso de dispositivos móviles y aplicaciones médicas, en diferentes servicios de pediatría de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

RESULTADOS.

Respondieron 116 profesionales (69% fueron mujeres y 31 % hombres). Un 72% tenía entre 24 y 35 años, 22% entre 36 y 45 años, 6% mayor de 45 años.

El 71% de los encuestados era pediatra en formación. Entre ellos el 66% tienen aplicaciones médicas en su dispositivo móvil. Del 29% de los participantes eran pediatras con más de 10 años de egresados. De ellos el 59% posee aplicaciones médicas.

El 94.8% de los encuestados utilizan un dispositivo móvil en la práctica clínica (58% Smartphone, 4% Tablet y 27.5% ambos).

Tienen conexión a internet en su lugar de trabajo un 79% y el 100% de los encuestados considera útil tener un dispositivo móvil en su práctica médica.

El 63% de los encuestados refiere tener aplicaciones médicas en su dispositivo móvil y un 43% refirió utilizar aplicaciones médicas frecuentemente. El 22% de los encuestados usa estas aplicaciones entre dos a seis veces al día.

El vademécum es la aplicación médica más usada con un 33%.

Un 75% prefieren las aplicaciones gratuitas.

El 42% piensa que lo más importante de una aplicación médica es su contenido, seguido del 25% que prefiere la facilidad de uso.

El 58% de los encuestados refiere estar realizando alguna actividad virtual relacionada con su formación.

CONCLUSIONES.

Encontramos que la mayoría de médicos, independientemente de su grupo etario, poseían algún tipo de dispositivo móvil y que los mismos son utilizados frecuentemente.

Los hallazgos fueron similares a estudios del Reino Unido y España, por lo que enfatizamos la importancia que actualmente posee la tecnología dentro de la medicina y la necesidad de desarrollar software confiable y accesible para médicos en formación así como con experiencia.

PRESENTACIÓN INFRECIENTE EN UN NIÑO CON MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

RPD
474

Luciani Conde D.¹; Ferraro P.²; Bruno M.³; Jaime S.⁴; Falk J.⁵

CLÍNICA SANTA ISABEL^{1,2,3,4,5}
<danlucio.dl@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La mononucleosis es una enfermedad frecuente de la infancia, generalmente con manifestaciones inespecíficas, entre las mismas se encuentran hemorrágicas secundarias a vasculitis. Se reportan en el 2.5-3% de los casos.

OBJETIVO:

Presentación de un caso de mononucleosis con una manifestación infrecuente de vasculitis, con manejo interdisciplinario.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 20 meses de edad, RNT-PAEG, concurre a jardín maternal. Antecedentes perinatales y personales de habituales. Crecimiento y neurodesarrollo adecuado para edad. Presenta catarro de vías aéreas superiores, por 10 días recibiendo tratamiento sintomático. Al décimo día se agrega hipertermia, consulta a guardia indicándole amoxicilina a 150 mg/kg/día por diagnóstico de neumonía unifocal. Persistió con registros febriles de 39°C, decaído, somnoliento, buena tolerancia vía oral con poca avidez alimentaria y llanto. Examen neurológico normal. Persistiendo febril es citado diariamente, observando al segundo día de antibiótico faringoamigdalitis membranosa, adenopatías generalizadas y discreta hepatomegalia. Con diagnóstico probable de Mononucleosis se realizó test rápido de fauces que fue negativo y laboratorio con leucocitosis (28000/mm³) a predominio linfomonocitario con vacuolas en monocitos y células estimuladas, incremento de transaminasa dos veces el valor normal. Se suspendió antibioticoterapia y se solicitaron serologías virales

para EBV, CMV, Parvovirus B19 y Herpesvirus. Continuó febril y a las 96 hs. presentó rash maculopapular en tórax y abdomen, permaneciendo estable clínicamente. A las 48 hs. posteriores cede la fiebre y se agrega rash hemorrágico en cara con lesiones confluentes en ala de mariposas que no desaparecen a la vitropresion. Se recibieron los resultados de las serologías con Ag temprano, IgM e IgG VCA para EVB positivas, IgM e IgG para CMV positivas con título bajo, IgM Herpesvirus tipo 6 negativo, IgM e IgG para parvovirus negativas. La muestra a los quince días se observó incremento de los títulos de IgM e IgG VCA y Ag temprano para EBV. No se realizó biopsia de la lesión evaluando las posibles secuelas, contando con diagnóstico serológico. Se descartó patología hematológica asociada. Evolución favorable con restitución ad-integrum de lesiones.

CONCLUSIÓN:

La presentación atípica de una patología habitual, hace difícil el diagnóstico temprano requiriendo una evaluación interdisciplinaria para el abordaje en el seguimiento del paciente, hasta poder establecer el diagnóstico.



FIEBRE REUMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pereyra Villanueva N.¹; Puscama A.²; Guidet V.³; Raich L.⁴; Oro V.⁵; Molina Rosas A.⁶

HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA^{1 2 3 4 5 6}

<natalia.pereyrav@gmail.com>

RPD
475

INTRODUCCION.

La fiebre reumática (FR) es una enfermedad inflamatoria aguda o subaguda, no supurativa, sistémica del tejido conectivo, que aparece como secuela retardada de una infección faríngea por *Streptococo B* hemolítico del grupo A, por una lesión de tipo inmunológica. Su incidencia a nivel de la población en general, en niños entre 5-14 años, es de 0,28-0,41/1000 hab.; en Argentina es de 0,1%. El diagnóstico se basa en criterios mayores y menores. Criterios mayores: Carditis, Poliartitis migratoria, Eritema marginado, Corea, Nódulos subcutáneos. Criterios menores: Fiebre, Artralgias, Historia previa de FR, reactantes de fase aguda elevados (eritrosedimentación, PCR), P-R prolongado en electrocardiograma; mas evidencia de infección estreptocócica previa (escarlatina reciente, cultivo faríngeo positivo o título de AELO elevado u por otros antígenos estreptocócicos). Tratamiento: sintomático, reposo, antibióticos (Penicilina), antiinflamatorios (Acido acetilsalicílico a altas dosis), corticoides (meprednisona). La tasa de mortalidad en la fase aguda, sin tratamiento es de 5% al cabo de 10 años.

OBJETIVOS.

Describir el caso clínico de una niña de 9 años de edad con diagnóstico de FR.

DESCRIPCION DEL CASO.

Paciente de sexo femenino de 9 años de edad, previamente sana, que consulta por presentar movimientos anormales. Dos semanas previas a la consulta presenta cuadro febril con compromiso de vía aérea superior y exantema en tronco no especificado, que revierte sin tratamiento

antibiótico. Luego de 10 días, comienza con movimientos involuntarios, incoordinados y espontáneos que producen disartria y dislalia, ataxia, trastornos de conducta y del estado de ánimo. Antecedentes: Púrpura de Schönlein-Henoch a los 4 años de edad, y cuadros de faringitis a repetición en los últimos dos años (diagnosticados clínicamente, sin tratamiento antibiótico). Punción lumbar: normal, TAC de cerebro: normal. Ecocardiograma doppler color: Pancarditis (Insuficiencia mitral moderada, dilatación de aurícula izquierda, leve insuficiencia aórtica y dilatación de ventrículo izquierdo con derrame pericárdico). Cultivo y test rápido de fauces: negativo, AELO y Streptozime: aumentado. Hemograma por hematólogo: anemia ferropénica. Tratamiento: penicilina benzatínica 600.000 U IM cada 21 días, haloperidol gotas, Acido acetilsalicílico, furosemida, protector gástrico, reposo absoluto y control de líquidos, dieta hiposódica. Evolución de la clínica favorable; continúa en seguimiento estricto por pediatría, cardiología, infectología, reumatología, hematología, inmunología y nutrición.

CONCLUSION.

La fiebre reumática es una entidad actualmente rara en los países industrializados, pero que continúa existiendo. La gravedad de la enfermedad viene determinada por las secuelas cardíacas que pueden producirse. Es importante realizar un correcto diagnóstico previo al inicio del tratamiento, y educar a los padres y pediatras sobre el uso racional de antibióticos.

SÍNDROME DE DELECCIÓN DE GENES CONTIGUOS EN XP-21 (DÉFICIT COMPLEJO DE GLICEROL-QUINASA) : A PROPÓSITO DE UN CASO

Eiras M.¹; Medlej N.²; Machera F.³; Marmo J.⁴; Becerra A.⁵; Junius L.⁶; Giacone M.⁷

HIGA EVA PERÓN DE SAN MARTÍN^{1 2 3 4 5 6 7}

<mcecilia_e@hotmail.com>

RPD
476

INTRODUCCIÓN:

En la actualidad se conoce la situación de grupos de genes en diversos cromosomas, cuya ausencia ocasiona diferentes enfermedades. Por lo tanto, cuando se presente una determinada patología que sea inducida por la falta de un gen conocido, será importante descartar otras patologías asociadas. Estos cuadros se denominan síndromes de delección de genes contiguos y forman entidades clínicamente reconocibles. Se conocen 2 situados en el cromosoma X y al menos 7 en diversos autosomas. Un grupo de genes más estudiados es el que se encuentra situado en la banda p-21 del cromosoma X, generando, en varones, déficit de glicerol quinasa, enfermedad de Duchenne y/o hipoplasia suprarrenal congénita, dependiendo del número y naturaleza de los genes que se hayan perdido.

OBJETIVOS:

Presentación de caso clínico para aportar herramientas al diagnóstico precoz de este síndrome genético poco frecuente, ante un recién nacido con alteraciones metabólicas asociadas a hipertrigliceridemia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

RNPT-PAEG, embarazo no controlado, serologías maternas negativas, cesárea, apgar 8/9, oligoamnios severo, 33 EG, ingresa a UCIN por prematuridad, EMH. Al 3º día presenta apnea y bradicardia, permanece en ARM (13 días). Se medica con antibióticos. Evolucionando con mal progreso de peso e ictericia. Comienza al 5º día con hiponatremia (119 mEq/l), hiperkalemia (8 mEq/l), asociado a hipertrigliceridemia (1330 mg/dl) y aumento de CPK (1208 mg/dl). Ecografía cerebral: normal, abdominal: no

se observan glándulas suprarrenales. Se solicita estudio endocrinológico en centro de mayor complejidad, informándose elevación de ACTH, cortisol normal. Con diagnóstico presuntivo de insuficiencia suprarrenal se inicia tratamiento corticoide, logrando normalizar valores del ionograma. Luego de unos días presenta nuevamente alteración metabólica asociada a convulsión tónico-clónica generalizada. Por signos y síntomas asociados se sospecha de síndrome de delección de genes contiguos Xp 21, por lo que se deriva a HNRG, donde se solicita estudio metabólico y genético, ambos resultados pendientes.

CONCLUSIÓN:

Nos resulta importante el conocimiento de esta entidad poco frecuente dado que su presentación clínica puede darse en neonatos o en edades más avanzadas, con el fin de prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida.



MONONUCLEOSIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE DE 18 MESES

Rossiter M.¹; Barreto H.²; Finamore N.³; Lombardo F.⁴; Andres A.⁵

HOSPITAL DR ARTURO OÑATIVIA^{1,2,3,4,5}

<mjulir@hotmail.com>

RPD
477

INTRODUCCIÓN

La mononucleosis infecciosa es frecuentemente provocada por el virus Epstein Barr. Aunque el citomegalovirus puede causarla. Puede transmitirse por saliva, leche materna, secreciones vaginales, orina, semen, heces, sangre y trasplantes. Se pesquiza con serologías prenatales.

En general afecta a adolescentes, o causa infecciones congénitas con aparición temprana de la clínica. Rara vez son asintomáticos.

OBJETIVOS

Dar a conocer una etiología y patología poco frecuente para la edad del paciente y ver cómo influye el medio social.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 1 año y 6 meses de edad, traída a la guardia por presentar fiebre de 10 días de evolución, con amoxicilina-clavulánico hace 5 días. Al ingreso esta afebril, regular estado general, abdomen distendido, fascie descompuesta, pelo ralo, piel seca, descenso de percentilo de peso, Muguet oral y dermatitis del pañal. Sin controles prenatales. Presenta leucocitosis con neutrófilos en cayado y linfocitos activados y monocitos vacuolados, células heterogéneas en frotis, plaquetopenia, enzimas hepáticas aumentadas al triple. Se solicitan serologías, se interna en sala. En la ecografía se muestra esplenomegalia heterogénea, con imágenes hipoecoicas y vesícula biliar de paredes engrosadas. Presenta fiebre, adenopatías generalizadas duro elásticas, ascenso de lactato deshidrogenasa, hiperuricemia y ascenso de kalemia, se sospecha síndrome de lisis tumoral

dada la clínica. Luego se reciben serologías positivas Inmunoglobulinas G y M para citomegalovirus, presento buena evolución clínica y mejoró sus parámetros de laboratorio.

CONCLUSIONES

Discutimos un caso de etiología y patología poco frecuente para la edad. Queda demostrado lo relevante que resulta el diagnóstico prenatal.

Hay que saber estar atentos, no sólo a la frecuencia con que las patologías aparecen, sino con el medio social con el que contamos y de qué manera factores como la desnutrición crónica o bien el consumo de alimentos bajos en nutrientes y ricos en grasas, o la negligencia de los padres en cuanto por ejemplo a la higiene, pueden jugarlos en contra y transformarse en distractores que pueden desorientar nuestro diagnóstico. Resulta muy útil y de gran valor como pediatras generales, tener la capacidad de poder elaborar con cada paciente diagnósticos diferenciales, priorizando descartar la patología más grave ante la que podríamos enfrentarnos, la tumoral.

MIOCARDIO NO COMPACTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pardo M.¹; Carrilho N.²; Carbonell L.³; Gandolfi M.⁴; Guerrini M.⁵; Vedire C.⁶; Rivas S.⁷; Abramovich N.⁸

HOSPITAL DE CLÍNICAS " JOSÉ DE SAN MARTÍN " ^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<vale_pardo@hotmail.com>

RPD
478

INTRODUCCIÓN:

El ventrículo no compacto o "esponjoso" se trata de una enfermedad que pertenece al grupo de las miocardiopatías primarias de causa genética, que se debe a una alteración en la embriogénesis del endocardio y el miocardio. Se puede presentar de forma aislada o asociada a otras miocardiopatías. La prevalencia en la población pediátrica es del 0,01%, lo que corresponde al 9,5% aproximadamente de todas las miocardiopatías, en este grupo etario. Es más frecuente en el sexo masculino, con una relación 1,8:1 respecto al sexo femenino (modo de herencia ligado al sexo, aunque existen casos de herencia autosómica). Su manifestación clínica es variable, desde pacientes asintomáticos hasta aquellos que debutan con falla cardíaca, arritmias o fenómenos tromboembólicos sistémicos. El diagnóstico se realiza con ecocardiograma Doppler color. El tratamiento se enfoca al control de los síntomas y en caso de presentar severo fallo cardíaco, sin respuesta al tratamiento médico, sólo puede ofrecerse el trasplante cardíaco.

OBJETIVOS:

Describir una patología cardiogénica poco frecuente y cuando sospecharla a través de una anamnesis adecuada.

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo masculino, RNT/PAEG (39s/3200grs) con antecedentes de un hermano y primo paterno fallecidos por muerte súbita, tía paterna con miocardiopatía en tratamiento. En los primeros días de vida, se le auscultó un soplo sistólico eyectivo, por lo que teniendo en cuenta los antecedentes familiares, se solicitó una valoración cardiológica y se diag-

nosticó: hipertrofia biventricular no obstructiva. Se descartaron diferentes causas de miocardiopatías (infecciosas, tóxicas y metabólicas), y a los 10 días de vida se repetió un nuevo ecocardiograma. Observándose una severa dilatación de AI con hipertensión pulmonar moderada a severa, con presencia de trabéculas y recesos en el miocardio del VI. Por lo que se confirmó el diagnóstico de miocardio no compacto. Se inició tratamiento con digoxina, furosemida y potasio. Tratamiento actual: carvedilol y espironolactona. Se encuentra en seguimiento por el servicio de cardiología infantil y consultorio de alto riesgo.

RESULTADOS:

Se realizó screening cardiológico al grupo familiar (25 personas) de los cuales 6 (24%) sufrieron muerte súbita (MNC?); de los 19 restantes se diagnosticó MNC en 6 (31,6%) y 13 no presentaron compromiso miocárdico, con un patrón de herencia autosómico dominante con expresión familiar.

Conclusión: La confección de una anamnesis completa y minuciosa, en nuestro caso, fue una herramienta fundamental para el diagnóstico de esta patología poco frecuente.



A PROPÓSITO DE UN CASO: CAVERNOMATOSIS MÚLTIPLE

Pereyra Villanueva N.¹; Ponce D.²; Guidet V.³; Tonon J.⁴; Soto J.⁵

HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA^{1,2,3,4,5}

<natalia.pereyrav@gmail.com>

RPD
479

OBJETIVO:

Reportar un caso de difícil diagnóstico debido a su baja incidencia y transmitir nuestra experiencia a otros Pediatras para brindar una mejor atención médica a estos pacientes.

INTRODUCCIÓN:

Las Cavernomatosis múltiple son malformaciones congénitas arteriales intracraneanas debidas a alteraciones en el desarrollo del sistema arteriocapilar. Son lesiones multilobuladas, bien delimitadas, con sangrado en distintos estadios evolutivos. Su incidencia se desconoce, pero su presencia en el grupo de edad pediátrica es rara. La prevalencia es igual en hombres y mujeres. Su lugar de presentación es supratentorial en alrededor del 80%, mientras que el otro 20% se localizan en la fosa posterior. Hasta el 50% de los cavernomas diagnosticados tiene origen familiar. La cirugía en la población adulta tiene un efecto positivo hasta en el 94% de los pacientes en ausencia de crisis convulsivas, o al menos con una marcada reducción en la frecuencia de las crisis. El tratamiento de la angiomasia cavernosa en pediatría es conservador, individualizado y con seguimiento imagenológico, discutiéndose la cirugía para aquellos casos que presenten hemorragia, déficit focal neurológico progresivo o epilepsia.

CASO CLÍNICO:

Paciente femenina de 10 años de edad, previamente sana, que consulta por lumbalgia e impotencia funcional progresiva en miembros inferiores de 48 hs de evolución. Antecedentes personales: traumatismo leve en región dorsolumbar 72 hs previas a la consulta y 15 días previos presentó

catarro de vía aérea superior. Un mes antes episodios de cefalea intensa que duraron una semana sin síntomas acompañantes que cedieron espontáneamente.

Antecedentes heredo-familiares: madre y abuela materna con enfermedad celíaca; abuelo paterno Diabetes Tipo I; hermano por parte de madre con diagnóstico de intolerancia a la lactosa.

Al ingreso se encontraba en regular estado general, facies dolorosa, afebril, hemodinámicamente compensada, en suficiencia cardiorespiratoria, vigil. Al examen físico presentaba dolor lumbar a la flexión pasiva de cadera izquierda, miembro inferior izquierdo con paresia y arreflexia osteotendinosa e hiperalgesia en planta, región tibial anterior y cara anterior del muslo. El miembro inferior derecho se encontraba sin alteraciones. Resto del examen neurológico normal. Laboratorio: Normal. Serología para gérmenes atípicos: Negativo. Proteinograma por electroforesis: Normal. IgG e IgA totales: Normal. Complemento: Normal. FAN, ANCA, AntiDNA, AntiSM, AntiRo, AntiLa, IgM e IgG anticardiolipina: normal. Se realiza resonancia magnética nuclear de cerebro y columna con informe de múltiples lesiones de distribución predominantemente cortico subcortical en los hemisferios cerebrales y en cerebelo, con diámetros que oscilan entre 2 y 8 mm; hallazgos compatibles con productos de degradación de hemoglobina; la señal de las lesiones medulares sugiere la presencia de metahemoglobina extracelular (hemorragia subaguda).

MICROARRAYS CROMOSÓMICOS: PRIMERAS EXPERIENCIAS EN ARGENTINA DE SU DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE ANOMALÍAS CONGENITAS CON Y SIN DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Cantarella F.¹; Samara M.²; Loreti N.³; Capelli M.⁴; Moya G.⁵; Ferreiro V.⁶

GENOS S.A.^{1,2,3,4,5,6}

<florcantarella@hotmail.com>

POB
480

Las anomalías congénitas con o sin discapacidad intelectual se presentan en alrededor del 3% de los recién nacidos, y constituyen en Argentina, la primera y segunda causa de mortalidad infantil según región. Si bien en la mayoría de los casos las causas que las determinan permanecen desconocidas, las anomalías cromosómicas contribuyen a un porcentaje importante (4-35%) de defectos congénitos y discapacidad intelectual. Las anomalías cromosómicas pueden ser detectadas por distintos métodos como los que involucran técnicas de citogenética clásica, citogenética molecular, y moleculares como el rastreo de deleciones subteloméricas por técnica de amplificación múltiple de sondas ligadas (MLPA). En conjunto estos métodos detectan cerca de un 10% de los casos.

El análisis de Microarray cromosómico (CMA) es un test molecular, por técnica de hibridación genómica comparativa (CGH), diseñado para detectar pérdidas y ganancias en un amplio array de regiones clínicamente significativas del genoma humano. Este estudio permite a su vez poner en evidencia cambios en el número de copias mayores a 100Kb y cambios exónicos significativos en genes seleccionados del genoma nuclear, detectar deleciones mayores a 2Kb en el genoma mitocondrial y analizar hasta 120K de SNPs.

Con el objeto de detectar un defecto genético en pacientes con anomalías congénitas sin estudios concluyentes previos, se analizaron 55 muestras de ADN remitidas al laboratorio.

Para el análisis se utilizó el test desarrollado por el Kleberg Cytogenetics Laboratory (KCL) del Baylor College of Medicine (BCM), utilizando los slides v8.1.1.4x180K y v8.3.2x400K+SNPs. Los slides fueron leídos en un scanner Agilent y el análisis de resultados fue asesorado por las autoridades del Cytogenetics and Microarray Laboratory (CML) del BCM. Se halló la alteración genética responsable del fenotipo en 19 pacientes (35%), 4 presentaron variaciones de significado clínico incierto (VOUS) (3 duplicaciones y 1 deleción) y 19 no mostraron alteraciones en el CMA. De las 19 alteraciones patogénicas identificadas, 14 resultaron deleciones, 4 duplicaciones y una de ellas, un cromosoma marcador con 2 copias del material extra.

La puesta a punto en el país de una técnica de vanguardia como el CMA microarray permitió claramente ampliar el poder de detección de la causa genética implicada en un gran número de casos de anomalías congénitas, lo que se traduce en definitiva en un asesoramiento genético adecuado para las familias implicadas.



ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DE UN PACIENTE ONCOLÓGICO

RPD
481

Kleinsorge C.¹; Masini De La Sota S.²

HOSPITAL DE NIÑOS ORLANDO ALASSIA^{1,2}

<cati-kleinsorge@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El nefroblastoma o tumor de Wilms es el tumor primario maligno renal más común en menores de 15 años. No existe diferencia significativa entre sexos.

Deriva del blastema metanéfrico primitivo y posee 4 variables histológicas: blastemal, epitelial, estromal y anaplásica.

Los síntomas de presentación, en orden de frecuencia, son: masa abdominal, dolor abdominal, HTA, hematuria microscópica, fiebre y hematuria macroscópica.

Formas de extensión: localmente, a través de la cápsula renal, el tumor puede invadir los vasos renales (8%) y alcanzar la vena cava inferior (5%) y el corazón (1.5%). Regionalmente, los ganglios linfáticos se afectan con cierta frecuencia. A distancia, por vía hematológica, metastatiza en pulmón e hígado.

Cuando se diagnostica una masa renal sospechosa de tumor de Wilms, debe hacerse diagnóstico diferencial con sarcoma de células claras, PNFT renal y rhabdomyosarcoma.

OBJETIVOS

Demostrar que el abordaje interdisciplinario del paciente oncológico es la base donde se sustenta el éxito terapéutico.

POBLACIÓN

Paciente del sector de oncología del Hospital de Niños Orlando Alassia Santa Fe.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de la historia clínica del paciente que se presentó al servicio de oncología.

RESULTADOS

Se revisó historia clínica de un paciente de 7 años que ingresa por dolor abdominal y hematuria. Por TAC se observa tumor renal con trombo venoso en cava inferior y metástasis pulmonar. Imagenológicamente se asume como tumor de Wilms estadio IV. Se realiza tratamiento poliquimioterápico prequirúrgico, con buena respuesta citorreductora. Se realiza tumorectomía más trombectomía bajo circulación extracorpórea. Posteriormente, se consolida con poliquimioterapia y radioterapia en lecho quirúrgico y ambas playas pulmonares.

Paciente dado de alta oncológica luego de 5 años de seguimiento.

CONCLUSIÓN

En pacientes con patología oncológica, en donde la enfermedad es de presentación multiorgánica, más que nunca, se deberá contar con un equipo médico interdisciplinario. El mismo abarcará las distintas instancias terapéuticas, necesarias para arribar a la curación del paciente. En el caso citado, el abordaje precoz y completo de la patología del paciente, permitió su curación.

ICTERICIA TARDÍA COMO PRESENTACIÓN DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR CMV

RPD
482

Peredo M.¹; Aguirre Hayes F.²; Nugnes C.³; Tajés R.⁴; Rojas Molina C.⁵

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

<vmolina@intramed.net>

INTRODUCCION:

La presentación clínica de la infección congénita por CMV es muy variada genera secuelas a largo plazo principalmente retraso psicomotor y sordera neurosensorial. Existen controversias a cerca de su pesquisa neonatal así como su tratamiento.

OBJETIVO:

Describir a través de un caso clínico el diagnostico tardío de infección congénita por CMV.

MATERIAL Y METODOS:

Revisión de Historia clínica. Paciente de 1 mes de vida que se interna por presentar episodio de bronquilitis a VSR con requerimiento de oxígeno, RNT/PAEG (39/3550 gr), embarazo controlado, serologías maternas negativas del 3er trimestre (HIV, VDRL, toxoplasmosis, Chagas, HBV) permaneció internado en neonatología por síndrome de distress respiratorio con hipertensión pulmonar severa y sospecha de sepsis 8 días en ARM y 3 días con halo y requerimiento de inotrópicos por 5 días. Sin hepatoesplenomegalia. El laboratorio presenta plaquetopenia que al persistir se evalúa por servicio de hematología e informan valores de plaquetas normales se solicita viruria para CMV que resulta negativa. Permaneció internado en Neonatología por 20 días. En los controles ambulatorios presenta ictericia progresiva, hepatomegalia y laboratorio compatible con hepatitis colestasica por lo que se sospecha infección por CMV y se realiza PCR para CMV en papel de filtro (FEI) con resultado positivo, las OEA son informadas como ausentes en ambos oídos, TAC cerebral con imágenes periventriculares compatibles con calcificaciones. Con diagnóstico de

infección por CMV congénito con compromiso auditivo inicia tratamiento con ganciclovir EV 4 semanas y completa 6 semanas con valganciclovir VO. Evoluciona favorablemente con mejoría clínica y de laboratorio, los PEV auditivos informan leve compromiso de la vía auditiva.

CONCLUSION:

Destacar la importancia de la sospecha clínica de infecciones perinatales que no se incluyen en el screening habitual ante la presencia de plaquetopenia, ictericia prolongada y laboratorio compatible con hepatitis en recién nacidos.



PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE LA MIOFIBROMATOSIS VESICAL BENIGNA

RPD
483

Kleinsorge C.¹; Masini De La Sota S.²

HOSPITAL DE NIÑOS ORLANDO ALASSIA^{1,2}

<cati-kleinsorge@hotmail.com>

INTRODUCCION

En el paciente infantojuvenil predomina en forma absoluta la neoplasia vesical mesenquimal. La mayoría son malignas (rabdomyosarcoma, leiomyosarcoma) y sólo un pequeño porcentaje son benignas (hemangioma, neurofibroma y paraganglioma). La miofibromatosis vesical benigna es una lesión muy similar al rabdomyosarcoma. La inmunohistoquímica permite su diferenciación y el diagnóstico correcto.

Se presenta como masas de tamaño variable. La hematuria macroscópica es el síntoma de inicio más habitual.

Los estudios complementarios son inespecíficos, por lo que nunca se piensa en esta entidad ni antes, ni durante la cirugía. La resección quirúrgica es curativa. Puede presentar recidivas locales.

OBJETIVOS

Presentar un caso de una forma de presentación poco frecuente de la miofibromatosis vesical benigna.

POBLACIÓN

Paciente del sector de oncología del Hospital de Niños Orlando Alasia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de la historia clínica del paciente que se presentó al servicio de oncología.

RESULTADOS

Se revisó historia clínica de una paciente de 14 años que ingresa por hematuria de 72 horas de evolución y mareos en las últimas 24 horas.

Examen físico: palidez generalizada, hematuria franca con coágulos.

Laboratorio: anemia. ECO-Doppler: masa vesical heterogénea de bordes difusos, Doppler captante. TAC: formación intravesical de 7 x 6 cm, de aspecto sangrante, con área central necrótica. Excede paredes vesicales y se irriga por vaso de gran calibre.

Servicio de urología realiza, de urgencia, resección parcial de tumor y hemostasia. Paciente pasa a UCIP. Continúa sangrando. Se realiza cistectomía y ureterostomía.

Por microscopía óptica se diagnostica rabdomyosarcoma vesical. Paciente inicia quimioterapia según protocolo SIOP.

Concomitantemente, se envía el material a inmunomarcador, no siendo concluyente para rabdomyosarcoma. Se interconsulta a centro especializado en tumores mesenquimales en Brasil, quien diagnostica Tumor Miofibroblástico inflamatorio.

Se suspende tratamiento poliquimioterápico y, a los 6 meses se realiza neovejiga.

CONCLUSIÓN

En los tumores de vejiga malignos de origen mesenquimal, la necesidad de cistectomía por hemorragia masiva es una rareza. Por lo cual, ante esta emergencia quirúrgica, debemos tener en cuenta otro tipo de patologías como la del caso que nos ocupa.

SIMULACRO HOSPITALARIO DE RECEPCIÓN DE VÍCTIMAS MÚLTIPLES PEDIÁTRICAS

RPD
484

Gomez Traverso R.¹; Vaccaro H.²; Aprea V.³; Guaita E.⁴; Matarasso M.⁵; Aresca M.⁶; Britez D.⁷

HTAL GRAL NIÑOS DR PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7}

<rgomeztraverso@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

La acción hospitalaria frente a un Incidente con Víctimas Múltiples (IVM) es fundamental para la respuesta frente a un Desastre. El Plan de Emergencia Hospitalario (PEH) es la herramienta que el equipo de salud debe utilizar en esta contingencia, teniendo por objeto tratar de preservar la vida en el mayor número de víctimas.

Presentamos el primer Simulacro de Recepción de Víctimas Múltiples Pediátricas realizado en el Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde (HGNPE) conjuntamente con el SAME del GCABA.

OBJETIVO:

Evaluar la respuesta hospitalaria en IVM. Evaluar la operatividad del PEH. Evaluar los Equipos de Respuesta, capacidades y destrezas. Mejorar la coordinación de los servicios asistenciales y de apoyo. Motivar a la comunidad hospitalaria para respuesta en IVM.

POBLACIÓN:

Comité de Emergencia Hospitalario (COEM), personal del Departamento de Urgencias, alumnos de la Carrera de Emergentología Pediátrica, Servicios de Apoyo HGNPE y SAME.

MATERIAL Y MÉTODO:

Plan de Emergencia en IVM. Cronograma de Preparación del simulacro. Ficha Técnica. Lista de verificación de actividades. Tarjetas de simuladores. Planillas de Evaluación: Equipos de Respuesta (ER), Participantes y Simulacro (Guía Simulacro OPS).

COEM, Equipos de Respuesta hospitalario, ambulancias y personal del SAME, actores pacientes (moulage), actores: familiares y periodistas, facilitadores, evaluadores, observadores y prensa. Filmación general con 3 cámaras en simultánea y filmación de los pacientes con los ER en acción. ER integrado por más de 60 miembros del Equipo de salud. Debriefing de las acciones con los ER.

HIPÓTESIS:

Colisión múltiple en la AU 25 de Mayo con choque y vuelco de micro de transporte con niños y adolescentes. El escenario se realizó en la fase hospitalaria: noria de ambulancias, área de triage, guardia, quirófanos y terapia del HGNPE. 12 pacientes: 5 Rojos + 3 Amarillos + 4 Verdes. Duración 30 minutos.

RESULTADO:

La Evaluación del Simulacro fue Alta, habiéndose realizado los pasos de Actuación Crítica de acuerdo con los estándares. La Evaluación de los ER calificó: 79% Alto y 21 % Medio. La Evaluación de los Participantes al Simulacro: 80% Alto, 10 % Medio y 10% Bajo. Destacando el 100%: Pudo internalizarse en la ficción, destacando que son importantes e indispensable estos ejercicios.

La Evaluación del Simulacro sirvió para la actualización del PEH. Conclusiones: El Simulacro es uno de los instrumentos más apropiados para evaluar y poner a prueba los PEH en IVM.



DETECCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO EN UN CONSULTORIO PEDIÁTRICO DE UN HOSPITAL DE NIÑOS DE CABA

RPD
485

Gutson K.¹; Regatky N.²; Salamanca G.³

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIÉRREZ^{1,2,3}

<kgutson@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los trastornos del desarrollo son frecuentes. Generalmente son patologías multicausales, cuyos síntomas se manifiestan en la conducta, la cognición, el lenguaje, la interacción social y la motricidad.

La detección precoz de estos desórdenes constituye una tarea pediátrica de fundamental importancia.

La intervención temprana es un factor determinante para disminuir el grado de discapacidad futura.

OBJETIVOS:

Utilizar un método de pesquisa para la detección precoz de trastornos del desarrollo.

Realizar diagnóstico en pacientes con pesquisa positiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en un consultorio pediátrico de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

Diseño: estudio descriptivo, observacional.

Para evitar sesgos de selección se tomó al azar el primer paciente que concurrió a control en el consultorio.

Criterios de inclusión: primer paciente entre 10 y 36 meses, presuntamente sano, que concurrió a control los días hábiles entre agosto 2011 y Septiembre 2013.

Criterios de exclusión: niños con diagnóstico de trastorno del desarrollo o patología que interfiera con el desarrollo.

Se realizó en todos los pacientes evaluación clínica completa y administración de PRUNAPE.

1er PRUNAPE normal, controles clínicos habituales.

1er PRUNAPE de riesgo, trabajo interdisciplinario y nueva cita en 20 días.

2da PRUNAPE resultado normal, controles habituales.

2da PRUNAPE de riesgo, evaluación diagnóstica.

Conforme a criterio clínico se efectuaron las siguientes evaluaciones:

1. CAT/CLAMS.
2. Escala Adaptativa de Vineland II
3. Audiológica y oftalmológica.
4. Comunicación y Lenguaje (PLS-3)
5. Psicopedagógica (Bayley/ Stanford-Binet)
6. Psicológica
7. Neurológica

RESULTADOS

Se incorporaron al estudio 400 niños. 20 % PRUNAPE de riesgo.

Del grupo de riesgo 90% tuvieron diagnóstico de trastorno del desarrollo, 2 normales y 6 no completaron evaluación.

18 % tuvieron diagnóstico final de trastorno del desarrollo.

Los diagnósticos de trastornos del desarrollo fueron: 18 RGD, 3 TEA, 21 TEL, 5 trastornos habilidades motoras, 10 trastorno reactivo del vínculo, 15 factores ambientales adversos.

Conclusión:

La detección de niños con problemas que eran inaparentes y que ahora están bajo tratamiento señala la importancia de la pesquisa y del diagnóstico oportuno en el quehacer pediátrico.

FHA. PRESENTACION INUSUAL A PROPOSITO DE UN CASO

RPD
486

Mathey Doret N.¹; Ramos S.²; Gismondi G.³; Venturini M.⁴

SANATORIO LOS ALERCES^{1,2,3,4}

<noemimatheydoret@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La FHA es una enfermedad endémica en Argentina, de denuncia obligatoria, afecta principalmente la pcia. de Bs.As, sur de Santa fe, Córdoba y La Pampa, causada por el virus Junín (Arenaviridae), que se transmite por medio de un roedor (ratón maicero), que sufre infección crónica asintomática y elimina el virus a través saliva, orina, sangre. El contagio se produce a través de la piel lesionada por contacto directo con excreta o inhalación de partículas. Afecta individuos que viven o trabajan en zonas rurales, el 80% hombres entre 15-60 años, en niños la mayor incidencia es entre los 5-10 años. Tiene un periodo de incubación de 1-2 semanas presentándose luego con un Sme. febril inespecífico.

OBJETIVOS:

Remarcar la importancia de un diagnóstico precoz para posibilitar una adecuada terapéutica. Informar sobre prevención de la enfermedad.

DESCRIPCIÓN:

Paciente de 13 años y un mes, eutrófico, previamente sano, que ingresa por cuadro de 8 días de evolución caracterizado por astenia, registros febriles de 39-40°C, que en las últimas horas agrega vómitos alimenticios, episodios de movimiento tónico-clónico generalizados con posterior deterioro del sensorio. Como antecedente realizó tratamiento con Amoxicilina durante 72hs.

Al ingreso paciente pálido, reactivo, Glasgow 9/15, petequias generalizadas en diferentes estadios evolutivos, taquicárdico, pulsos débiles, normotenso. Se solicita: lab. que presenta hepatograma alterado y leve prolongación de los tiempos de coagulación. PCR (-). PL (N). TAC de

cráneo (N). Se pancultiva, comenzando posteriormente con tratamiento empírico con Ceftriaxona/ Aciclovir, por presenta orina + para células de Melani, se toman muestra de sangre para enfermedades endémicas, recibiendo luego PCR (+) para FHA, se realiza interconsulta con servicio de infectología quien decide no realizar tratamiento con plasma de convalescente dado el tiempo de evolución del cuadro (>10días). El paciente clínicamente evoluciona favorablemente, mejorando los parámetros de laboratorio. Permanece en UTI durante 5 días y luego pasa a sala de pediatría donde 72hs posteriores se indica alta sanatorial.

COMENTARIO:

La FHA es una enfermedad grave, con una mortalidad elevada del 20-30% sino se recibe la terapéutica adecuada. El tratamiento consiste en la administración de plasma inmune, dentro de los primeros 8 días de la enfermedad, reduciendo la mortalidad a un 1%. Una forma de presentación grave, inusual e inespecífica es la forma neurología, la cual es fundamental reconocer para no llegar a un diagnóstico tardío.

La principal forma de prevención es la vacuna Candid I, presente en el calendario oficial de las pcias. Endémicas y está indicada a partir de los 15 años de edad



EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS

RPD
487

Peredo M.¹; Santucci P.²; Kabakian L.³; Nugnes C.⁴; Gonzalez G.⁵; Rojas Molina C.⁶

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

<vmolina@intramed.net>

INTRODUCCION

Se ha publicado una prevalencia del 4-48% de malnutrición en niños hospitalizados. Su identificación y gravedad permiten, en el niño internado, estimar un riesgo que se suma al de la enfermedad de base.

OBJETIVO:

Analizar el estado nutricional de los pacientes en el momento de la internación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron pacientes de 1 mes a 15 años internados entre septiembre de 2012 y agosto de 2014. De un n= 2.485 cumplieron los criterios de inclusión 670 pacientes, excluyéndose aquellos con edema, en quienes no se pudo evaluar peso y talla y los pacientes con deshidratación. Se realizó un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y de corte transversal. Se los siguientes datos: sexo, edad, peso actual, talla, patología de base y diagnóstico. Se evaluaron las variables: IMC, puntaje Z, peso para la talla (P/T) y peso relativo (PR).

RESULTADOS:

El 60,9% de pacientes presentó normopeso; 28,81% exceso de peso; 7,91% desnutrición y 2,39% riesgo de desnutrición. No se observó diferencias con respecto al sexo en los pacientes eutróficos (31% masculino y 29,9% femenino), con exceso de peso (niñas 14%, niños 14,8%) ni desnutridos (niños 4,6%, niñas 3,7%). El riesgo de desnutrición tiene un leve predominio en el sexo femenino (1,64% niñas, 0,74% niños). La evaluación del exceso de peso arrojó 46% de sobrepeso, 30% de obesi-

dad grave y 24% de obesidad. En relación a la desnutrición se observó: 37,68% de desnutrición leve, 33,33% de desnutrición moderada y 5,8% de desnutrición grave. El riesgo de desnutrición fue de 23,19%. Se evidencia una relación inversa entre la edad del paciente y el normopeso (niños menores de 1 año 72%, 1 a 5 años 67%, 6 a 12 años 39% y mayores de 12 años 36%). Mientras que ocurre lo contrario con el exceso de peso (19%, 22%, 50% y 55% respectivamente). La desnutrición se mantiene entre el 8% y 9% en todos los rangos etarios. El riesgo de desnutrición en niños menores de 1 año es del 1%, en el resto 3% y en los mayores de 12 años no se evidenció riesgo de desnutrición.

CONCLUSIONES:

Se evidenció que el 39,11% de pacientes presentaron algún grado de malnutrición siendo más prevalente el exceso ponderal. Consideramos que la evaluación nutricional debe formar parte de la historia clínica de cada paciente, ya que permitiría definir riesgo aumentado de morbilidad si a la enfermedad de base se agrega un estado de malnutrición.

COMPRESIÓN MEDULAR COMO PRESENTACIÓN DE RECAÍDA DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA : REPORTE DE UN CASO

POB
488

Murray M.¹; Cabana J.²; Do Santo S.³; Caballero E.⁴; Merodio E.⁵; Ferrara E.⁶

HOSPITAL MATERNO INFANTIL VITORIO TETAMANTI^{1,2,3,4,5,6}

<mceciliamurray@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La presentación de leucemia como tumoración extraabdominal ocurre entre el 3,1-9,1% y menos frecuentemente en LLA, ocurriendo en un 60% en menores de 15 años. La RMN es el método de elección para diagnóstico. Se presenta un paciente con una recaída muy temprana, que se presentó con síndrome de compresión medular.

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo masculino de 7 años de edad al diagnóstico. Hemograma y médula ósea compatibles con LLA T sin compromiso de SNC al ingreso. Cumple tratamiento de acuerdo a Protocolo de alto riesgo y radioterapia a dosis profilácticas en SNC. Al mes de comenzado el mantenimiento, presenta un dolor lumbar leve sin síntomas neurológicos asociados y se solicita RMN, el dolor se agravó en intensidad, llevando al paciente

al reposo en 2 semanas, hiporreflexia patelar izquierda, alteración en la sensibilidad, babinski+ izquierdo. Se realiza RMN de columna detectándose masa ocupante desde L4 hacia caudal, de señal intermedia, LCR 96.6% de blastos Pre T y MO 0,08% de blastos. Se realizó tratamiento con Dexametasona y quimioterapia siguiendo esquema GATLA para recaída muy temprana.

CONCLUSIÓN:

Ante estos síntomas en una paciente en tratamiento por LLA, es importante tener en cuenta la posibilidad de recaída, solicitar en forma urgente RMN y realizar estudios complementarios (PL; PAMO) previo a la administración de corticoides, dado que estos pacientes pueden beneficiarse del tratamiento médico sin necesidad de cirugías descompresivas.



FUNDAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA CONTRA ROTAVIRUS AL CALENDARIO NACIONAL (CNV)

POB
489

Rancaño C.¹; Neyro S.²; Juárez M.³; Katz N.⁴; Perez Carrega M.⁵; Sagradini S.⁶; Urueña A.⁷; Vizzotti C.⁸

MINISTERIO DE SALUD¹; MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN NACIONAL DE CONTROL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES^{2,3,4,5,6,7,8}

<carolinarancano@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La diarrea aguda (DA) es la 3ª causa de mortalidad en < 5 años y rotavirus (RV) es la causa más frecuente de DA viral en este grupo. La vacunación contra RV es una herramienta importante para disminuir la DA grave, la letalidad y reducir el impacto socio económico negativo generado en este grupo etario. La información brindada por la vigilancia epidemiológica es fundamental para la toma de decisiones en Salud Pública.

OBJETIVO

Describir la situación epidemiológica de DA en Argentina entre 2005-2014 en <5 años. Determinar los grupos etarios y regiones del país con mayor carga de enfermedad y mortalidad por DA y DA por RV (DAR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Se analizaron los casos y tasas de incidencia por 10.000 de DA y DAR notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud 2005-2014; egresos por DA 2005-2012 y mortalidad por DA de 2009-2013 (Dirección de Estadísticas e Información en Salud).

RESULTADOS

Entre 2005-2014 fueron notificados 11.490.412 casos de DA (45 % eran <5 años). La media anual de casos en <5 años fue 513.197 (tasa 1.466-1.680). Los niños entre 12-24 meses (tasa 2.630) y <12 meses (tasa 1.871) presentaron las mayores tasas de DA. Las tasas de las regiones Noroeste (NOA) (3.240) y Cuyo (1.935) duplicaron la tasa de incidencia media nacional (1.569) de DA en <5 años. Entre 2009-2014 RV fue la etiología

principal (67,9%) de las DA virales. El 56% de las DAR ocurrieron en los <1 año. La estacionalidad de la DAR (2010 a 2014) fue invernal (pico SE27). Entre 2005-2012 se registraron 196.260 internaciones por DA en <5 años (55% eran <1 año). La región del NEA tuvo la mayor tasa de internaciones (148) casi duplicando la tasa media nacional (79). La DA causó entre 60 a 130 muertes anuales entre 2007-2013. Los < 1 año y el NEA presentaron las mayores tasas de mortalidad (0,88 y 0,78 respectivamente).

CONCLUSIONES

La prevención de la DAR es una prioridad para la Salud Pública en Argentina. Los < 2 años presentaron la > tasa de DA, de internación y mortalidad. Las regiones más afectadas fueron NOA y NEA. RV fue el agente viral principal.

Basada en la evidencia epidemiológica local obtenida se decidió con el objetivo de disminuir la morbimortalidad incorporar la vacuna contra RV al CNV con esquema 2 dosis (2 y 4 meses) a partir del 1 enero 2015. Es necesario continuar con la vigilancia epidemiológica para medir el impacto de esta intervención.

FARINGITIS AGUDA: EVALUACIÓN ETIOLÓGICA

POB
491

Bianco N.¹; Salazar Salguero T.²

CLINICA IMEC^{1,2}

<residenciapedimec@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN

La faringitis aguda, es una de las afecciones más frecuentes en la edad pediátrica. La mayoría de casos están causados por virus con una evolución benigna y autolimitada. La faringitis aguda por estreptococo beta hemolítico grupo A (EBHGA) es de las enfermedades bacterianas prevalentes en la infancia y adolescencia y en la que el tratamiento antibiótico está definitivamente indicado para acortar la duración de los síntomas clínicos y la prevención de las complicaciones supurativas y no supurativas. Una de las estrategias en el diagnóstico y tratamiento de las faringitis aguda es distinguir si la infección se debe a EBHGA o no, para evitar el uso innecesario de antibióticos.

OBJETIVO:

v Determinar la incidencia epidemiológica de EBHGA en las fauces de niños sintomáticos de distintas edades.

v Distinguir criterios clínicos para orientar diagnóstico de faringitis por EBHGA.

POBLACIÓN, MATERIALES Y METODOS

Estudio prospectivo, observacional, descriptivo en la población infantil de 3 a 15 años de edad con síntomas y signos compatibles con faringitis bacteriana (odinofagia, fiebre, cefalea, malestar general, adenopatías, exantema escarlatiniforme, exudado faringoamigdal, petequias en paladar), se incluye a niños sin patología subyacente que concurren a la guardia pediátrica de una institución entre enero y julio del 2015, en la ciudad de Junin.

Se realizó la toma de muestras de ambas amígdalas y de la pared posterior de la faringe por personal de laboratorio entrenado, efectuándose método rápido de detección y los reportados como negativos, se realizó cultivo específico en medio. Los padres brindan su consentimiento antes del procedimiento.

RESULTADOS PRELIMINARES

Se evaluaron 39 pacientes, media de edad: 6,8 años (Rango 3-15 años), 61.5 % fueron varones, el 51.2 % tuvieron strept test positivo que en la mayoría de los casos se acompañó de signos y síntomas como fiebre y odinofagia (94.8 %), exudado faringoamigdal: (84.6%), adenopatías (61.5%), exantema (12.8%). El 48.7 % tuvieron Strept test negativo con cultivo negativo en un 100%.

CONCLUSIONES

La incidencia de faringitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A fue del 51.2%, siendo la fiebre, odinofagia y exudado faringoamigdal, los síntomas y signos que más orientaron a dicha etiología.



LITIASIS VESICULAR

Guerra M.¹; Squartini L.²; Santini M.³; De Martini C.⁴; Solis Neffa R.⁵; Gutierrez E.⁶

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO¹²³⁴⁵⁶

<draluciaguerra@gmail.com>

POB
493

INTRODUCCIÓN:

La litiasis vesicular es la presencia de cálculos en la vesícula por cambios físicos en la producción de la bilis. Es causa de dolor abdominal agudo y recurrente en pediatría. El uso frecuente de ultrasonido y su mayor sospecha clínica permiten su pesquisa más certera y precoz, siendo posible detectarla intraútero y en niños asintomáticos.

OBJETIVO:

Analizar en niños internados por litiasis vesicular, la presentación clínica, los factores de riesgo, antecedentes familiares, edad del diagnóstico, sexo, complicaciones y tratamiento.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, observacional de revisión de historias clínicas de pacientes menores de 16 años, con diagnóstico ecográfico de litiasis vesicular, internados en nuestro Hospital, entre el año 2010 y 1º semestre del 2015, por complicaciones o para cirugía. Fueron incluidos 27 pacientes, se excluyeron: un diagnóstico prenatal y los atendidos en fecha anterior.

RESULTADOS:

En los últimos 5 años se internaron 27 pacientes con litiasis vesicular en quienes se hizo rápidamente el diagnóstico y el tratamiento adecuado, efectuándose colecistectomía laparoscópica electiva en el 85 %.

El rango de edad fue de 9 años y 10 meses a 15 años y 7 meses. Con una media de 12,4 años. Mayor frecuencia en mujeres, 74 %.

Todos fueron sintomáticos siendo los motivos de consulta más frecuentes, 37% dolor abdominal recurrente y 25% cólico biliar (sólo 2 con ictericia y coluria, coexistiendo en 1 esferocitosis y en otra sospecha de síndrome de activación macrofágica).

Como complicaciones 18% presentaron colecistitis y 15% pancreatitis, entre las cuales una debutó como sepsis y evolucionó con pseudoquistes. Factores de riesgo: Sobrepeso 18% / obesidad 48% y de estos el 18% tiene IMC mayor de 30 (total 66%).

Dos embarazadas, una con 2 gestas y diabetes gestacional.

Esferocitosis en 1 niña, internada en Paraguay 7 meses antes por Dengue. Se derivó a Centro de mayor complejidad.

Antecedentes familiares de litiasis 62%, coincidiendo con sobrepeso/obesidad el 33%.

Complicaciones posquirúrgicas: sólo 1 paciente, neutropénica, tuvo a la semana infección de herida quirúrgica.

CONCLUSIONES:

El sobrepeso/obesidad junto con los antecedentes familiares fueron los factores de riesgo más frecuentes. La cirugía laparoscópica no presentó complicaciones. Se recomienda al pediatra la detección precoz del sobrepeso y la necesidad de asesoramiento nutricional.

MENINGITIS BACTERIANA POR HAEMOPHYLUS INFLUENZAE TIPO CAPSULAR F

Künzi A.¹; Barbagallo M.²; Palmeiro L.³; Farina M.⁴; Pensa P.⁵; Raitano P.⁶; Tuccillo P.⁷; Lattner J.⁸

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

<andykunzi@gmail.com>

RPD
494

INTRODUCCION:

La meningitis es una enfermedad, caracterizada por la inflamación de las meninges. Es poco frecuente pero potencialmente letal. Progresar con rapidez, por lo que el diagnóstico y tratamiento precoz es importante para prevenir las secuelas severas y la muerte. El 80% es causada por virus, y entre el 15 y el 20% por bacterias.

OBJETIVO:

Presentar un caso de meningitis bacteriana por Haemophilus Influenzae tipo capsular F, en el año 2014 en provincia de Buenos Aires.

POBLACION:

Paciente de 11 años de edad, sin antecedentes personales, vacunas de calendario completas para edad, consulta a guardia del Hospital Naval Pedro Mallo por presentar cefalea frontal de 12 horas de evolución acompañada de vómitos, fotofobia, rigidez de nuca y dolor abdominal. Al examen físico se observa alteración del sensorio (Glasgow 11/15) con signos de Brudzinski y Kernig positivos por lo que se decide internación en UTIP.

MATERIALES Y METODO:

Se realiza Punción lumbar, citoquímico y cultivo. laboratorio: hemograma, función renal, función hepática, ionograma plasmático, estado ácido base. Sedimento urinario. Hemocultivos por dos.

RESULTADOS:

Se constata LCR: citoquímico: pH 8, aspecto gris turbio, Células 9930, PMN 97%, Linf 3%, glucorraquia 63 (glucemia 157), PT 199, cl 118, Ac Lact 7.49.

coloración de Gram positivo, 1-2 leu/campo. Hemograma: leucocitosis: Gb 29840 (N 95%/L 2%). Resto de laboratorio normal.

Comienza tratamiento con ceftriaxona a 100mg/kg/día y se obtiene cultivo positivo para Haemophilus influenzae, se envía al Instituto "Dr. Carlos Malbrán" muestra para tipificación por PCR donde se informa tipo capsular "F"

Cumple tratamiento por 14 días, con buena evolución clínica y sin secuelas.

Se realizó profilaxis con rifampicina a los contactos.

Se realiza denuncia al instituto de epidemiología de la provincia de Buenos Aires.

CONCLUSION:

La introducción de la vacuna contra Haemophilus influenzae tipo b en los programas de Inmunización de muchos países produjo una reducción marcada en la incidencia de enfermedad invasiva causada por este serotipo y en su portación y un incremento de otros tipos capsulares y de aislamientos no capsulados.

En Argentina, el 80 % de los casos de enfermedad invasiva por Hib en la era prevacunal ocurría en niños menores de un año de vida; la tasa de incidencia global en menores de 5 años era de 301-120/100 000. Con la introducción de la vacuna al Calendario Nacional de Vacunación en 1998 la incidencia se redujo a 0,06/100 000 en el año 2005.



TUBERCULOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON LINFOMA DE HODGKING VARIEDAD DEPLECIÓN LINFOCITARIA

RPD
495

Cabana J.¹; Dos Santos S.²; Caballero E.³; Ferrara E.⁴; Merodio E.⁵; Murray M.⁶

HOSPITAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL "VITORIO TETTAMANTI" MAR DEL PLATA^{1,2,3,4,5,6}

<cabana.javier@gmail.com>

INTRODUCCION

Es conocida la asociación entre el Linfoma de Hodgking y la infección por *Micobacterium tuberculosis*, lo que obliga a un índice de sospecha alto. La variedad Depleción linfocitaria presentaría un riesgo más alto por la ausencia de linfocitos para una defensa adecuada.

DESARROLLO

Paciente varón de 8 años, en situación de calle, consulta por decaimiento y adenopatías. Se realiza biopsia de ganglio en región supraclavicular derecha diagnosticándose Linfoma Hodgking variedad depleción linfocitaria en estadio IV por lo que inicia quimioterapia según protocolo GATLA 2012. PPD negativa 8 días luego de iniciado el tratamiento comienza con fiebre, fotofobia, cefalea y una ligera disartria. Fondo de ojo normal, LCR glucorraquia 0,37, proteínas 0,53 elementos 717 con 95% de PMN. Inicia Cefotaxima – Aciclovir. Presenta ligera mejoría clínica aunque persiste febril.

12 días posteriores al inicio de tratamiento persiste febril y presenta supuración de la herida de biopsia de ganglio de donde se toma muestra de cultivo. Se realiza TAC de torax que muestra infiltrado nodular. Se rota antibiótico.

Al vigesimoprimer día de iniciado tratamiento quimioterápico se obtiene rescate de *Micobacteria Tuberculosis* en el cultivo de secreción purulenta de la herida de biopsia de ganglio e inicia tratamiento tuberculostático. Posteriormente el mismo germen es rescatado de LCR.

Presento hidrocefalia y síndrome perdedor de sal secundario a la meningitis tuberculosa, con complicaciones asociadas a estos cuadros

CONCLUSION

La reacción de PPD negativa en un paciente con Linfoma de Hodgking depleción linfocitaria no descarta la infección por *Micobacteria Tuberculosis* por lo que se debe mantener un alto índice de sospecha ante clínica compatible con esta infección en estos pacientes

EL ASMA TODAVÍA UN DESAFÍO: PROPUESTA PARA INTERVENIR Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS ASMÁTICOS

POB
497

Cacace A.¹; Galarza M.²; Liporace M.³; Carranza S.⁴

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

<anabellacacace@hotmail.com>

Muchos niños que se internan en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Agudos P. Fiorito con dificultad respiratoria e hipoxemia, tuvieron episodios similares anteriormente, sin evaluación adecuada de su enfermedad.

Considerando que el asma es la enfermedad crónica más frecuente de la infancia, el diagnóstico, tratamiento y prevención de las exacerbaciones, son un desafío en la tarea asistencial cotidiana del pediatra.

OBJETIVOS:

Se consideró el diagnóstico de asma y gravedad del mismo en los niños que reunieron las condiciones necesarias según anamnesis, antecedentes, y estado clínico al ingreso.

Se informó al familiar y al niño (mayores de 10 años) los aspectos de esta enfermedad, comunicando las pautas de educación pertinentes.

POBLACIÓN

Criterios de inclusión: todos los niños de ambos sexos desde 1 mes hasta 14 años con dificultad respiratoria e hipoxemia a los que se realiza diagnóstico de asma.

Criterios de exclusión: niños que presenten patología respiratoria crónica diferente al asma.

Este criterio se aplicó especialmente a los niños menores de 2 años que no tuvieron los estudios correspondientes para evaluar patología crónica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Trabajo retrospectivo realizado durante los meses de marzo, abril y mayo del año 2014

Se evaluó diagnóstico de asma en los niños de 1 mes a 14 años inclusive. El diagnóstico se comunicó a la familia, así como su gravedad, la técnica de uso del aerosol y aerocámara, reconocimiento precoz de los síntomas comunes, síntomas de alarma, medidas generales de evitación.

Además se realizó demostración práctica (uso de aerocámara), y entrega de folletos sobre medidas de prevención.

RESULTADOS:

De los 200 niños internados en los meses de marzo, abril y mayo del año 2014, el 36.6%, ingresaron por cuadros respiratorios con hipoxemia. Se realizó diagnóstico de asma, en el 85% de este grupo de niños. Dentro de los niños que tuvieron tratamiento preventivo, (15%), la mayoría (80%) lo había suspendido ya sea por indicación médica o por su cuenta.

CONCLUSIONES:

Proponemos la intervención del pediatra para evaluar diagnóstico de asma y transmitir pautas de monitoreo y alarma, durante el período de internación, en los niños que sufren una exacerbación de la enfermedad. Se aprovechará esta situación de especial vulnerabilidad para elaborar con los cuidadores del niño una estrategia a fin que el paciente adhiera al tratamiento sin interrupciones.



MIOCARDITIS: UNA ENTIDAD SUBDIAGNOSTICADA CON POTENCIAL RIESGO DE VIDA

RPD
498

Rolando F.¹; Longueira S.²; Lombardo F.³; Barreto R.⁴; Mazza J.⁵

HOSPITAL DR. ARTURO OÑATIVIA^{1,2,3,4,5}

<fedo_rolando@hotmail.com>

INTRODUCCION:

La prevalencia de miocarditis se desconoce con certeza. La presentación clínica es muy variada, desde formas asintomáticas hasta caso fulminantes. En época invernal la prevalencia de patologías respiratorias es mayoritaria siendo factible que se subdiagnostique dicha entidad que se asemeja a la bronquiolitis en su presentación clínica, pero con terapéutica y pronóstico distinto.

OBJETIVOS:

Discutir un caso de miocarditis en paciente con bronquiolitis como patología de base

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO:

Niño de 6 meses de edad que ingresa a guardia por cuadro de agitación de 72 horas de evolución. Por presentar hipoxemia se interna para tratamiento.

Al examen físico dentro del aspecto respiratorio presenta patrón obstructivo. Resto de examen normal.

Se indica oxigenoterapia y salbutamol cada 4 horas.

Paciente se le agrega tos seca hepatomegalia palpable y dolorosa, tensión arterial 135/ 59.

Se realiza electrocardiograma (ECG) debido a la sospecha clínica de cardiopatía agregada, nueva Radiografía de tórax, normal y laboratorio con enzimas cardíacas: CPK 6600 ; CPK-MB 79.6; resto normal.

Se interpreta el cuadro como una miocarditis descompensada sin desestimarse el componente respiratorio. Se indica metilprednisolona, furosemida, ampicilina- sulbactam y claritromicina.

ECG: Ritmo sinusal, eje positivo a 60°, signos de hipertrofia ventricular izquierda, supradesnivel S-T, en casi todas las derivaciones, Q profunda de V1 a V3.

Ecocardiograma: mala contractilidad miocárdica con dilatación de la cavidad izquierda, diámetro de ventrículo izquierdo en diástole 44mm, diámetro de ventrículo izquierdo en sístole 42 mm, Fracción Acortamiento (FA) 5%.

Se diagnostica miocarditis aguda con compromiso funcional severo.

Se agrega al tratamiento dopamina y enalapril

El paciente respondió adecuadamente a la terapéutica instaurada.

Se realiza nuevo Ecocardiograma: FA<10. Enzimas cardíacas al alta: CPK 1633, CPKMB 50.

Tratamiento al alta: Furosemida, espironolactona, enalapril, digoxina, AAS.

CONCLUSION

La miocarditis es un cuadro subdiagnosticado debido a la similitud de las manifestaciones clínicas con otras patologías que son más frecuentes; sumado a la poca sensibilidad y especificidad de los métodos complementarios y a la poca expresión clínica de sus formas leves o asintomáticas. La sospecha clínica es la principal herramienta para hacer el diagnóstico de esta patología ya que la instauración del tratamiento adecuado y a tiempo puede cambiar el curso de la enfermedad.

A PROPOSITO DE UN CASO: MENINGOENCEFALITIS HERPETICA

RPD
499

Aupy A.¹; Gajo Gane A.²; Vogelmann R.³; Sappa C.⁴

HOPITAL PEDIATRICO JUAN PABLO II^{1,2,3,4}

<CynPed@hotmail.com>

INTRODUCCION:

Es la infección viral más severa y destructiva que afecta al cerebro. Grave, con alta morbilidad, y un índice de mortalidad del 50% al 80% si no media tratamiento efectivo. En pacientes no tratados, solo el 3% recupera su nivel neurológico. La incidencia de esta infección no varía si el paciente está inmunocomprometido. El VHS I es el responsable de la mayoría de los casos de encefalitis herpética. Un 33% son consecuencia de la primoinfección y el 66% restante, reactivación del virus latente. El VHS II afecta en etapa neonatal, por transmisión materna.

OBJETIVO:

Presentación de un caso clínico de Meningoencefalitis herpética.

DESCRIPCION:

Paciente de 14 años de edad, sin antecedentes de jerarquía, consulta por 72 hs de evolución de cefaleas holocraneanas, vómitos, tos productiva, y registros de hipertermia cuantificada (38,5°C), se indica Azitromicina y antitérmicos, presentando a las pocas horas, episodio convulsivo tónico clónico generalizada, que ceden con anticonvulsivos, agregándose palidez cutáneo mucosa generalizada, rigidez de nuca, Kerning y Brudzinski positivo, trismo. Laboratorio: Citoquímico de LCR: Incoloro, límpido, Glucorraquia 83% mg (Glucemia 170%mg), Proteinorraquia 89%mg, 380 elementos a predominio de polimorfos. RNM: lesión hiperintensa que afecta polo temporal izquierdo, particularmente corteza medial y uncus. PCR de LCR: positivo a HVS I y II. Se realiza tratamiento con Aciclovir a 45 mg/kg/día ev por 21 días, Dexametasona 0,6 mg/kg/día ev por 14 días y Manitol 0.25 mg/kg/día ev por 10 días, Fenobarbital 5mg/kg/día.

CONCLUSION:

Es importante medicar inmediatamente ante la sospecha diagnóstica de Meningoencefalitis herpética con Aciclovir, para una pronta recuperación y evitar complicaciones y/o secuelas. En este caso, fue efectiva la acción coadyuvante de la asociación de Dexametasona y Manitol junto al antiviral para controlar la evolución de la enfermedad.



REPORTE DE CASOS TBC INFANTIL

Luque M.¹; Germoglio M.²; Elizabeth R.³; Capurso C.⁴; Vergara D.⁵; Barreto A.⁶; Girard G.⁷; Segovia L.⁸; Larroca C.⁹

HTAL M.V. DE MARTINEZ DE PACHECO^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<emisturtz@hotmail.com>

RPD
500

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TBC) persiste como causa importante de morbimortalidad infantil, teniendo aún una incidencia mundial alta. La TBC del niño es reflejo de una transmisión reciente, por lo que la sospecha de infección detona el inicio del catastro principalmente en su círculo familiar.

OBJETIVOS:

Exponer 2 casos de TBC ocurridos en nuestro hospital, entre 2012-2015. Reconocer la importancia de fortalecer las redes del equipo de salud mejorando catastro y adherencia al tratamiento de TBC.

Destacar la importancia de la vacunación para prevenir formas graves de TBC.

CASO 1 :

Niña de 3 ½ meses presenta dificultad respiratoria de 72 hs, afebril, con mal progreso de peso e hipoxemia. Antecedentes: RNTBPEG, embarazo sin control, parto domiciliario. Permaneció en UTIN 6 días. Serologías (-). 2 internaciones a los 2 meses por bronquiolitis + sospecha de coqueluche y a los 3 meses por neumonía. IFI de SNF, PCR B. Pertussis y HMCx2 (-). Rx tórax con infiltrado bilateral intersticio-nodulillar. Madre adelgazada, con tos productiva y Rx tórax con imágenes cavitadas. PPD 16 mm. PPD bebé 10 mm. Se toman muestras de LCR y orina (-), lavado gástrico (directo y cultivo + para BAAR). Inicia HRZE.

CASO 2:

Niña RNTPAEG, parto vaginal, embarazo sin control, serologías (-). Madre con TBC tratada hace 2 años, con recaída en este embarazo. Madre y padre esputo directo y cultivo (+) Placenta, lavado gástrico y bronquial

bebé directo y cultivos (-). Líquido amniótico directo y cultivo (+). Egresada con profilaxis con isoniácida y tratamiento con HRZE a los padres. A los 17 días de vida reingresa a UCIN por status convulsivo, afebril. HMCx2, cultivo de orina y LCR (-), LCR normal, Rx tórax, RMN cerebral y EEG: normales. Inicia esquema con HRZE y se medica con vanco + mero hasta cultivos (-). Pasa a pediatría con 22 días de vida, donde permanece por 15 días.

CONCLUSIÓN:

Debemos considerar la TBC entre los diagnósticos diferenciales de bronquiolitis y SBO repetidos y dirigir el interrogatorio en su búsqueda. La vacuna BCG sigue siendo una medida de prevención de las formas graves de tuberculosis por lo que se debe evitar diferir su aplicación en los recién nacidos.

Perfeccionar la comunicación y el trabajo conjunto con servicio social, y los centros periféricos de salud en la realización del catastro completo y la supervisión efectiva del cumplimiento del tratamiento es un desafío en el que debemos involucrarnos con mayor compromiso para lograr disminuir la prevalencia de TBC.

HIPERBILIRRUBINEMIA SEVERA POR HEMORRAGIA SUPRARRENAL BILATERAL

Dal Maso D.¹; Ramos L.²; Rossiter M.³; Lombardo F.⁴; Calvi J.⁵

HZGA DR. ARTURO OÑATIVIA^{1,2,3,4,5}

<dfdm75@hotmail.com>

RPD
501

INTRODUCCIÓN:

La hemorragia suprarrenal neonatal se presenta en el 0.2% de los recién nacidos. Más frecuentemente es unilateral, y del lado derecho. El 10% es bilateral. Afecta a varones y se diagnostica antes del 7º día de vida. Las manifestaciones clínicas dependen del porcentaje de corteza afectada por la hemorragia

Frecuentemente se manifiesta con ictericia, anemia y masa abdominal. Otras presentaciones son el shock hipovolemico, la insuficiencia suprarrenal, la tumefacción escrotal o la forma asintomática. Los factores de riesgo están relacionados con diabetes materna, trauma obstétrico, alto peso al nacer, coagulopatias, sepsis o hipoxia del recién nacido.

OBJETIVO:

Describir un caso de hiperbilirrubinemia severa por hemorragia suprarrenal bilateral.

CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de un varón recién nacido término, peso adecuado para edad gestacional, parto vaginal.

Antecedentes maternos 4 gestas y 4 partos, sin patologías previas al embarazo, serologías negativas. Ambos con grupo y factor 0 (+) Coombs negativa

A las 24 horas presenta ictericia, sin criterio de luminoterapia. Al no presentar complicaciones, se otorga el alta a las 48 horas de vida

A las 96 horas de vida es llevado a la guardia por su madre por verlo más amarillo. Paciente icterico, afebril, se solicita laboratorio.

Presenta criterios de ingreso a luminoterapia (bilirrubina total 20 mg/dl a predominio indirecto) Al examen físico se palpan masas en ambos flancos abdominales.

La ecografía abdominal informa: masas de características heterogéneas, con zonas anecoicas e hiperecogénicas en área de ambas suprarrenales. Derecha: 2.5 x 2 cm, izquierda: 3 x 2.5 cm.

Durante la internación se solicitan estudios para descartar insuficiencia suprarrenal.

Presenta buena evolución, descenso de la bilirrubina y disminución del diámetro de las masas abdominales y al séptimo día se le otorga el alta. Es seguido por el servicio de pediatría hasta el año de vida en ese lapso no presento complicaciones.

CONCLUSIONES:

El caso presentado se trata de una entidad poco frecuente por ser bilateral, que se presento como hiperbilirrubinemia severa sin evolucionar a la insuficiencia suprarrenal.

La importancia de las pautas de alarmas correctamente explicadas y comprendidas por la madre junto a la utilización de un método no invasivo como la ecografía fueron fundamentales en el caso clínico planteado para llegar al diagnóstico.

RPD
502

A PROPÓSITO DE UN CASO DE GINECORRAGIA

Lucero M.¹; Trincado C.²; Martínez E.³

HOSPITAL RAWSON^{1,2,3}

<monicalucero897@gmail.com>

INTRODUCCION:

Los linfangiomas son hamartomas congénitos del sistema linfático. Aunque de etiopatogenia poco clara, existe la hipótesis de que se debe a un insuficiente drenaje de los vasos linfáticos hacia el sistema venoso, secundario a la atresia o bien a la insuficiencia de los canales eferentes. Se clasifican en capilares, cavernosos o quísticos dependiendo de la profundidad y del tamaño de los vasos linfáticos afectados. La mitad están presentes en el momento del nacimiento y el 90 % son evidentes antes de los dos años. La localización más común de linfangioma es a nivel de la cabeza, el cuello y extremidades, y las localizaciones menos habituales serían: el mediastino, área escrotal y retroperitoneo.

CASO CLINICO:

Paciente de 12 meses de edad RNT/AEG, peso 12,140, tala 0.78 mts, y perímetro cefálico 0.48 mts. Con diagnóstico de linfangioma en miembro inferior izquierdo desde el nacimiento, sin antecedentes de perinatólogicos y de internaciones previas. Consulta en Hospital Guillermo Rawson de la provincia de San Juan el día 19 de noviembre del 2014 por presentar sangrado vaginal de cinco horas de evolución. Se solicita hemograma, coagulograma, interconsulta con ginecología, endocrinología y cirugía infantil, ecografía abdominal y ginecológica.

Se descarta hemorragia por privación por ausencia de aporte exógeno hormonal, trastornos endocrinológicos por informarse perfil hormonal dentro de parámetros normales.

Se realiza histeroscopia, vaginoscopia y eco dopler color. Se recibe informe de biopsia donde no se observa atipias.

Se presume diagnóstico de malformación vascular vs. Linfangioma por lo que se solicita RMN, dada la complejidad del caso se decide derivar a la paciente a centro de mayor complejidad, para realizar RMN y biopsia del sitio de la lesión.

CONCLUSION:

Citamos un caso clínico atípico de presentación de ginecorragia secundaria a linfangioma, haciendo especial hincapié en diagnóstico por imagen y anatomopatológicos; así como en el tratamiento y pronóstico. A pesar de ser consideradas lesiones sin potencial de malignidad, los linfangiomas suelen progresar, recidivar (sobre todo debido a cirugías incompletas previas) o complicarse por infecciones asociadas.

Palabras claves: linfangioma con componente profundo, ginecorragia.

EPIDEMIOLOGÍA DEL SÍNDROME BRONQUIOLÍTICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

RPD
503

Lauriente A.¹; Mogues D.²; Ariganello G.³; Perez M.⁴; Lamboley G.⁵; Chaban N.⁶; Ockier V.⁷; Sgro R.⁸; Quilindro C.⁹; Camoletto A.¹⁰; Ayala A.¹¹; Costas A.¹²; Chong Qui J.¹³; Guzman Mezler D.¹⁴; Schiariti N.¹⁵; Rodriguez Acevedo M.¹⁶; Alvarez M.¹⁷; Foti S.¹⁸

HOSPITAL GENERAL MANUEL BELGRANO^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18}

<ailu.laurien@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades respiratorias agudas bajas (IRAB) constituyen el motivo de internación más frecuente en niños menores de 5 años. De entre ellas el síndrome bronquiolítico es una de las patologías estacionales más frecuentes en especial en niños menores de 2 años.

OBJETIVO:

Determinar las características del Síndrome Bronquiolítico (SME BQL) como única entidad o asociado a neumonía (SME BQL +NMN).

POBLACIÓN:

Niños/as de 30 días a 13 años 11 meses y 29 días internados en sala de Pediatría por patologías respiratorias considerando a aquellos que presentaron SME BQL como motivo de ingreso desde el 1 de marzo de 2014 hasta el 31 de marzo de 2015. (N=88)

MATERIAL Y METODOS:

Se utilizaron las Historias Clínicas del servicio de Pediatría y como metodología de estudio se realizó un trabajo descriptivo epidemiológico cualicuantitativo de corte transversal.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN:

Del análisis y discusión de los datos obtenidos se observó que sobre el total de 138 pacientes con IRAB el 64,49% ingresaron por SME BQL (88); la prevalencia de SME BQL + NMN fue ligeramente inferior que al SME BQL; La razón de masculinidad fue sutilmente superior; El rango etario entre 3 y 12 meses fue el más afectado; el predominio de consolidación

radiológica en aquellos pacientes con NMN fue la paracardíaca derecha; Respecto al requerimiento de Oxígeno suplementario en pacientes con SME BQL fue necesario en la mayoría de los casos solo durante 24 hs, mientras que en los pacientes con SME BQL + NMN fue más variable; todos los pacientes con SME BQL + NMN recibieron tratamiento antibiótico a pesar que el 41,86% de ellos presentó virológico positivo para VSR. Se concluyó que la prevalencia de SME BQL como única entidad o asociada con NMN es similar. En la mayoría de los casos de neumonía concomitante el rescate es viral, sin embargo, se instauró tratamiento antibiótico presumiendo una posible coinfección bacteriana.



SIETE CASOS DE MENINGITIS POR ELIZABETHKINGIA MENINGOSEPTICA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA

RPD
504

Dal Maso D.¹; Calvi J.²; Lombardo F.³; Mariñaski A.⁴; Mazza J.⁵

HZGA DR. ARTURO OÑATIVIA^{1,2,3,4,5}
<dfdm75@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Elizabethkingia meningoséptica es un bacilo Gram negativo, ampliamente distribuido en la naturaleza pero poco frecuente en humanos, en quienes se considera un patógeno oportunista. En el ambiente hospitalario se ha encontrado en superficies húmedas, en equipos médicos, en los desinfectantes, en las manos del personal, puede causar infecciones en adultos y neonatos.

OBJETIVOS:

Describir las características clínico epidemiológicas, de siete casos de meningitis neonatal por Elizabethkingia meningoséptica, ocurridos en el Servicio de neonatología.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Se presentan 7 casos de meningitis por Elizabethkingia meningoséptica en el servicio de neonatología, en el periodo comprendido entre el año 2009 y 2012. Se pancultivo a los pacientes sintomáticos. Se hisoparon todas las superficies de la unidad de cuidados intensivos y a los pacientes internados por otras causas, para análisis microbiológico. Se realizó el análisis microbiológico del agua y la leche.

RESULTADOS:

Dos pacientes ingresaron por guardia por síndrome febril sin foco. Los neonatos que estaban en el sector de recuperación nutricional, presentaron apneas, rechazo del alimento y otros signos de sépsis. Todos fueron pancultivados. Seis pacientes fueron medicados empíricamente con Betalactámicos y Aminoglucósidos y uno recibió Vancomicina Meropenem.

Cinco líquidos cefalorraquídeos presentaron valores anormales de leucocitos, proteínas y glucosa.

El cultivo de los Líquido cefalorraquídeo fueron positivo para Elizabethkingia meningoséptica, igual que los hemocultivos.

Recibieron antibióticos endovenoso por 21 días.

DISCUSIÓN:

De todas las muestras tomadas la bacteria fue hallada en el desagüe de la piletta de la terapia intermedia. Teniendo el comportamiento habitual en el ambiente hospitalario.

Se tomaron las siguientes medidas:

Cambiar los desagües

Lavado de manos o Alcohol en gel, cumpliendo los 5 momentos del lavado de manos.

Recambio frecuente de los antisépticos (clorhexidina)

Limpieza de las superficies con hipoclorito de sodio.

Monitoreo de los sectores con cámaras de video.

CONCLUSIÓN:

Con las medidas instauradas se consiguió hasta la fecha controlar la infección, no reportándose nuevos casos. En la actualidad no funciona el sistema de video pero su implementación permitió desarrollar modelos de prevención de infecciones. Se debe remarcar la importancia del lavado de manos por partes de todos los integrantes del sistema de salud y padres de los pacientes internados.

EXPERIENCIA DEL PRIMER AÑO DE REGISTRO ELECTRÓNICO EN UNA BASE DE DATOS ON-LINE

RPD
506

Vecchiarelli C.¹; Osio C.²

SANATORIO OTAMENDI MIROLI^{1,2}
<webmaster@hardineros.com>

INTRODUCCIÓN:

Mejorar la identificación y gestión de los pacientes recién nacidos ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN), ayuda en el cuidado de los mismos. Para ello se requieren herramientas que permitan obtener información de calidad en forma rápida dentro de la misma. La informatización de los registros médicos es una de esas herramientas.

MÉTODOS:

Nuestro objetivo es evaluar el diseño y construcción de una base de datos on-line para el registro médico electrónico de los pacientes internados en la Unidad de cuidados intensivos neonatal del Sanatorio Otamendi Mirolí. Para este estudio se utilizó datos de admisión, demográficos, y las variables relacionadas con la evolución durante la internación. Las estadísticas se presentan para todos los neonatos ingresados en la UCIN entre 01/05/2014 y 01/05/2015. Las variables se representan como porcentajes o medianas según el tipo dato medido.

RESULTADOS:

Ingresaron 636 neonatos durante el período de estudio, 52% masculinos. Mediana estadía 8 días. El 93% eran partos intrahospitalarios. Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron las hiperbi (27%) y SDR (27%), sospecha de sepsis (21%) y EMH (14%). Al ingreso el promedio de: peso: 2542.1 gr. (DE: 792.6 gr.), talla: 43.9 cm (DE 8.3 cm), PC: 32.5 (DE: 5.2), Edad gestacional (EG): 35.6 semanas (DE: 3.2). El promedio de edad de las madres fue 33 años (DE: 6,4). Ingresos por EG: <= 28 semanas: 3.8%, entre 29 y 33 semanas: 14.9%, entre 34 y 37 semanas: 49.1% y >= 38 semanas: 32.2%. Clasificación según peso al nacer: RNpre PAEG: 49.5%,

RNpre PBEG: 13.6%, RNT PAEG: 32.7%, RNT PBEG: 4.2%. Pacientes al ingreso con peso <= 1500 gr: 67 (10.5%) y <=1000 gr: 22 (3.5%). Pacientes fallecidos en la UCIN: 1.9 % (12/636).

CONCLUSIONES:

Es posible obtener información importante y de calidad de una base de datos de registros médicos electrónicos al punto de monitorizar el cuidado on-line de los pacientes. La implementación y desarrollo de esta tecnología puede requerir costos de inversión al inicio y es necesario contratar personal capacitado para el desarrollo. Las Instituciones, además de invertir dinero en la UCIN, deberían enseñar al personal el valor agregado de contar con una base de datos. Es importante que el profesional de la salud esté familiarizado con los conceptos médicos y también los conceptos básicos de computación para trabajar con la base de datos, minimizar los datos faltantes en el registro y beneficiarse de su uso.



CEFALEA Y TC EN PEDIATRÍA: ¿MENOS ES MAS? SERIE DE CASOS

POB
507

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

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

<romarismariajose@gmail.com>

INTRODUCCIÓN.

La cefalea en Pediatría es un motivo de consulta frecuente. El pediatra debe decidir si utilizar o no neuroimágenes para descartar situaciones que impliquen un riesgo de vida. La tomografía computarizada (TC) suele ser la primera imagen para descartar patologías severas, aunque implique una alta dosis de radiación.

OBJETIVO.

Hallar criterios clínicos que le permitan al pediatra disminuir el requerimiento de radiación a la población, sin disminuir la sensibilidad diagnóstica.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo de revisión de 90 historias clínicas de pacientes previamente sanos cuyo motivo de internación fue cefalea, en el Htal Prof Dr Juan P Garrahan, durante el período 2000-2012.

Las variables de estudio fueron fondo de ojo (FO), dolor occipital, alteración del examen neurológico, existencia de banderas rojas (edad menor de 3 años, dolor que despierta por la noche o matutino, vómitos al despertar, aumento del dolor con maniobras de Valsalva, inicio abrupto, dolor crónico que aumenta en intensidad o frecuencia, estigmas neurocutáneos) y la realización de TC.

RESULTADOS.

De los 90 casos analizados, a 74 de ellos (82%) se les realizó TC, de los cuales 14 tuvieron hallazgos positivos (19% de los pacientes estudiados con TC). Observándose en orden de frecuencia: 5 con etiología vascular; 2

con lesión tumoral; y 7 con alteraciones varias (quiste aracnoideo, Arnold Chiari I, hidrocefalia no evolutiva normotensiva, hematoma subdural con antecedente de traumatismo encefalocraneano, y encefalomiелitis diseminada aguda).

Se evidenció que aquellos que presentaron hallazgos tomográficos positivos presentaban al menos uno de los siguientes criterios asociados: FO alterado, dolor occipital, alteración del examen neurológico, existencia de banderas rojas. Destacando que de los 74 pacientes a los que se les efectuó TC, 35 (47%) no presentaban criterios, correspondiéndose con TC normales.

CONCLUSIONES.

Restringiendo la solicitud de TC a aquellos casos con FO alterado, localización occipital, alteración del examen neurológico y/o presencia de banderas rojas, se hubiera podido disminuir el número de pacientes irradiados en un 47%, sin detrimento de la sensibilidad diagnóstica.

INMUNODEFICIENCIA COMBINADA SEVERA (ICS) Y BCG DISEMINADA

RPD
510

Italia Cenere M.¹; Etchechoury M.²; Glasman M.³; Cairolí H.⁴; Potasnik J.⁵

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

<mbicenere@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La ICS es la inmunodeficiencia heredada más severa, caracterizada por ausencia de linfocitos T funcionales. La vacunación con BCG está contraindicada. En nuestro país, la BCG se indica de rutina al nacimiento y los pacientes con ICS son vacunados antes del diagnóstico.

OBJETIVO:

Describir un caso de BCG diseminada en un paciente con ICS.

CASO CLÍNICO:

Niño de 4 meses, sano, comienza con exantema maculopapular generalizado, fiebre y catarro. Consulta en hospital general, se constata esplenomegalia. En hemograma presenta anemia (Hb 6.1) y se decide su internación, se toman hemocultivos y urocultivo (-), VSNF (Adenovirus) y de materia fecal (Rotavirus) y se solicitan serologías virales (-). Se indica Ampicilina 200 mg/kg/día y TGR.

En la internación presenta episodio convulsivo, se realiza punción lumbar (citoquímico normal), se indica Ceftriaxona 100 mg/kg/día y Aciclovir 30 mg/kg/día con diagnóstico presuntivo de meningoencefalitis (cultivo y PCR virales de LCR -) y se deriva a nuestro hospital.

Al ingreso se realizó TAC de cerebro (normal). Laboratorio: anemia, linfopenia, plaquetopenia, aumento de transaminasas e hipertrigliceridemia. Examen físico: hepatoesplenomegalia, palidez, exantema nódulo papular eritemato violáceo, cicatriz de BCG con edema y eritema.

GAM y poblaciones celulares: compatibles con ICS. PAMO: serie linfocítica 0%. Biopsia cutánea: colonización subcutánea por BAAR e inflamación crónica macrofágica, PCR para micobacterias y BAAR positivos.

Se indicó Gamaglobulina 1 gramo/kg por 2 días, dexametasona 10 mg/m²/día, drogas antituberculosas y se amplió espectro antimicrobiano. Evolucionó con agravamiento de citopenias y sangrados activos, recibió numerosas transfusiones de hemoderivados irradiados. Por comenzar con compromiso respiratorio se decide su pase a Unidad de Cuidados Intensivos.

DISCUSIÓN:

La ICS es una inmunodeficiencia fatal si no se la diagnostica y trata oportunamente; involucra a los linfocitos T; los B y a las células NK dependiendo del defecto genético. Las manifestaciones clínicas comienzan en los primeros meses (infecciones respiratorias o gastrointestinales persistentes y fallo de medro). La vacunación con BCG y con otras vacunas atenuadas está contraindicada. El trasplante de células madre hematopoyéticas es el tratamiento de elección.

CONCLUSIÓN:

La BCG diseminada, complicación con alta mortalidad, puede ser la forma inicial de presentación de la ICS cuando los niños son vacunados al nacimiento previo al diagnóstico.



NEUROCISTICERCOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Baitaj M.¹; Rodríguez N.²; Brandi M.³; Bringas H.⁴; Casanueva E.⁵; Leza M.⁶; Vellano Crespo A.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO^{1 2 3 4 5 6 7}

<euge_312@hotmail.com>

RPD
511

La neurocisticercosis (NCC) es una enfermedad parasitaria frecuente del sistema nervioso central, provocada por la infestación de la larva de *Taenia solium*.

La NCC es un problema de salud pública, considerada la enfermedad parasitaria más frecuente del SNC y la primera causa de epilepsia de inicio tardío en las áreas endémicas (como Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y México)

Si bien nuestro país no tiene una alta incidencia de la enfermedad, el alto flujo migratorio de países cercanos de América del Sur hace que debemos comenzar a incorporarla entre los diagnósticos diferenciales como causas de epilepsia y cefalea.

A continuación, se presenta una paciente de 10 años, oriunda de Bolivia, que debuta con convulsiones focales. Se realiza una tomografía axial computada, con imagen sugestiva de Neurocisticercosis, lo que lleva a valorar los datos epidemiológicos y clínicos, para arribar a un diagnóstico definitivo.

En conclusión, la neurocisticercosis es una enfermedad que representa una gran carga económica y social, dada su tasa de presentación, sobre todo en las comunidades más pobres, de los países en desarrollo, en los cuales es endémica.

Presenta una gran variabilidad en su cuadro clínico por sus diferentes posibles localizaciones y estadios clínicos-radiológicos.

El manejo terapéutico debe ser individualizado, teniendo en cuenta las características de la lesión intracraneal. La forma de transmisión es de persona a persona, su prevención requiere una intervención de educación sanitaria básica.

La convulsión es la principal manifestación clínica y la tomografía axial computarizada cerebral un importante recurso imagenológico para el diagnóstico.

Considerando, los movimientos migratorios que tiene la Argentina en los últimos años, la Neurocisticercosis debe estar entre los diagnósticos diferenciales en aquellos pacientes que presenten síndrome convulsivo y cefalea.

DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL EN UN CESAC (CENTRO DE SALUD Y ACCIÓN COMUNITARIA) DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Facchini C.¹; Grieco A.²; Real P.³; Battistella G.⁴; Rossi Sanmartino B.⁵; Campana C.⁶; Gonzalez Lima G.⁷; Saraceno S.⁸; Socolovsky T.⁹; Andiazabal C.¹⁰; Bello A.¹¹; Bottaro M.¹²; Grigaitis L.¹³

CENTRO DE SALUD N°41. HOSPITAL ARGERICH^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13}

<carinafacchini@hotmail.com>

RPD
512

INTRODUCCIÓN

El CeSAC se encuentra ubicado en una de las áreas más vulnerables de la ciudad. A través de la detección de las necesidades y expectativas de la población y la comunidad y utilizando los recursos disponibles, hemos construido nuestro modelo de atención centrado en el usuario, basado en la co-construcción del cuidado y del vínculo con la comunidad, que intenta brindar el acceso a una atención equitativa y de calidad. Desarrollaremos las estrategias pensadas por todo el equipo de salud para la atención de niños, niñas y adolescentes.

OBJETIVOS

Favorecer el acceso a la salud de la población Infantojuvenil a través de la creación de distintos dispositivos interdisciplinarios



ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Manini P.¹; Farina M.²; Fuentes K.³; Lambeti F.⁴; Pensa P.⁵; Raitano P.⁶; Tuccillo P.⁷; Vasquez G.⁸

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<pablomanini@hotmail.com.ar>

RPD
514

INTRODUCCIÓN:

La encefalomiелitis diseminada aguda (ADEM), es una enfermedad desmielinizante inflamatoria poco frecuente del sistema nervioso central. Es una respuesta autoinmune monofásica que afecta a la sustancia blanca del SNC provocando desmielinización.

OBJETIVO:

Presentar un caso de un paciente con Encefalomiелitis diseminada aguda.

MATERIAL Y METODOS:

TC cerebro, EEG; LCR: citoquímico, cultivo, PCR (Herpes, Enterovirus, CMV, EBV, Echo, Coxsackie); Hemograma; A. láctico; serologías; HMC x2; Urocultivo; virológico de secreciones nasofaríngeas; bandas oligoclonales en suero y LCR; fondo de ojo; RMN cerebro.

POBLACION:

Paciente de sexo femenino de 5 años de edad, que comienza con decaimiento, odinofagia y fiebre, es medicada con amoxicilina por cuadro respiratorio. A las 48 hs presenta deterioro brusco del sensorio (Glasgow 8-9/15). Al examen físico se evidencia apertura ocular con desconexión parcial del medio. Hipertonía e hiperreflexia con clonus de MMII, reflejos cutáneos abdominales disminuidos. Rigidez en rueda dentada de MMSS. Pupilas midriáticas con reactividad pobre.

RESULTADOS:

Se realiza TC: normal, EEG: Desorganizado y lentificación del trazado, sin descarga. PL: acelular con hipogluorraquia y discreta hiperproteinorraquia. bandas oligoclonales en suero y LCR: Negativos, HMC x 2, Urocultivo,

cultivo LCR: Negativo. Fondo de ojo: Papilas de bordes netos. A.láctico: 2.1; Serologías: Mycoplasma IgG 1/6 e IgM positivo, resto negativas.

Se medica con Aciclovir, ceftriaxona, claritromicina y luego pasaje de gammaglobulina 1g/kg por 48hs.

RMN y angio RMN cerebro: lesión hiperintensa en FLAIR frontoparietal izquierda, sin refuerzo. En medula impresiona hiperintensidad en T2-FLAIR a predominio central, sin refuerzo.

Presentó convulsiones con hipertonía y movimientos clónicos por lo que se medica con difenilhidantoína, y luego se agrega Levetiracetam.

La paciente evoluciona con mejoría de la hipertonía, focalización de la mirada con seguimiento y balbuceo de monosílabos, comienza con movimientos intencionales, se realizaron pulsos con metilprednisolona 30mg/kg (por 5 días).

CONCLUSIÓN:

El ADEM es más frecuente en el adulto joven y niños, no existiendo diferencia por sexo. El diagnóstico se basa en características clínicas y radiológicas. El pronóstico para la mayoría de los niños es bueno. No existe un tratamiento específico demostrado eficaz, aunque debido a su patogenia la terapia con esteroides es lo más usado.

DIAGNOSTICO DE MOE A PARTIR DE APENDICITIS AGUDA

Coca M.¹; Nasif S.²; Ronchini E.³; Garcia J.⁴; Cosentino G.⁵; Cabeza M.⁶; Taborda P.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS V. J. VILELA^{1 2 3 4 5 6 7}

<florenciacoca88@gmail.com>

RPD
515

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica producida por M. Tuberculosis. La TBC abdominal representa del 3 al 16% de los casos. La región ileocecal es la más afectada. De diagnóstico difícil, dado la inespecificidad clínica. Con ecografía puede verse ascitis, engrosamiento mesentérico mayor de 15 mm y linfadenopatías. La laparoscopia es el método ideal para el diagnóstico definitivo. La afectación del sistema nervioso central (SNC) incluye principalmente: Meningitis tuberculosa, Tuberculoma intracraneal y Aracnoiditis tuberculosa espinal. Los tuberculomas se observan con más frecuencia en niños pequeños, a menudo localizados en la base del cerebro. Se presenta con: crisis convulsivas, cefalea, estado mental alterado, fiebre y rigidez de nuca. Se prefiere el tratamiento médico, excepto en hidrocefalia obstructiva o compresión del tronco encefálico y en complicaciones gastrointestinales.

OBJETIVO:

A través de la presentación de un caso clínico demostrar la importancia de mantener un alto nivel de sospecha de TBC, ya que es una enfermedad que está resurgiendo con manifestaciones atípicas. Su localización intestinal, aunque infrecuente, debe considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal crónico, principalmente en población de riesgo.

CASO CLINICO:

Paciente de 10 años consulta por dolor abdominal, asumido de causa quirúrgica. Se realiza apendicectomía por apendicitis aguda congestiva, constatándose ileítis terminal. Se inicia plan antibiótico habitual, con hemcultivos negativos. Por desmejoría de curva térmica y persistencia

del dolor abdominal, se solicita TAC que informa múltiples estructuras ganglionares a predominio en flanco derecho y fosa ilíaca derecha, pericecales e hiliares, íleo distal de pared discretamente engrosada con reticulación de grasa pericecal. Se rota plan a metronidazol y cefotaxime. La anatomía patológica mostró inflamación linfoplasmocitaria crónica. Durante el postoperatorio, presenta episodios de cefalea, de intensidad creciente, vómitos y temblor generalizado, sin signos de focalidad neurológica. Cuenta con el antecedente de cefalea un año previo estudiada con TAC (leve dilatación de las astas temporales de los ventrículos laterales y 3º ventrículo) y EEG normal. Se solicita TAC de cráneo; muestra mayor dilatación de ventrículos laterales y tercer ventrículo y edema periependimario, asumiéndose como hidrocefalia evolutiva comunicante/no comunicante, con signos de hipertensión endocraneana aguda. AngioRMI de cráneo confirma masa ocupante de espacio. Pasa a UCIP, en postoperatorio inmediato de resección de la misma, confirmándose diagnóstico de tuberculoma cerebral.

CONCLUSIÓN:

El reto más importante en la TBC extrapulmonar radica en la sospecha clínica y en la selección del método para la confirmación diagnóstica. En este caso el hallazgo de ileítis terminal motivó el estudio desde otra perspectiva. Una vez hecho el diagnóstico de TBC extrapulmonar, resulta fundamental la búsqueda de otros focos. La intervención terapéutica oportuna evita la muerte y previene secuelas graves.



PURPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA (PTI) REFRACTARIA AL TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
516

Manini P.¹; Farina M.²; Lamberti F.³; Pensa P.⁴; Picon A.⁵; Raitano P.⁶; Tuccillo P.⁷

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO^{1,2,3,4,5,6,7}

<pablomanini@hotmail.com.ar>

INTRODUCCION:

La PTI refractaria al tratamiento es la falta de respuesta tras realizar esplenectomía, con necesidad de tratamiento continuado para disminuir el riesgo de hemorragia.

OBJETIVO:

Presentar un caso de un paciente con PTI refractaria al tratamiento.

MATERIALES Y METODOS:

Hemograma, urea, creatinina, ionograma, coagulograma, Serología (HIV, toxoplasmosis, CMV, EBV, HCV, Hbs, Ag sup HBV, perfil reumatoideo (ASTO, FR, C3, C4), ecografía abdominal, PAMO.

POBLACION:

Paciente de 12 años de edad, sin antecedentes patológicos, consulta por hematomas en miembros inferiores de meses de evolución, episodios de epistaxis, astenia, palidez mucocutánea, metrorragia, se realiza laboratorio donde se constata plaquetopenia internándose para estudio y tratamiento.

RESULTADOS:

Glóbulos blancos 3470, Hb 7.5, plaquetas 3000, urea 21, creatinina 0.4, ionograma 137/3.9/105, coagulograma 89/47, serologías: HIV: negativo, toxoplasmosis: negativo, CMV: negativo, EBV: IgG positivo e IgM negativo, Ac HCV no reactivo, Hbs < 0.10, Ag Sup HBV > 1000, ASTO 144, FR 21, C3 91.5, C4 11.7 Ecografía abdominal: Normal, PAMO compatible con PTI. Se indica pasaje de gammaglobulina 1 g/kg por 48hs. Metilprednisona 3mg/kg/día por 4 días. Laboratorio de alta 170000 plaquetas. Durante

los meses posteriores presento varias internaciones donde se realizó pasaje de gammaglobulina y/o ciclos de corticoides con escasa respuesta. Posteriormente, es medicada con Azatioprina 100 mg/día; continúa sin respuesta, por lo cual se suspende y se inicia con Rituximab semanal (4 dosis). A los 12 meses se le indica la esplenectomía. La paciente pese a la cirugía continuó con plaquetopenia, por lo que recibió nuevo ciclo de Rituximab con regular respuesta, manteniendo niveles de plaquetas entre 30.000 y 90.000 sin sangrados. Se realizó centellograma descartando bazo accesorio.

Luego de un año de esplenectomía recibió gammaglobulina por descenso de valores de plaquetas con controles posteriores de 80.000.

CONCLUSION:

Un pequeño porcentaje de pacientes con PTI crónica tendrá síntomas hemorrágicos significativos persistentes y requieren intervenciones repetidas, a veces casi continuas. Para estos pacientes, los riesgos y beneficios de la esplenectomía se deben considerar. No existen normas universalmente aceptadas para el momento de la esplenectomía en PTI crónica. En aquellos pacientes que no responden a la esplenectomía el objetivo es lograr mantener valores mayores a 30.000.

RICKETTSIOSIS: UNA CAUSA INFRECUENTE DE TUMEFACCIÓN PRE-AURICULAR Y FIEBRE

RPD
517

García Velez P.¹; Paterno M.²; Osa Noseda M.³; Stechina E.⁴; Mandracho M.⁵; Dubny D.⁶; Iribarren A.⁷; Ferraro E.⁸; Gonzales M.⁹; Delamagiora R.¹⁰; Wayman C.¹¹; Marengo F.¹²; Galante M.¹³

HOSPITAL OLAVARRIA "DR. HECTOR CURA"^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13}

<patofulton@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las Rickettsias son bacterias transmitidas por garrapatas, piojos, pulgas o ácaros. Las mismas producen una vasculitis de pequeños vasos, siendo de presentación frecuente en países de América del Norte, y raros en nuestro país.

OBJETIVO:

Describir un paciente con tumefacción pre-auricular y fiebre, a quien se llega al diagnóstico de rickettsiosis por el antecedente epidemiológico.

POBLACIÓN:

Paciente pediátrico, femenino de 12 años

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de sexo femenino de 12 años de edad, que consulta a la guardia por presentar tumefacción indurada y dolorosa, de aproximadamente 5 cm de diámetro, en región pre-auricular derecha de 5 días de evolución, acompañada de fiebre intermitente. El comienzo de los síntomas coincidía con el antecedente de picadura de garrapata, según relataba la paciente. No refiriendo viajes recientes a lugares endémicos de enfermedades transmitidas por garrapatas.

Inicialmente, se interpreta como celulitis pre-auricular por gérmenes comunes, decidiéndose su internación y tratamiento con clindamicina y dexametasona. El laboratorio informa ausencia de leucocitosis y hemocultivos negativos. Se realiza ecografía de partes blandas, evidenciándose "coleción a nivel de tejido celular subcutáneo en íntimo contacto con articulación temporomandibular".

A las 48 Hs de tratamiento antibiótico, el paciente evoluciona persistentemente febril. Se decide interconsulta a infectología quien ante sospecha de enfermedades transmisibles por garrapatas, indica doxiciclina y ceftriaxona. A las 24 hs, la paciente presenta mejoría de lesión y ausencia de fiebre. Cumple 72 horas de tratamiento antibiótico endovenoso, y por buena evolución se otorga egreso hospitalario, completando 10 días totales de tratamiento.

Previo al alta se solicita serología para Rickettsias y se realiza la notificación correspondiente a Epidemiología y Bromatología. Se recolectan garrapatas provenientes del domicilio de la paciente, y se las envía al Hospital Muñiz, que informa Rickettsiosis positiva en las mismas.

RESULTADOS:

Paciente que ingresa con diagnóstico inicial de celulitis pre-auricular, llegándose al diagnóstico de rickettsiosis gracias a los antecedentes epidemiológicos y análisis bromatológicos en el hogar del paciente.

CONCLUSIONES:

La rickettsiosis es una enfermedad muy infrecuente en nuestro medio, a la cual solo se puede llegar a un diagnóstico con una alta sospecha epidemiológica.



ACALASIA EN PEDIATRÍA

Landa E.¹; Pagni S.²; Schvarstein T.³; Racchi L.⁴; Bauer V.⁵; Landa E.⁶; George F.⁷; Duprat M.⁸; Barros Uriburu N.⁹; Pérez Marc G.¹⁰; Gaivironsky R.¹¹

HOSPITAL MILITAR CENTRAL^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}

<landaeb@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La acalasia es un desorden motor del esófago, en el cual hay una relación ineficiente del esfínter esofágico inferior, con pérdida progresiva de la peristalsis esofágica. Como consecuencia de ambos mecanismos se produce dilatación gradual del esófago. Es una enfermedad poco frecuente en pediatría, cuyo principal síntoma es la disfagia progresiva, poco evidente en niños, por lo que requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico.

OBJETIVOS:

Presentar un paciente internado en nuestro servicio por dificultad respiratoria y deterioro nutricional progresivo, a quien se le diagnosticó acalasia.

CASO CLÍNICO:

Niño de 12 años que se interna por presentar dificultad respiratoria con hipoxemia, secundaria a neumonía de base derecha. Se medica inicialmente con ampicilina. Presenta mala evolución clínica, con reagudizaciones del cuadro respiratorio asociados a la alimentación. Se asume como neumonía aspirativa. Por antecedentes de cuadros respiratorios a repetición, pérdida de peso (5 kg en 5 meses) y disfagia progresiva, se realizan estudios en busca de la etiología: PPD con resultado negativo, dosaje de inmunoglobulinas normales, seriada esófago-gastro-duodenal (SEG) que informa: dilatación esofágica proximal y estrechamiento distal. Ante la sospecha de acalasia, se suspende la vía oral, se coloca sonda transilórica y se realiza manometría esofágica que confirma el diagnóstico. Se descarta por serología Enfermedad de Chagas. Se decide

realizar corrección quirúrgica por vía laparoscópica: cardiomiectomía de Heller y Nissen. Luego se progresa lentamente la vía oral y con buena tolerancia se le otorga egreso hospitalario a las 48 hs.. En el seguimiento post alta se constata buen progreso de peso, ausencia de sintomatología -tanto respiratoria como digestiva- y SEG con pasaje por esfínter esofágico inferior conservado.

CONCLUSIÓN:

La acalasia es una entidad oligosintomática, de baja incidencia en pediatría, por lo que se debe sospechar en pacientes que presentan cuadros de dificultad respiratoria recurrentes asociados a síntomas digestivos. El tratamiento de elección es quirúrgico, ya que provee el resultado más duradero y efectivo.

RPD
518

FALTA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ASMA BRONQUIAL EN EL CONSULTORIO DE ASMA DEL HOSPITAL ALVAREZ: ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR

Monti A.¹; Acebal M.²

HOSPITAL ALVAREZ^{1 2}

<ammonti@fibertel.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en pediatría. Es una patología inflamatoria de la vía aérea que produce episodios de obstrucción bronquial de grado y duración variable intercalados con períodos asintomáticos. El tratamiento debe ser prolongado. El grado de adherencia a distintos regímenes terapéuticos constituye una de las razones de la elevada morbimortalidad de la enfermedad y un punto importante que no debe quedar fuera de la observación del profesional.

OBJETIVOS:

Registrar el porcentaje de falla de adherencia del tratamiento de asma y el de interurrencias antela falta de adherencia al mismo.

Población: Pacientes de 6 a 18 años atendidos en el consultorio de Asma del Servicio de Pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo y descriptivo. Criterio de inclusión: pacientes pediátricos de 6 a 18 años atendidos por asma en el consultorio de asma del Hospital Álvarez entre el 01/07/2013 al 30/06/2014. Criterios de exclusión: pacientes derivados desde otro hospital para su seguimiento. Se analizaron las historias clínicas y entrevistas de los pacientes incluidos.

RESULTADOS:

De los 226 pacientes incluidos (adolescentes n: 178 y niños n:48) se registró 39% (n:88) de falta de adherencia al tratamiento. De ellos el 94% (n:83) fueron adolescentes y 6% niños (n: 5). El 71% (n:62) presentó interurrencias. Internación 45% (n:28) y observación en guardia 54% (n:34).

CONCLUSIONES:

Resulta fundamental los causales que llevan a la falta de adherencia al tratamiento para poder elaborar una estrategia tanto individual como familiar, tendiente a solucionar este problema en beneficio del paciente. La comunicación abierta y adecuada entre el profesional, el paciente y su familia; así como el educar, negociar e individualizar el manejo de la consulta son claves para proporcionar una buena calidad de vida a nuestros pacientes.

RPD
519



EPIDEMIOLOGÍA DE QUEMADURAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ADMITIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE CHACO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2012 - ENERO 2014

POB
520

Lértora M.¹; Araoz Oliveros R.²; Rotela R.³; Soto M.⁴
HOSPITAL AVELINO CASTELÁN RESISTENCIA. CHACO¹²³⁴
<melisa_lertora@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las quemaduras en la infancia, a pesar de las campañas preventivas, continúan siendo un accidente frecuente. Los niños pequeños son la población más afectada. El manejo inicial correcto y una valoración adecuada de la gravedad son importantes en el pronóstico. Representan para el niño y su familia una prolongada convalecencia y para la salud pública un gasto importante de recursos.

OBJETIVO:

Describir las causas más frecuentes de lesiones por quemaduras en nuestra población pediátrica como etapa preliminar a la planificación de una campaña de prevención.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo. Se recogieron los datos de pacientes pediátricos de edad comprendida entre 1 mes y 14 años que fueron admitidos en el servicio de guardia y emergencia de un hospital de referencia de la provincia del Chaco, en el período comprendido entre enero 2012- enero 2014. Las variables a estudiar fueron: número de casos, sexo, edad, localizaciones anatómicas y etiología de las quemaduras.

RESULTADOS:

Se analizaron 328 pacientes pediátricos con diagnóstico de quemaduras de distintos grados, 209 de sexo masculino y 119 de sexo femenino. La mediana de edad fue 2 años. Las localizaciones en orden de frecuencia fueron extremidades (53,66%), cabeza y cuello (21,65%), tórax (17,38%),

abdomen (7,32%). La etiología fue en orden decreciente líquidos calientes (51,52%), fuego (16,77%), electricidad (13,11%), objeto caliente (8,84%), caño de escape de auto (2,44%), pirotecnia (2,13%), alimentos calientes (1,83%), cigarrillo (3,05%), solar (0,3%).

CONCLUSIONES:

Las quemaduras son una causa importante de morbimortalidad en la infancia. Las más frecuentes fueron en niños pequeños y por líquidos calientes. Se deben seguir realizando campañas de prevención y educación a padres y cuidadores siendo que la mayoría son resultado de accidentes domésticos.

INTERVENCIÓN OPORTUNA DE LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS RECIÉN NACIDOS

POB
521

Capone M.¹; Gullotta N.²
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS OSEP¹²
<alejandracapone@gmail.com>

El inicio de la alimentación en los primeros días de vida del recién nacido marca uno de los primeros hitos del desarrollo normal. Significativamente debutan ayudados por una serie de conductas reflejas básicas que junto a la experiencia se complejizan para dar lugar a funciones no sólo de la alimentación sino también de la comunicación, el habla y el lenguaje.

La intervención oportuna en la alimentación en los primeros días es fundamental para garantizar el éxito de los procesos que se involucran tanto en lo afectivo y emocional como en las capacidades y habilidades del recién nacido.

El objetivo de este estudio fue la confección e implementación de un protocolo para el registro de las conductas que intervienen en el inicio de la alimentación del recién nacido. Observar y prevenir sus dificultades y determinar los efectos obtenidos en la intervención de las mismas.

La población elegida para esta investigación fueron los recién nacidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Obstétrico Virgen de la Misericordia (OSEP) y los que estuvieran incluidos en el Programa de Mamá Canguro. El registro de las conductas de la alimentación observadas a través de protocolos y los resultados obtenidos de la intervención, mostraron las dificultades de los recién nacidos en esta función teniendo en cuenta edad gestacional, peso, evolución fisiológica, estados predominantes, respuestas reflejas, interacción con el contexto y madre/hijo.

Este estudio fue de carácter descriptivo, prospectivo, longitudinal y cuasiexperimental. Se utilizaron como instrumentos la recolección de datos particulares del recién nacido y el análisis de los resultados registrados posteriormente en los protocolos.

De la población total evaluada (39 Recién Nacidos fueron prematuros) el 58 % de la muestra de niños (18 recién nacidos) comenzaron con alimentación por vía oral exclusiva entre los 3 y los 5 días de haber ingresado a la sala programada para llevar a cabo el Método Mamá Canguro.

La evaluación de las conductas de alimentación mostraron que las horas dedicadas al contacto piel a piel, que facilitaba el MMC, favorecía la organización global del bebe (estados fisiológicos, sistema autónomo, estados de conciencia e interacción con el ambiente) y estimulaba la aparición de los reflejos periorales, búsqueda y succión instalando la alimentación por vía oral tempranamente y con mayor calidad y eficacia.



INJURIA MEDULAR AGUDA

Baviera A.¹; Contento R.²; Zurdo P.³; Sanchez Bustamante M.⁴

HTAL FALCON^{1 2 3 4}

<aracelibaviera@hotmail.com>

RPD
522

INTRODUCCIÓN:

La injuria medular aguda es infrecuente en pediatría pero debe ser tenida en cuenta en todo niño que sufre un politraumatismo o TEC grave.

OBJETIVO:

Describir un paciente con lesión medular incompleta secundaria a accidente en vía pública.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Niña de 1año, previamente sana, consulta por imposibilidad de la marcha, bipedestación y sedestación. Como antecedente sufrió, hace 22 días, accidente automovilístico, choque frontal, la niña viajaba en el asiento delantero, tomando el pecho materno, ambas sujetas con el cinturón de seguridad. En dicha oportunidad permanece 24 hs en observación, con buena evolución y estudios complementarios sin alteraciones.

Se interna con sospecha de lesión medular aguda. Al examen físico presenta BÉG, paraparesía de MMII. Tripode inestable, ROT+, clonus agotable. Se interconsulta con Neurocirugía del Htal Garrahan. Queda internada en dicho nosocomio. RMN de cerebro: normal. RMN de médula espinal: adelgazamiento focal, discontinuidad y alteración de la señal en el cordón medular a nivel de D5-D6, sin realce luego del contraste. SE CONCLUYE SECCIÓN INCOMPLETA DE MÉDULA ESPINAL A LA ALTURA DE D5-D6. Se realiza abordaje multidisciplinario. La niña permanece estable. Se otorga egreso con seguimiento conjunto entre el htal Garrahan y el htal Falcón.

DISCUSIÓN:

La columna cervical de los niños tiene mayor elasticidad ligamentaria, hipodesarrollo e hipotonía de los músculos del cuello. El mayor tamaño de la cabeza produce menor estabilidad del cuello. Presentan punto de flexión extensión más elevado y subluxación fisiológica de C2-C3 y C3-C4. La relación entre lesiones cervicales y toraco-lumbares es de 4:1. Las lesiones medulares pueden ser completas o incompletas lo que daría distintos síndromes clínicos: Brown-Séquard, Schneider o centromedular y el síndrome medular parcial. El S.C.I.W.O.R.A, describe a pacientes con manifestaciones neurológicas por Lesión de la Medula Espinal con estudios radiológicos normales. El Mecanismo de lesiones es la hiperextensión, hiperflexión, distracción o infarto Medular. Se da principalmente en niños menores de 9 años. El manejo incluye la atención prehospitalaria, la evaluación en la emergencia y el tratamiento final.

CONCLUSIÓN:

Sospechar injuria medular aguda en todo paciente con politraumatismo o TEC grave permite realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, disminuyendo las posibilidades de secuelas y morbilidades asociadas a la misma.

EPIDEMIOLOGÍA DE LESIONES POR CAUSAS EXTERNAS NO INTENCIONALES

Alvarez M.¹; Moguez D.²; Ariganello G.³; Perez M.⁴; Lamboley G.⁵; Chaban N.⁶; Ockier V.⁷; Ordoqui N.⁸; Sgro R.⁹; Quilindro C.¹⁰; Camoletto A.¹¹; Ayala A.¹²; Costas A.¹³; Chong Qui J.¹⁴; Guzman D.¹⁵; Schiariti N.¹⁶; Rodriguez M.¹⁷; Foti S.¹⁸; Lauriente A.¹⁹

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL MANUEL BELGRANO" VILLA ZAGALA, SAN MARTIN, PROVINCIA DE BUENOS AIRES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19}

<marielasalvarez1984@gmail.com>

POB
524

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones por causas externas son la primera causa de mortalidad en la República Argentina en el grupo etario de 1 a 44 años. Adquieren relevancia por su magnitud, por las consecuencias que acarrearán y especialmente los gastos en recursos de salud que generan.

OBJETIVO:

Describir las características de la prevalencia de lesiones por causas externas no intencionales en pacientes que consultan por guardia.

POBLACIÓN:

Niños/as de 30 días a 13 años 11 meses y 29 días que consultan por presentar lesiones por causas externas no intencionales desde el 1 de marzo de 2014 hasta el 31 de marzo de 2015. (N=1142)

MATERIAL Y METODOS:

Se utilizaron los registros de guardia del servicio de pediatría y como metodología de estudio se realizó un trabajo descriptivo epidemiológico cualicuantitativo de corte transversal.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN:

Del análisis y discusión del resultado se concluyó que: del total de consultas por guardia el 11,4% corresponden a lesiones por causas externas no intencionales, de las cuales el 6,3% requirió internación; el grupo etario de niños entre 1 y 3 años fue el más afectado con mayoría de varones; la causa más frecuente de consulta en los que resolvieron de forma ambulatoria fue el TEC (traumatismo encéfalo craneano) sin pérdida de conciencia representando el 55,4%, y de las que requirieron internación fue la policontusión representando el 52,7% de las consultas.



UNA EXPERIENCIA DE CONSULTORIO ADOLESCENTE DESDE UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

RPD
525

Molina A.¹; Lopez Soto A.²; Roldán R.³; Tarifa M.⁴; Weller D.⁵; Valle V.⁶; Chocobar S.⁷

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN^{1 2 3 4 5 6 7}

<alimolisalta@gmail.com>

La experiencia fue realizada en la zona norte de la Ciudad de Salta, en el marco de las acciones realizadas en el Centro de Salud N°15 de Barrio Castañares. La propuesta surge del análisis de la realidad comunitaria y de la asistencia sanitaria, enmarcada en las políticas de salud actuales y sostenida por iniciativa del equipo.

El consultorio amigable se piensa desde la posibilidad de establecer espacios empáticos de atención y cuidado al adolescente considerando a los mismos como sujetos de derechos.

Desde el mes de septiembre de 2014 en el marco de la semana del adolescente en el Centro de Salud, el equipo comienza a pensar la posibilidad de un espacio para la atención integral de adolescentes. Es a partir del mes de febrero de 2015 que se empieza a registrar la atención diferenciada y a ejecutar talleres en sala de espera. Los objetivos que nos planteamos son: Brindar un espacio de atención de salud integral a los adolescentes, Promover estrategias de equipo para lograr el acercamiento de los adolescentes a la consulta, Realizar estrategias de prevención y promoción de la salud.

La Propuesta está dirigida a la población de adolescentes de 10 a 19 años del área de responsabilidad que es de 4.160, lo cual constituye un 20 % del total de la población de área de referencia. Algunas situaciones que los atraviesan y caracterizan son: Situaciones de deserción escolar, Autolesiones, Intentos de suicidios, Embarazos adolescentes, Uso y abuso problemático de sustancias, Violencia familiar, Acoso escolar.

Esta lectura se realiza a partir de diagnósticos previos en terreno y con participación de diversas instituciones en el marco de la Red Comunitaria de la Zona Norte.

La propuesta se ejecutó con cuatro consultorios acondicionados para la atención integral, Sala de espera dispuesta para talleres, Folletería, cartelería, material lúdico, Buzón de sugerencias y encuestas, Charlas-talleres intra y extramuros.

En las consultas se ha trabajado de modo interdisciplinario realizando entrevistas en conjunto. Las consultas fueron: control de salud, embarazo y madres adolescentes, trastornos alimentarios, violencia familiar, deserción y violencia escolar, consumo de sustancias y autolesiones. Total de consultas registradas de asistencia diferencial: 120 consultas aproximadas en 4 meses. Un taller semanal en sala de espera con temáticas planteadas por la población. Una reunión de equipo semanal para planificación y capacitación.

PESQUISA DE HABITOS SALUDABLES EN JÓVENES DE UNA ESCUELA TÉCNICA

RPD
526

Luciani Conde D.¹; Guinot M.²; Weissbrod P.³; Figueroa C.⁴; Knopoff E.⁵

CESAC 13 HOSPITAL PIÑERO^{1 4 5}; CESAC 13 HOSPITAL PIÑERO²; HOSPITAL JOSE PENNA³

<danlucco.dl@gmail.com>

INTRDUCCION:

Durante la realización de aptos físicos en el verano 2014 en escuelas secundarias del área de influencia de nuestro centro se detectó una alta incidencia de sobrepeso/obesidad. Es indispensable evaluar la situación de nuestros jóvenes para así armar estrategias con la finalidad de intervenir y generar cambios positivos en sus hábitos saludables

OBJETIVOS:

- 1- evaluar hábitos saludables en alumnos de 2° y 5° año de escuela media de CABA,
- 2- detectar si los alumnos de 5° año tienen mejores hábitos saludables que los de 2° en el final del nivel medio

MATERIAL Y METODO:

Estudio descriptivo, observacional, trasversal. Se realizó una encuesta autoadministrada, semiestructurada y anónima en una escuela técnica de área de influencia de un centro de salud de CABA a todos los alumnos de 2° y 5° año durante el primer trimestre del año 2015. Se evaluó aspectos alimenticios y actividad física

RESULTADOS:

Se incluyeron 162 alumnos de 2° año y 63 de 5°. Más del 90 % en ambos cursos eran varones. La edad promedio fue de 14.3 años para 2° y 17 años para 5°. Alrededor del 50% de los alumnos desayunan en sus casas y cerca del 30% llevan alimentos al colegio como sándwiches gaseosas, alfajores y galletitas (diferencia no significativa entre cursos). Si bien son más los de 2° que llevan dinero al colegio, no hubo diferencia significativa al compararlos con los de 5° (51% vs 41,2%). En cuanto a calidad de

alimentos, los de 2° comen mas verduras (37% vs 26,9%) y frutas (48% vs 19% p= 0,01) que los de 5°, hallando diferencia significativa en el último grupo alimentario, el bajo consumo es porque no les gusta o por el costo. No hallamos diferencias significativas en cuanto a actividad física extra escolar (65,4% para 2° vs 66% para 5°) y horas pantallas (promedio poco mas de 3,5 hs en ambos grupos)

CONCLUSIONES:

La conducta de ambos grupos en cuanto a hábitos saludables es similar. A pesar que los de 2° año consumen más frutas que el resto, es bajo el consumo de verduras y frutas en estos jóvenes en general. No se observa una mejoría significativa en hábitos alimentarios o en relación a actividad física y horas pantalla a medida que crecen (entre 2° y 5° año). Consideramos imprescindible el intercambio con educación para generar a estrategias activas para el cambio.



PREVALENCIA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE, OTROS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y LA MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN LA POBLACIÓN ASISTIDA EN UCIN DEL HOSPITAL DR. RICARDO GUTIÉRREZ DE LA PLATA (HZGA GUTIERREZ) DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MARZO DE 2013 Y MARZO DE 2015

RPD
527

Trejo M.¹; Raschia M.²; Lojo M.³; Domínguez T.⁴

HOSPITAL GUTIERREZ DE LA PLATA^{1,2,3,4}

<marianela.unlp@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El embarazo en edades tempranas de la vida es considerado una variable de riesgo obstétrico y neonatal con probabilidad aumentada de bajo peso al nacer y prematuridad. La adolescencia de la madre es de por sí un factor biológico que aumenta el riesgo de muerte neonatal.

Dado que existe evidencia de que el embarazo temprano se asocia a una situación menos ventajosa en los niveles de bienestar de la familia y de los hijos de madres adolescentes y que el inadecuado control prenatal aumenta el riesgo de prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, deseamos evaluar con métodos estadísticos esta situación en dicha población.

OBJETIVO GENERAL:

Describir la prevalencia del embarazo adolescente, otros factores de riesgo asociados y la morbilidad neonatal en la población asistida en UCIN del Hospital Dr Ricardo Gutiérrez de La Plata durante el período comprendido entre marzo de 2013 y marzo de 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Definir la prevalencia de los recién nacidos de embarazos adolescentes en el HZGA Gutiérrez

Determinar el porcentaje de neonatos productos de embarazos adolescentes que ingresaron en UCIN y el número de fallecimientos

Determinar el cumplimiento por parte de las embarazadas de los controles establecidos por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires Describir el tipo de patología de los neonatos productos de embarazos adolescentes que ingresaron a la UCIN

Comparar estos datos con registros oficiales a nivel nacional y provincial

POBLACIÓN Y MUESTRA

Madres adolescentes (menores de 20 años) cuyo niño/a requirió internación en UCIN del Hospital R Gutiérrez de La Plata desde junio de 2013 hasta marzo de 2015

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de corte transversal con datos obtenidos de las historias clínicas neonatales recolectadas del Área de Estadística del Hospital Ricardo Gutiérrez de La Plata.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Una vez recolectados los datos y organizados en tablas, serán analizados en un software (Excel) y se representarán en gráficos (tortas, barras) y serán comparados con datos oficiales nacionales y provinciales.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA DEL HTAL. ÁLVAREZ: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA AUTOAPLICADA.

RPD
528

Karamanian M.¹; Bogliotti V.²; García M.³; Ricca V.⁴; Batista Segura D.⁵; Celadilla M.⁶

HTAL ALVAREZ^{1,2,3,4,5,6}

<majokaramanian@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Resulta fundamental evaluar la calidad de atención de los profesionales de salud en las salas de internación pediátricas para registrar los problemas y diseñar estrategias tendientes a resolverlas.

OBJETIVOS:

Evaluar la calidad de atención médica mediante una encuesta estructurada de satisfacción de usuarios externos (internados) en el servicio de pediatría del Htal. Álvarez.

POBLACIÓN:

Pacientes internados en la sala de pediatría entre 1/6/14 al 30/4/15.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Diseño preliminar, transversal, prospectivo y descriptivo, aplicando una encuesta estructurada, multiítem, autoadministrada, anónima y confidencial a los cuidadores de los pacientes pediátricos internados en la sala de pediatría. Criterios de inclusión: niños internados por primera vez en el servicio de pediatría del período en estudio, con internación \geq a 24hs y cuidadores que acepten participar de la encuesta. Criterios de exclusión: negación a la encuesta, internación <24hs, reinternaciones y/o derivación.

RESULTADOS:

Se realizaron 367 encuestas que cumplen los criterios de inclusión. Se registró: horario de visita adecuado (96%); sintieron que médicos (96%) y enfermeros (83%) responden a sus preguntas; que cuidan adecuadamente a su hijo (95%); fueron rápidamente atendidos (86%); con gran amabilidad por parte de ellos (84 vs 70%); trabajaron en equipo (82%); se

sintieron escuchados (88%) y comprendieron las respuestas suministradas (88%); tuvieron confianza en ellos (91 vs 84%) y los asesoraron sobre los signos de peligro que lo harán volver con urgencia al hospital (92%) y sobre los cuidados que deben darse en el hogar (90%); 64% se sintió cómodo al dormir en la reposera al lado de su hijo y 98% volvería o recomendaría el hospital; 83% fue internado dentro de 30' de la consulta. Si bien el 67% refirió que obtuvo la información necesaria sobre la enfermedad de su hijo, el 51% quisiera tener mayor participación en la toma de decisiones.

CONCLUSIONES:

Los cuidadores del niño sienten confianza, amabilidad, rápidas respuestas, información y educación para la salud por parte del personal de salud. Esto se refleja en que el 98% volvería al hospital o lo recomendaría.



COREA DE SYNDENHAM COMO PRESENTACIÓN DE FIEBRE REUMÁTICA

Ramos L.¹; Dal Maso D.²; Mazza J.³; Barreto C.⁴; Lombardo F.⁵

Hospital Arturo Oñativia, Rafael Calzada, Buenos Aires^{1 2 3 4 5}

<leandro.r85@gmail.com>

POB
530

INTRODUCCIÓN:

La Corea de Sydenham (CS) es, como presentación de fiebre reumática (FR), de escasa frecuencia, pero una de las causas más común de corea en pediatría. De prevalencia en el sexo femenino, entre los 5-15 años. Su patogenia esta mediada por un mecanismo autoinmune.

La triada clínica son los movimientos coreicos, hipotonía y labilidad emocional, siendo el estrés el factor que exacerba las crisis.

Su inicio es tardío, recurrente pero autolimitada a los 2 años.

Su tratamiento se basa en el tratamiento de la causa, el tratamiento sintomático y la profilaxis antibiótica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Niña de 7 años, oriunda de Bolivia, concurre a este hospital por presentar corea en miembro superior e inferior derecho, y afección lingual. Hacía 15 días había consultado por fiebre y temblor distal en miembro superior derecho habiéndose estudiado en su país, con laboratorio informando ASTO 518, sin haber llegado a un planteo diagnóstico. Madre refirió catarro y dolor articular.

Antecedentes: Madre serología para Chagas positiva y Niña negativa.

Se solicita, laboratorio, siendo relevante ASTO 236 y Cultivo de fauces positivo para estreptococo grupo A.

Resonancia magnética cerebral y ecocardiograma doppler normal.

Por la clínica y antecedentes de probable de faringitis, complemento y ASTO elevado, se plantea como diagnostico principal CS.

Se medica con Haloperidol y Clorpromazina y profilaxis con penicilina resolviendo el cuadro en 6 semanas.

OBJETIVOS:

La CS es una entidad de escasa frecuencia como presentación en la FR pero a tener en cuenta como diagnóstico.

CONCLUSIONES:

En el contexto de este paciente, se realizaron distintos estudios complementarios sin un diagnóstico a sospechar claro.

Es importante plantearse los diagnósticos etiológicos probables teniendo en cuenta el contexto epidemiológico, sus antecedentes y la presentación clínica. Aquí no hubo un pensamiento crítico para guiar la evaluación del paciente ya que, en este caso, sus antecedentes, podían orientar hacia la sospecha de CS, evitando gastos innecesarios.

En un paciente con corea y antecedente de síndrome febril con odinofagia, debe de ser sospechada, ya que la misma puede ser gravemente invalidante. Siendo posible el tratamiento sintomático con drogas con efecto anti-dopaminérgico como el haloperidol. Además, presenta un porcentaje importante de relación con la carditis, por lo que debe evaluarse el aspecto cardiovascular para ajustar adecuadamente la profilaxis antibiótica y prevenir nuevas recaídas.

CHAGAS AGUDO. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO EN PEDIATRÍA

Corona R.¹; Jimenez C.²; Ruiz N.³; Bermejo N.⁴; Ramirez T.⁵; Seu S.⁶

CEPSI EVA PERÓN^{1 2 3 4}; CENTRO PROVINCIAL DE CHAGAS Y PATOLOGÍA REGIONAL^{5 6}

<rominacorona@gmail.com>

RPD
531

INTRODUCCIÓN:

El Chagas es una enfermedad endémica producida por un protozooario flagelado: *Tripanosoma Cruzi*. El insecto vector *Triatoma Infestans* (vinchuca) habita en el peridomicilio y en viviendas precarias tipo rancho. Santiago del Estero es una provincia endémica, debido al bajo nivel socioeconómico de la población rural, al elevado número de viviendas tipo rancho y a la domicialización del vector.

La edad media de la infección es de 4 años, y el 85% de los casos agudos corresponde a niños menores de 10 años.

Desde 2005 a la actualidad con la implementación del Programa de Lucha contra Chagas disminuyó un 89% la presentación de casos agudos en pediatría.

OBJETIVOS:

Efectuar revisión de historias clínicas (HC) de casos de chagas agudo en pediatría, internados en el año 2014 – y primer semestre de 2015 en el Hospital de Niños CEPESI Eva Perón.

Población: 3 pacientes masculinos, entre 2 y 4 años, derivados del interior de Santiago del Estero internados en el Hospital de Niños CEPESI Eva Perón en el año 2014 y primer semestre de 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de HC CePSI Eva Perón durante enero de 2014 hasta mayo de 2015. Se evaluaron las siguientes variables: edad de presentación, procedencia, motivo de consulta, diagnósticos sospechados, tratamiento instaurado, tiempo de demora en el diagnóstico y evolución de la enfermedad.

RESULTADOS:

Se incluyeron 3 niños con un promedio de 1 año y 8 meses, los cuales provienen del interior de la provincia. El 100% consultó por alteraciones oculares (eritema, edema bpalpebral) y síndrome febril. Uno de ellos fue internado con sospecha de celulitis periorbitaria; el segundo niño, por picadura de insecto, y el tercero por conjuntivitis. En ningún caso se sospechó signo de Romaña. El promedio de tiempo de diagnóstico de chagas fue de 15 días. El strout de control post-tratamiento fue negativo en los tres casos en un periodo promedio de 11 días con remisión total de la signosintomatología.

CONCLUSIONES:

El pediatra ante la presencia de niños con edema bpalpebral en zona endémica, debe considerar el chagas agudo entre los diagnósticos diferenciales al comienzo de los síntomas realizando una adecuada anamnesis para instaurar el tratamiento oportuno correspondiente evitando complicaciones irreversibles.



LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES ALK+, A PROPÓSITO DE UN CASO

Nunell A.¹; Fernandez G.²; Dolabjián M.³; Xalambri A.⁴; De Carli D.⁵; Parenza P.⁶

CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1,2,3,4,5,6}

<alenunell@hotmail.com>

RPD
532

INTRODUCCION:

El linfoma anaplásico de células gigantes es una forma de linfoma No Hodgkin que representa entre un 10-15% de los linfomas en pediatría. La proteína ALK sería la responsable de la patogénesis de la mayoría de estos linfomas. Se presenta en este caso un niño de 12 años de edad cuyo diagnóstico inicial fue osteomielitis.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Se trata de un niño de 12 años de edad que consulta en la Clínica del Niño de Quilmes por dolor en antebrazo y cefalohematoma parieto-occipital derecho de 3 semanas y 2 meses de evolución, respectivamente. Al examen físico se observa edema en miembro superior derecho que se extiende del codo hasta los dos tercios proximales del antebrazo con leve aumento de la temperatura. Se realiza Hemograma, Ecografías de partes blandas de codo y cráneo e interconsulta con Traumatología, interpretando el cuadro como Osteomielitis del antebrazo derecho. Se realiza punción para biopsia y cultivo de lesión (con resultado negativo) y se medica con TMS y Rifampicina. Al 4º día de internación se agrega limitación del movimiento. Por falta de respuesta al tratamiento antibiótico se amplían los estudios con TAC de cerebro y Centellograma Óseo Corporal Total que evidencia imágenes compatibles con proceso infeccioso en el sector mencionado. En el día 14 de internación se evidencian adenopatías cervicales bilaterales, inguinal, supraclavicular y tumoración en FII que se controlaron con estudios ecográficos. Luego de 6 días comienza con marcada desmejoría clínica consistente en dolor abdominal intenso, vómitos biliosos y cuadro de hiperexcitabilidad psicomotriz, euforia, agresividad,

posición en gatillo de fusil, por lo que se solicita pase a UTIP para manejo del dolor y colocación de SNG por riesgo de broncoaspiración. Se realiza biopsia de masa ganglionar abdominal y se obtiene el diagnóstico de linfoma anaplásico de células grandes ALK+. Durante su estadía en UTIP y habiendo comenzado la quimioterapia, presenta una neutropenia febril de alto riesgo y evoluciona de forma desfavorable con complicaciones que lo llevan a su fallecimiento a alrededor del mes y medio de internación.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN:

Nuestro paciente presentó lesiones compatibles con proceso infeccioso, lo que retrasó unos días el diagnóstico, el cuál fue sospechado y confirmado en el momento que se hicieron evidentes las adenomegalias y la tumoración abdominal.

SOSPECHA DIAGNÓSTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE MORQUIO Y EXPRESIÓN FENOTÍPICA MÍNIMA

Servin R.¹; Avalos M.²; Ferreiro M.³; Borda M.⁴; Navarro A.⁵

HOSPITAL PEDIÁTRICO "JUAN PABLO II"^{1,2,3,4,5}

<roxivida@hotmail.com>

POB
533

INTRODUCCIÓN:

La mucopolisacaridosis IVA o Morquio A, es una enfermedad de depósito lisosomal de transmisión autosómica recesiva, comúnmente diagnosticada como una condición musculoesquelética, cuando es una enfermedad multisistémica.

La causa es el déficit de la enzima N-acetylgalactosamina-6-sulfatasa, que conduce a una cascada progresiva de patologías metabólicas provocando mortalidad precoz.

El comienzo de los síntomas se produce alrededor de los 2 años en pacientes severamente afectados, mientras que pacientes con enfermedad lentamente progresiva presentan síntomas tardíos y sutiles, retrásandose su diagnóstico.

OBJETIVO:

Presentar un paciente con enfermedad de Morquio A, sin fenotipo aparente y crecimiento adecuado. Promover la sospecha clínica y el diagnóstico precoz en pacientes con fenotipo "no clásico".

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo masculino, hijo de padres no consanguíneos. Sin antecedentes perinatales ni familiares relevantes. Crecimiento en percentiles normales. Neurodesarrollo normal.

Consultó los 12 años por cojera, sin dolor, presentando signos de osteonecrosis en la RMI de ambas caderas.

A los 13 años consultó por escoliosis, identificándose por TAC aplasia parcial del tercio anterior de los cuerpos vertebrales D11 y D12, con forma de pico anterior que provoca cifosis dorsolumbar. La tomografía helicoidal reveló desplazamiento posterior de D11.

Se somete a fijación de columna dorsal distal.

A los 14 años, la nueva RMI reveló lesiones compatibles con evolución secuelear de osteonecrosis, quedando pendiente la cirugía de ambas caderas, sugiriéndose en el servicio de traumatología ahondar en estudios diagnósticos antes del procedimiento, para confirmar o descartar enfermedad sistémica.

Consultó en el Hospital "Juan Pablo II" en 2014 donde se realizan estudios diagnósticos y dosaje enzimático para enfermedades de depósito, tomándose muestra de sangre en papel de filtro.

Se constata descenso de la actividad de Galactosa 6 Sulfatasa, perfil compatible con mucopolisacaridosis (MPS) tipo IV A. Se repite dosaje enzimático en leucocitos y GAGs urinarios, hallándose actividad mínima y trazas de heparán y queratán sulfato en orina, confirmándose diagnóstico de Morquio A.

CONCLUSIÓN:

La MPS IV es una enfermedad lentamente progresiva y el fenotipo "no clásico" puede retrasar el diagnóstico, el que debe sospecharse ante la presencia de osteodisplasias y como diagnóstico diferencial en el estudio de las displasias esqueléticas.



ESTUDIO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE PACIENTES CON TRISOMÍAS 13, 18 Y 21 DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

POB
534

Narduzzi C.¹; Molinari G.²; Qualina V.³; Malaspina C.⁴

LABORATORIO DE CITOGENÉTICA - HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA^{1,2,3,4}

<ka_narduzzi@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN.

Las anomalías cromosómicas más frecuentes compatibles con la vida posnatal son las trisomías autosómicas: 21 (T21), 18 (T18) y 13 (T13) con una prevalencia de 1/700, 1/7000 y 1/12000 recién nacidos vivos, respectivamente. Presentan un fenotipo bien definido que cursa con retraso de crecimiento, mental y múltiples anomalías congénitas. Las trisomías pueden ser libres (95%), el resto por translocación o mosaicos. El 90% de los pacientes con T13 ó T18 mueren antes del primer año por complicaciones cardíacas, renales o neurológicas. Los portadores de T21 presentan una expectativa de vida cercana a los 35 años.

OBJETIVOS.

Describir la población de pacientes pediátricos con Sme. de Down (T21), de Edwards (T18) y de Patau (T13) ingresados a la Unidad de Citogenética.

POBLACIÓN.

La muestra estuvo constituida por 588 pacientes: 554 con diagnóstico clínico de S. de Down, 23 con S. de Edwards y 11 con S. de Patau ingresados al laboratorio de Citogenética y evaluados por las médicas genetistas de nuestro Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se analizaron los datos registrados en la Unidad durante el período 2002-2014. Se realizó el estudio citogenético al total de pacientes y se complementó con datos de las historias clínicas.

RESULTADOS.

La relación de pacientes con T21, T18, T13 fue 50:2:1. El 50%, 87% y 90% de los pacientes con T21, T18 y T13, respectivamente, tenían al momento de la consulta menos de 1 mes de vida. El total de pacientes con T18, el 90% con T13 y el 34% con T21 fueron derivados de sala. Todos los pacientes con T18 y el 70% con T13 nacieron con peso por debajo del percentil 50, de los cuales un 52% y 30%, respectivamente, fueron recién nacidos pre-término. En el 68% de las T18 y 40% de T13 se observó edad materna avanzada (mayor a 35 años). Se observó trisomía libre en el 93%, 96% y 81% de los pacientes con T21, T18 y T13, respectivamente. El porcentaje restante corresponde a pacientes que presentaron mosaicismo o trisomía por translocación. El 73% y el 90% de los pacientes con T18 y T13, respectivamente, fallecieron antes del mes de vida.

CONCLUSIONES.

Las T18 y T13 son las trisomías más frecuentes después de la T21, la cual cursa con una mayor sobrevivencia. La mayoría de los casos presentaban trisomía libre. La edad materna es el factor más relevante en la etiología. Es fundamental el estudio citogenético para arribar al diagnóstico certero y realizar un correcto asesoramiento genético.

¿ES IMPORTANTE EL VIROLÓGICO EN EL LCR?

RPD
535

Muñoz Y.¹; De Velazco M.²; Barragan V.³; Muzio F.⁴; Ferrucci G.⁵; Conti A.⁶; Ferreira V.⁷

HOSPITAL MUNICIPAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE^{1,2,3,4,5,6,7}

<ynggrid_r@hotmail.com>

INTRODUCCION:

En la bibliografía esta descrito que los virus son la principal causa de meningitis en lactantes de 0 a 12 meses. Sin embargo el Virológico en el Líquido Cefalorraquídeo (LCR) no se encuentra dentro de los estudios de rutina como lo está el Cultivo bacteriológico.

OBJETIVOS:

Evaluar la etiología de los rescates en (LCR) en pacientes internados por Meningitis.

POBLACION:

Pacientes internados en el Hospital Municipal Materno Infantil de Tigre durante el periodo de Abril 2013 a Abril 2015 con diagnóstico de Meningitis con rescate de agente etiológico.

MATERIALES Y METODOS:

Es un estudio retrospectivo y descriptivo. Se analizaron las historias clínicas de aquellos pacientes con diagnóstico de meningitis y rescate de agente etiológico por medio de Cultivo y Virológico de LCR. Se analizaron epidemiología, clínica y laboratorio.

RESULTADOS:

Del total de pacientes analizados (15 pte), el 74%(11pte) presento meningitis viral, correspondiendo un 67% (10 pte) a enterovirus y 6% a Herpes tipo 6. El 26% (4 pte) de los pacientes presentó etiología bacteriana con predominio del meningococo.

Se encontró mayor incidencia en lactantes menores de 3 meses 53% (8 pte) con predominio en el sexo masculino 73% (11 pte). El motivo de consulta más frecuente fue la fiebre 86.6% (13 pte), el rechazo al alimento 33.3% (5 pte), y la irritabilidad 27% (4 pte).

Todos los rescates con Enterovirus en LCR cursaron con diarrea 27% (4pte). El 33% de los pacientes con Enterovirus positivo en LCR presentó al ingreso leucocitos > 15000 GB y PCR positiva.

CONCLUSION:

En Nuestra población predominó la etiología viral de la Meningitis, el agente causal más frecuente fue el Enterovirus.

Sería importante tener acceso a la obtención del Virológico de LCR en forma precoz a fin de disminuir el uso innecesario de antibióticos reduciendo los días de internación y sus complicaciones.



A PROPÓSITO DE UN CASO: MOVIMIENTOS ANORMALES EN UN PACIENTE CON FIEBRE REUMÁTICA

**POB
536**

Janer Tittarelli M.¹; Limardo P.²; Suco Valle S.³; Tantera M.⁴; Penecino M.⁵; Torrents M.⁶; Argiró M.⁷; Sosa R.⁸

HOSPITAL ELIZALDE¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

<agusjaner@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Fiebre Reumática (FR) es una enfermedad inflamatoria sistémica, caracterizada por la existencia de lesiones que pueden afectar articulaciones, piel, corazón y sistema nervioso. Es secuela de una infección faríngea causada por el Estreptococo beta hemolítico del grupo A. El cuadro clínico clásico va precedido, 2-3 semanas antes, por una faringoamigdalitis estreptocócica, adenopatías, fiebre, dolor abdominal y a veces exantema escarlatiniforme, apareciendo posteriormente la sintomatología propia de la enfermedad. Para su diagnóstico hay una serie de criterios. Entre los criterios mayores: artritis, carditis, eritema marginado, nódulos subcutáneos y corea menor o de Sydenham (CS). La CS es considerada una manifestación tardía, cursa con movimientos incoordinados, muecas, irritabilidad, torpeza y alteraciones del carácter, presentándose solamente en un 2% de los casos. Puede tener una intensidad y evolución variable, desde formas articulares puras a formas con corea o carditis aisladas o asociaciones. La gravedad viene determinada por las secuelas cardíacas que pueden producirse. Su tratamiento es la penicilina y profilaxis para prevenir recaídas.

OBJETIVOS:

Describir un caso de FR en una paciente que inicia con sintomatología muy poco específica y difícil diagnóstico solapado por la clínica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente de 13 años que consulta a la guardia por presentar movimientos estereotipados de las manos y faciales de 10 días de evolución. No refiere antecedentes personales ni familiares de relevancia. Al examen físico eucárdica, eupnéica, soplo sistólico 3/6 en mesocardio; vigil, reactiva, conectada, marcha inestable con aumento de la base de sustentación, movimientos coreoatetósicos de manos y orofaciales. Se plantearon como diagnósticos diferenciales intoxicación, masa cerebral, alteración psiquiátrica, LES y FR. Se solicitaron como estudios complementarios tóxicos en orina (negativos), TAC y RMN de cerebro (normal), Fondo de ojo (normal), EEG (normal), Ecocardiograma (insuficiencia mitral leve a moderada, válvula engrosada, sin derrame pericárdico y buena función del VI), hemograma, serologías virales, ASTO, PPD (normales). Se concluyó como diagnóstico el de FR. Inicio tratamiento con clorpromacina y haloperidol mejorando con esto la corea y posterior profilaxis con penicilina.

DISCUSIÓN O CONCLUSIÓN:

La CS si bien es considerada un criterio mayor para el diagnóstico de la FR, se presenta únicamente en un 2% de los casos. Los sedantes y anti-psicóticos son un buen tratamiento para disminuir los síntomas. Con un tratamiento adecuado y controles cursa sin complicaciones.

ABSCESO DE PSOAS EN PEDIATRÍA

**RPD
538**

Menoyo M.¹; Rodríguez Vuan A.²; Senor V.³; Barrientos R.⁴; Oddi M.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA, LA PLATA¹²³⁴⁵

<vicky_menoyo@hotmail.com>

INTRODUCCION

El absceso de psoas es una patología poco frecuente en la edad pediátrica y su presentación es muchas veces con síntomas iniciales inespecíficos como dolor abdominal y fiebre. Es por eso que requiere un alto índice de sospecha para diagnosticarlo.

OBJETIVO

Describir la presentación clínica, antecedentes, métodos de diagnóstico y tratamiento del absceso de psoas mediante un análisis de 9 historias clínicas de pacientes con esta patología.

MATERIALES Y METODO

Se analizaron 9 historias clínicas de pacientes con absceso de psoas internados en un hospital pediátrico de la provincia de Buenos Aires entre enero de 2014 y mayo de 2015.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, antecedente de traumatismo, presentación clínica y tratamiento, exámenes complementarios de laboratorio (hemograma, PCR, VES y cultivos) y métodos de diagnóstico por imágenes (ecografía abdominal, TAC y RNM).

RESULTADOS

Edad y sexo: de 9 pacientes, 3 fueron de sexo femenino y 6 de sexo masculino, con una media de edad de 7,5 años (rango entre 21 meses y 13 años). Antecedentes: todos los pacientes eran niños previamente sanos. En 7 hubo un traumatismo previo.

Presentación clínica: fiebre e impotencia funcional en el 100% de los casos y dolor abdominal en 7 casos. Los diagnósticos presuntivos al ingreso fueron: artritis séptica, osteomielitis, miositis y abdomen agudo quirúrgico versus médico. En 2 se incluyó absceso de psoas en el planteo diagnóstico inicial.

Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia y aumento de la proteína C reactiva en el 100% de los casos así como elevación de la VES en los que se midió esta última. Se aisló *Staphylococcus aureus* en hemocultivos de 3 pacientes y en material del absceso en 2.

Imágenes: el diagnóstico se confirmó por ecografía abdominal en 8 pacientes. En 2 se realizó TAC abdominal y sólo 1 requirió una RNM de pelvis. Tratamiento: cotrimoxazol+clindamicina endovenoso se utilizó en 8 pacientes. En 2 se utilizó vancomicina y rifampicina en otros 2. Dos pacientes requirieron drenaje quirúrgico.

CONCLUSIONES

Ante un niño que presenta fiebre, dolor abdominal e impotencia funcional de un miembro inferior, el absceso de psoas debe ser un diagnóstico diferencial. Se realizará ecografía abdominal en primer término y en caso de alta sospecha y ecografía no concluyente, TAC o RNM con contraste.



ADRENOLEUCODISTROFIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gilligan T.¹; Delgado C.²; Schvarstein T.³; Del Rincon J.⁴; Bauer V.⁵; Mosteirín J.⁶; Stahl V.⁷; Navone Lier C.⁸; Perez Marc G.⁹; Gaivironsky R.¹⁰

SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA, DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, BUENOS AIRES, ARGENTINA.^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}
<tomasgilligan@yahoo.com.ar>

RPD
539

INTRODUCCIÓN:

La adrenoleucodistrofia es una enfermedad genética ligada al X que pertenece a un grupo de patologías que se caracteriza por presentar alteraciones en la función o cantidad de peroxisomas funcionantes. Se produce acumulación de ácidos grasos de cadena muy larga (AGCML) que lleva a la disfunción de la corteza suprarrenal y la sustancia blanca del sistema nervioso. La gravedad de la enfermedad y su progresión están relacionadas con la intensidad de la respuesta inflamatoria.

OBJETIVOS:

Presentar un paciente internado en nuestro servicio con diagnóstico de síndrome convulsivo, a quien se le diagnosticó adrenoleucodistrofia.

CASO CLÍNICO:

Varón de 15 años con trastornos en el rendimiento escolar. Es derivado a nuestro servicio con diagnóstico de síndrome convulsivo. Recibió tratamiento con anticonvulsivos y presenta secuelas neurológicas progresivas. Al ingreso se constata pérdida de patrones conductuales, cognitivos y visuales, deterioro intelectual, hemiparesia derecha, baja talla, mucosas, lengua y pliegue palmar interno hiperpigmentados. Ante la sospecha de compromiso suprarrenal, se realiza dosaje de cortisol y prueba de estimulación con hormona adrenocorticotropa, diagnosticándose insuficiencia suprarrenal. Inicia tratamiento con hidrocortisona. Se solicita resonancia de cerebro con contraste en donde se evidencia: edema subcortical que compromete la concavidad de la sustancia blanca parietal y al lóbulo

occipital izquierdo. Refuerzo de sustancia blanca y cuerpo calloso con la administración de contraste, y nódulos heterogéneos que infiltran el área talámica. Se realiza EEG con resultado patológico.

Por la sintomatología y estudios complementarios se sospecha adrenoleucodistrofia y se solicita dosaje de AGCML en sangre, con resultados que confirman el diagnóstico.

CONCLUSIÓN:

La adrenoleucodistrofia es una enfermedad infrecuente (incidencia de 1:21000) y de variada sintomatología, lo cual dificulta su diagnóstico. Por todo lo expuesto es necesario conocerla para poder sospecharla y de esta manera realizar un diagnóstico temprano, a fin de lograr la menor cantidad de secuelas y brindar asesoramiento genético a la familia.

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE COARTACIÓN AÓRTICA. REPORTE DE UN CASO

Coelho N.¹; Saldaño P.²; Pulgar A.³

HOSPITAL GRAL DE AGUDOS DR. J.M.PENNA¹; HOSPITAL GRAL DE AGUDOS DR. PENNA^{2 3}
<noeliacoelho81@hotmail.com>

RPD
540

INTRODUCCIÓN:

La coartación de Aorta (CAo) tiene una incidencia del 8-10% de las cardiopatías congénitas. Generalmente se presenta en la aorta torácica superior, el 98% por debajo del origen de la arteria subclavia izquierda. Es más frecuente en varones (2:1) y suele asociarse a otras anomalías, principalmente válvula aórtica bicúspide. Las manifestaciones clínicas varían según la localización y el grado de obstrucción.

OBJETIVO:

Reportar un caso de presentación atípica de CAo.

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo femenino de 5 meses de edad, sin antecedentes perinatólogicos a destacar, con controles de salud. Presenta internación con diagnóstico de bronquiolititis con hipoxemia, durante la cual se detecta un soplo sistólico +. Se realiza electrocardiograma sin signo de sobrecarga y radiografía de tórax sin cardiomegalia. Se lo estudia con ecoDoppler color en el que se observa dilatación de ventrículo izquierdo (VI) con mala función, aorta bicúspide y válvulas permeables. Se sospecha miocardiopatía dilatada vs, Cao, se medica con furosemida y digoxina. Instaurado el tratamiento, surgen como datos positivos diferencia marcada de pulsos, positivos en miembros inferiores y disminuidos o abolidos en superiores. Hipertensión arterial en miembros superiores. Se realiza nuevo ecocardiograma donde se observa gradiente aórtico supraavalvular sin poder determinar localización de la obstrucción. Se realiza interconsulta en el Hospital de Niños Dr. R. Gutierrez donde se realiza ecocardiograma que

informa: 1) CAo localizada severa; 2) dilatación e hipertrofia de VI; 3) función ventricular disminuida; 4) Aorta (Ao) bicúspide con leve gradiente en Ao descendente de 55 mmHg. Fracción de acortamiento 24%. Se decide realizar cateterismo para localizar la coartación. Dicho estudio confirma y localiza la CAo. La paciente fue intervenida quirúrgicamente con éxito.

CONCLUSIONES:

La CAo suele presentarse de dos formas: 1) Tipo infantil o hipoplasia del cayado, donde prevalece la clínica de hipertensión pulmonar con dilatación del ventrículo derecho; 2) Tipo adulto o localizada, se manifiesta con hipertrofia de VI y diferencia de pulsos y tensión arterial (TA) entre miembros superiores e inferiores. En este caso la paciente presenta una CAo con dilatación y mala función de VI manifestándose la típica diferencia de pulsos y TA luego de mejorar la función cardíaca con digoxina.



FRECUENCIA, ESTACIONALIDAD Y RESISTENCIA ANTIBIOTICA EN FARINGITIS POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES* EN UN HOSPITAL PRIVADO DE C.A.B.A.

POB
542

García Roig C.¹; Ellis A.²; Vay C.³; Sciarrotta J.⁴; Gutierrez L.⁵; Gibson V.⁶; García Gibson C.⁷

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

<garciaarraig@gmail.com>

INTRODUCCION:

El *Streptococcus pyogenes* o Streptococci Grupo A Beta Hemolítico (GABHS) es el patógeno más frecuentemente aislado de los cultivos de fauces. La epidemiología ha variado en las últimas décadas.

OBJETIVO:

Determinar la frecuencia, estacionalidad y resistencia antibiótica al GABHS de los cultivos de fauces en menores de 18 años.

POBLACION

Pacientes de 1 mes a 18 años con fiebre y faringitis atendidos en el Sanatorio Mater Dei desde Octubre de 2009 a Diciembre de 2014.

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo de los cultivos de fauces. Las muestras fueron inoculadas en discos de Columbia agar base que contenían sangre de oveja al 5% e incubadas por 48 hs en ambiente atmosférico. Las colonias de GABHS fueron identificadas acorde a las guías del Manual of Clinical Microbiology (ASM ediciones 9 y 10). La resistencia a penicilina, eritromicina y clindamicina se determinó por los standards CLSI.

RESULTADOS

Fueron analizados 28.092 pacientes. El GABHS fue hallado en el 21,6% de las muestras. La mayor incidencia fue en primavera. Se observó un aumento desde otoño hasta primavera con una evidente caída en verano. No hubo resistencia a penicilina. La resistencia a eritromicina y clindamicina mostró una tendencia decreciente.

CONCLUSIONES

El GABHS estuvo presente en el 21.6% de los cultivos de fauces, una similar a otros estudios publicados. Hubo una mayor frecuencia en primavera. La resistencia antibiótica fue baja durante ese período.

Tabla 1: Estacionalidad

Estacion	Proporcion	95%CI
Primavera	26.5%	[25.6; 27.4]
Verano	11.8%	[10.9; 12.8]
Otoño	19.3%	[18.4; 20.3]
Invierno	22.2%	[21.3; 23.2]

Tabla 2: Proporción de muestras con Resistencia a Antibióticos

Antibióticos	Proporcion
Eritromicina	0.2%
Clindamicina	0.1%
Ambos	0.6%

IMPORTANCIA DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA EN TRAUMA CRANEOENFÉLICO LEVE EN PEDIATRÍA

RPD
543

Vergara G.¹; Lopez Romero I.²; Pintos N.³; Paredes N.⁴; Roldan O.⁵; Peynado D.⁶

SANATORIO DEL SALVADOR^{1,2,3,4,5,6}

<glenda_vergara@hotmail.com.ar>

INTRODUCCION:

El TCE es un motivo de consulta frecuente en las urgencias pediátricas. En nuestro servicio de urgencias de pediatría representa algo más del 4% de las internaciones. En general, la mayor parte de los traumatismos que atendemos son leves y cursan sin secuelas, pero en ocasiones pueden producir lesión intracraneal (LIC) que puede ser la causa de una importante morbilidad y/o mortalidad.

OBJETIVOS:

Describir hallazgos Tomográficos en pacientes con TCE leve.

HIPOTESIS:

La TC multislice de cráneo es útil para valoración de pacientes con TCE leve.

MUESTRA:

Todos los pacientes menores de 15 años que sufrieron traumatismo de cráneo en el periodo de ENERO 2013 hasta DICIEMBRE 2014 que asistieron a la guardia del Sanatorio del Salvador que requirieron internación.

MATERIALES Y METODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo en desde ENERO 2013 a DICIEMBRE 2014. Criterios de Inclusión: pacientes menores de 15 años con traumatismo de cráneo encefálico leve que asistieron a la guardia del Sanatorio del Salvador con criterio de internación. Criterios de exclusión: mayores de 15 años, pacientes con TCE leve observados en guardia central sin sintomatología asociada.

Valoración de TAC a cargo del Servicio Imagenológico del Sanatorio Salvador. Seguimiento de los pacientes durante la internación fue realizado de manera conjunta con Servicio de Neurocirugía Pediátrica. Variables descriptivas: Sexo, edad, estudios de imágenes realizados, síntomas clínicos asociados, hallazgos patológicos descriptos y escala de Glasgow.

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 74 pacientes los cuales presentaron TEC leve y requirieron internación, a 43 se les realizó TAC. (58%). con TAC 25 varones y 18 mujeres. Del total de los pacientes con TEC leve presentaron una media para la edad de 5 años y una mediana de 3 años.

Del total de las TAC realizadas (43); 18 tuvieron hallazgos patológicos (42%). Se consideraron hallazgos patológicos: Fracturas, Hematomas Subdural, Hematoma Extradural y Edema Cerebral. 25 de las TAC realizadas, (58%); fueron normales. Del total de los pacientes con hallazgos patológicos en la TAC realizada presentaron una media para la edad de 5.7 años y una mediana para la edad de 4, 5 años.

De los 18 pacientes con TAC con hallazgos patológicos, 11 fueron varones y 7 fueron mujeres.

DISCUSION:

En nuestro servicio a los niños con TEC leve con sintomatología constatada y según protocolo se les realiza TAC de cráneo multislice. En esta serie el 42% de los pacientes presentó hallazgos patológicos en la TAC, lo que se correlaciona con lo sugerido como metodología de estudio en el paciente pediátrico con TCE leve con sintomatología que lo amerita.

CONCLUSION:

A partir de los resultados arrojados por el trabajo descripto en el cual de 74 pacientes con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico leve, a 43 se les realizó TAC, con informe de hallazgo patológico en 18 pacientes, podemos afirmar que el algoritmo de estudio que se pone en práctica en el servicio de Pediatría del Sanatorio del Salvador es útil para la valoración de TCE leve. Y aporta datos significativos.



TENDENCIA DE LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ POR DIARREA, TRASTORNOS NUTRICIONALES Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN ARGENTINA 1980-2013

POB
544

Bossio J.¹; Arias S.²; Armando G.³

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI"^{1,2,3}

<jbossio@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades infecciosas intestinales (EII), los trastornos nutricionales (TN) y las enfermedades respiratorias (ER) eran responsables de alrededor de una de cada cuatro muertes de menores de cinco años en 1980.

OBJETIVOS:

Describir la tendencia de la mortalidad de menores de cinco años por EEI, TN y ER en Argentina entre 1980 y 2013.

POBLACIÓN:

Muertes menores de cinco años por EII, TN y ER entre 1980 y 2013.

METODOLOGÍA:

Estudio ecológico de serie temporal. Se utilizaron cifras de nacidos vivos y muertes menores de 5 años de la Dirección de Estadísticas de Salud (DEIS) para 1980-2013.

Se identificaron las muertes por las tres causas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) Novena (1980-1996) y Décima Edición (1997-2013): códigos 001-009 y A01-A09 (EII), 460-519 y J00-J99 (ER) y 260-269 y E40-E64 (TN).

Se calcularon tasas de mortalidad TM por 1000 nacidos vivos y la tendencia se analizó con un modelo de regresión exponencial. Se realizó el análisis de la varianza, se identificaron puntos de quiebre y se calculó el coeficiente de regresión, expresado como Variación Anual Promedio (VAP), y su intervalo de confianza (IC) al 95%.

Se emplearon los programas Excel 2013 y JoinPoint.

RESULTADOS:

La TM de menores de 5 años se redujo se redujo 66,73% en 1980-2013, con una VAP = -3,48% (-3,64; -3,32). La tendencia fue menor en 1980-1992 que en 1992-2013 (p=0,003): VAP = -2,68% (-3,33; -2,03) y -3,84% (-4,09; -3,59), respectivamente.

El descenso fue mucho mayor para la mortalidad por EII, ER y TN; pero hubo diferencias entre ellas.

En 1980-2013, la TM por EII se redujo 95,45%, VAP = -9,27% (-9,79; -8,74). La tendencia fue diferente en 1980-2005 y en 2005-2013 (p= 0,007): VAP= -10,06% (-10,75; -9,36) y -4,14% (-7,63; -0,53), respectivamente.

La TM por ER se redujo 77,92% en 1980-2013, con una VAP similar a la del total de la mortalidad: -3,91% (-4,30; -3,51); sin diferencias estadísticamente significativas en todo el período (p= 0,07).

La TM por TN registró el mayor descenso en 1980-2013: 96,35%, VAP= -9,74% (-10,76; -8,70). La tendencia tuvo dos períodos (p= 0,0002): menor en 1980-2003, VAP = -6,99% (-8,23; -5,73) y mayor en 2003-2013, VAP= -17,99% (-20,44; -15,48).

El peso de estas causas sobre el total de muertes menores de 5 años pasó de 24,10% en 1980 a 9,59%; en 2013, siendo responsables las ER del 84,5% de esta mortalidad: 8,1% de todas las muertes menores de cinco años.

CONCLUSIONES:

Argentina logró un impacto importante en la reducción de la mortalidad por las tres causas que, en 1980, eran responsables de la cuarta parte de la mortalidad menor de cinco años. El menor descenso se logró en las ER, que continúan siendo causa del 8,1% de esas muertes.

RECURRENCIA DE INFECCIONES GRAM-NEGATIVAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD ONCOHEMATOLÓGICA

RPD
545

Gariboldi G.¹; Goldman W.²; Sosa F.³; Iglesias D.⁴; Salvaneschi Quiña V.⁵; Martinich M.⁶; Stallings Smith S.⁷; Johnson K.⁸; Gonzalez M.⁹; Caniza M.¹⁰; Ojha R.¹¹; Gomez S.¹²

HOSP DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA¹; HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA, LA PLATA^{2,3,4,5,6,12};

IOP ST JUDE CANCER RESEARCH CENTER, MEMPHIS TN US^{7,8,9,10,11}

<guigariboldi@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones por gram-negativos (GN) son una preocupación generalizada por su potencial para desarrollar resistencia antibiótica. Estudios previos de infecciones por GN en los pacientes pediátricos con enfermedad oncohematológica (EOH) se han centrado en el riesgo de primoinfección. La escasez de datos sobre infecciones recurrentes por gérmenes GN limita la comprensión del continuo riesgo de infección.

OBJETIVOS:

Estimar el riesgo de infecciones recurrentes por GN en los pacientes pediátricos con EOH.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal. La población incluyó individuos menores de 20 años, tratados por EOH en el Hospital de Niños Sor María Ludovica en el período comprendido entre enero de 2011 y junio de 2013. Se recolectaron los datos en un formulario realizado al egreso del paciente. Se utilizó el indicador personas-días donde cada internación prescribe al final de la terapia, muerte, pérdida de seguimiento, o final del estudio. Estimamos la tasa de incidencia (TI) de las infecciones por bacterias GN microbiológicamente documentadas y correspondientes al 95% de los límites de confianza (LC) para dar cuenta de la agrupación en el mismo paciente.

RESULTADOS:

Nuestra población de estudio comprendía 159 pacientes con EOH. Observamos 35 infecciones GN (22%) durante 47.245 días-persona en situación de riesgo (TI por cada 1.000 personas-días= 0,74, 95% CI: 0,50, 1,1). Los riesgos globales estimados de tener una, dos o tres infecciones GN durante un período de un año fueron 21%, 2,8% y 0,25%, respectivamente. El riesgo de recurrencia varió según los subgrupos. En particular, los pacientes con leucemia mieloide aguda (LMA) tuvieron el riesgo estimado más alto de tener una, dos o tres infecciones por GN durante un período de un año (34%, 11% y 2,3%, respectivamente).

CONCLUSIONES:

Los resultados sugieren un riesgo considerable de infecciones por GN recurrentes entre los pacientes pediátricos con EOH, sobre todo entre los pacientes con LMA. Estos hallazgos pueden ser útiles para promover la discusión acerca de la administración de estrategias antimicrobianas para los subgrupos con alto riesgo de infecciones recurrentes por GN y exposiciones reiteradas al tratamiento con antibióticos.

DIARREA AGUDA INFANTIL: EVALUACIÓN DE EFICACIA ENTRE EL TRATAMIENTO COMBINADO GEL DE HIDRÓXIDO DE BISMUTO COLOIDAL Y SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL VERSUS SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL

POB
546Oviedo R.¹; Diaz M.²; Valenzuela M.³; Vidal V.⁴; Racca L.⁵; Bottai H.⁶; Gaguine S.⁷; Toca M.⁸HOSPITAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4}; UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO^{5,6};HOSPITAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS^{7,8}

<adriana-oviedo215@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Diarrea aguda (DA) es el aumento de la frecuencia de las deposiciones y/o la disminución de su consistencia, cuya duración es menor a 14 días. Es una enfermedad autolimitada que no requiere tratamiento etiológico. La utilización de Sales de Hidratación Oral (SHO) para el manejo del desequilibrio hidroelectrolítico y la alimentación precoz, son tratamientos de elección. El Bismuto es una medicación que se utiliza en el tratamiento de DA, su eficacia clínica en niños con DA no hospitalizados ha sido poco estudiada.

OBJETIVOS:

Evaluar la eficacia del tratamiento combinado de gel de hidróxido de bismuto y SHO vs SHO en niños mayores de un año con DA.

MATERIAL Y METODO:

Estudio prospectivo aleatorizado con grupo tratado y control (placebo). Se utilizaron Test de Chi-cuadrado y Mann-Whitney y un modelo de riesgos proporcionales de Cox. Se consideró significativo $p < 0.05$. De enero a diciembre de 2014 se incluyeron niños de 1 a 15 años con DA de menos de 48hs de evolución, no disintéricas, sin patología previa de base, eutróficos, normohidratados. Fueron controlados hasta el alta.

RESULTADOS:

Se aleatorizaron 113 pacientes con DA, en 2 grupos. Grupo 1 (tratados): SHO y gel de hidróxido de bismuto coloidal: 58 niños, 29 completaron seguimiento y Grupo 2 (controles): SHO y placebo 55 niños, 34 completaron seguimiento.

Comienzo	Sexo masculino	Mediana edad (meses)	Fiebre	Vómitos	Nºdepos/día
Grupo 1	69%	24	13,8%	79,3%	5,8
Grupo 2	47%	24	30,3%	75,7%	4,7
	NS	NS	NS	NS	NS

Evolución	Duración DA (horas)	Nº de deposiciones	Persistencia diarrea a las 24 horas	Vómitos a las 72 horas	Efectos adversos
Grupo 1	25,5	4,2	50%	3,5%	0%
Grupo 2	41,5	8,2	25%	2,9%	0%
	$p = 0,015$	$p = 0,032$	$p = 0,0269$	NS	NS

No hubo diferencia significativa para las variables sexo, edad, presentación clínica, número de deposiciones al momento de la consulta. En la evaluación pos tratamiento existen diferencias significativas en el tiempo de duración de la diarrea y número de deposiciones. La razón de riesgos estimada resultó igual a 1.93 (IC95% (1.4 ; 4.8)). En todos los pacientes la DA se autolimitó y toleraron precozmente la alimentación.

CONCLUSION:

La utilización de gel de hidróxido de Bismuto redujo la duración de la diarrea en 16 horas. Existen diferencias significativas en el número de deposiciones y persistencia de diarrea a las 24 horas de tratamiento con respecto al grupo control.

A PROPOSITO DE UN CASO: ENTEROCOLITIS POR ALERGIA A LA PROTEINA DE LECHE DE VACA

RPD
547Risso M.¹; Villa A.²; Ussher F.³; Urquiza M.⁴HOSPITAL AUSTRAL^{1,2,3,4}

<milagrosrisso@hotmail.com>

INTRODUCCION:

La alergia alimentaria afecta a 6-8% de los niños menores de 2 años. La causa más frecuente es causada por la proteína de leche de vaca y soja. Las manifestaciones clínicas son variables, y más del 80% de los pacientes presenta tolerancia luego de los 3 años de vida.

El síndrome de enterocolitis por alergia a la proteína de leche de vaca es una forma severa de alergia alimentaria. Su forma de presentación suele ser confundida con una sepsis o gastroenteritis. Su frecuencia hace que requiera mayor consideración en la evaluación del neonato que consulta por cuadro de vómitos y/o diarrea.

OBJETIVO:

Se presenta el caso de un niño que ingresó con cuadro compatible con sepsis resultando en forma severa de alergia a la proteína de leche de vaca.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 30 días de vida que consultó a la guardia por episodio de vómito, regular actitud alimentaria e hiporreactividad de 48hs de evolución. Se encontraba hiporreactivo, con reticulado de piel por lo que se indicó expansión con solución fisiológica, se realizó laboratorio de screening infectológico (leucocitosis, acidosis láctica). Por sospecha de sepsis se pancultivó (ácido láctico elevado en líquido cefalorraquídeo) y medicó con Ampicilina-Cefotaxima, se colocó plan de hidratación parenteral y se decidió su internación.

Respecto de sus antecedentes personales era un nacido pretérmino 36 semanas, con bajo peso 2275g por cesárea por fiebre materna en madre con artritis reumatoidea medicada con Meprednisona y Paracetamol

durante el embarazo por reanudación de su enfermedad. Había estado internado en neonatología medicado con antibióticos por sospecha de sepsis sin rescate de germen. Se alimentaba con leche de fórmula regular actitud alimentaria y mal progreso de peso.

Durante su internación se medicó con Riboflavina, Carnitina, Coenzima Q10 y Biotina, se suspendió la alimentación por vía oral y colocó plan de hidratación con alto flujo de glucosa. Con laboratorio neurometabólico normal se descartó enfermedad metabólica y retiró medicación.

Por evidencia de metahemoglobinemia elevada en laboratorios de control recibió Vitamina C para su tratamiento.

Con cultivos negativos se suspendieron los antibióticos. Permaneció afebril durante toda la internación.

Por sospecha de alergia a la proteína de leche de vaca debido persistir con intolerancia oral, con mala actitud alimentaria y progreso de peso, se indicó alimentación con leche parcialmente hidrolizada. Presentó buena tolerancia oral y actitud alimentaria con adecuado progreso de peso desde entonces y evolucionó con normalización del estado ácido base, disminución de la leucocitosis y del valor de metahemoglobinemia.

CONCLUSION:

Es dificultoso realizar diagnóstico certero inicial de enterocolitis por alergia a la proteína de leche de vaca, sus signos y síntomas suelen semejar una sepsis. Debemos considerarlo dentro de las posibilidades diagnósticas frente a pacientes que además de presentar clínica y laboratorio compatible con sepsis sin rescate de germen ni mejoría clínica con tratamiento antibiótico presentan a su vez mal progreso de peso, hipoalbuminemia y metahemoglobinemia.

ERROR TERAPEUTICO ASOCIADO A INTOXICACION POR FENOBARBITAL

Costa K.¹; Diaz M.²; Arbia J.³; Avalos N.⁴

HOSPITAL MUNICIPAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO¹⁴; HOSPITAL NACIONAL PROF:A: POSADAS^{2,3}

<karicosta2003@yahoo.com.ar>

RPD
548

INTRODUCCION :

El fenobarbital es una droga anticonvulsivante muy utilizada en pediatría. Produce depresión del sensorio , depresión respiratoria, hipotermia e hipotensión en casos de sobredosis, siendo potencialmente fatal. También puede presentar lesiones en piel con compromiso sistémico, como farmacodermias.

OBJETIVO:

Dar a conocer las distintas causas de intoxicación por fenobarbital y los errores terapéuticos en su indicación, con el fin de disminuir los efectos tóxicos de esta droga en la práctica médica .

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión retrospectiva de tres casos clínicos de pacientes medicados con fenobarbital (FB), atendidos en forma conjunta por los hospitales mencionados .

RESULTADOS

Paciente de 8 meses convulsiva, secuelar de meningitis que ingresa por fiebre y gastroenterocolitis. Comienza con depresión del sensorio , somnolencia e hiporreactividad. Se confirma diagnóstico de intoxicación por dosaje de FB: 91 µg/ml, siendo valores normales (15 -40 µg/ml). La etiología fue error en el cálculo de la dosis de 20 mg/kg/día en lugar de 5 mg. Paciente de 27 días de vida con dos episodios convulsivos, medicado con fenobarbital(fb) a 5 mg/kg/d . Al tercer día de medicación comienza con deterioro del sensorio, hipotonía y rechazo del alimento. Se diagnostica intoxicación por dosaje de FB: 118 µg/ml . La etiología

fue la preparación de sobres de fenobarbital con concentración inadecuada. Requirió internación en terapia neonatal por 1 semana .Paciente convulsivo de 5 meses, comienza con deterioro del sensorio , hipotonía generalizada y succión débil. A las 24 hs agrega rash generalizado compatible con farmacodermia .Se diagnostica intoxicación por FB : 172 µg/ml . Requirió medicación antihistamínica y corticoides . Internación en terapia pediátrica por 3 días. La etiología fue la venta del producto equivocado (FB 100 mg en lugar de 15 mg). Se realizó como tratamiento específico alcalinización urinaria para aumentar su eliminación y carbón activado seriado en un paciente. Presentaron buena evolución clínica en todos los casos.

CONCLUSIONES:

La importancia de prevenir la intoxicación por fenobarbital implica evitar los graves efectos tóxicos asociados a sobredosis de la droga. Estos casos dan claro ejemplo de las equivocaciones en el uso del fenobarbital, logrando el compromiso grave de órganos nobles .Se debe reflexionar sobre las indicaciones médicas, ya que con valores tóxicos se asocian a mortalidad. Por lo tanto debemos extremar el monitoreo de los pacientes que lo utilizan habitualmente.

ANÁLISIS DE HOSPITALIZACIONES POR ALTE EN EL HOSPITAL GARRAHAN. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

Ferretti M.¹; Sagray E.²; Valdata N.³; Valentini A.⁴; Turza M.⁵

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

<pecheferretti_82@hotmail.com>

RPD
549

INTRODUCCIÓN:

ALTE (evento de aparente amenaza a la vida) es un evento experimentado por un lactante, caracterizado por alguna combinación de apnea, cambio de coloración, cambio en el tono muscular, ahogo o arcadas. No es una enfermedad en sí misma sino una forma de presentación de diferentes patologías. No se conoce su verdadera incidencia pero genera un significativo número de internaciones.

OBJETIVOS:

Determinar características clínicas de los episodios en los casos descriptos. Evaluar estudios complementarios realizados y hallazgos diagnósticos. Analizar características según diagnóstico etiológico.

Población: Pacientes de 0 a 12 meses internados entre enero 2013 - junio 2014 con diagnóstico de ALTE.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

RESULTADOS:

Se analizaron 89 casos. La mediana de días de internación fue de 4.5 días (rango de 12 horas-120 días). La media de edad al momento de la internación, 2.18 meses (DS 2.2; rango 0-12 meses). El 90% presentó cambio de coloración: 61% cianosis; 17% rubicundez y 11% palidez. El 81% se acompañó de pausa respiratoria. El 24% asoció hipotonía, el 37% hipertonía; 3% movimientos clónicos.

Diagnóstico n= 89

Reflujo gastroesofágico (RGE)	44
Idiopático	21
Infección respiratoria	7
Convulsión benigna de la infancia	1
Cardiovascular	2
Otros: Apneas centrales/mixtas	3
Espasmo del Sollozo	3
Infeccioso	2
Distonía cordal	2
Laringomalacia	1
Angioma subglótico	1
SAOS	1
Fenómeno fisiológico	1

Edad y días de internación según diagnóstico

	Media de edad (meses)	Mediana de días de internación
RGE	1.8	6
Idiopático	1.7	4
Infección Respiratoria	4.1	3
Neurológico	2	8
Cardiovascular	2	8

CONCLUSIONES:

El hallazgo diagnóstico más frecuente fue RGE (49%), seguido de los casos idiopáticos. Destacamos la importancia de adecuar el plan de estudios según las características clínicas de cada paciente a fin de evitar estudios complementarios innecesarios y no prolongar la internación.

**INFECCIONES COMPLICADAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMRC) INTERNADOS EN SERVICIO DE PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS****RPD
550****Buero Trebino A.¹; Gilbarg A.²; Giurfo R.³; Santucho F.⁴; Bravo G.⁵**HTAL PENNA^{1,2,3,4,5}

<alebuero@hotmail.com>

INTRODUCCION:

Staphylococcus Aureus, coco gram positivo colonizante de piel y fosas nasales. Desde 1990 se observa aumento de la incidencia de SAMRC, siendo la infección de piel y partes blandas la más frecuente, observándose también aumento en la incidencia de infecciones invasivas como neumonía necrotizante, infecciones osteoarticulares y sepsis.

OBJETIVOS:

Reportar serie de 3 casos clínicos de infección invasiva de SAMRC, evaluando la existencia o no de factores de riesgo en común, así como la probabilidad de encontrar herramientas para prevenir la evolución tórpida de la infección.

DESCRIPCION:

Caso Clínico: Paciente 3 años, eutrófico, antecedentes familiares de forunculosis, necesidades básicas insatisfechas (NBI), vacunas incompletas, sin controles de salud. Ingresó a en shock séptico, petequias y equimosis generalizadas, celulitis en rodilla izquierda y necrosis de dicho miembro. Presentaba lesión rodilla izquierda de 10 días de evolución, sin consulta previa. Tras medidas de sostén hemodinámico, antibioticoterapia empírica con Ceftriaxona y Vancomicina, y toma de cultivos, fallece a las 24 horas. Laboratorio: GB 20200 (N 74%) Cultivo LCR: SAMR. HMCx2: SAMR. Caso Clínico: Paciente 3 años, eutrófico, antecedentes de forunculosis, NBI, vacunas incompletas, sin controles de salud. Consulta por edema bupalpebral derecho con secreción ocular. Presentaba lesión en puente nasal de 72 hs de evolución. Sin consulta previa. Tratamiento: Clindamicina y Ceftriaxona. A las 48 horas, evolución desfavorable, dificultad

respiratoria, descompensación hemodinámica. Rx Tórax: Neumotórax bilateral. Derivación UTI del Hospital Garrahan. Laboratorio: GB 21. 400 (N 87%), PCR 34 mg/dl, HMCx2: SAMR Cultivo piel sana: SAMR Cultivo secreción conjuntival: SAMR. Caso Clínico: Paciente 14 años, eutrófico, sin antecedentes, NBI, vacunas incompletas, sin controles de salud. Consulta por artralgia e impotencia funcional de rodilla izquierda de 48 horas de evolución, sin consulta previa. Ecografía de rodilla: colección intraarticular. Se realiza artrocentesis. Tratamiento: Clindamicina, Ceftriaxona y Gentamicina. Regular respuesta. Derivación a 48 horas Traumatología Hospital Gutiérrez. Laboratorio: GB 18780 (N 80%), PCR 15,8 mg/dl. HMCx2: SAMR. Cultivo líquido articular negativo.

CONCLUSIONES:

Las infecciones severas por SAMRC están en aumento y es importante tener esto en cuenta a la hora de iniciar un tratamiento antibiótico. De los casos mencionados, las formas más severas, que requirieron medidas de soporte vital, tenían como factor común la existencia de antecedentes previos de infección de partes blandas así como también falta de controles de salud. Ninguno consultó previamente y el tiempo de evolución fue prolongado. Las condiciones medioambientales tampoco eran adecuadas. La asociación de infección invasiva por SAMRC en pacientes con factores de riesgo versus aquellos que no lo presentan es alrededor del 35 % para los primeros. De los casos mencionados no se pudo obtener datos en relación a la existencia o no de alguna inmunodeficiencia asociada, siendo este aspecto importante a evaluar en futuros estudios.

GASTROPATÍA PERDEDORA DE PROTEÍNAS: PRESENTACIÓN ENDOSCÓPICA ATÍPICA DE UN CASO**RPD
551****Vergara G.¹; Lopez Romero I.²; Pintos N.³; Roldan O.⁴; Grinblat V.⁵**SANATORIO DEL SALVADOR^{1,2,3,4,5}

<glenda_vergara@hotmail.com.ar>

INTRODUCCION:

Enfermedad de Menetrier entidad infrecuente en pediatría, caracterizada por edemas, hipoproteinemia, e hipertrofia de pliegues gástricos; vómitos, dolor abdominal.

Etiología desconocida, en un 30 % de los casos asociado a Citomegalovirus y *H. pylori*.

OBJETIVO:

Describir un paciente con síndrome ascítico edematoso asociado a gastropatía perdedora de proteína (Enf. De Menetrier)

CASO CLINICO:

Masculino, 4 años, 17,600 kg, síndrome ascítico edematoso, dolor abdominal agudo y vómitos incoercibles. Laboratorio: Na+ 118, K+ 2,5; P: tot 2,8 Alb 1,6, Na+ urinario 8

Diagnósticos Ingreso: Síndrome Ascítico edematoso, hiponatremia e hipoproteinemia severa

Estudios Complementarios: ECO Abdominal líquido libre intraperitoneal (flancos, Douglas, parietocólico izquierdo y Morrison).

PROTEINURIA 19 gr/L/12 hs

LABORATORIO: ANA (-), ANCA C (-) ANCA P (-), C3 (56) C4 (9,6) PCR CMV indetectable, IgG Anti CMV (+) IgM Anti CMV (-)

ENDOSCOPIA Gastropatía hipertrófica erosiva

Anatomía Patológica: 26/9/14 Mucosa duodenal: vaso congestión, Gastritis crónica superficial, Mucosa gástrica: edema y congestión.

ENDOSCOPIA 16/10/14 sin mejoría.

Anatomía patológica: presencia de *H. Pylori*

Hemocultivo vía central 9/10/14 Levaduras. Retrocultivo 9/10/14 negativo 11/10 Negativo. 11/10 Negativo

Gatrina: Mayor a 190

TRATAMIENTO Gammaglobulina, Albumina, Correcciones de Na+, Omeprazol, Sucralfato, Amoxic + ac. Clav, Fluconazol.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Gastropatía perdedora de proteínas, Enfermedad de Menetriere.

CONCLUSION:

La Enfermedad de Menetrier es una entidad poco frecuente en pediatría. Incidencia menos de 1/200000.

El síndrome ascítico edematoso sin causas evidentes que lo justifiquen, requiere un alto índice de sospecha para la realización de los estudios pertinentes a fin de un oportuno abordaje terapéutico.

Nuestro paciente se presenta como una variante endoscópica por presencia de lesión exudativa, congestiva sin hipertrofia de pliegues, asociado a clínica altamente sugestiva de dicha patología.



COQUELUCHE GRAVE Y SUS COMPLICACIONES, PUESTA AL DÍA

Tornatore S.¹; Shaieb A.²; Pereyra E.³; Luengo D.⁴; Saseta D.⁵; Prezioso B.⁶; Taffi C.⁷

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7}

<sabrinatornatore@hotmail.com>

RPD
552

INTRODUCCIÓN:

Coqueluche ha resurgido en los últimos años como un problema de salud pública, ocupando el quinto lugar entre las causas de muerte por enfermedades inmunoprevenibles. El agente etiológico es *Bordetella pertussis* y se presenta con mayor frecuencia en menores de 6 meses, no vacunados o con vacunación incompleta, en los cuales puede evolucionar hacia un cuadro altamente letal.

OBJETIVO:

Puesta al día de las potenciales complicaciones de la Coqueluche grave.

CASO 1:

Varón de 1 año, que cursa infección respiratoria aguda alta. Al persistir febril al cuarto día se realiza, radiografía de tórax: signos de atrapamiento aéreo sin condensación y hemograma: leucocitos 78.120/mm³ (N25%/L67%). Se decide su internación ante la sospecha de Coqueluche. Complicaciones: hiperleucocitosis, de 101.600/mm³ con predominio linfomonocítico; hipoglucemia (0.54 mg/dl) pese a hidratación parenteral con flujo de glucosa de 5 ml/kg/min; taquicardia persistentemente refractaria a oxigenoterapia e hipertensión pulmonar leve por ecocardiograma. Al quinto día de internación ingresa a unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) para exanguinotransfusión. A las 48 horas presenta signos de insuficiencia cardíaca asociada a una taquicardia supraventricular que resuelve con antiarrítmicos. Luego de 8 días en UCIP, con evolución favorable, ingresa a sala de cuidados intermedios.

CASO 2:

Varón de 3 meses, que cursa una bronquiolitis y recibe tratamiento en forma ambulatoria. Al décimo día se constatan accesos de tos y cianosis peribucal y se solicita, radiografía de tórax: neumonía en lóbulo superior derecho y, hemograma: leucocitos 52.300/mm³ (N38%/L51%). Se decide su internación ante la sospecha de coqueluche grave, se extraen las muestras pertinentes, y se indica oxígeno, suero y antibioticoterapia. Al día siguiente presenta una convulsión tónica con desviación de la mirada, se indica carga con difenilhidantoína, TAC de encéfalo normal y se deriva a centro de mayor complejidad. Permanece 25 días internado en UCIP, recibe AVM e inotrópicos.

CONCLUSIÓN:

Aunque la coqueluche grave es una forma clínica de presentación infrecuente, es fundamental tener un alto índice de sospecha epidemiológico y clínico, y así instaurar un tratamiento adecuado en las etapas tempranas de la enfermedad, que disminuye el riesgo de complicaciones y secuelas a largo plazo. En el último tiempo han surgido terapias destinadas a la reducción de la masa leucocitaria, entre ellas la exanguinotransfusión.

EGRESO HOSPITALARIO CON DESTETE DE OXÍGENO PRECOZ EN PACIENTES CON IRAB E HIPOXEMIA

Sancho Cano J.¹; Barmak V.²; Varvasini J.³; Garcia Pósleman A.⁴; Ruggeri D.⁵; Pérez Marc G.⁶

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

<sanhocanojulietta@gmail.com>

POB
553

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) son la principal causa de hospitalización en niños en otoño e invierno. Representan el 50% de las internaciones pediátricas y el 70% de las consultas ambulatorias. En la determinación del egreso hospitalario del paciente es prioritaria la resolución de la hipoxemia (saturación a FIO₂ AA ≥ 94%). Son escasas las referencias bibliográficas respecto del lapso de destete de oxígeno que el paciente debe cumplir previo a dicho egreso. En la Argentina, la única recomendación es del año 2003, y establece un requisito de ≥ 24hs. en menores de 3 meses y ≥ 12hs. en niños mayores a esa edad.

OBJETIVOS:

Revisar las recomendaciones de duración de destete de oxígeno previo al egreso hospitalario en niños internados con diagnóstico de IRAB e hipoxemia.

Continuar comunicando nuestra experiencia en la externación de pacientes con destete precoz de oxígeno.

Proponer la necesidad de una nueva guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con IRAB.

POBLACIÓN:

Se presentan los casos de 151 pacientes de entre 1 mes y 14 años de edad que fueron internados por IRAB e hipoxemia en el Sanatorio Sagrado Corazón entre 2012 y 2014. A la totalidad de los mismos se les otorgó el egreso hospitalario entre las 5 y 6 hs. de destete de oxígeno.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo y prospectivo con los pacientes internados con diagnóstico de IRAB e hipoxemia.

Criterios de inclusión: 1) portadores de IRAB e hipoxemia > de 1 mes y < de 15 años. 2) Egreso hospitalario desde nuestro Servicio.

El promedio de permanencia con requerimiento de oxígeno desde el ingreso sanatorial fue de 38,5hs.; el promedio de duración del destete de oxígeno fue de 5,8hs. Solo 4 pacientes fueron re-internados en el lapso de las 24hs. post-egreso sanatorial y ninguno permaneció más de 24hs. El 8,06% presentaban comorbilidades asociadas. Se obtuvo rescate de germen en 15 pacientes, todos ellos VSR+. Como seguimiento se citó a los pacientes a control a las 24hs. de egreso sanatorial a los que no concurren, se los contactó telefónicamente para evaluar su evolución clínica. La instauración de esta nueva práctica como criterio seguro de externación hospitalaria sumado al control clínico a las 24hs. del egreso, no sólo redundaría en una menor permanencia del paciente en la Institución Hospitalaria, sino que disminuiría la circulación intrahospitalaria de gérmenes respiratorios y mejoraría la relación costo-beneficio en el manejo de las IRAB.



MANIFESTACIONES EXTRAPULMONARES DE *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
554

Quilindro C.¹; Mogues D.²; Ariganello G.³; Perez M.⁴; Ordoqui N.⁵; Camoletto A.⁶; Sgro R.⁷; Ayala A.⁸; Chong Qui Diaz J.⁹; Costas A.¹⁰; Guzman Mezler D.¹¹; Schiariti N.¹²; Rodriguez Acevedo M.¹³; Alvarez M.¹⁴; Foti S.¹⁵; Alvarez M.¹⁶

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL MANUEL BELGRANO". VILLA ZAGALA. SAN MARTÍN.

PROVINCIA DE BUENOS AIRES. ^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16}

<cquilin@live.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La infección por *Mycoplasma Pneumoniae* afecta tanto a niños y a adultos en forma endémica, con predominio entre los 5 a 20 años, siendo el hombre el único reservorio conocido. El compromiso respiratorio es la expresión clínica más frecuente, sin embargo, incluye una extensa variedad de manifestaciones clínicas. Presentamos el caso de una paciente de 3 años internada en nuestro servicio por manifestaciones extrapulmonares de *Mycoplasma Pneumoniae*.

CASO CLINICO

Se trata de una Paciente de 3 años de edad que consulto por presentar exantema morbiliforme de aproximadamente 2 hs de evolución, que compromete cara y tronco, purpura palpable en abdomen, miembros superiores e inferiores, y fiebre.

24 hs antes había consultado con lesiones en tronco símil urticaria, medicadas con difenhidramina, y antecedente de CVAS 15 días atrás.

Se realizan laboratorios dentro de la internación, presentando tricitemia y síndrome febril. Se solicitan serologías virales y mycoplasma, e hisopado de fauces. Se decide derivación a centro pediátrico, donde realizan PAMO, dentro de límites normales. HMC X2 y urocultivo, negativos. Recibió tratamiento antibiótico durante 4 días con ceftriaxona, suspendido con cultivos negativos. Se reciben resultados de serologías: IgM positivo y PCR de secreciones nasofaríngeas negativo, ambos para *mycoplasma*.

Resto de serologías e hisopado de fauces negativos. Con el resultado de las serologías, comienza tratamiento con claritromicina a 15 mg/kg/día, cumpliendo 14 días, con remisión completa de la signo sintomatología.

CONCLUSION

La forma de presentación de nuestra paciente es atípica. La afección mucocutánea del *Mycoplasma* se asocia con la alteración hematológica. A su vez presenta una forma pulmonar leve previa al compromiso extrapulmonar, objetivado por la PCR negativa en secreciones respiratorias pero manteniendo títulos elevados de anticuerpos en sangre y la edad de nuestra paciente no es el rango etario más frecuente de presentación.

LO QUE OCULTA UNA MARCHA ATÁXICA

RPD
555

Perez Garnier A.¹; Diaz D.²; Bellafiore D.³

CONCORDIA^{1 2 3}

<maguy7_03@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome opsoclonus- mioclonus (SOM) es un trastorno infrecuente de la infancia. Se caracteriza por irritabilidad, movimientos oculares involuntarios verticales, horizontales, rotatorios (opsoclonus), mioclonus y ataxia. Se asocia en un alto porcentaje a neuroblastoma (síndrome paraneoplásico) y causas toxoinfecciosas.

OBJETIVO:

Evaluar presentación clínica, diagnóstico y seguimiento de 2 casos de SOM.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Análisis de historia clínica de los pacientes y bibliografía relacionada.

RESULTADOS:

CASO 1: Niña de 16 meses, previamente sana consulta por deterioro progresivo de la deambulación, temblor en reposo y movimientos oculares de 2 semanas de evolución. Se realizan cultivo de LCR negativo, laboratorios, TAC y RMN cerebral y columna, sin particularidades. Se mantiene afebril, con atenuación leve de los síntomas. Se otorga el alta con seguimiento ambulatorio. Los padres consultan en centro de mayor complejidad donde se interpreta como SOM, se solicita TAC tórax-abdomen, donde se evidencia masa retroperitoneal, se realiza resección tumoral, confirmando diagnóstico de neuroblastoma en diferenciación. Realiza tratamiento con ACTH a 75 ui/m², se desciende por mejoría clínica y luego de 3 meses presenta recaída retomando dosis previa. En actualidad se encuentra en seguimiento por persistencia de opsoclonus a la fijación.

CASO 2: Niño de 17 meses de edad sin antecedentes de relevancia, consulto por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por temblores en miembros superiores y ataxia. Exámenes complementarios normales. Presenta episodios de ausencia por lo que se realiza PL con cultivo negativo y realiza tratamiento con Aciclovir. Continúa con síntomas, se asume como SOM, se descarta patología neoplásica y se inicia tratamiento con inmunoglobulina y ACTH, con mejoría de los síntomas. Luego de 3 meses se constata refractariedad, se rota tratamiento a Rituximab. Se realiza TAC tórax donde se visualiza imagen micronodular LID por lo que se solicita centellograma que informa sin particularidades. En la actualidad en tratamiento con meprednisona con mejoría de síntomas.

CONCLUSIÓN:

El síndrome opsoclonus mioclonus es poco frecuente en pediatría, debe ser considerada como diagnóstico diferencial en los casos de ataxia aguda. Sería necesario realizar más estudios para unificar criterios de manejo.



REPENSANDO LA DISCAPACIDAD EN LOS NIÑOS QUE SOBREVIVEN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PROLONGADOS EN ARGENTINA

RPD
556

Urrestarazu P.¹; Regueiro G.²; Grosman A.³

UNIDAD DE CUIDADOS PROLONGADOS PEDIÁTRICOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES.¹; UNIDAD DE CUIDADOS PROLONGADOS PEDIÁTRICOS, SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES.^{2,3}
<urrestarazupaula@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los avances diagnósticos y terapéuticos de las últimas décadas han permitido a la pediatría moderna brindar nuevas oportunidades de sobrevivencia, antes impensadas, pero han generado también cambios en las necesidades de atención de la población infantil. La creciente ocupación de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos por niños con discapacidades múltiples, es hoy una realidad que ha impulsado el desarrollo de nuevas estrategias de atención que faciliten la inclusión en el hogar de este grupo de niños y sus familias.

OBJETIVOS:

Describir las características de la población y los resultados de la experiencia de una Unidad de Cuidados Progresivos en Argentina durante sus primeros siete años de funcionamiento.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo no aleatorizado cuantitativo. Se analizaron las características de todos los niños que ingresaron al programa entre el 01/06/07 y el 01/06/14. Se diseñó una planilla de registro para consignar las variables seleccionadas. Se analizaron medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión.

RESULTADOS.

Durante el período estudiado se registraron 111 ingresos. La mediana de edad fue de 21 meses. La distribución por sexo fue 57.7% (n=64) masculino y 42.3% (n=47) femenino. El 37.8% (n=42) de los niños ingresó por deriva-

ción desde otra institución o desde su domicilio y el 68.8% (n=69) restante, provino de las unidades de cuidados críticos pediátricos y neonatales del mismo servicio de pediatría. El 74.6% (n=83) de las familias habitaba a más de 100 km del centro de atención, 67.6% (n=75) en la Provincia de Buenos Aires y 7.2% (n=8) en el interior del país. El 44.1% (n=49) de los diagnósticos correspondió a encefalopatías crónicas no progresivas, seguido por el 28.8% (n=32) correspondiente a malformaciones congénitas. El 64% (n=71) de los niños se encontraba en asistencia respiratoria mecánica prolongada y el 82% (n=91) estaba traqueostomizado al ingreso. El 45% (n=50) de los niños se alimentaba al ingreso por sonda nasogástrica y el 50.5% (n=56), lo hacía por gastrostomía. El 67.5% de las familias vivían en situación de indigencia. El tiempo promedio de permanencia fue de 95 días. El 17% (n=19) de los niños logró el destete definitivo de la asistencia respiratoria mecánica en el plazo de la internación. Egresaron 86 niños en el plazo estudiado, el 75% (n=83) bajo la modalidad de internación domiciliaria.

CONCLUSIONES:

La mayoría de las familias de los niños que ingresaron al programa, habitaba lejos del centro. Los diagnósticos más frecuentes fueron encefalopatías crónicas no progresivas y malformaciones congénitas. La necesidad de una traqueostomía y asistencia respiratoria mecánica prolongada fueron las principales causas de complejidad. Si bien todas las familias que ingresaron a este programa contaban con cobertura de salud a través de obras sociales, la situación social familiar ha resultado ser la principal barrera para la inclusión de los niños en su hogar.

HISTIOCITOSIS EN LACTANTE DE 5 MESES... A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
557

Corona R.¹; Jimenez C.²; Gerez J.³; Reichel P.⁴

CEPSI EVA PERÓN^{1,2,3,4}
<rominacorona@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El término histiocitosis abarca un grupo de enfermedades caracterizadas por proliferación anormal de histiocitos que invaden diferentes tejidos. Se presenta un caso cada 200.000 niños.

La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) se debe a la proliferación clonal de células de Langerhans activadas que infiltran uno o más órganos.

OBJETIVO:

Describir un caso de histiocitosis.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Reporte de un caso.

RESULTADO:

Mujer de 5 meses derivada del interior por cuadro de 20 días de evolución. A la exploración: regular estado general, peso 5,400 (p3), talla 62 cm (p3), palidez generalizada, escamas rojo violáceas en cuero cabelludo, región auricular posterior y perine; pápulas en plantas y palmas, OMA supurada (tercer episodio), regular mecánica respiratoria con crepitantes bilaterales, hepatoesplenomegalia. Pruebas complementarias: laboratorio: pancitopenia. Serologías negativas. Cultivos negativos. Comienza con doble esquema antibiótico por neumonía bilateral. Es valorada por Servicio de Oncohematología quien solicita biopsia de piel: infiltrado de histiocitos en todo el campo. Se diagnostica histiocitosis de células de Langerhans comenzando quimioterapia. Pese al tratamiento, la evolución clínica fue desfavorable con deterioro progresivo del estado general. Presenta neutropenia severa por lo que es transferida a Terapia Intensiva donde fallece a los 26 días por shock séptico.

CONCLUSIÓN:

La histiocitosis abarca un amplio espectro de manifestaciones locales y sistémicas dependiendo del estadio y compromiso de la enfermedad. Ante dermatitis del pañal que no cura, dermatitis seborreica, vesiculopústulas y pápulas o nódulos con centro ulcerado, debe tenerse en cuenta el diagnóstico de HCL, que pasa desapercibido por la falta de sospecha clínica.

INTERVENCIÓN INTERMINISTERIAL EN ABORDAJE NUTRICIONAL A LA POBLACIÓN MATERNOINFANTIL BASADAS EN ESTRATEGIAS DE APS

RPD
558

Michelini A.¹; Arano I.²; Lezcano G.³; Pellegrini P.⁴

HOSPITAL PEDIATRICO¹; MINISTERIO DESARROLLO SOCIAL²; MINISTERIO SALUD PÚBLICA³; MINISTERIO DESARROLLO SOCIAL⁴

<aliciamichelini@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Si bien, la desnutrición está relacionada con la pobreza, es posible mejorar la salud y la nutrición de la población. Es necesario focalizar los esfuerzos en intervenciones en las áreas de salud, educación y saneamiento ambiental, para beneficiar las condiciones de vida en toda la población, especialmente prevenir el daño en los grupos etareos menos favorecidos. En la Provincia del Chaco, por decreto 1878/09 se crea la Unidad Provincial de Seguimiento Nutricional, estableciendo la articulación entre los Ministerios de Salud Pública, Educación, Ciencia y Tecnología, y Desarrollo Social.

OBJETIVOS:

Lograr desde el trabajo interinstitucional, mejorar la calidad de vida del niño/a, embarazada y su familia en riesgo nutricional.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Los niños de 6 meses a 5 años 11 meses y 29 días son evaluados con las curvas de Crecimiento de la OMS, para la evaluación antropométrica y las mujeres embarazadas con el Índice de Masa Corporal (IMC) según la edad gestacional. Las acciones se inician con los datos aportados desde Salud Pública por el mismo centro asistencial. Los Promotores Nutricionales pertenecientes al Ministerio de Desarrollo Social, realizan las visitas a las familias. Cada madre, o tutor recibe talleres de alimentación saludable. En áreas dispersas realizan la tarea los Agentes Sanitarios. El Ministerio de Educación planifica la inclusión para el programa de alfabetización y la terminalidad educativa a madres analfabetas y/o que han abandonado

la escuela. Se entrega alimentos de alto valor biológico en tres módulos diferenciados para lactantes menores, mayores y embarazadas. Dichos Módulos Alimentarios son financiados por el Ministerio de Desarrollo Social, quien además distribuye en los hogares de las familias con algún integrante con déficit nutricional.

RESULTADOS:

Se logró la cobertura del 90% del territorio provincial de los niños de 6 meses a 5 años 11 meses y 29 días y mujeres embarazadas.

Conclusiones: Es un programa organizado y puesto en funcionamiento por miembros de los diferentes Ministerios de la Provincia del Chaco, y sustentado económicamente por fondos provinciales. Actualmente están nominalizados los niños y las mujeres embarazadas con déficit nutricional.

INFECCIONES RESPIRATORIAS ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD (IRACS) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES ONCOHEMATOLÓGICAS

POB
559

Salvaneschi Quiña V.¹; Goldman W.²; Sosa F.³; Iglesias D.⁴; Gariboldi G.⁵; Martinich M.⁶; Stallings Smith S.⁷;

Johnson K.⁸; Gonzalez M.⁹; Caniza M.¹⁰; Ojha R.¹¹; Gomez S.¹²

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA, LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,12}; IOP ST JUDE CANCER RESEARCH CENTER, MEMPHIS TN US^{7,8,9,10,11}
vesaqui@yahoo.com.ar

Opción a premio

INTRODUCCION:

La evidencia sugiere que las IRACS generan una alta morbilidad y mortalidad en pacientes oncohematológicos.

OBJETIVOS:

Determinar la frecuencia y distribución de IRACS en el periodo 2010-2013 en nuestra unidad de internación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Pacientes menores de 20 años, admitidos en la unidad de internación de oncohematología del Hospital de Niños Sor María Ludovica, entre septiembre de 2010 y junio de 2013, para recibir tratamiento quimioterápico o ante la presencia de complicaciones. Se recolectaron los datos en un formulario específico al momento del alta. Se obtuvo información acerca de las infecciones respiratorias, fecha de ingreso, edad, sexo, tipo de cáncer y fase del tratamiento. Las IRACS se definieron según las guías del CDC. Se estimó la densidad de incidencia (DI) global y específica de subgrupo, y los límites de confianza (LC) correspondientes a Poisson de las IRACS.

RESULTADOS:

Observamos 500 admisiones para 153 individuos entre septiembre 2010 y junio 2013. La mayoría fueron durante el año 2011 y 2012, del grupo etario de 0-9 años, con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, y en fase de consolidación. La distribución por sexo fue similar. De los pacientes admitidos, 10% desarrollaron IRACS (DI=12, 95% LC: 8.6, 15). La incidencia de IRACS fue mayor para los ingresos en 2011 (DI=13; 95% LC: 8.4, 20) y 2012 (DI=13, 95% LC: 7.8, 21), y menor en 2013 (DI 5.2; 95% LC: 1.4, 13) (p= 0.25); fue modestamente más alta para los pacientes de 0-9 años (DI=13, 95% LC:9.0, 19) comparada con el grupo de 10-19 años (DI= 9.7, 95% LC: 5.9, 15) (p=0.28); y similar entre niñas (DI=13, 95% LC:

8.4, 19) y niños (DI=11, 95% LC: 6.9, 15) (P=0.48). Se observó una variación entre los diferentes diagnósticos (p=0.001): LMA(DI=18, 95% LC: 11,30) y LMC (2 pts) (DI=500, 95% LC: 61, 1,806). Se evidenció mayor incidencia de IRACS durante la fase de mantenimiento (DI=28, 95% LC: 7.6, 71). Se observaron 6 muertes entre los 41 pacientes con IRACS (Proporción caso/fatalidad=15%, 95% LC: 6.2%, 28%). CONCLUSION: Las IRACS tuvieron un impacto considerable en nuestra población. La incidencia fue más alta en la fase de mantenimiento. Es necesario realizar el diagnóstico etiológico para optimizar el tratamiento. La única variable significativa en el análisis de subgrupos fue el diagnóstico. Estos hallazgos facilitan las políticas globales de prevención de infecciones.

CARACTERÍSTICAS	n (%)	SEXO	
AÑO DE ADMISION		Femenino	240 (48)
2010	49 (9.8)	Masculino	260 (52)
2011	219 (44)		
2012	139 (28)	DIAGNOSTICO	
2013	93 (19)	Leucemia linfoblástica aguda	361 (72)
		Linfoma no Hodgkin	66 (13)
		Leucemia mieloide aguda	62 (12)
		Linfoma Hodgkin	9 (1.8)
		Leucemia mieloide crónica	2 (0.4)
EPOCA DEL AÑO		FASE DEL TRATAMIENTO	
Invierno	131 (26)	Inducción	55 (11)
Primavera	100 (20)	Consolidación	323 (65)
Verano	173 (35)	Mantenimiento	20 (4)
Otoño	96 (19)	Recaída	55(11)
		Sin tratamiento	47 (9.4)
GRUPO ETARIO (años)			
0-9 283	(57)		
10-19	217 (43)		



CARACTERIZACIÓN Y PREVALENCIA DE LAS PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL EN INTERNACIÓN PEDIÁTRICA

RPD
560

Molina M.¹; Torres Coletta V.²; Robles V.³; Chiambreto V.⁴

HOSPITAL PEDIATRICO ALEXANDER FLEMING^{1,4}; PSIQUIATRA INFANTO JUVENIL²
<elisamolinal5@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La salud mental es una parte fundamental para el estado de bienestar personal que va más allá de la ausencia de trastornos o discapacidades mentales, los nuevos tratados en relación a estas patologías han evolucionado abarcando un conjunto más amplio conocimientos relacionados a factores sociales, psicológicos y biológicos. El continuo incremento de patologías relacionadas a la salud mental en edad pediátrica a nivel mundial ha llevado a elaborar diversos estudios por distintas instituciones con el fin de analizar más en profundidad las características de estas enfermedades.

OBJETIVOS:

Caracterizar la prevalencia diagnóstica asociadas a salud mental en las internaciones pediátricas en el período comprendido entre 2011 y 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Investigación basada sobre el análisis de historias clínicas de pacientes internados, utilizando método descriptivo retrospectivo de 87 pacientes menores a 17 años en el período: enero 2011 hasta diciembre 2014 inclusive.

RESULTADO:

Tendencia creciente de casos a razón de 7,14% año. Las prevalencias diagnósticas encontradas fueron: Conductas suicidas 24,1%, Trastornos psicósomáticos 13,8% y Episodios de excitación psicomotriz 11,5%. La prevalencia de edades se encontró en el rango de 10 a 13 años inclusive (47,1% del total de casos). Respecto al sexo las mujeres prevalecen sobre los hombres con una relación de M/H: 1,8. La incidencia sobre las internaciones relacionada con la duración de estas presentó las prevalencias:

Trastornos psicóticos 4,3 días, Conductas suicidas 4,2 días y Trastornos psicósomáticos 3,5 días, con un promedio general todas de las patologías de 3,32 días de internación. La incidencia sobre las internaciones relacionada con la época del año mostró una prevalencia de las estaciones de otoño (30,2%) y de primavera (31,2%).

CONCLUSIONES:

El incremento de las patologías de salud mental en niños y adolescentes, demanda un esfuerzo mayor para atender estos casos, principalmente en las épocas de otoño y de primavera. Un buen adiestramiento del equipo de salud y la presencia de un equipo de salud mental interdisciplinario en un centro de salud de tercera complejidad, contribuye a brindar la atención necesaria y adecuada para estos casos, que como se observa, van en aumento en este grupo etario, no solo por el mayor conocimiento de los mismos en los últimos años, sino por los cambios económicos y socio culturales que atraviesa la población.

HALLAZGOS CLINICOS EN 3 PACIENTES PEDIÁTRICOS CON MICRODELECIÓN 22Q11.2 EN BUCARAMANGA, COLOMBIA

RPD
561

Gomez Marin M.¹; Chaparro Zaraza A.²; Contreras Garcia G.³

ESTUDIANTE DE VII SEMESTRE. ESCUELA DE MEDICINA. FACULTAD DE SALUD-UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. BUCARAMANGA, SANTANDER, COLOMBIA.^{1,2}; DOCENTE, UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, BUCARAMANGA, SANTANDER, COLOMBIA.³
<maclisgomez_08@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de deleción 22q11.2 es una alteración cromosómica estructural con una variabilidad amplia que abarca: DiGeorge, velocardiofacial, Sedlackova, cardiofacial de Cayler y Anomalia facial-conotruncal. La prevalencia es 1/2000-1/4000 nacidos vivos. Es heterogénea incluyendo cardiopatías congénitas conotruncuales, anomalías velofaríngeas, hipoparatiroidismo, inmunodeficiencia, defectos craneofaciales y alteración del neurodesarrollo. OBJETIVO: Reportar una serie de casos de deleción 22q11.2 demostrando la variabilidad de presentación fenotípica.

REPORTES DE CASOS:

Caso 1: Preescolar femenina, producto de primer embarazo, hidrops fetal, polihidramnios, cariotipo 46,XX. Obtenida por cesárea, 37 semanas, PAN: 3040g, TAN: 48cm. Ecocardiograma: CIA+DAP. Al examen físico: baja talla, bajo peso, abombamiento frontal, sinofris, hipoplasia de alas nasales, sobreplegamiento del hélix, micrognatia, paladar alto indemne, cuello corto. Estudio de Hibridación Genómica Comparativa array (aCGH) reporta deleción 22q11.2.

Caso 2: Preescolar masculino, producto de primer embarazo. Obtenido parto eutócico, 39 semanas, PAN: 2670g, TAN: 47cm. Hipoglucemia e ictericia, tetralogía de Fallot, inmunodeficiencia, trombocitopenia aislada e hipocalcemia, hipoplasia de timo, cariotipo: 46,XY. Al examen físico: baja talla, abombamiento frontal, puente nasal deprimido, labio superior en carpa, labio inferior delgado. FISH positivo para deleción 22q11.2.

Caso 3: Escolar masculino, producto de primer embarazo. No datos del embarazo, 33 semanas. Diagnostican CIA+CIV+DAP, bronquiolititis, enterocolitis, retardo psicomotor y Cariotipo: 46,XY. Al examen físico baja talla, bajo peso, turricefalia, aumento de pliegues en región frontal y nasolabial con el llanto, hipoplasia mediofacial, nistagmus, pabellones auriculares con rotación posterior y sobreplegamiento del hélix, comisuras labiales dirigidas hacia abajo. Se realiza aCGH deleción 22q11.2.

DISCUSIÓN:

Este reporte describe la variabilidad clínica en 3 pacientes pediátricos con microdeleción 22q11.2. Se compara con lo descrito en la literatura y se hace énfasis en la sospecha del síndrome cuando existen cardiopatías asociadas a anomalías faciales.

CONCLUSIÓN:

El síndrome de deleción 22q11.2 tiene una amplia variabilidad fenotípica. El estado de alerta y el conocimiento de la heterogeneidad clínica por los integrantes del equipo de salud, es indispensable para el diagnóstico temprano de los pacientes.



SÍNDROME COLESTÁSICO MULTIFACTORIAL EN NEONATOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Barbagallo M.¹; Künzi A.²; Palmerio L.³; Farina M.⁴; Pensa P.⁵; Cairone N.⁶; Raitano P.⁷; Tuccillo P.⁸

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<mjbarbagallo@gmail.com>

**POB
563**

INTRODUCCIÓN:

La colestasis del recién nacido es un síndrome clínico caracterizado por ictericia, acolia o hipocolia, y coluria, que evoluciona con alteración de la función hepática y aumento de la bilirrubina directa y de los ácidos biliares séricos.

OBJETIVOS:

Resaltar la importancia de realizar un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado para evitar complicaciones graves como enfermedades crónicas hepáticas, cirrosis y muerte.

POBLACIÓN:

Paciente de 3 meses de edad que presenta síndrome colestásico, con ictericia prolongada y sospecha de sepsis a foco urinario y respiratorio. Antecedentes: Internación en neonatología por 50 días por síndrome de distrés respiratorio, Enterocolitis Necrotizante, Nutrición Parenteral prolongada, hiperbilirrubinemia con requerimiento de luminoterapia, transfusión de glóbulos rojos, tratamiento antibiótico EV, sin rescate de gérmenes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemograma, Hepatograma, GGT, FAL, AAT, 5-NT, Ionograma, Calcemia, Magnesemia, Fosfatemia, Función Renal, Función tiroidea, Serologías, Cultivos, Viroológico de SNF. Ecodoppler hepático con medición de vena porta y arteria hepática con relación epiplón-aorta. Ecografía de abdomen y cerebro. Ecocardiograma. Rx de tórax. Serologías maternas.

RESULTADOS:

Examen físico: ictericia generalizada, hepatoesplenomegalia, acolia, circulación colateral. Signos de toxoinfección sistémica. Laboratorio: Hepatograma alterado: Bilirrubina Total 14 mg/dL; Bilirrubina Directa 11 mg/dL; Bilirrubina Indirecta 3 mg/dL; GOT 489 U/L; GPT 280 U/L; 5-NT 0,8 U/L; FAL 1472 U/L; GGT 142 U/L. Ecodoppler hepático: vesícula biliar distendida, alitiásica, flujos venosos y arteriales hepáticos conservados. Se diagnostica síndrome colestásico multifactorial, se indica vitaminas liposolubles y ácido ursodesoxicólico. Leche Kas1000 al 18% por SNG. En seguimiento por hepatología.

CONCLUSIÓN:

El Síndrome Colestásico es una patología multifactorial caracterizada por disfunción hepática con alteración del flujo biliar y la consecuente elevación de niveles séricos de ácidos biliares y bilirrubina directa mayor a 2 mg/dL. Es la patología hepática más frecuente e importante en recién nacidos, producto de la inmadurez asociada a diferentes noxas. El diagnóstico y tratamiento oportunos deben orientarse a la eliminación posible de la causa y con ello, el descenso de bilirrubina sérica a valores normales, así como también la prevención de complicaciones neurológicas a corto o largo plazo, y repercusiones hepáticas de gravedad.

HIPERCAPNEA MATERNA CRÓNICA, IMPLICANCIAS PARA EL RECIÉN NACIDO

Pronello D.¹; Barboza A.²; Gerez H.³

HOSPITAL NEUQUEN^{1,2,3}

damianpronello@gmail.com

**RPD
564**

MARCO TEORICO / INTRODUCCION

Los niveles de dióxido de carbono fetal dependen de los niveles en sangre materna, siendo los primeros más altos que los segundos, así el mismo difunde desde el feto a la madre y es eliminado por los pulmones maternos. Los trastornos respiratorios maternos significativos pueden tener significancia clínica en el feto y el recién nacido, por ej. La hipercapnia materna crónica puede llevar a una hipercapnia fetal que puede jugar un rol importante en la estabilización respiratoria desde el nacimiento.

OBJETIVOS

Conocer las implicancias para el recién nacido de una hipercapnia crónica materna, para los médicos que hacen recepción en su práctica diaria.

RESULTADOS

Caso clínico : hijo de madres con insuficiencia respiratoria crónica debido a escoliosis severa, que al avanzar el embarazo en el segundo trimestre desmejora su cuadro respiratoria requiriendo O₂ para normóxia, pero consecuentemente también aumentan los valores de PaCO₂, peligrando la vida de ambos, por lo que se realizó el parto a las 33 semanas.

COMENTARIOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES

Existen muy pocos datos publicados, algunos de ellos explican las modificaciones (disminución de la sensibilidad) en el centro respiratorio fetal/neonatal y cómo se comportan los neonatos al nacer y tener que respirar por sí solos. Más conocidos son los efectos de la hipoxemia maternas y su repercusión al neonato. La función del centro respiratorio es necesaria para iniciar y mantener la respiración al nacimiento, estados fetales de acidosis respiratoria crónica compensada, por hipercapnia materna producen hipoventilación alveolar incluso apnea.

Conocer esta condición permite anticiparse a las manifestaciones clínicas, asegurando el cuidado al neonato.

COMENTARIO:

Conocer esta condición permite anticiparse a las manifestaciones clínicas, asegurando el cuidado al neonato.

10 AÑOS DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO

RPD
565

Kamariski M.¹; Principi L.²; Luna M.³; Biscardi M.⁴; Perez Araujo S.⁵; Valles P.⁶

HOSPITAL DR H. NOTTI¹; SERVICIO DE NEFROLOGIA HOSPITAL NOTTI^{2,3};

DEPARTAMENTO DE BIOQUIMICA HOSPITAL DR H. NOTTI^{4,5}; SERVICIO DE NEFROLOGIA HOSPITAL NOTTI⁶

<mkamariski@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome urémico hemolítico (SUH) es la segunda causa de insuficiencia renal crónica (IRC) en pacientes pediátricos en Argentina. Un correcto seguimiento médico constituye un método para prolongar su supervivencia renal. Objetivo: Determinar comportamiento clínico y secuelas renales de pacientes que desarrollaron SUH D+ durante el período 2003-2013.

METODOLOGÍA:

Se analizaron 239 casos de SUH D+ evaluados en el Hospital Notti. Basándonos en la presentación inicial y la presencia o no de anuria consideramos 3 grupos de estudio: Grupo 1 niños que presentaron en fase inicial parámetros compatibles con shock séptico y/o compromiso multiorgánico, Grupo 2 y 3 pacientes sin compromiso multiorgánico con y sin anuria, respectivamente. Se compararon variables demográficas y de compromiso renal durante el período agudo, al primer año y a Diciembre 2013. Los resultados fueron expresados como promedio \pm DS para las variables continuas y como porcentajes para las variables categóricas.

RESULTADOS:

VARIABLES DEMOGRÁFICAS:

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
N	28	71	140
Sexo F/M	16/12	40/31	76/64
Edad	36 meses(5-132)	29 meses (8-87)	32 meses (2-168)
Evolución al alta	20 vivos/8 fallecidos	71 vivos	140 vivos

COMPROMISO RENAL DEL PERÍODO AGUDO:

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
N	28	71	140
Días anuria	10 \pm 6,2	6,63 \pm 3,4	0
Días diálisis	12,96 \pm 7,5	8,4 \pm 3,9	0
Tipo diálisis	26 DP 2 HD	71 DP	
Hipertensión arterial (HTA)	100% (28)	17 % (12)	5,7% (8)

SECUELA RENAL AL PRIMER AÑO DE SEGUIMIENTO:

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
	20 pacientes 4 (20%) sin controles nefrológicos	71 pacientes 26 (36,6%) sin controles nefrológicos	140 pacientes 87(62,14%) sin controles nefrológicos
N	16	45	53
Hiperfiltración	37,5 % (6)	22% (10)	7,6% (4)
Proteinuria mg/día	Prot. 217,2 \pm 97,3	Prot. 205 \pm SEM 12,56	Prot. 106,23 \pm 26,88
Cl Cr ml/min/1,73m ²	ClCr 151,3 \pm 25	ClCr 148,35 \pm 29	ClCr 143,1 \pm 11
IRC	12,5 % (2) estadio 3	2,2%(1) estadio 5	0
HTA	18,75% (3)	9% (4)	0
Sin secuela renal	18,75 % (3)	75,5% (34)	92,45% (49)

SECUELA RENAL A DICIEMBRE 2013:

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
	20 pacientes 4 (20%) sin controles nefrológicos 1 fallecido	71 pacientes 32(45%) sin controles nefrológicos	140 pacientes 105 (75%) sin controles nefrológicos
N	15	39	35
Edad meses	128,7 \pm 39,6	98 \pm 36,7	96,14 \pm 37,35
Tipo seguim meses	87,21 \pm 31,8	65,3 \pm 40,11	72,23 \pm 36,6
Hiperfiltración	66,7 % (10)	35,9 % (14)	2,8 % (1)
Proteinuria mg/día	Prot. 213,14 \pm 60,23	Prot. 202,61 \pm SEM14,2	Prot. 450 mg/día
Cl Cr ml/min/1,73m ²	ClCr 150,3 \pm 28	ClCr 148,635 \pm 27	ClCr 145
IRC	12,9 % (2) estadio 3	5,12% (2) estadio 4	0
HTA	6,8% (1) estadio 5		

CONCLUSIÓN:

Dada la alta incidencia de secuela renal y de pacientes sin controles nefrológicos en nuestra serie, deseamos insistir en la importancia del seguimiento a largo plazo de pacientes con SUH.

ABSESO PULMONAR CON DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR

RPD
567

Arenal M.¹; Paz M.²; Acosta M.³; Pons M.⁴

HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL "DON VITTORIO TETTAMANTI"^{1,2,3,4}

<mv.arenal@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los abscesos pulmonares son poco frecuentes en edad pediátrica, siendo aún más excepcionales si son primarios, sin factores de riesgo asociados.

OBJETIVO:

Presentar un caso de absceso pulmonar

MATERIAL Y MÉTODOS:

Niño de 6 años, sin antecedentes patológicos de relevancia, ingresa derivado de su hospital de origen con diagnóstico de lesión pulmonar cavitada de causa: 1)TBC pulmonar 2)Abseso pulmonar.

En la radiografía de tórax se observa imagen radioopaca de bordes difusos en el LSD, dentro del mismo se encuentran 2 imágenes radiolucidas de bordes netos. HMG: GB: 23.000/mm³, ERS 103 mm. Serología para HIV negativo. Hemocultivo x2 negativos. Se informa del caso sospechoso al Instituto Nacional de Epidemiología y se realiza: baciloscopia en esputo y cultivo negativos. PPD negativo. Catrasto familiar para TBC negativo. El niño inicialmente recibe tratamiento antibiótico con ceftriaxona + clindamicina. Por persistir febril durante 7 días se agrega vancomicina. TAC de pulmón con contraste: extensa imagen de baja densidad (liquida), con nivel hidroaereo, tabicado que compromete la totalidad del LSD. La misma de paredes gruesas, bombea la cisura y mide 99mm x 54mm x 103mm, presenta realce anular tras administración de contraste ev. (abseso pulmonar).

Fibrolaringoscopia: bronquio fuente derecho permeable con comunicación a lesión cavitada. Se descarta CE en vía aérea y malformación broncopulmonar. Toracocentesis: se obtiene drenaje purulento y se envía a cultivo: negativo.

Ecografía abdominal normal. Perfil inmunológico: complemento, DHR, poblaciones linfocitarias, estudio de fenotipo B: normal. Dosaje de IgE elevada. Serología para toxocara negativo.

Al mes se otorga egreso hospitalario evidenciando mejoría clínica y radiológica, persistiendo lesiones cavitadas a nivel del LSD, de menor tamaño. Continúa en seguimiento por servicio de neumología de nuestro hospital.

CONCLUSIÓN:

En la infancia los abscesos pulmonares son infrecuentes, más aun los de origen primario, y potencialmente graves. La mayoría presentan buena respuesta al tratamiento conservador con antibióticos, y el manejo quirúrgico queda reservado para aquellos casos en los que este no es suficiente. La cirugía del absceso pulmonar, presenta una alta morbi-mortalidad, lo que ha llevado a la aparición de otras alternativas como el drenaje percutáneo o endoscópico del absceso.



PARÁLISIS DE MIEMBRO SUPERIOR POST-TRAUMÁTICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Pronello D.¹; Entrena N.²

HOSPITAL NEUQUEN^{1,2}

damianpronello@gmail.com

RPD
568

MARCO TEORICO / INTRODUCCION

No hay datos precisos sobre la incidencia estadística de las lesiones traumáticas de plexo braquial pero normalmente son consideradas raras. En la literatura se describen 2 grupos de riesgo, neonatos que sufren la llamada parálisis braquial obstétrica, producida por una lesión mecánica al momento del parto, el otro grupo de riesgo pertenece a adultos jóvenes, que sufren accidentes de alto impacto, motociclista. Se pueden clasificar las lesiones de plexo braquial en 4 cuadros clínicos: Parálisis de plexo superior (C5-C6), Lesiones de plexo Superior/medio (C5-C6-C7), Lesión de Plexo Braquial inferior Aislada (C8-T1) y Lesiones totales de plexo braquial. Son lesiones de alta morbilidad con grandes implicancias en la calidad de vida. Es de vital importancia el diagnóstico oportuno ya que en los casos de avulsiones nerviosas, la reconexión quirúrgica de manera oportuna, puede disminuir los efectos de la lesión. El diagnóstico es clínico, el método complementario por excelencia es la RMN de columna, fundamentalmente está basado en la detección de los meningoceles, cuya presencia está asociada a avulsiones radicales en más de 98% de los casos. Se recomienda efectuar la RMN 3-4 semanas después del traumatismo ya que la formación de los meningoceles puede no ser evidente. Por consiguiente se aconseja efectuarlos 3-4 semanas después del traumatismo

OBJETIVOS

Conocer las implicancias para el paciente pediátrico lesión de plexo braquial, incluir en los diagnósticos a sospecha en un paciente que concurre a la consulta médica con una parálisis post traumática.

RESULTADOS

Caso clínico : Paciente masculino de 2 años con politraumatismo por vuelco automovilístico, al ingreso, paciente vigil, conectado, heridas cortantes en rostro y manos que requirieron ingreso a quirófano, impresiona movilizar 4 miembros. A las 48 hs. paciente con mejor manejo del dolor, se constata parálisis de miembro superior izquierdo.

Se confirma con RMN avulsión de las raíces nerviosas superiores del plexo braquial izquierdo, con neuropraxia de las raíces inferiores del mismo plexo. Paciente se realiza cirugía correctora de lesión traumática

COMENTARIOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES

La avulsión del plexo braquial postraumática en pediatría, es un evento poco frecuente, se postula que este tipo de lesiones son debidas a traumas graves, por lo que las características musculoesqueléticas de los niños funcionan como un mecanismo protector.

Tener en cuenta este diagnóstico, al momento de un paciente que sufre un politrauma es de gran importancia, ya que existe tratamiento quirúrgico refuncional, que mientras antes se realicen mayor su probabilidad de éxito.

DETERMINACIÓN DE ROTAVIRUS Y SUS GENOTIPOS EN PACIENTES DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO ANTES DE LA INCORPORACIÓN DE VACUNA ROTAVIRUS A CALENDARIO

Grucci S.¹; Falaschi A.²; Manuel A.³; Gomez P.⁴; Cuglia N.⁵; Dipauli L.⁶; Eibar V.⁷; Rosaenz A.⁸

JEFE DE SECCIÓN INMUNOSEROLOGÍA DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA HOSPITAL NOTTI¹; SERVICIO DE INFECTOLOGÍA

HOSPITAL NOTTI^{2,6}; RESIDENTE DE BIOQUÍMICA HOSPITAL NOTTI^{3,5}; RESIDENTE DE INFECTOLOGÍA HOSPITAL NOTTI⁴;

BIOQUÍMICA DEL SERVICIO DE INMUNOSEROLOGÍA HOSPITAL NOTTI⁷; SERVICIO DE INFECTOLOGÍA HOSPITAL NOTTI⁸

<sandragrucci@yahoo.com.ar>

POB
569

INTRODUCCIÓN:

La diarrea aguda es una de las principales causas de morbimortalidad durante la niñez. Es la tercera causa de mortalidad en niños menores de 5 años. La Organización Mundial de la Salud estima que se afectan 110 a 125 millones de niños en el mundo y que más de 600.000 niños menores de 5 años mueren por esta causa anualmente.

OBJETIVO:

Estimar la incidencia de Gastroenteritis por Rotavirus en la población atendida en el Hospital desde el 2011-2013. Identificar los genotipos circulantes en la época previa a la introducción de vacuna. Describir las características clínicas epidemiológicas de los pacientes afectados cuyos rotavirus fueron genotipificados

Población, métodos y procedimientos:

Se incluyeron todos los pacientes internados o de consultorio externo que tuvieran solicitudes de determinación de rotavirus en materia fecal. Las muestras fueron analizadas mediante una técnica de inmunocromatografía cualitativa y se remitió una de cada 6 positivas a ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" para su genotipificación

RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 2763 pacientes durante dicho periodo de los cuales el 23,45% de ellos fueron positivos para rotavirus. Se tipificaron 91 cepas, 69% correspondieron a pacientes internados. El motivo de

ingreso más frecuente fue diarrea con deshidratación en el 28,5%. La MD de días de estada fue de 4 días con Rango de 1 a 161 días. En cuanto a la distribución etaria, la MD fue 12 meses y el rango 1 m a 41 meses, el 43,9% de los positivos correspondió a menores de 1 año y el 27,4% tenían 1 año. Se observó en los tres años el mismo comportamiento estacional, siendo de mayo a julio el periodo con mayor número de casos. Durante 2011 el genotipo circulante fue principalmente el G3P[6] en un 47,4% de los casos, en 2012 fue el G4P[8] en el 42% de los casos y en 2013, el G2P[4] en un 92,8% de los casos.

CONCLUSIONES:

Los pacientes menores de un año son los más susceptibles a la infección por rotavirus: Los casos se concentran en fines de otoño principios de invierno. Los genotipos circulantes variaron en los tres años de estudio. A partir de la incorporación de la vacuna en el calendario de vacunación se espera una disminución de la incidencia de la enfermedad en menores de 1 año y que esto se vea reflejado en un número menor de pacientes internados. Se realizará vigilancia de genotipos circulantes para detectar cambios posibles luego de la introducción de la vacuna.

Palabras Clave: rotavirus, genotipo, pediatría, diarreas



INTOXICACION INTENCIONAL GRAVE POR RATICIDA

Cabrerizo S.¹; Mendez M.²; Mendelewicz N.³

CENTRO NACIONAL DE INTOXICACIONES, HOSPITAL PROF A. POSADAS^{1,2,3}

<silviacabrerizo@yahoo.com.ar>

RPD
572

INTRODUCCIÓN

Los raticidas más usados en la actualidad son los anticoagulantes (Dicumarínicos). Ejercen su acción anticoagulante a través de la inhibición de la síntesis de vit K activa, impidiendo de esta manera, la activación de los factores de coagulación K dependiente (II, VII, IX y X). A este grupo pertenecen los derivados de la 4-hidroxicumarina de 2ª Generación como el Brodifacoum, que tienen gran liposolubilidad, vida media más prolongada y son 100 veces más potentes que las warfarinas. Estas características toxicocinéticas son las responsables de sus efectos clínicos más duraderos.

OBJETIVO:

Dar a conocer un caso de intoxicación crónica grave, por ingesta voluntaria de raticida dicumarínico de 2ª Generación, en un paciente pediátrico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Niño de 14 años de edad, que consulta por vómitos y dolor abdominal de 6 días de evolución. Se le aplica metoclopramida IM en glúteo izquierdo y con laboratorio normal se indica control ambulatorio. Consulta a las 48hs con igual sintomatología, agregando dolor glúteo, palidez generalizada, petequias y hematuria; se lo interna con sospecha de enfermedad hemato-oncológica. Durante el primer día de internación, presenta shock hipovolémico con aumento de tamaño del glúteo y muslo izquierdo.

Con caída del hematocrito y coagulación alterada, requiere reposición con cristaloides, transfusión con GRD, plasma y traslado a UTIP. Ante el déficit de la coagulación, con el resto del laboratorio normal, y un interrogatorio dudoso, se sospecha intoxicación con raticida. Se solicitan factores de coagulación II, V, VII y X, y dosaje de superwarfarinas, con alteración de los mismos y presencia de brodifacoum en suero. Se indica tratamiento con vitamina K 40mg/día. A los 11 días de internación se normalizan los valores de factores de coagulación. Surge el antecedente de ingesta voluntaria y reiterada de pequeñas cantidades de cebos raticidas durante un tiempo aproximado de 4 meses. Es evaluado por el servicio de psiquiatría y se medica con risperidona y carbamazepina. Continúa tratamiento con vitamina K en forma ambulatoria con controles por los servicios de toxicología, hematología y psiquiatría.

CONCLUSIÓN:

Considerar como diagnóstico probable la intoxicación con raticidas anticoagulantes, ante un paciente que presenta hemorragia o alteraciones de la coagulación con déficit de factores K dependientes. La forma de intoxicación más frecuente en nuestro medio es la accidental; pero debe considerarse la tentativa suicida como causa probable, también en pacientes pediátricos.

INCIDENCIA DE INFECCION A VARICELA ZOSTER Y CASOS-FATALES EN PACIENTES DE CÁNCER PEDIÁTRICO. EXPERIENCIA EN UN CENTRO

Salvaneschi Quiña V.¹; Gariboldi G.²; Sosa F.³; Martinich M.⁴; Stallings - Smith S.⁵; Jhonson K.⁶; Gonzalez M.⁷; Caniza M.⁸; Gomez S.⁹

HOSP DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA, LA PLATA^{1,2,3,4,9}; IOP ST JUDE CHILDREN'S RESEARCH HOSPITAL, MEMPHIS, TN US^{5,6,7,8}

<vesaqui@yahoo.com.ar>

POB
573

INTRODUCCIÓN

La importancia clínica de las Infecciones a Varicela zóster (VZV) en los pacientes con cáncer pediátrico es ampliamente debatida. Un reciente análisis internacional sugiere que la mortalidad de las infecciones por VZV en dichos pacientes es baja, pero no hay datos disponibles para este análisis en nuestro país.

OBJETIVO:

Analizar las infecciones del VZV en pacientes con cáncer pediátrico de nuestro centro.

MÉTODOS:

Se revisaron los datos de vigilancia de infección de manera retrospectiva como parte de la atención estándar para todos los pacientes pediátricos tratados por hemopatías malignas pediátricas entre septiembre de 2010 y junio de 2013. Las infecciones por VZV se diagnosticaron según criterios clínicos. Se estimó la incidencia (I), las proporciones de letalidad (PL) y las correspondientes medidas de p, y el 95% del límite de confianza (LC) para dichas infecciones.

RESULTADOS:

Nuestra población de estudio estaba compuesta por 153 pacientes, de los cuales 68% fueron diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda (LLA), y el 54% fueron varones. La proporción global de incidencia de infección de VZV fue de 2,6% (95% LC: 0,08%, 6,2%), pero todos los casos correspondieron a varones (I=4,8%, 95% LC: 1,5%, 11%). La incidencia fue superior para los pacientes con leucemia mieloide aguda (LMA) que para leucemia linfoblástica aguda (LMA: I= 14%, 95% LC: 3,6%, 33%; LLA: I=1,9%, LC 95%: 0,03%, 6,2%; p = 0,02). No hubo muertes observadas entre los pacientes diagnosticados con la infección a VZV (PL = 0%, 95% LC: 0%, 53%).

CONCLUSIONES:

Nuestros resultados sugieren que la tasa de mortalidad por VZV en nuestra población se encuentra entre los rangos reportados internacionalmente, pero se destaca la incidencia específica por sexo y diagnóstico. Los mismos pueden ser útiles para realizar recomendaciones de vacunación para varicela en pacientes con cáncer pediátrico, donde la vacunación no se realiza en forma sistemática.



EXPERIENCIA DEL CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD "NANEAS"

RPD
575

Morales S.¹; Pujol J.²

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA^{1,2}

<silvymorales@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud "NANEAS" son aquellos que tienen una condición crónica, física, emocional o del desarrollo que requiere servicios de salud relacionados en calidad, cantidad diversa y mayor que los otros niños en general. Están más expuestos a ser sometidos a hospitalizaciones, cirugías, controles de supervisión de salud y, además, tienen un mayor riesgo de morir. Cada vez más pacientes sobreviven a enfermedades crónicas que requieren de un seguimiento particular, específico, de alta calidad y altos costos.

OBJETIVOS:

Presentar la experiencia de un Consultorio de seguimiento de "NANEAS" del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata.

Población Material y Métodos: estudio descriptivo de 323 pacientes con "NANEAS" (octubre 2013 - abril 2015), procedentes de los 134 municipios de la Provincia de Buenos Aires.

RESULTADOS:

En seguimiento 323 niños (53% varones y 47% mujeres). La patología más frecuente corresponde a enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas (46%), de ellas el 81% a defectos del cierre del tubo neural; Síndromes Genéticos (21%) siendo el Síndrome de Down el más frecuente (33%) y asociaciones malformativas complejas (11%). El 86% sufrieron internaciones siendo la causa quirúrgica (61%) y en el 39% causa clínica (infecciones respiratorias como el principal motivo) (44%). El promedio de internaciones fue de 4, consultas a guardia 6 y al consultorio de (NA-

NEAS) 8. El 89% porta algún tipo de tecnología médica, siendo la Válvula de derivación ventrículo peritoneal (36%), Cateterismo Limpio Intermitente (30%), Sonda nasogástrica (13%), traqueostomía (7%), gastrostomía (5%), vesicostomía (5%), colostomía (3%) y oxigenoterapia domiciliaria (1%). El 46% padece algún tipo de secuela neurológica, concurrendo a escuela especial el 12%, con integración el 6% y 13% a escuela común. El 21% recibe fórmulas lácteas especiales y el 28% dieta rica en fibras. El 83% reciben medicación crónica (que excluye suplementos vitamínicos y sulfato ferroso a dosis preventiva) (68% entre 1-3 medicamentos, 25% entre 4-6 y el 7% 7 o más). Presentan esquema completo de vacunación el 88%.

CONCLUSIONES:

Los "NANEAS" son considerados un "Grupo Emergente en Pediatría" con aumento de prevalencia mundial, de diagnóstico complejo, con múltiples comorbilidades, vulnerables, crónicos, estigmatizantes, de tratamiento difícil que escapan a las prácticas rutinarias, demandan gran cantidad de recursos en salud y con gran impacto psicosocial en el niño y la familia. Recomendaciones: creación de Consultorios de Seguimiento de "NANEAS" cumpliendo el Pediatra un rol protagónico, organizando el abordaje de los pacientes, asegurando que se establezcan las relaciones que hagan falta entre todos los profesionales que asisten a los mismos. No debemos olvidar que más allá de las alteraciones orgánicas surgidas de las múltiples comorbilidades, un niño con "NANEAS" va a tener también todas las características y necesidades de un paciente pediátrico, por lo cual debe recibir atención y seguimiento por un Pediatra de Cabecera.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE (SAMR-AC) Y SUS DIVERSAS PRESENTACIONES CLÍNICAS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS EVA PERÓN DE SAN MARTÍN

RPD
576

Romero J.¹; Camacho D.²; Dymant N.³; Eiras C.⁴; Murillo G.⁵; Barros L.⁶; Rubio M.⁷; Rosso S.⁸

HIGA EVA PERÓN^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<johannadromero@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Desde el año 2001, en Argentina se comunican casos de infecciones invasivas y no invasivas adquiridas en la comunidad producidas por *Staphylococcus* meticilino resistente (SAMR-AC). El diagnóstico de este tipo de infecciones requiere un alto índice de sospecha clínica y la confirmación exige el aislamiento del germen causal a través de hemocultivo, cultivo de material obtenido, o ambos. El conocimiento de sus diversas formas de presentación clínica y su posible evolución, resulta indispensable para el diagnóstico precoz y tratamiento empírico adecuado.

OBJETIVO:

Describir las distintas presentaciones clínicas de infecciones por SAMR-AC en niños hospitalizados en el período entre el 2008 al 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Población: Niños de 1 mes a 15 años de edad internados en el Servicio de Pediatría de nuestro hospital con rescate de SAMR-AC en el período 2008-2014.

Materiales: Se revisaron las historias clínicas de todos los niños de 1 mes a 15 años de edad hospitalizados entre el 01 de enero de 2008 y 31 de diciembre de 2014 con diagnóstico etiológico de SAMR-AC.

RESULTADOS:

Se estudiaron 62 pacientes con rescate de SAMR-AC. 36 (58%) fueron varones. Las formas de presentación fueron: Piel y partes blandas: 32 (51%), Artritis: 10 (16%), Neumonía: 8 (13%), Sepsis: 3 (5%), Osteomielitis: 2 (3%), Absceso hepático: 2 (3%), Gastroenteritis: 2 (3%), Pielonefritis: 1 (1,5%), Adenoflemón: 1 (1,5%), Hematoma suboccipital: 1 (1,5%). Según grupo etario, la distribución fue la siguiente: Menores de 12 meses: 8 casos (13%), de 12 a 23 meses: 15 (24%), de 24 meses a 5 años: 13 (21%), de 5 a 10 años: 13 (21%), de 10 a 15 años: 13 (21%). Las presentaciones más frecuentes fueron: Menores de un año: Neumonía: 62%, 24 meses a 5 años: Piel y partes blandas: 77%, de 5 a 10 años: Piel y partes blandas: 69%, de 10 a 15 años: Artritis: 38%. El 21% de los pacientes (13 casos) requirió ingreso a UTIP. Se registró 1,6% (1 caso) de fallecidos.

CONCLUSIONES:

Las infecciones por SAMR-AC mostraron una gran variedad de presentaciones clínicas. La presentación más frecuente en nuestro medio es la infección de piel y partes blandas, y la edad comprendida entre 1 a 2 años, la que registra mayor número de internados. Es necesario conocer la diversidad de presentaciones clínicas de SAMR-AC en nuestro medio para profundizar en el conocimiento de esta enfermedad y optimizar su manejo terapéutico y diagnóstico temprano.



MORTALIDAD EN TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA

Squassi I.¹; KÜhar F.²; Caratozzolo A.³; Martínez Burkett A.⁴; Cerqueiro M.⁵

HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5}

<isquassi@yahoo.com.ar>

POB
580

La mayoría de los 9 millones de casos de tuberculosis(TBC) viven y 1,5 millones mueren en los países más pobres. En el 2013 en Argentina se notificaron 9018 casos, 20% fueron menores de 19 años. La letalidad 7%, pero no alcanza al 2% en los menores. La gravedad de la enfermedad se determina con: la extensión lesional, localización, carga bacilar y capacidad de respuesta del huésped. Objetivos Evaluar las características clínico epidemiológicas de los casos fatales de TBCinfantil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero 2000 y diciembre 2014 se asistieron 1487 enfermos con TBC. Presentaron formas graves 728casos (49%), falleciendo 47(6,4%) durante el tratamiento. Se realizó un estudio retrospectivo de las variables registradas en historias clínicas seleccionadas entre casos con TBCconfirmada y fallecidos intratamiento.

RESULTADOS

Se registraron 28defunciones con TBCconfirmada. Edad media82 meses; 15mujeres/13varones; 63%de conurbano; 73%vivían hacinados. Padeían comorbilidades de riesgo enTBC el 67%: desnutrición 7, SIDA 5, cáncer 4, EPOC2 y corticoterapia3. Solo un niño no recibió BCG. Contacto con foco TBC confirmado 11, sospechado 8 y no hallado 7. Prueba tuberculínica

positiva solo en 4. Tiempo promedio de síntomas previos 53 días. Todos requirieron internación (promedio 36 días) 17 casos en Terapia Intensiva. Localizaciones: Pulmonar 10, extrapulmonar 6, ambas 12. La meningitis fue la forma extrapulmonar más frecuente(10casos). Diseminación miliar se presentó en 5 casos y cavitación pulmonar en 5. Aún con radiografía de tórax normal o mínimo compromiso se aisló Mycobacterium tuberculosis(MT)en muestras respiratorias. La confirmación diagnóstica fue por Cultivo y/o PCR. Ningún aislamiento demostró resistencia a drogas. Dos biopsias pulmonares evidenciaron granulomas.

CONCLUSIONES

Las formas severas son un problema de salud, por su costo en vidas y recursos, requieren de alta complejidad para su atención. La quimioprofilaxis oportuna podría haber evitado 11 muertes. Investigar comorbilidades es perentorio por su frecuente asociación. Se destaca el predominio de formas XP, a expensas de meningitis. El rescate de MT en muestras respiratorias de pacientes con formas XP conlleva al estudio de todas las muestras disponibles y alerta para realizar el aislamiento respiratorio del paciente

DISPLASIA CAMPOMÉLICA. REPORTE DE UN CASO

Nunell A.¹; Palizas M.²; Lovrics C.³; Rangel Galvis T.⁴; De Carli D.⁵; Parenza P.⁶

CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1,2,3,4,5,6}

<alennunell@hotmail.com>

RPD
581

INTRODUCCIÓN:

La displasia campomélica es una alteración esquelética infrecuente (1/150.000 nacimientos) de severidad variable y pronóstico fatal en la mayoría de los casos. Se trata de mutaciones espontáneas o recurrentes en el locus SOX 9 del brazo largo del cromosoma 17.

Este síndrome se hereda en forma esporádica o autosómica dominante, relacionada con inversiones sexuales autosómicas con cariotipo XY. Caracterizado típicamente por incurvación angular y acortamiento de los huesos largos de las piernas y los brazos, problemas respiratorios, ausencia de olfato, alteraciones auditivas, deformidades e inestabilidad de columna, dislocación de cadera, paladar hendido y otras malformaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos una paciente seguida en la Clínica del Niño de Quilmes con diagnóstico prenatal de displasia ósea nacida por cesarea a las 37 semanas de edad gestacional con 2.980 grs. Internada en UCIN por 26 días requiriendo oxígeno suplementario por 3 días, se describe además: Laringotraqueomalacia, fisura palatina, incurvación de las tibias, subluxación irreductible de ambas caderas, por lo que se hace diagnóstico de displasia campomélica.

Cursa múltiples internaciones por diferentes interurrencias: A los 46 días es internada en UCIN por dificultad respiratoria, permanece en ARM por 10 días con sospecha inicial de neumonía aspirativa presentando opacidad persistente en el lóbulo pulmonar superior derecho más neumotórax grado II, se realiza lobectomía superior derecha y diagnóstico

histopatológico de enfisema lobar. Se diagnostica además, xifosis tóraco-lumbar y se descartan cardiopatías congénitas. A los 5 meses de vida cursa bronquiolitis a virus sincicial respiratorio con requerimiento de ARM por 4 días. Se realiza el cierre de la fisura palatina. Se diagnostica subluxación atlanto-axoidea por lo cual indican collar cervical permanente. A los 2 años de edad ingresa a UTIP por episodio convulsivo febril con LCR normal con posterior requerimiento de ARM prolongada por lo cual se realiza traqueostomía, al realizar weaning de sedación se observa parálisis flácida de los 4 miembros con RMN que evidencia estrechamiento del canal medular a nivel cervical, por lo que el equipo de patología espinal del Htal Garrahan realiza: artrodesis posterior occipito T3 a T5, laminectomía C1 a C3 y colocación de halo-chaleco, el cual fue retirado 7 meses después. Actualmente, ARM dependiente por traqueostomía, medicada con anticomiciales, con sensorio conservado, con cierta recuperación de la motricidad de miembros por lo cual se traslada a centro de rehabilitación motriz y respiratoria en espera de segundo tiempo quirúrgico para estabilizar columna por vía anterior.

CONCLUSIÓN:

Describimos la evolución de una paciente con un cuadro clínico característico de una patología muy poco frecuente. Si bien la mortalidad de la displasia campomélica es elevada, la paciente sobrevive a pesar de las variadas y graves interurrencias. Presentando, sin embargo, secuelas respiratorias y neurológicas de pronóstico incierto.



REVISIÓN SISTEMÁTICA: ¿ES LA CEFALEA UNA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD CELÍACA EN NIÑOS?

POB
582

Ferrante Paredes A.¹; Florio S.²; Fierro Vidal A.³

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3}

<angieferr1@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Es conocida la presencia de manifestaciones neurológicas en pacientes celíacos, entre ellas la cefalea, sin embargo, no se conoce con certeza si la misma constituye una forma de presentación o manifestación de la enfermedad celíaca.

OBJETIVOS:

Revisar la literatura acerca de la relación entre cefalea y celiaquía, analizar si la cefalea es una forma de presentación de la celiaquía en niños.

POBLACIÓN:

Pacientes con cefalea recurrente de tipo migrañosa y/o tensional.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión sistemática de la literatura utilizando la base de datos Medline, Lilacs, Cochrane, la literatura gris a través de Scholar Google y la bibliografía al final de cada artículo. Como estrategia de búsqueda se utilizaron las palabras: celiac, migraine, headache. Se recurrió en Medline a los formularios de búsqueda básica y avanzada, y al Medical Queries.

Se tomaron como límites el idioma inglés y español. Para la lectura crítica de los artículos se utilizaron las guías del JAMA.

RESULTADOS:

Se hallaron 80 artículos con la estrategia planteada, pero solo 6 tenían relación directa con la pregunta. De los 6 artículos; 5 eran estudios casos y control y uno una serie de casos prospectivo. Cinco de los seis tenían buena calidad metodológica. Solo uno de los casos y controles mostraba asociación estadísticamente significativa con un OR 10,9 y un IC 1,2-99,1. También mostró asociación el estudio prospectivo, con un OR 7,9 y un IC 1,43-44,2. Los restantes estudios no lograron demostrar asociación estadísticamente significativa.

CONCLUSIÓN:

Existe tendencia en los estudios analizados hacia una posible asociación entre cefalea y celiaquía. Por lo que, hasta que aparezcan nuevos estudios, se sugeriría tener en cuenta como un diagnóstico diferencial a la celiaquía en pacientes con cefalea recurrente de tipo migrañosa y/o tensional.

DETECCION DE SINDROME METABOLICO EN ADOLESCENTES

POB
583

Weissbrod P.¹; Lopez L.²; Pappolla R.³; Prieto M.⁴; Dominguez C.⁵; Aletti S.⁶; Cantor P.⁷; Taborda M.⁸; Antezana D.⁹

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSE MARIA PENNA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<pweissbrod@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

La epidemia mundial de obesidad (Ob) invade nuestra práctica diaria. En Argentina se calcula entre 18 y 25 % de sobrepeso (SP). Conocer nuestra población es esencial para la planificación de estrategias en la atención.

OBJETIVOS:

1- Detectar SP y Ob en el consultorio de adolescencia de un Hospital General de Agudos, zona sur de CABA 2- Detectar prevalencia de Síndrome Metabólico en esta población.

MATERIAL Y METODOS:

Trabajo cuantitativo, prospectivo, descriptivo, transversal, observacional. Se incluyeron los pacientes vistos desde el 15/6 al 16/7 del 2014 con SP u Ob sin patología asociada. Se controló circunferencia de cintura media (CC) para percentilar se utilizaron tablas de Sociedad Argentina de Pediatría, tensión arterial (TA) y se calculó el índice de masa corporal (IMC). Se consideró SP aquellos con un IMC percentilo (Pc) 85/95, Ob Pc≥95. Se solicitó laboratorio: triglicéridos (TG), HDL-colesterol (HDL), glucemia para la detección de SM (aplicando los criterios de Cook, 3 de 5). Análisis estadístico: estadística descriptiva. Epiinfo 3.2.

RESULTADOS:

De 515 pacientes atendidos, se hallaron 48 (9%) pacientes con SP/Ob que fueron incluidos en este estudio. SM estuvo presente en 3 (0,6%) pacientes cumpliendo 3 de 5 criterios: los 3 pacientes con CC aumentada y TG de riesgo, 2 de ellos tenían TA aumentada y 1 HDL de riesgo. De los 48 pacientes incluidos 37 (77%) realizaron laboratorio. Este grupo tenía una mediana de edad de 14 años (10 a 19), 22 (59%) eran mujeres, 26 (70%) presentaron Ob. 15 (40%) tenían solo un criterio positivo, 17 (46%) presentaron CC aumentada. 13 (35%) dislipidemia, 3 (8%) TA aumentada. Todas las glucemias fueron normales.

CONCLUSIONES:

Si bien el porcentaje SP/Ob es inferior a la población, no llega al 10%, tenemos que destacar que hallar SM en nuestra población "sana", aunque sea un bajo porcentaje, es una señal de alarma. Esto nos obliga a diseñar estrategias para afrontar esta patología que avanza rápidamente y afecta a toda la población mundial

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO MANIFESTADA POR F.O.D.

De Carli J.¹; Parenza P.²; Checcacci E.³; Herreño F.⁴; Quintero V.⁵; De Carli D.⁶

CLINICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1,2,3,4,5,6}

<javierdecarli@hotmail.com>

RPD
584

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una zoonosis que se presenta habitualmente como linfadenopatía regional autolimitada. Con menor frecuencia puede asociarse a fiebre alta prolongada, afectación ocular, neurológica, ósea o visceral. Hay características específicas que requieren tratamiento antibiótico, como ser el compromiso sistémico, diagnosticado por imágenes.

OBJETIVOS:

Presentar un caso de EAG sistémica cuyos síntomas y hallazgos imagenológicos ayudan al pediatra a tener un alto índice de sospecha.

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo masculino, de 13 años de edad, que consulta en la Clínica del Niño de Quilmes en el mes de Febrero, por presentar registros febriles de 38 - 39 ° C de 10 días de evolución. La exploración física fue normal y en los estudios de laboratorio sólo se detectaron aumento de la ERS (40 mm) y de la PCR (2.4 mg %). Se solicitan además RX de tórax, análisis de orina, monote, PPD y cultivos cuyos resultados fueron normales. Se realizó una ecografía abdominal que reveló leve esplenomegalia asociada a múltiples imágenes redondas en "ojo de buey", hipocogénicas, de

8 mm, distribuidas en forma difusa. Se observan además adenopatías periaórticas, peripancreáticas y en FID. Dichas imágenes fueron confirmadas mediante TAC. Se reinterroga al paciente quién admite contacto con gato por presencia de criadero. Se solicitan serologías para Bartonella Henselae, cuyos resultados posteriormente fueron positivos (IG M + / IG G 1:80). Inicia tratamiento con claritromicina 15 mg/kg/día cumpliendo 10 días totales. La fiebre cede y mejora su estado general. Los hallazgos ecográficos persistieron en los estudios posteriores durante su internación, tal como se describe en la literatura. Ante la buena evolución y desaparición de la fiebre es dado de alta.

CONCLUSIONES:

Esta entidad debe ser sospechada en el diagnóstico diferencial de FOD con el antecedente de contacto con gatos. Reconocer las manifestaciones imagenológicas, permite al clínico realizar una aproximación diagnóstica temprana no invasiva. Así mismo permite discernir qué pacientes deben recibir tratamiento ATB en las formas diseminadas. No obstante siempre debemos recordar que el diagnóstico definitivo se realiza a través de las pruebas serológicas.

TALLER DE HIGIENE PARA NIÑOS EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO Y SUS CUIDADORES. COORDINADO POR PSICÓLOGO Y ENFERMERO

Méndez T.¹; Picon A.²; Andrea L.³; Alimusi M.⁴; Capurro M.⁵; Espeche L.⁶; García J.⁷; León Y.⁸; Nejañan A.⁹; Lopez Osornio E.¹⁰; Pincheira M.¹¹; Trujillo C.¹²; Garbini C.¹³; Filardi F.¹⁴; Laura M.¹⁵; Carolina H.¹⁶

FUNDACIÓN NATALÍ DAFNE FLEXER^{1,4,5,6,7,8,9,10,11,12,16}; HOSPITAL NACIONAL POSADAS^{2,3,13,14,15}

<teresa@fundacionflexer.org>

RPD
585

En la Argentina se diagnostican entre 1300 y 1400 casos nuevos por año de cáncer infantil con un alto impacto para el niño, su familia y la comunidad. El sistema inmunológico de estos niños está debilitado por la enfermedad y el tratamiento, por lo que tienen un mayor riesgo de padecer infecciones. Es fundamental la adquisición de nuevos hábitos de higiene y limpieza. En el año 2011, en el Servicio de Hemato Oncología Pediátrica del Hospital Posadas, se observó que se presentaban dificultades para incorporar las medidas de higiene indicadas y aumentaba el índice de infecciones y complicaciones. Se identificó la necesidad de realizar un trabajo interdisciplinario entre los médicos, enfermeros y psicólogos. Se diseñó un folleto con las normas institucionales que se entrega a la familia en internación. Luego se comenzaron los talleres de higiene. Se describirán haciendo un corte desde agosto de 2013 hasta agosto de 2014, con el propósito de ejemplificar la tarea.

OBJETIVOS:

Que los niños y sus cuidadores comprendan la importancia de cumplir con las medidas de higiene y limpieza, en la internación y en su hogar. Promover el autocuidado. Indicar señales de alarma. Población niños/adolescentes en tratamiento y sus cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODOS METODOLOGÍA DE TALLER, FRECUENCIA SEMANAL Y DURACIÓN DE 30 MINUTOS

En cada taller se trabajan distintas temáticas: lavado de manos; cuidado

de la piel, uso del barbijo; higiene de los cuidadores, visitas; higiene en la internación y casa y la alimentación. El enfermero introduce una de las pautas de higiene. De ser posible demuestra cómo realizarla. Explica en qué consiste esta pauta y fundamenta la importancia de su cumplimiento, valorando los aspectos positivos. El psicólogo identifica las emociones que emergen de los participantes, facilitando un espacio para compartir e intercambiar sus experiencias con otras familias. Se hace una devolución y agradece su presencia y entregan una encuesta de satisfacción para evaluación. A veces se realizan dinámicas grupales como una cartelera con lo aprendido durante el taller.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Entre agosto del 2013 y agosto del 2014 se realizaron 31 talleres. Cuando se realizó en internación, participaron 5 familias. En la sala de espera ascendió a 10 familias. Favorecieron el cumplimiento de las normas hospitalarias e incorporación de las medidas de higiene y limpieza en el hogar, y también la comprensión del tratamiento sus efectos. Los resultados se incluyen en el reporte que el servicio de HOP presenta al Department of Infectious Diseases International Outreach Program St. Jude Children's

**CASO CLINICO: ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DE VAGINA EN PACIENTE DE 13 AÑOS****RPD
586***Vera Marquez S.¹; López Musso F.²*HOSPITAL REGIONAL COMODORO RIVADAVIA^{1,2}

<scveramarquez@gmail.com>

INTRODUCCION:

El CA primario de vagina representa el 1 al 3% de los cánceres ginecológicos, entre ellos los adenocarcinomas representan solo el 10 %, siendo el más frecuente el de células claras (ACCV); la edad media de aparición es a los 20 años y su principal síntoma es la ginecorragia. Se ha comprobado la asociación a la exposición intraútero de Dietilestilbestrol. La morbimortalidad es variable de acuerdo al estadio al momento del diagnóstico.

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico poco frecuente como diagnóstico diferencial de ginecorragia y anemia en una paciente adolescente.

METODOLOGÍA:

Paciente adolescente de 13 años, RNPST, PAEG, DNNM, parto natural, con LAM, tortícolis congénita. Presenta anemia de 6 meses de evolución con ginecorragia y alteraciones del ciclo menstrual en seguimiento en centro de salud donde se le solicitó ecografía ginecológica que evidencia: masa quística de contenido mixto heterogéneo en anexo izquierdo y laboratorio con Hto 16% y Hb de 4,5mg/dL por lo que es derivada al Hospital donde se interna en sala general de Pediatría. Al ingreso, paciente obesa, con palidez generalizada, piel seca, con hirsutismo,

acantosis nigricans, taquicárdica con soplo sistólico, Tanner IV, menarca a los 11 años, FUM incierta, sin IRS. A la palpación profunda bimanual en FII, impresiona formación duroelástica de 5 cm, no se completa examen ginecológico por negativa de la paciente. Requiere transfusión de GRD y tratamiento de sostén; se realiza interconsulta con Ginecología para evaluar ginecorragia, solicitándose: perfil hormonal, marcadores tumorales (CA 125: 116,5 U/ml, Insulinemia; 76.5 mU/L.) y RMN abdomen y pelvis, que informa posible hematomos. A la especuloscopia bajo sedación se observa tumoración vaginal friable, que compromete tercio superior y medio de vagina extendiéndose a pared posterior y lateral, fondos de saco libres con piohematomos, se extrae material y se envía a Anatomía patológica que informa ACCV.

RESULTADOS:

Se deriva a centro de mayor complejidad donde se estadifica el tumor como ACCV estadio III, se inicia protocolo de QMT neoadyuvante.

CONCLUSIONES:

A través de este caso poco frecuente podemos ampliar el espectro de diagnósticos diferenciales de ginecorragia severa en adolescentes siendo la patología oncológica una posible etiología.

REPORTE DE CASOS: ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B**RPD
587***Larroca M.¹; Barreto A.²; Capurso C.³; Germoglio M.⁴; Gutierrez G.⁵; Rizzo E.⁶; Segovia L.⁷; Luque M.⁸; Vergara D.⁹*HTAL. M. V. DE MARTINEZ - PACHECO^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<celeslarrok@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Haemophilus Influenzae (HI) es un patógeno exclusivo del hombre y puede ser portado asintóticamente. Desde la incorporación de la vacuna ha disminuido la portación y los casos de enfermedad invasiva. Las cepas capsuladas de HI b son las principales responsables de la enfermedad invasiva (EI) siendo los menores de 5 años los más susceptibles.

OBJETIVOS:

Exponer 3 casos de EI por HI tipo b ocurridos en nuestro Htal. en 2012-2015. Reconocer la importancia de la vacunación completa.

CASO 1

Niño sano de 7 meses con vacunas hasta los 4 meses, consulta por convulsión febril. Ingresó posictal, en regular estado general y sensorio alternante. Laboratorio: GB 11.300, Hto 23%, Hb: 7.6 mg/dl, TAC cerebral normal. LCR: turbio, glucorraquia 1,8 mg%, proteinorraquia 963 mg/dl, GB 19400/mm³ (95% N, 5% L). Se toman cultivos de LCR, HMC x2 y urocultivo, con diagnóstico de meningitis se medica con ceftriaxona 100 mg/kg/d. Con resultados de HMCx2 y LCR + para HI tipo b se resume el cuadro como EI por HI cumpliendo ATB EV con buena evolución.

CASO 2

Niño de 8 meses con antecedente de 2 internaciones por SBO, vacunas hasta los 2 meses, consulta por irritabilidad y fiebre de 48 hs de evolución

en tratamiento con b2. Ingresó febril (39.1°C), irritable, con rigidez de nuca y fontanela abombada. Presentaba 12.800 GB, PCR 177. LCR aspecto grisáceo purulento, glucorraquia 0, proteinorraquia 457 mg/dl, GB 19400/mm³ (95% N). Con diagnóstico de meningitis se medica con ceftriaxona 100 mg/kg/d. Cultivo de LCR + para HI tipo b, HMCx2 y urocultivo (-). Evolución desfavorable se deriva a UTIP.

Caso 3

Niña de 1 año con antecedente de neumonía a los 6 meses y vacunas hasta los 4 meses, consulta por fiebre y dificultad respiratoria de 8 días de evolución medicada con b2. Laboratorio 33500 GB y PCR 296. Rx de tórax: opacidad en campo pulmonar derecho. Con diagnóstico de neumonía se toman HMCx2 y se medica con ampicilina 200 mg/kg/d. Al recibir HMC 1 de 2 + para HI tipo b se realizan HMCx2 (-) y cultivo LCR (-). Se rota a ceftriaxona 50 mg/kg/d con evolución favorable.

CONCLUSIÓN:

Si bien la incidencia de EI disminuyó tras incorporar la vacuna, siguen registrándose casos. Nuestros pacientes presentaron un esquema de vacunación incompleto para la edad, por lo cual es fundamental verificar y completar el calendario de vacunas oportunamente sin diferir innecesariamente la aplicación de las mismas, como así también considerar el estado de vacunación al momento de elegir el tratamiento antibiótico.



INTOXICACION CON PURPURINA - A PROPÓSITO DE UN CASO

Agüero L.¹; Argañaraz B.²; Sauer E.³; Lopez Cruz M.⁴; Achaval A.⁵; Brue C.⁶; Vildoza C.⁷; Corgnali M.⁸; Brandan L.⁹; Del Pino G.¹⁰; Paz C.¹¹

CEPSI EVA PERON^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}

<lauriaguri@hotmail.com>

RPD
588

INTRODUCCION:

La purpurina es un polvo volátil, usado en artística, compuesto por zinc, cobre y estearina, que puede producir lesiones por adherencia en aparato respiratorio impidiendo adecuada hematosis, o trastornos secundarios derivados de sus componentes.

OBJETIVO:

Presentar caso clínico de interés público y poca prevalencia en el medio.

DESCRIPCION:

Niño de 7 años con antecedentes de Asma y Obesidad, ingresa al servicio de urgencias por cuadro de comienzo agudo con tos seca y agitación, se indicó tratamiento ambulatorio. Reconsulta 24 horas después por empeoramiento de cuadro clínico, se asume como crisis asma grave, tratamiento con B2, ipratropio, oxígeno con máscara con reservorio.

Al reinterrogar, la madre refiere que el niño aspiró accidentalmente purpurina, y posteriormente comenzó con sensación de quemazón retroesternal. Por falta de respuesta al tratamiento y clínica de dificultad respiratoria grave se decide pase a UTIP.

A su ingreso paciente en mal estado general, soporoso, en insuficiencia respiratoria secundaria a neumonitis aspirativa; se decide intubación orotraqueal y ARMC. Laboratorio con leucocitosis con desviación a

la izquierda, PCR 128 mg/l. Inicia tratamiento con corticoides, LBA y ampiculbactam. Interconsulta con centros de referencia en toxicología. Requiere incrementos progresivos de parametros de ARM por SDR. A las 48 horas comenzó con clínica de HTE, la cual se asume secundaria a hipoxia citotóxica provocada por cobre. Presentó paro cardíaco, revierte con dos ciclos de RCP avanzada. Comenzó tratamiento intensivo con manitol, ClNa3%, hasta inducir coma barbiturico. Endoscopia respiratoria: laceración traqueal con edema y fibrina. Eco abdominal: hepatomegalia, con analítica hepática normal.

Mejoría de SDR con HTE clínica refractaria al tratamiento instaurado. Midriasis bilateral. TAC cerebral control informa hipodensidad difusa infratentorial y periventricular, ventriculomegalia supratentorial. Hemorragia subaracnoidea. Borrosidad surcos corticales. Muerte encefálica bajo criterios clínicos. Se suspende sedación, EEG estudio de muy bajo voltaje sin reactividad a estímulos. Paro cardíaco.

CONCLUSIÓN:

En los pocos casos reportados se evidenciaron complicaciones de tipo respiratorias de distinto grado. En nuestro caso se pudieron sortear las mismas, pero a diferencia del resto, el paciente evoluciona clínicamente con HTE y lesiones cerebrales atribuibles a otros daños citotóxicos.

PURPURA TROMBOCITOPENICA INMUNE SECUNDARIA.

Fernandez Rivas M.¹; Velasco T.²; Goyeneche M.³; Saseta M.⁴; Girini M.⁵

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1 2 3 4 5}

<maxi_085@hotmail.com>

RPD
589

INTRODUCCIÓN:

La PTI es la forma más frecuente de trombocitopenia en la infancia. La primaria se define como trombocitopenia inmune menor a $100 \times 10^9/L$ no asociada a causa reconocible. La secundaria se asocia a patología de base.

OBJETIVO:

Evaluar las causas secundarias de púrpura trombocitopénica inmune en pacientes menores de 1 año de vida.

Población: Paciente de 45 días de vida con púrpura trombocitopénica inmune

RESULTADOS:

Paciente femenina de 45 días de vida con antecedente de RCIU que presenta exantema petequeal generalizado, en piel y mucosas y equimosis en miembros inferiores, sin fiebre, visceromegalia, ni compromiso del estado general. Se constata trombocitopenia sin alteración en las otras series. Se diagnosticó PTI. Recibió gammaglobulina a 2 g/kg con excelente respuesta al tratamiento. Se realizaron estudios complementarios hallándose: en la ecografía cerebral calcificaciones periventriculares e imágenes ecogénicas lineales a nivel de núcleos de la base compatibles con vasculopatía lenticulo-estriada. La ecografía abdominal fue normal.

Se solicitaron serologías resultando positivas IgG e IgM para CMV, el resto negativas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el resumen de historia clínica de la internación.

CONCLUSIONES:

Su máxima incidencia ocurre entre el 2do y 6to año de vida, siendo su frecuencia en lactantes menores de aproximadamente el 4% en las grandes series.

Debe iniciarse búsqueda de causas secundarias en presentación en menores de un año o mayores de 8 años, o cuando se observan hallazgos semiológicos o de laboratorio que sugieran patología primaria.

El diagnóstico de PTI se realiza fundamentalmente por exclusión y deben descartarse otras causas de plaquetopenia. Si la plaquetopenia se acompaña de otras citopenias deberá realizarse una punción aspirativa de médula ósea (PAMO) y/o biopsia de médula ósea (BMO) de inicio.

En la PTI de reciente diagnóstico el tratamiento debería instaurarse en caso de recuento de plaquetas menor a 20000, sangrado activo o factores de riesgo de sangrado asociados. Las opciones terapéuticas se basan en terapia con gammaglobulina endovenosa o corticoide sistémico



HIPERTERMIA MALIGNA, A PROPÓSITO DE UN CASO EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES

De Carli M.¹; Gonzalez M.²; Suarez S.³; Cuevas A.⁴; Milano H.⁵; Arzamendia A.⁶; Chirino M.⁷; Macarron G.⁸; Baños S.⁹; Miguez R.¹⁰

CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<Esteladecarli@yahoo.com.ar>

RPD
592

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de hipertermia maligna es una enfermedad farmacogenética, potencialmente letal que afecta individuos genéticamente predispuestos. Se presenta como un síndrome hipercatabólico del músculo esquelético relacionado a la anestesia. La incidencia en Pediatría es de 1 cada 10.000 cirugías. Se puede instalar rápidamente en el intraoperatorio (asociado a succinilcolina) y generalmente grave, o en forma tardía hasta casi 24 horas (relacionado con agentes inhalatorios) y generalmente leve. Clínicamente se presenta con taquicardia, hipertermia, hipercapnia, acidosis, rigidez muscular, hiperpotasemia, fallo renal y arritmias. Sin tratamiento específico la mortalidad es del 80%.

OBJETIVOS:

Describir el caso de un paciente de 2 meses de edad que presenta episodio de hipertermia maligna tardía. Y respuesta casi inmediata al tratamiento específico con dantroleno sódico.

CASO CLÍNICO:

Lactante de 2 meses de edad que ingresa a quirófano central para cirugía programada (hernioplastia inguinal izquierda). La inducción anestésica se hizo con sevoflurano al 6% y fentanilo. Durante el procedimiento quirúrgico presenta aumento de PCO₂ 55-60 mmHg y taquicardia. Dicho

episodio se interpreta como cuadro broncoobstructivo atendiendo a los antecedentes personales de cuadro bronquial. Se realiza rescate con salbutamol inhalado, hidrocortisona IV y adrenalina S/C, presentando mejoría de los parámetros mencionados. Luego del procedimiento quirúrgico el niño presenta irritabilidad y taquicardia, luego rigidez muscular progresiva y fijeza de la mirada, taquipnea e hipertermia (38.5°C). Ingresa a UCIP, se constata temperatura corporal de 38°C, FC 160 lpm, FR 40 rpm, SatO₂ 94%. Se establece la sospecha diagnóstica de hipertermia maligna y se inicia tratamiento con dantroleno sódico IV. El cuadro clínico presenta remisión completa tras dos dosis de dantroleno, y se continúa en dosis de mantenimiento por tres días. Laboratorio: CPK 1.487 UI/L, CPK-Mb 87 UI/L, LDH 647 UI/L. EAB: 7.30/36.4/37.6/17.6/-7.9/65.8%. Egreso de UCIP en 72 horas. Luego de una semana de control clínico el niño es dado de alta con pautas de alarma. Buena evolución y resolución total del cuadro.

CONCLUSION:

Caso clínico de hipertermia maligna tardía y leve, aunque la taquicardia y la elevación de la ECO₂ intraoperatorias hace pensar en la forma temprana. Clínicamente se acompaña de los hallazgos característicos mencionados en la literatura, y presenta mejoría clínica casi inmediata con la administración del dantroleno vía IV.

EVALUACIÓN DE LA CADERA EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS: ¿CUAL ES EL MOMENTO OPORTUNO PARA SOLICITAR INTERCONSULTA CON TRAUMATOLOGÍA?

Palmucci C.¹; Medeor L.²; Caia M.³; Saenz J.⁴; Sastre G.⁵; Wasserman J.⁶

OSECAC^{1 2 3 4 5 6}

<cpalmucci@intramed.net>

RPD
593

INTRODUCCIÓN:

La displasia evolutiva es la anomalía neonatal de la cadera más frecuente y describe un rango de afectaciones que va desde la laxitud ligamentosa hasta la dislocación franca. La pesquisa de DEC debe realizarse mediante el examen físico por parte de personal avezado y considerar la existencia de factores de riesgo (antecedentes familiares o de presentación podálica). Por lo tanto, es prioritario considerar el momento oportuno para interconsultar con el ortopedista.

OBJETIVO:

Evaluar el motivo de la solicitud de interconsultas al ortopedista y determinar si las mismas fueron oportunas para el diagnóstico precoz de la DEC.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, de corte transversal. Criterios de inclusión: Niños de 0 a 2 años que fueron derivados para evaluación de las caderas, a Traumatología en C. Externos de CABA y GBA, entre enero y diciembre de 2014. Criterios de exclusión: niños en los que la displasia formaba parte de un sme genético.

RESULTADOS:

De 2334 consultas traumatológicas, se seleccionaron aquellas con motivo de consulta "evaluación de la cadera" (n=360). Diagnóstico de displasia evolutiva de caderas en 37 pacientes (10.27%). Variables: motivo de

Consulta: 87.5% control y 12.5 displasia; número de consultas: rango 1 a 13, 68% 1; edad al momento del diagnóstico: rango 15 días de vida y 18 meses (Me 6m) 75% entre 2 y 6 meses de vida; edad al momento de la 1° consulta al traumatólogo: rango 15 días de vida a 12 meses, (Me 4,5) en 72% la edad estaba entre los 2 y 6m; presencia de factores de riesgo, antecedentes familiares 2.7%, podálica 5.4%, ambas condiciones 2.7%, ningún factor 64%; solicitud de exámenes complementarios 16% solo ecografía; 40% solo radiografía y 43% ambos estudios; tratamiento requerido 21% arnés de Pavlik, 37% férula de Windell, 8% ambos tratamientos y luego cirugía, 5.4% corrección quirúrgica y el 18.9% control evolutivo; edad al inicio del tratamiento rango 20 días a 18 meses, (Me 6m) 62% inicio tratamiento entre los 2 y 6m.

CONCLUSIÓN:

Acoratar el tiempo hasta la interconsulta con el especialista, mejora el pronóstico del paciente al favorecer la instauración del tratamiento temprano. En nuestra revisión observamos que ante el paciente con clínica positiva, dudosa o la presencia de factores de riesgo, la recitación por el pediatra o el pedido de estudios como la ecografía, siendo esta operador dependiente, pueden retrasar el diagnóstico y así el tratamiento temprano de la patología.



CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD PERCIBIDA POR NIÑOS Y NIÑAS QUE PARTICIPAN EN SITUACIONES DE INTIMIDACIÓN ENTRE PARES: ¿COINCIDE CON LA DECLARACIÓN INDIRECTA DE SUS CUIDADORES?

**POB
594**

Opción a premio

Costabel M.¹; Serralunga M.²; Panizoni E.³; Jouglard E.⁴; Esandi M.⁵

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR^{1 2 3 4 5}

<macarena.costabel@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La intimidación entre pares es una situación a la que frecuentemente se ven expuestos los niños/as en el ámbito escolar, circunstancia que tiene efecto sobre la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS). Ante esta situación es importante indagar sobre la concordancia entre el autoreporte de los niños y la declaración indirecta de sus cuidadores. Objetivo: Comparar la CVRS percibida por niños/as que participan en situaciones de intimidación entre pares con la reportada indirectamente por sus cuidadores.

POBLACIÓN:

Niños/as de 8 a 12 años de escuelas estatales de Bahía Blanca.

MÉTODOS:

Estudio de corte transversal. La presencia de intimidación se evaluó con el cuestionario PRECONCIMEI y la CVRS mediante el instrumento KIDSCREEN-52. Se comparó el autoreporte con la referencia indirecta mediante la diferencia apareada delta= (CVRS niños – CVRS cuidadores), y esta variable se comparó entre niños que participan y no participan de situaciones de intimidación mediante la Prueba T para medias independientes. La concordancia se midió con la Correlación Intraclases (CCI).

RESULTADOS:

Se evaluaron 265 pares niño/a-cuidador. Tanto para los niños/as que participan como para los que no participan, la concordancia entre reportes es positiva aunque baja (CCI<40) en todas las dimensiones de la CVRS. Al comparar el delta entre ambos grupos, se detectaron diferencias significativas en seis de diez dimensiones, indicando siempre menores valores en el autoreporte de los niños que participan. En "Aceptación social", el sentido de la discrepancia se invierte entre grupos, con una sobrevaloración de los cuidadores en niños que participan. Las discrepancias entre reportes son mayores para valores de CVRS intermedios; los niños con valores altos de CVRS presentan mejores valores en el autoreporte, mientras que en los de valores bajos, ocurre lo contrario. Este fenómeno se agudiza en los niños que participan en intimidación.

CONCLUSIONES:

La concordancia entre reportes es baja en ambos grupos. Los niños/as que participan en situaciones de intimidación refieren una peor percepción de su CVRS que la de sus cuidadores, lo que implica que estos últimos no visualicen la situación de sus niños, sobrevalorando su calidad de vida.

HIPERTENSION VASCULORENAL EN EL ADOLESCENTE A PROPOSITO DE UN CASO

**RPD
595**

Indulski N.¹; De La Ossa M.²; Rojo G.³; Fernie L.⁴

HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES^{1 2 3 4}

<nati.indulski@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Si bien sabemos la importancia de registrar la tensión arterial (TA) en el control del niño sano, la dinámica de la consulta pediátrica diaria ha cambiado, llevando al pediatra en muchas ocasiones a quitarle relevancia a dicha medición.

OBJETIVO:

Tomar conciencia de medir la TA en la consulta ambulatoria para lograr diagnósticos tempranos y evitar daño en órgano blanco.

Población: Paciente masculino de 13 años sin antecedentes personales patológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo de adolescente que consulta a servicio de urgencias por epigastralgia, vómitos y cefalea crónica leve que presentó en domicilio registro aislado TA 180/100, con antecedentes familiares de HTA.

RESULTADOS:

Se inicia tratamiento farmacológico para HTA, sin mejoría. Se realizan estudios complementarios diagnosticándose estenosis de ambas arterias renales con compromiso de la función renal, hipertrofia de ventrículo izquierdo, estrechamiento arteriolar en fondo de ojo y aneurismas cerebrales. Se colocan stents en ambas arterias renales. Dada la cronicidad de su enfermedad se realiza impedancia arterial periférica que demostró una distensibilidad muy disminuida para su edad haciéndose más dificultoso el tratamiento farmacológico. Por recibir medicación antiagregante se realizó tratamiento endovascular del aneurisma cerebral de mayor riesgo. Actualmente se encuentra en seguimiento por cardiología y neurocirugía.

CONCLUSIONES:

La determinación de la TA a partir de los 3 años en la consulta de niño sano, permite detectar casos de HTA asintomática, permitiéndonos realizar diagnósticos tempranos evitando complicaciones posteriores.



SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO

Maiolo L.¹; Beaudoin M.²; Baldassarre L.³; Hernandez R.⁴; Calleri B.⁵; De Lillo L.⁶; Fretes N.⁷; Gonzalez A.⁸

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

<luciamaiolo@gmail.com>

POB
596

INTRODUCCION

Síndrome febril prolongado se define por la presencia de fiebre de 8 días de evolución sin datos en el estudio inicial que permitan su diagnóstico etiológico. La principal causa corresponde a entidades infecciosas, dentro de estas se trata en su mayoría de enfermedades frecuentes de presentación atípica. Siguen en frecuencia las enfermedades reumatológicas, inmunológicas y oncohematológicas. Un porcentaje permanecerá sin diagnóstico y evolucionará a la resolución espontánea. Existe un grupo de pacientes que en la evolución alejada presentará signos y síntomas que permitirán alcanzar un diagnóstico.

OBJETIVO

Describir las etapas diagnósticas y la importancia del seguimiento de esta entidad para arribar al diagnóstico etiológico

CASO CLINICO

Niña de 5 años y 10 meses, sin antecedentes patológicos, consulta a guardia por registros febriles de 9 días de evolución sin otros síntomas acompañantes. Se solicita hemograma y orina completa (resultados dentro de valores normales), se cita a control ambulatorio en el cual se realiza ecografía abdominal y radiografía de tórax ambas sin particularidades. Niña persiste con registros febriles. Se decide su internación para

profundizar los estudios. Al examen físico no presentó datos relevantes durante toda la internación; en una primer etapa se realizaron laboratorios (hemograma, hepatograma, proteinograma, PPD, urocultivo y hemocultivos) presentando como único dato alterado eritrosedimentación globular de 70 mm/1^oh. La niña persiste con registros febriles diariamente. Se continua estudio solicitando serologías y perfil reumatológico (resultados dentro de valores de referencia); posteriormente se realiza tomografía toraco-abdominal y centellograma óseo corporal total que se informan sin imágenes patológicas. Por persistencia de fiebre se decidió realizar punción aspiración de médula ósea, la misma mostró resultados normales. Se decidió continuar evaluación ambulatoria, durante la cual presentó signos y síntomas compatibles con enfermedad reumatológica, realizándose posteriormente diagnóstico de artritis idiopática juvenil.

CONCLUSION

La evaluación por etapas de complejidad creciente permite investigar en principio patologías frecuentes para descartar posteriormente las de mayor gravedad. Es importante ante la ausencia de indicios en los exámenes complementarios asegurar un seguimiento clínico sostenido para, como en el caso de nuestra paciente, arribar al diagnóstico de manera precoz.

EPIESCLERITIS, HIPOACUSIA Y FOTOFobia, PRESENTACIÓN DE CASO

Indulski N.¹; Rojo G.²; Fernie L.³

HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES^{1 2 3}

<nati.indulski@gmail.com>

RPD
597

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes que presentan múltiples signos y síntomas sin aparentar origen común nos enfrentan al desafío de realizar un exhaustivo análisis clínico. En este contexto es importante pensar diagnósticos unicistas para brindar mejor tratamiento.

OBJETIVO:

Caso clínico: paciente crónicamente enfermo que ingresó con diagnóstico de enfermedad infecciosa, recibió tratamiento sin mejoría por lo que se plantea diagnóstico de enfermedad autoinmune.

POBLACIÓN

Varón 20 meses derivado en 2014 por absceso septal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo. Evaluación multidisciplinaria, estudios complementarios.

RESULTADOS:

Antecedentes: hipoacusia neurosensorial a los 15 meses con OEA normales al nacimiento, conjuntivitis seca persistente, fotofobia, pérdida de lenguaje y sin deambulación para la edad. A los 20 meses ingresa por presentar edema del puente nasal. Se constata hiperleucocitosis, anemia y VSG elevada. En TAC se descarta absceso. Es reevaluado de forma multidisciplinaria. Se diagnostica queratoconjuntivitis con epies-

cleritis. Se asume pérdida del lenguaje secundario a hipoacusia. Se explica la falta de deambulación por afectación de aparato vestibular. Por persistencia de los valores de inflamación en laboratorio a pesar de recibir tratamiento ATB se diagnostica vasculitis de origen autoinmune, siendo el cuadro compatible con síndrome de Cogan. Inicia tratamiento con pulsos de corticoides endovenosos seguidos por terapia de mantenimiento oral. 48 horas luego de tratamiento los síntomas y laboratorio mejoran notablemente.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Cogan es una enfermedad autoinmune que afecta al ojo causando queratitis intersticial y sistema audiovestibular produciendo vértigo y pérdida de la audición, a pesar de que no hay casos publicados en pediatría con tan corta edad al diagnóstico nuestro paciente cumple con los criterios. Al día de la fecha presenta implante coclear con audición y lenguaje en desarrollo, deambula. Por la posibilidad de ser una enfermedad autoinflamatoria, continúa en seguimiento por reumatología con diagnóstico genético pendiente a realizarse en el exterior. Debido a la variabilidad de los síntomas y la falta de estudios de laboratorio específicos, el diagnóstico es un desafío. Es trabajo del pediatra pensar en enfermedades de baja prevalencia al enfrentarse con este tipo de pacientes.



UTILIDAD DE UNA HERRAMIENTA PARA PREVEER FIN DE VIDA

Gomez K.¹; Yazde Puleio M.²; Majdalani A.³

HOSPITAL PEDRO ELIZALDE^{1,2,3}

<vigomez@intramed.net>

RPD
600

INTRODUCCIÓN

Según la definición de la OMS, los Cuidados Paliativos consisten en el cuidado total activo del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, y apoyo a la familia durante la enfermedad y duelo.

Reconocer la transición hacia el cuidado de fin de vida es difícil, lograrlo facilita la elaboración del plan de cuidado. La Guía Indicadora de Pronóstico GSF propone al equipo tratante el planteo de una pregunta sorpresa "¿Ud se sorprendería si el paciente falleciera en los próximos días, semanas o meses?", en base a ésta, luego evalúa factores generales como específicos de deterioro.

OBJETIVOS

Establecer la utilidad de la Guía Indicadora de Pronóstico GSF para facilitar la planificación de cuidados de fin de vida, en base a un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 16 años, con diagnóstico de osteosarcoma de fémur derecho con metástasis pulmonar, que finalizó tratamiento oncoespecífico. En seguimiento por el Equipo de Cuidados Paliativos desde el diagnóstico, las necesidades identificadas en esta etapa de la enfermedad fueron el

alivio de síntomas y el deseo de permanecer sus últimos días de vida en su casa. Los síntomas físicos principales fueron dolor torácico y disnea. Como problema detectamos que las condiciones socio-económicas dificultaban el cuidado en el hogar, esto generó un conflicto entre la autonomía de la paciente, sus necesidades y recursos para el cuidado; la asistencia a los controles fue irregular.

Utilizamos la pregunta sorpresa para guiar el trabajo: la paciente podía fallecer según nuestra evaluación en las próximas semanas, presentaba signos clínicos de deterioro franco y síntomas que se volvieron refractarios. Respetamos su autonomía hasta que primo el principio de no maleficencia, la paciente ingresa por dolor y disnea en últimos días de vida. La Guía Indicadora de Pronóstico nos sirvió para adecuar el cuidado de fin de vida, alertando a cada profesional interviniente del equipo sobre la atención de las necesidades de la paciente y su familia.

CONCLUSIÓN

La Guía Indicadora de Pronóstico GSF es una herramienta útil para detectar pacientes que requieren cuidados paliativos, faltan investigaciones nacionales para validar su uso.

TUBERCULOSIS ABDOMINAL EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Giacardi E.¹; Huang E.²; Schiavino S.³; Greiner L.⁴; Aguilar A.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5}

<erigiaccardi@hotmail.com>

RPD
601

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública en nuestro país. El compromiso abdominal es infrecuente en pediatría. Sus signos y síntomas suelen ser inespecíficos y simulan gran variedad de afecciones gastroenterológicas. El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno permiten una buena evolución clínica sin complicaciones a largo plazo.

OBJETIVO:

Describir un paciente con Tuberculosis abdominal.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Niño de 8 años, previamente sano, consulta por diarrea de 3 meses de evolución asociada a pérdida de peso, registros febriles aislados y sudoración nocturna. Su padre y abuelo fueron diagnosticados con tuberculosis. Se realizó catastro familiar (negativo) pero el paciente no realizó quimioprofilaxis. Se encontraba pálido, asténico, con abdomen distendido y doloroso. Presentaba deposiciones pastosas y fétidas. Laboratorio: anemia, fórmula leucocitaria con predominio neutrofilico y aumento de reactantes de fase aguda. TAC abdominal: engrosamiento de las paredes del colon derecho alcanzando el ciego y del íleon terminal, adenopatías mesentéricas. Estudios funcionales de materia fecal eviden-

cian malabsorción. TAC de tórax: infiltrado tipo acinar en ambos lóbulos superiores (signo del "árbol en brote"), bronquios ligeramente dilatados. PPD no reactiva. PCR y cultivo para TBC en esputo, positivos. Se arriba así al diagnóstico de TBC abdominal. Se instaura tratamiento antituberculoso. Evoluciona favorablemente, con cese de la diarrea y aumento de peso. DISCUSIÓN: La tuberculosis continúa siendo una enfermedad prevalente en nuestro medio. Sin embargo el compromiso abdominal es infrecuente en pediatría y su forma de presentación solapada e inespecífica. Entre los signos y síntomas más frecuentes se encuentran la fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna, dolor abdominal y diarrea. Los métodos diagnósticos más relevantes incluyen técnicas por imágenes como la TAC abdominal y el rescate del germen mediante cultivo y/o PCR. Si se instaura un tratamiento precoz y adecuado la evolución suele ser hacia la curación.

CONCLUSIÓN:

La tuberculosis abdominal debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes que presentan síntomas gastrointestinales crónicos e inespecíficos, en especial cuando exista antecedente familiar de un conviviente enfermo. El alto índice de sospecha del pediatra es clave para la instauración de un tratamiento oportuno que permita la curación del niño.



INTIMIDACIÓN ESCOLAR: PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADORES Y CONCORDANCIA EN LA COMUNICACIÓN CON SUS NIÑOS Y NIÑAS

**POB
604**

Scherñuk J.¹; Costabel M.²; Del Valle J.³; Duran L.⁴; Panizoni E.⁵; Esandi M.⁶; Jouglard E.⁷; Serralunga M.⁸

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<jordanceferino@hotmail.com>

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

La intimidación solo se manifiesta bajo la superficie de las relaciones observables en la escuela, oculta casi siempre para los adultos.

OBJETIVO:

Describir la percepción de los cuidadores respecto a la intimidación en las escuelas a las que concurren sus niños/as, y analizar la concordancia entre ellos y sus niños/as en relación a la participación en intimidación escolar y la comunicación de estas situaciones.

Población: niños/as de 8-12 años de edad de cinco escuelas estatales primarias de Bahía Blanca y sus cuidadores (padre, madre o responsable). Se incluyeron a niños/as que asintieron participar y cuyos cuidadores autorizaron su participación (por consentimiento informado). Las escuelas fueron seleccionadas por la autoridad del distrito escolar.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de corte transversal (Mayo-Junio 2014). Se empleó el cuestionario autoadministrado PRECONCIMEI en sus versiones para niños/as y cuidadores. Se realizó un análisis univariado estimando los porcentajes de respuesta para cada pregunta, un análisis bivariado con tablas de clasificación cruzada, que permiten calcular los porcentajes de acuerdo y desacuerdo. Se calculó el índice Kappa para estimar concordancia, eliminando la respuesta neutra. Se usó como significativo un valor $P < 0.05$. El análisis se realizó con el software SPSS 15 para Windows.

RESULTADOS

Participaron 529 (45%) parejas niño/a-cuidador de 1176 contactadas. El 35% de los cuidadores refirió que en la escuela a la que concurren sus hijos existe este problema. Consultados los niños/as, 133 (25%) manifestaron participar en estas situaciones: 70 (13%) como víctima; 40 (8%) agresor y 23 (4%) víctima-agresor. De los 40 cuidadores del grupo "agresor", 32 (78%) estuvieron de acuerdo en que "su hijo/a nunca participaría en actos de intimidación". Respecto a la comunicación, el 65% (149/229) de los cuidadores cree que si su niño/a sufriera un problema de intimidación en la escuela se lo contaría; sin embargo solo un 67% de los/as niños/as refiere que "se lo contaría a su familia". Se obtuvo una concordancia del 59% (149/253), con un Kappa de -0.04, indicativo de una concordancia menor que la esperada por azar.

CONCLUSIONES:

Se halló discordancia entre los niños/as y sus cuidadores en relación a la frecuencia y comunicación de situaciones de intimidación. Un bajo porcentaje de cuidadores cuyos niños/as refirieron participar en situaciones de intimidación consideraron que ésta situación podría ocurrir.

TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

**RPD
605**

Ordano G.¹; Alzugaray M.²; Rossi N.³; Israilevich A.⁴; Redondo F.⁵

SANATORIO MAYO^{1 2 3 4 5}

<georgina.ordano@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La trombosis de los senos venosos (TSV) es una de las complicaciones que puede derivarse de los procesos infecciosos en el oído medio. Se produce por extensión de la infección del oído medio a cualquiera de los senos venosos del cráneo, siendo el seno lateral (seno sigmoideo), el más frecuentemente afectado.

OBJETIVO:

Describir un caso clínico atendido en Sanatorio Mayo en Agosto de 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de una historia clínica

CASO CLÍNICO:

Niño de 7 años, sin antecedentes de jerarquía, que presenta cuadro clínico caracterizado por dolor retroocular continuo, vómitos gástricos, cefalea frontooccipital y decaimiento general de 48 hs de evolución. Con infección respiratoria de vía aérea superior 7 días antes. Hemodinámicamente compensado a su ingreso, con otitis media supurada, se realizan

TAC de cráneo sin hallazgos patológicos. El LCR fue normal. Presenta leucocitosis con neutrofilia y PCR 46.7 mg/l Se indicó ceftriaxona (100 mg/kg/día) Hemocultivos negativos. Debido a persistir la sintomatología se realiza Angio - RNM cerebral: "se observa trombo oclusivo subagudo que involucra seno transversal, sigmoideo y tercio proximal de vena yugular interna derecha, sinusopatía esfenomaxilar bilateral y secreciones en celda mastoidea derecha (mastoiditis)". Se trata con clindamicina, ceftriaxona, enoxaparina, acenocumarol. Buena evolución clínica.

DISCUSIÓN: La TSV es la presencia de un trombo en el lumen del seno lateral. El cuadro clínico habitual consiste en cefalea frontooccipital, otalgia, náuseas, vómitos, diplopia, disminución de la agudeza visual y fiebre. La Angio-RMN venosa es el método más sensible.

CONCLUSION:

Este caso hace referencia a la importancia del diagnóstico precoz y el manejo adecuado de la OMA para disminuir drásticamente la incidencia de esta complicación en la actualidad.



MASTOIDITIS

Bassani J.¹; Battista M.²; Marc R.³; Almeida M.⁴; Ensinn G.⁵; Cabeza M.⁶

SANATORIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL "ROSENDO GARCÍA" - ROSARIO^{1 2 3 4 5 6}

<juliebassani@yahoo.com.ar>

RPD
607

RESUMEN:

La mastoiditis es una infección caracterizada por ocupación de las celdillas mastoideas secundaria a complicación supurativa de otitis media aguda (OMA) y/o otitis media crónica (OmCr). Los microorganismos involucrados son: Neumococo, Haemophilus Influenza B (Hib), Streptococcus Pyogenes, Staphylococcus Aureus; y en la crónica, Pseudomona Aeruginosa, E. Coli- Proteus, Hib y Micobacterium Tuberculosis.

OBJETIVOS:

Destacar la importancia de esta entidad por su gravedad, a pesar de su baja frecuencia.

CUADRO CLÍNICO:

Paciente de 3 años, RNPTPAEG, completamente inmunizado. NEO (5/10 al 13/10/11) SDR (O2 por halo 4d), SSCN tratada con ampicilina/gentamicina (7d), ictericia (LMT 2d). BQL 6m. BOR 3 episodios.

Cuadro de 13 días de evolución que inicia con registros febriles de jerarquía yotalgia más secreción serosa de oído izquierdo, asumiéndose el cuadro como OMA. Se implementa tratamiento con Amoxicilina-ácido clavulánico 80 mg/kg/d (completa 5 días) y por desmejoría clínica se rota a Cefalexina (se desconoce dosis) que realiza por 48 hs.

Luego de cinco días, recomienza con otalgia izquierda intensa más eritema y abombamiento retroauricular homolateral con desplazamiento del pabellón auricular hacia adelante. Consulta en guardia, donde solicitan laboratorio (leucocitosis con neutrofilia), TAC de cráneo con diagnóstico de celulitis, mastoiditis y probable colesteatoma y se deriva a nuestra institución donde previa toma de HCx2 (negativos), median con Ceftriaxona 80mg/kg/d.

Se realizó IC con Infectología quien indica continuar con igual tratamiento y TAC de control que muestra posible osteomielitis asociada, descartándose colesteatoma.

Por buena evolución clínica se rota en día 13 de antibioticoterapia EV, a Amoxicilina/amoxicilina+ácido-clavulánico 80mg/kg/d a completar 30 días totales. Se otorga alta sanatorial con controles por servicio de Infectología y ORL.

CONCLUSIÓN:

Se pretende destacar la importancia de la sospecha clínica cuando un cuadro de mastoiditis no resuelve con tratamiento habitual; ya que en algunos casos son de resolución médico-quirúrgica.

El seguimiento con ORL para prevenir posibles complicaciones auditivas.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO SISTÉMICA EN HUÉSPED INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Guedilla M.¹; Rapetti Salik G.²; Ramia Damario M.³; Iriarte V.⁴

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL^{1 2 3 4}

<bguedilla@hotmail.com>

RPD
608

INTRODUCCIÓN:

La Enfermedad por Arañazo de Gato (EAG), causada por Bartonella Henselae (BH), produce frecuentemente una infección benigna, con linfadenitis regional subaguda, aunque puede ocasionar síntomas sistémicos como encefalitis, osteomielitis, artritis, hepatitis, en el 5% a 10% de los casos. Afecta principalmente a niños y adultos jóvenes, siendo los gatos cachorros el principal reservorio. El uso de antibióticos en la EAG en huésped inmunocompetente es controvertido, estando claramente indicados en formas atípicas, compromiso sistémico y en inmunocomprometidos.

OBJETIVO:

Describir la presentación de la EAG en huésped inmunocompetente, a fin de considerarla como diagnóstico diferencial en niños con adenopatías y síndrome febril prolongado (SFP).

POBLACIÓN:

Se presenta el caso de un niño de 5 años, sin antecedentes patológicos, procedente de Salta Capital. Se interna por fiebre de 4 semanas de evolución, decaimiento, anorexia y pérdida de peso. Examen físico con adenopatía submaxilar derecha de 3 cm, móvil, no dolorosa. Examen cardiovascular, respiratorio, neurológico y abdominal normal. Hemograma con leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados. Ecografía submaxilar: conglomerado de adenopatías de aspecto inflamatorio.

Hemocultivos, directo y cultivo para BAAR de esputo, negativos. PPD negativa. VDRL, VIH, Huddleson, CMV, VEB, VHC, Chagas, Toxoplasmosis, negativos. Ecografía abdominal: múltiples formaciones nodulares hipoecogénicas en hígado. Frotis de sangre periférica normal. Biopsia de ganglio submaxilar con cultivo, micológico y BAAR negativos, anatomía patológica: hiperplasia folicular reactiva. En reinterrogatorio se rescata antecedente de contacto con gato por lo que se solicitó serología para BH: IgG 1/160, IgM 1/64 por lo que inició tratamiento con Azitromicina.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó estudio descriptivo, retrospectivo, reporte de caso, de un paciente identificado en diciembre de 2014, en el Hospital Público Materno Infantil de Salta. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica con previo consentimiento informado. Se reservó la confidencialidad del paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Paciente con evolución favorable, cumplió tratamiento con Azitromicina con remisión completa de la sintomatología. Es importante considerar a la EAG en el diagnóstico diferencial de pacientes con SFP y adenopatías, para la detección rápida, evitando métodos de diagnóstico que prolonguen la internación innecesariamente.

**INFECCIÓN INVASIVA POR SAMR-CO RESISTENTE A CLINDAMICINA A PROPÓSITO DE UN CASO**RPD
609*Díaz J.¹; Abalos M.²; Russo V.³; Colombo E.⁴; Lugo S.⁵; Conti R.⁶; Albornoz V.⁷; Montellanos Jaramillo M.⁸; Ibarra V.⁹; Herrero R.¹⁰; Kamuda M.¹¹; Das Neves I.¹²; Madeo D.¹³; Muruchi Gonzalez F.¹⁴; Troncoso Challa E.¹⁵; Heinzen V.¹⁶; Peñarrieta Albornoz A.¹⁷*HIGA PAROISSIEN^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17}

<joha_d@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El staphylococcus aureus es un germen que produce una variedad de infecciones. La sepsis es su expresión más grave. Un 40-60% de los SA de la comunidad son resistentes a meticilina y β-lactámicos. La artritis séptica es una infección aguda, en general monoarticular que suele tener como antecedente un traumatismo previo, afecta más de una articulación si la infección es de origen hematógeno. La osteomielitis aguda en general es de origen hematógena. Ambas entidades comparten agentes etiológicos que varían según la edad. El germen más frecuente en niños mayores de 5 años es el SA.

DESCRIPCIÓN:

Paciente masculino de 7 años de edad con antecedente de traumatismo en rodilla con yeso bota entera por fractura en miembro inferior derecho, consulta a guardia por fiebre, rash cutáneo, dolor en ambos miembros inferiores, edema en pie izquierdo y se constata al abrir yeso importante tumefacción y dolor en rodilla derecha, a la que se paliza punción articular. Se interna ante la sospecha de artritis séptica, se toman HMCx2, se medica con clindamicina y las 48hs se realiza toilette de la rodilla derecha y pie izquierdo. Con HMCx2 positivos y cultivo de material positivo para SAMR resistente a clindamicina. Se rota la medicación a rifampicina + vancomi-

cina. Sin presencia de afectación de otros sistemas. Reingresa a quirófano para nuevo drenaje y luego de una semana de internación comienza con picos febriles y comienza súbitamente con dificultad respiratoria, se constata neumotórax y se deriva centro de mayor complejidad donde se coloca tubo de avenamiento pleural y continúa con igual esquema antibiótico, y tras exámenes complementarios (RM y centellografía) se constata osteoartritis de rodilla y osteomielitis de tibia derecha y fémur derecho y osteomielitis de tibia izquierda. Presenta buena evolución clínica, con descenso de reactantes de fase aguda.

CONCLUSIÓN:

Actualmente es un desafío el tratamiento antibiótico inicia ante la sospecha de artritis séptica, ya que nos encontramos ante gérmenes cada vez más agresivos y resistentes a la antibióticoterapia habitual. En este caso nos encontramos ante un SAMR-CO resistente a la clindamicina de curso muy agresivo. Si bien es poco habitual en nuestra población de trabajo, nos genera un interrogante sobre el manejo inicial de las infecciones osteoarticulares.

SINDROME DE RAMSAY HUNT: REPORTE DE UN CASO EN UN PACIENTE DE TRECE AÑOS INTERNADO EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMESRPD
610*De Carli D.¹; Lovrics C.²; Firpo M.³; Parenza P.⁴; Checcacci E.⁵*CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES^{1 2 3 4 5}

<norbertodecarli@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

El Sme. de Ramsay Hunt se produce por la reactivación del virus Varicela Zoster en el ganglio Genuculado, produciendo un cuadro de VESÍCULAS, RADICULOPATÍAS Y GANGLIONITIS, localizadas. Es una patología de rara observación en pediatría y se manifiesta por Parálisis Facial Periférica, Erupción Vesiculosa en el Pabellón Auricular o Mucosa Bucal y Otagia y a veces Compromiso Vestibular. La historia clínica y el examen neurológico, son la base del diagnóstico.

OBJETIVOS:

Saber reconocer una patología que muchas veces no se diagnostica y que de no tratarse a tiempo, puede dejar secuelas permanentes.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 13 años, sexo masculino que comenzó con dolor y eritema en pabellón auricular izquierdo, agregándose a las 48 hs, debilidad en hemicara homolateral (Parálisis Facial Periférica). El cuadro persistió durante 6 días, durante los cuales consultó reiteradas veces en distintos centros de salud, donde asumieron las lesiones, como secundarias a celulitis, indicando tratamiento antibiótico. Sin respuesta a dicho tratamiento, se decidió su internación en la Clínica del Niño de Quilmes el 10 de abril de 2015.

Al examen físico se observó un paciente afebril, con el pabellón auricular izquierdo eritematoso y edematizado, cubierto de lesiones vesiculares de diverso tamaño y doloroso a la movilización.

Se observó también una asimetría facial con borramiento del pliegue nasogeniano izquierdo, cierre palpebral incompleto e incapacidad de inflar completamente la mejilla homolateral, que en conjunto se asume como Parálisis Facial Periférica izquierda, que en asociación con las lesiones vesiculares en el pabellón auricular, se interpretó como Síndrome de Ramsay Hunt (Herpes Zóster Ótico). Se efectuó raspado de las lesiones para comprobar vacuolización celular por efecto citopático del virus. Se indicó tratamiento con Aciclovir y rehabilitación kinesiológica. Al mes de evolución, el niño se encuentra en franca recuperación, persistiendo aún, leve paresia del facial infe

CONCLUSIÓN:

Se trata de una patología prevalente en la edad adulta, razón por la cual en los niños muchas veces se pasa por alto, sin llegar al diagnóstico temprano.

A pesar de dicha rareza en edades pediátricas; existen casos, que deben ser tomados en cuenta y diagnosticados, a fin de impartir el tratamiento a tiempo y evitar secuelas permanentes.

Un trabajo multidisciplinario entre neurología, kinesiológica y pediatría, evita las secuelas o las disminuye.



ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (APLV). FACTORES AMBIENTALES PROBABLES FACILITADORES DEL DESARROLLO DEL CUADRO DE ALERGIA

POB
611

Díaz Sotelo M.¹; Valenzuela Vera M.²; Bayle C.³; Nivela V.⁴; Convertini G.⁵; Mariano S.⁶; Sosa P.⁷; Toca M.⁸; Morise S.⁹

HOSPITAL POSADAS^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<mldiazs@gmail.com>

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

Los avances científicos han permitido conocer los probables factores genéticos, inmunológicos, y ambientales, implicados en la etiopatogenia de la APLV. Diversas investigaciones plantean la búsqueda de estrategias preventivas encaminadas a reducir el riesgo de desarrollar APLV, a través de la lactancia materna, y de una microbiota saludable.

OBJETIVOS:

Comparar factores ambientales: Parto, alimentación, internación neonatal, tratamientos antiácidos y/o ATB e infecciones intestinales, en dos poblaciones pediátricas, una con APLV confirmada y otra sin APLV.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo descriptivo. Se analizaron en 309 historias clínicas de niños atendidos en servicio de pediatría del Hospital Nacional A. Posadas. Grupo 1 Niños con diagnóstico de APLV, confirmado por enfrentamiento, del consultorio de gastroenterología pediátrica. Grupo 2 Niños sin APLV del consultorio de salud infantil. Se analizaron variables: Modo de parto, internación neonatal (TIN), alimentación, tratamientos previos con antibióticos (ATB) y/o antiácidos, infecciones gastrointestinales, en el primer año de la vida. Se utilizaron Test de Chi-cuadrado y Mann-Whitney. Se consideró significativa $p < 0.05$.

RESULTADOS:

Grupo1 con APLV n= 182 Masc: 54,4%.

Grupo2 controles n= 127 Masc: 42,5%

	Cesárea	Pecho Exclusivo	Formula	Formula Pecho	TIN	ATB	Gastroenteritis
Grupo1	53,3%	44%	43,4%	12,6%	18,1%	15,9%	23,1%
Grupo2	33,1%	61,4%	4,7%	33,9%	18,1%	34,6%	25,2%
	$p < 0.001$	$p < 0.001$	$p < 0.001$	$p < 0.001$	NS	$p < 0.001$	NS

Los niños con APLV nacieron en el 53,3% por cesárea ($p < 0.001$). ODS ratio: 2,310 (IC 95%:1,443-3,697). Sólo se alimentaron con pecho el 56,6%, en forma exclusiva el 44%, con diferencias significativas ($p < 0.001$) con los niños sin APLV. Los niños sin APLV tuvieron en forma significativa mayor número de tratamiento ATB 34,6%, y con diferencia NS de internación neonatal y cuadros de gastroenteritis.

CONCLUSIONES:

En esta población estudiada, el nacer por cesárea duplicó la posibilidad de tener APLV. Los niños con APLV abandonaron la lactancia materna en forma significativa. Ambos factores pueden ser predisponentes del cuadro de APLV. Los niños sin APLV tuvieron un significativo antecedente de tratamiento ATB ($p < 0.001$) en los primeros meses de vida, sin embargo no presentaron cuadros de APLV como era esperable. La lactancia materna en el 95,3% de estos niños podría haber actuado como factor de protección.

MENINGITIS TUBERCULOSA: UN DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

RPD
612

Dittler M.¹; Giampieri M.²; López M.³

HOSPITAL SOR MARIA LUDOVICA LA PLATA BUENOS AIRES^{1 2 3}

<mercedesdit@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La meningitis tuberculosa es una emergencia médica que requiere tratamiento urgente. El diagnóstico etiológico no es simple pero la intervención médica oportuna reduce contundentemente la mortalidad y morbilidad

OBJETIVO:

Presentar dos casos clínicos en los cuales se sospechó meningitis tuberculosa, debatir la importancia del tratamiento temprano y revisar las recomendaciones actuales

CASO 1:

Niño de 12 años con cefalea y vómitos de 7 días de evolución. Tomografía encéfálica: hidrocefalia. Se coloca VDVP la cual se recambia por disfunción. A los 10 meses presenta convulsión focal, deterioro del sensorio y paresia braquio-crural derecha. RNM: imágenes hiperintensas peri-ventriculares bilaterales y quísticas en hemisferio cerebeloso y lóbulo temporal derechos. Paquimeningitis. LCR: Proteínas: 6.25 g/l resto normal; cultivo de LCR (-), PPD (-). Radiografía de tórax: normal. Inicia tratamiento con Isonidazida, Rifampicina, Pirazinamida. Informe anatómo-patológico de biopsia meníngea: oligodendroglioma con gliomatosis cerebri, suspendiendo el tratamiento.

CASO 2:

Niño de 18 meses de edad presenta convulsión focal aislada. A la semana comienza con fiebre. Se diagnostica neumonía e inicia tratamiento con Amoxicilina. Persiste febril 3 semanas y agrega vómitos con alteración del sensorio. TC encéfalo: hidrocefalia LCR: 20 cm H₂O, glucosa: 0.68 (glucemia 165); Proteínas: 0,70 g/l; células: 2 /mm³. Cultivo de LCR (-). PPD (-). Rx de tórax: normal. Baciloscopia (-). Agrega hemiparesia braquiocrural derecha. Se coloca VDVP que requiere recambio valvular. Continúa con síndrome de hipertensión endocraneana y Síndrome febril prolongado (sin cambios en TC y LCR), recibiendo sucesivos esquemas antimicrobianos amplio espectro. Comienza con convulsiones focales refractarias al tratamiento hasta estatus convulsivo. Se recibe informe de cultivo de LCR: + Micobacterium

CONCLUSIONES:

en etapas tempranas de la MTB las manifestaciones clínicas son inespecíficas. Su detección en etapas más tardías ensombrece el pronóstico, por lo cual, en nuestro medio, ante la presunción de MTB debe iniciarse tempranamente el tratamiento, antes de cualquier confirmación microbiológica. La tisis es difícil de diagnosticar y fácil de tratar en sus primeras fases, mientras que resulta fácil de diagnosticar y difícil de tratar en su etapa final. 60-70 a. C., Tito Lucrecio Caro, filósofo romano.



ENFERMEDAD DE KAWASAKI ATÍPICA

Bauer V.¹; Canaparo F.²; Schvarstein T.³; Balduzzi M.⁴; Bruno M.⁵; Del Rio L.⁶; Irigoyen B.⁷; Rios H.⁸; Rodríguez L.⁹; Perez Marc G.¹⁰; Gaivironsky R.¹¹

HOSPITAL MILITAR CENTRAL^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}

<veritobauer@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis multisistémica que afecta predominantemente vasos de mediano y pequeño calibre. Es un proceso inflamatorio agudo y autolimitado, pero es la principal causa de cardiopatía adquirida durante la infancia. Se presenta como síndrome febril de más de 5 días de evolución, acompañado de adenopatías y alteraciones mucocutáneas. Cuando la enfermedad se presenta de manera incompleta (menos de 4 de los 5 criterios diagnósticos) o en forma atípica (manifestaciones infrecuentes), se corre el riesgo de subestimar el diagnóstico.

OBJETIVOS:

Sospechar EK en aquellos pacientes con síndrome febril prolongado que no cumplen con los criterios clásicos y/o presentan manifestaciones atípicas de esta enfermedad. Evitar el retraso en el diagnóstico y tratamiento para mejorar su morbimortalidad

CASO CLÍNICO:

Niño de 5 años, previamente sano, que presenta síndrome febril de 7 días de evolución, asociado a lengua aframbuesada, queilitis, leve edema

pretibial y dolor abdominal. Se realiza laboratorio, que evidencia GB 23.000/mm³, plaquetas 687.000/mm³ y PCR de 10,7. Serologías para toxoplasmosis, CMV, HIV, EBV, HBV, HCV negativas. A las pocas horas de su internación se observa edema bpalpebral, asociado a hipoalbuminemia (1,3 g/dL) y proteinuria en rango nefrótico (3g/L). Se plantea diagnóstico diferencial entre síndrome nefrótico y EK. Se solicita ecografía doppler renal, que informa: aumento de tamaño de ambos riñones, con aumento de la resistencia intrarrenal, sin estenosis de arterias renales. Por clínica y estudios complementarios se sospecha EK atípica con compromiso renal y se indica tratamiento con gammaglobulina EV y ácido acetilsalicílico. Se observa franca mejoría del edema, con disminución de la proteinuria (0,06g/L). Al 7º día de su internación se constata descamación periungueal de manos y pies.

CONCLUSIÓN:

En todo paciente febril persistente que no cumpla con todos los criterios diagnósticos de EK, una vez descartadas otras etiologías más frecuentes, no debería subestimarse el diagnóstico de EK.

RPD
613

DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO TARDÍO CUANDO LA PROBLEMÁTICA SOCIAL AFECTA A LA SALUD

Bickham D.¹; Diaz F.²; Morhaim M.³; Ramos L.⁴; Lombardo F.⁵

HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS DR ARTURO OÑATIVIA RAFAEL CALZADA BUENOS AIRES^{1 2 3 4 5}

<darcyalejandro@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades oncológicas se caracterizan por la proliferación anómala de las células en el organismo que pueden dar lugar a tumores sólidos. Dentro de la patología tumoral encontramos a los Teratomas. Poseen diferenciación independiente y un potencial de crecimiento que podría traer complicaciones, como efecto de masa, comportamiento maligno, metástasis, disfunción de órganos y secreción de enzimas u hormonas. Existen tres tipos de Teratoma (Teratoma Maduro, Teratoma Inmaduro, Teratocarcinoma). Se localizan frecuentemente en la región sacrococcígea, ovarios y testículos, siendo otros sitios de presentación inusuales. Mayor incidencia en las mujeres

DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO

Niña de dos años de edad, que ingresa por presentar dolor abdominal de tres días de evolución y tras detectar los padres (ambos alfabetizados), la presencia de una masa abdominal a nivel del flanco derecho, el día previo a la consulta. Esta paciente no presenta controles pediátricos previos y sólo cuenta con las vacunas del nacimiento. Se palpa masa redondeada en flanco derecho, se solicita laboratorio con resultados normales y en ecografía abdominal, se ve imagen anecoica polilobulada y en radiografía

abdomen pie imagen redondeada y calcificada. La actitud de los padres dificulta el seguimiento del caso dado que le restan importancia a estos estudios por el buen estado general de la niña expresando la voluntad de retirarse sin alta médica, ya que consideraban inútil la internación, habiendo explicado reiteradas veces la patología que presenta la niña y los riesgos que corre. Se realiza tomografía axial computada con y sin contraste que se informa como masa heterogénea y calcificación. Se explica a los padres la importancia del diagnóstico y de la realización del tratamiento de la patología. Se efectúan las interconsultas, se realiza biopsia que informa presencia de Teratoma Sólido Quístico Maduro y posterior resección del tumor.

CONCLUSIÓN

El escaso acompañamiento de los padres durante el tratamiento dificultó el proceso de diagnóstico de la paciente. La falta de controles de salud derivó en un diagnóstico oncológico tardío. El trabajo del equipo médico apuntó a generar un cambio de actitud por parte de los padres, que contribuya al tratamiento de esta patología y permita la mejora de las condiciones de salud y el contexto social de la niña.

RPD
615



INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES: EVOLUCIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN UN PERÍODO DE TREINTA MESES

RPD
616

De Carli D.¹; Galiñanes S.²; Mirra D.³; De Carli M.⁴; Pérez Vargas J.⁵; Muñoz P.⁶; Dolabjian M.⁷; Parena P.⁸; Checcacci E.⁹

CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

<norbertodecarli@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones por *Staphylococcus aureus* han sido descriptas, con incidencia creciente y resistencia elevada a la Metilicina y variable a otros antibióticos. En comunicaciones anteriores, hemos descripto entre nuestros pacientes internados, una elevada incidencia de SAMR (64.1%) con alta resistencia a Clindamicina (17.6%) y nula a TMS, lo que nos llevó a utilizarlo como medicación empírica inicial.

OBJETIVO:

Evaluar las características de las infecciones por SA durante un período de cinco semestres, previamente y después de la restricción en el uso de Clindamicina.

MATERIAL Y METODOS:

Se incluyeron todos los pacientes internados entre 0 y 15 años, en que se rescató *S. aureus* en algún cultivo, durante los semestres octubre 2012 a marzo de 2013 (con uso libre de Clindamicina) y abril 2013 a marzo 2015 (después de su restricción).

RESULTADOS:

En el total del período se rescataron cultivos positivos en 154 pacientes: el 74% fueron SAMR y predominaron en varones (63.1%).

Con respecto a los SAMR, la primera patología fueron las Infecciones de Piel y Partes Blandas (78.1%), seguidas de las Osteoarticulares (11.4%)

y las Bacteriemias (6.1%). Las Bacteriemias, fueron escasas en los dos primeros semestres (5,6%) con un ligero incremento en los tres últimos (7.4%). Los focos secundarios aumentaron del 11.7 al 13.4%. La resistencia a la Clindamicina, inicialmente elevada (17.6%), ha descendido posteriormente al inicio del uso de TMS, ubicándose ahora en 10.8%. Hemos observado un aumento de la resistencia a la Gentamicina (del 5.8% al 17% en el último semestre)

Los SAMS, también predominaron en varones (57.5%) y en IPPB (42.5%), pero a pesar de la alta incidencia de bacteriemias (30%), la de focos secundarios fue baja (7.5%)

CONCLUSIONES

Las Infecciones por SA fueron muy frecuentes, aumentando progresivamente la Metilicina resistencia (SAMR). Continúan predominando en varones y en IPPB. Vemos un incremento de las formas bacteriémicas y un aumento de los focos secundarios.

El primer sitio de rescate bacteriológico continúa siendo la punción de las lesiones cutáneas, por lo que insistimos en la necesidad de efectuarla. La resistencia a la Gentamicina se encuentra en aumento, mientras que a la Clindamicina, en descenso: no creemos que el motivo sea sólo la restricción de su uso, pero la mantendremos, dado los excelentes resultados que tenemos con el uso de TMS y que su resistencia permanece en el 0% y no hemos observado efectos colaterales de importancia.

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA NECESIDAD DE AUTORREALIZACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCIM

RPD
617

Paz Tulis M.¹; Sosa E.²; Rodríguez W.³; Lazo A.⁴

CEPSI EVA PERON¹²³⁴

<maremi_1983@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Dentro del contexto de salud, el personal de enfermería cumple un rol específico y propio, el cuidado de salud de los individuos, familias o grupos. Por tanto, la labor de enfermería requiere de condiciones objetivas y subjetivas para que las personas que lleven a cabo encuentren verdadera realización personal en su desempeño. El presente trabajo aborda la Necesidad de autorrealización y características propias de la realización laboral.

OBJETIVO:

Describir el nivel de satisfacción laboral que posee el personal de enfermería de UCIM.

POBLACIÓN:

Constituida por personal de enfermería del servicio UCIM. Criterios de inclusión: Todo el personal de enfermería de UCIM que presta servicios al momento de realizarse esta investigación. Criterios de exclusión: Personal que niegue su participación, personal con licencia anual o médica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Se realizó una encuesta

estructurada dividida en dos partes. La primera abarca datos socio-demográficos del personal en 8 ítems. La segunda recolecta información en relación a realización laboral, con 21 ítems con una escala tipo Lickert.

RESULTADOS:

Se realizaron 40 Encuestas, sexo femenino 60%, sexo masculino 40%, edad el 87% se encuentra en el rango de 30 a 40 años, nivel de formación el 90% auxiliar de enfermería, el 5% licenciados en enfermería y 5% restante Enfermeros, antigüedad en el trabajo el 5% del personal tiene menos de 5 años de antigüedad, el 85% tiene entre 5 y 10 años de antigüedad, y el 10% tiene entre 10 y 20 años de antigüedad, situación contractual el 80% tiene contrato de servicio, el 5% es de planta permanente y el 15% es contrato de locación. Porcentaje de muy satisfecho 10%, satisfecho 80%, insatisfecho 7%, muy insatisfecho 3% en cada ítem.

CONCLUSIONES:

Los resultados evidencian un grupo medianamente satisfecho, con cierto grado de insatisfacción referido a la remuneración, igualdad, justicia, oportunidades y ascensos. Esto nos permite trabajar en pos de potencializar la satisfacción para revertir la insatisfacción y lograr que el personal llegue a su óptima realización en su trabajo.



TUBERCULOSIS MILIAR

KÜnzi A.¹; Pensa P.²; Farina M.³; Fuentes K.⁴; Manini P.⁵; Lattner J.⁶; Raitano P.⁷; Tuccillo P.⁸

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<andykunzi@gmail.com>

RPD
618

INTRODUCCION:

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible y curable. Según informe oficial de la red de TB de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2008, Argentina es un país de mediana incidencia.

La tuberculosis miliar es una forma grave de TB, caracterizada por una diseminación amplia al resto del cuerpo de pequeñas lesiones granulomatosas. Es una complicación de entre 1-3% de los casos de tuberculosis.

OBJETIVO:

Presentar un caso clínico de tuberculosis miliar en el año 2015 en provincia de Buenos Aires.

POBLACION:

Paciente de 3 meses de edad, con antecedente de tres internaciones previas en el último mes por patologías respiratorias, que se reinterna por cuadro de dificultad respiratoria con hipoxemia. Antecedente: contacto bacilífero abuela paterna con diagnóstico de tuberculosis en tratamiento (un mes previo a la consulta) que según interrogatorio había visitado al niño esporádicamente.

MATERIALES Y METODO:

Se realiza laboratorio. Prueba de mantoux (PPD). Rx de tórax. Lavado gástrico. Hemocultivos por dos. Urocultivo. Punción lumbar, citoquímico y cultivo. Aspirado traqueal.

RESULTADOS:

Rx tórax con patrón intersticio nodulillar bilateral. PPD negativa. Lavado gástrico positivo Mycobacterium tuberculosis sensible a Isoniacida, pirazinamida, rifampicina, etambutol. Hemocultivos negativos. Urocultivo y cultivo de aspirado traqueal negativo. LCR cultivo negativo.

Cumplió tratamiento con esquema de cuatro drogas por 34 días con isoniacida 15mg/kg/día, pirazinamida 25mg/kg/día, rifampicina 15 mg/kg/día, etambutol 20mg/kg/día.

Cultivo de lavado gástrico control al mes negativo.

Debido a que el contacto bacilífero referido no cumplía con la definición de contacto, luego de múltiples reinterrogatorios (14 días de internación), el padre informa presentar baciloscopia positiva sin tratamiento y seguimiento adecuado.

CONCLUSION:

El riesgo de infección de un sujeto depende de la cantidad de enfermos bacilíferos en la población y de factores del individuo (estado inmunitario, edad y experiencia histórica de su grupo poblacional con el bacilo). Detectada a tiempo, la tuberculosis se cura.

Por lo que es primordial recalcar la importancia de la detección del foco epidemiológico, así como también el correcto seguimiento y tratamiento de los pacientes.

En este caso el correcto tratamiento y seguimiento del padre pudo haber evitado el contagio del niño y la diseminación entre sus contactos.

ESPECTRO DIAGNÓSTICO DE LAS ANOMALÍAS DEL TRACTO URINARIO DETECTADAS POR ECOGRAFÍA PRENATAL

Alconcher L.¹; Tombesi M.²; Lucarelli L.³

HOSPITAL PENNA BAHÍA BLANCA^{1,2,3}

<laura.alconcher.la@gmail.com>

POB
620

INTRODUCCIÓN:

El uso rutinario de la ecografía en el control del embarazo en los últimos años ha incrementado enormemente la detección de anomalías del tracto urinario (TU) en los fetos, siendo la incidencia en algunas series tan alta como el 4,5%. Si esto lo extrapolamos a la tasa de nacimientos anuales en el país cada año habría aproximadamente 37000 nuevos niños con alguna anomalía del TU. La mayoría son hallazgos inespecíficos que pueden corresponder a un amplio espectro de patologías. Las diferentes causas son de evolución variable, siendo publicada en la literatura un bajo porcentaje de resolución quirúrgica. Sin embargo se generan situaciones de ansiedad familiar y en ocasiones desconcierto en los pediatras quienes también cada vez más frecuentemente son consultados por las familias para consejos pronósticos antes de que nazca el bebe.

OBJETIVOS:

Analizar etiologías y frecuencias de las diversas anomalías detectadas intraútero y porcentaje de resolución quirúrgica.

POBLACIÓN:

850 pacientes con anomalías del TU detectadas intraútero asistidos en el período 1989-2014 fueron evaluados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

análisis de registro de datos para la evaluación de los objetivos del estudio.

Se diferenciaron las anomalías en no dilatadas y dilatadas, a su vez las dilatadas si fueron hidronefrosis (HN) o hidroureteronefrosis (HUN) aisladas (no asociadas a otras anomalías). Las HN e HUN aisladas fueron clasificadas en leves, moderadas y severas a fin de estratificar grupos de riesgo.

RESULTADOS:

170 (20%) fueron anomalías no dilatadas y 680 (80%) dilatadas: 484 HN (57%) y 196 HUN (23%). De las 170 anomalías del TU no dilatadas: 87 (10%) fueron displasias renales multiquisticas, 34 (4%) agenesias renales, 19 (2%) riñones ectópicos, 11(1%) displasias renales congénitas y 19 anomalías combinadas. De HN aisladas, 400 (83%) fueron leves, 63 (13 %) moderadas y 21 (4 %) severas. Se resolvieron quirúrgicamente 3 de 400 HN leves (<1%), 30 % de las moderadas y 86 % de las severas. De los 196 pacientes con HUN, 73 (9%) eran aisladas: megaureteres primarios, 14 (19%) todos severos fueron quirúrgicos. Sesenta y tres pacientes (7%) tuvieron reflujo vesicoureteral, 23 (3%) ureterocele, 6 (1%) VUP y 31 (4%) anomalías complejas y combinadas.

CONCLUSIÓN:

Las HN leves aisladas representaron el 50 % de todas las anomalías del TU detectadas intraútero. En las anomalías dilatadas la tasa de resolución quirúrgica fue del 10 %.



GONORREA EN PACIENTE DE 4 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fuentes K.¹; Pensa P.²; Farina M.³; Raitano P.⁴; KÜnzi A.⁵; Tuccillo P.⁶; Lamberti F.⁷

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO^{1,2,3,4,5,6,7}

<kevinfuentes_clan@hotmail.com>

RPD
622

INTRODUCCIÓN:

La uretritis puede ser de causa infecciosa y no infecciosa, siendo la primera mucho más frecuente. La misma puede ser asintomática o sintomática, dentro de esta última se incluyen descarga de material mucopurulento o purulento, disuria o prurito uretral. La presencia de diplococos gram negativos intracelulares en el estudio del exudado es indicativo de infección gonocócica.

OBJETIVO:

Exponer un caso de uretritis por gonococo.

POBLACIÓN:

Paciente de 4 años de edad, consulta por presentar flujo vaginal purulento asociado con prurito mas disuria de 72 hs de evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza urocultivo, hisopado vaginal, hemograma, serologías, se da intervención al consejo de los derechos de niños y niñas adolescentes, interconsulta con ginecología infanto juvenil. Se estudia para ETS a grupo familiar.

RESULTADOS:

Urocultivo: negativo; coloración de gram exocervical: 20-25 leucocitos por campo, diplococos gram negativos; cultivo exocervical: Neisseria Gonorrhoeae. Serologías: negativas.

Interconsulta a ginecología infanto-juvenil: se observan hematomas en ambos muslos, himen con pequeña excoriación. Resto del examen físico sin particularidades. Por lo cual cumple tratamiento con ceftriaxona-azitromicina. Se da intervención al consejo de los derechos del niño, niñas y adolescentes y se realiza hisopado uretral y vaginal al grupo familiar encontrándose positivo el del padre para el mismo germen, por lo que se realiza intervención policial. A la semana, se re-interna por presentar flujo purulento nuevamente con cultivo negativo y directo con diplococos, luego de la interconsulta con infectología y bacteriología se interpretan como posible Moraxella. En dicha oportunidad la madre negó contacto con el padre.

CONCLUSIÓN:

Ante una paciente con flujo vaginal y sospecha de abuso se debe realizar una anamnesis completa, examen físico, análisis clínicos (serologías) interconsulta con servicio de ginecología infantil para toma de muestras las que deben ser analizadas tanto por la institución donde se encuentra la misma como por el Instituto Nacional de Microbiología Dr. Carlos G. Malbrán para que los resultados tengan valor legal. Se debe realizar tratamiento preventivo para la paciente y estudiar grupo familiar. Es importante el seguimiento multidisciplinario, médico, legal, asistente social y fundamentalmente psicológico, tanto de los niños abusados como de su núcleo familiar.

ESQUIZENCEFALIA: UN REPORTE DE CASO CLÍNICO

Manrique Hernández E.¹; Contreras-garcía G.²

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER^{1,2}

<fabianmh1993@gmail.com>

RPD
623

INTRODUCCIÓN:

La esquizencefalia (#OMIM 269160) descrita por primera vez por Yakovlev y Wadsworth en 1946. Es un trastorno congénito poco frecuente que se caracteriza por una hendidura de los hemisferios cerebrales; al interior de estas hendiduras se encuentra materia gris y más comúnmente implican las regiones parasilvianas. La prevalencia es 1,54/100.000.

OBJETIVO:

Reporte de un caso clínico de esquizencefalia.

Reporte de Caso: Paciente femenina, con ecografía prenatal que reporta agenesia del septum pellucidum, holoprosencefalia, sinequia en cuerno frontal, hipoplasia de cuerpo caloso, ventriculomegalia bilateral y desviación de la línea media cerebral hacia el lado derecho. Producto de primera gestación, sin otros antecedentes maternos de importancia ni consanguinidad, sin complicaciones durante el parto. Al examen físico microcefalia, fisuras palpebrales dirigidas hacia arriba, estrabismo convergente, marcha asimétrica con tendencia de pie derecho en punta, leve hipotonía. Resonancia magnética cerebral demuestra esquizencefalia en región frontal bilateral, agenesia del septum pellucidum, y señales de displasia de lóbulos frontales, mala definición del cuerpo caloso, ventrículos laterales prominentes. La evolución a los dos años y medio,

demuestra retardo psicomotor, pero ha logrado realizar los hitos del neurodesarrollo, camino a los 27 meses, palabras a los 29 meses, no ha presentado convulsiones.

DISCUSIÓN:

La esquizencefalia con frecuencia puede estar acompañada de otros defectos del sistema nervioso central como agenesia del cuerpo caloso, hipoplasia o aplasia del septum pellucidum o nervio óptico. Su presentación puede ser unilateral o bilateral, afectando principalmente los lóbulos parietales y frontales. Se ha encontrado relacionada con mutaciones en el EMX2 que se expresa en la proliferación de neuroblastos de la corteza cerebral en desarrollo. También se han reportado mutaciones en el gen SHH (human Sonic Hedgehog) encontrando en la resonancia magnética cerebral esquizencefalia parietotemporal bilateral de labio cerrado a su vez relacionada con agenesia de cuerpo caloso, polimicrogiria y atrofia óptica.

CONCLUSIÓN:

Se presenta un caso de esquizencefalia concordante con lo descrito en la literatura como hipoplasia del cuerpo caloso, agenesia del septum pellucidum, y afección principalmente en región frontal, pero sin presentar alteraciones del nervio óptico; sin una progresión tan severa lo que demuestra la plasticidad cerebral.



VACUNACION EN RIESGO

POB
624

Lugo S.¹; Conti R.²; Preitti M.³; Colombo E.⁴; Russo V.⁵; Abalos M.⁶; Díaz J.⁷; Kamuda M.⁸; Das Neves I.⁹; Herrero R.¹⁰; Hermida J.¹¹; Cascallar P.¹²; Passarelli M.¹³; Perez Campione M.¹⁴; Bruni C.¹⁵; Rosales Zambrana C.¹⁶; Troncoso Challa E.¹⁷; Alcaíno Echavarría F.¹⁸

HIGA PAROISSIEN^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18}
<silvana83lugo@hotmail.com>

Las vacunas son una herramienta de la atención primaria en la salud que existe desde hace ya muchísimos años.

Existen normas de vacunación a nivel nacional para implementar la inmunización sistemática cuyo objetivo final es la erradicación de enfermedades, el objetivo inmediato es la prevención individual o grupal de enfermedades inmunoprevenibles. En nuestro país existe hace unos años un programa destinado a garantizar que los niños estén inmunizados adecuadamente, cumplan con el control de salud correspondiente y que no pierdan la escolaridad. A pesar de la existencia de este programa, hemos observado en los últimos años en el HIGA Paroissien no se cumplen los objetivos, decidimos tomar una población determinada para evaluar numéricamente cómo nos afecta esto.

OBJETIVOS:

Evaluar el porcentaje de vacunados en pacientes internados en HIGA Paroissien durante el período de Octubre 2013 a enero 2014. Relacionar el estado de vacunación con Asignación Universal por Hijo.

Población: Niños que fueron internados en HIGA Paroissien, con una edad promedio de entre 2 meses y 14 años.

MÉTODOS Y MATERIALES:

Se realizó un estudio tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, durante el período comprendido entre Octubre 2013 y enero 2014. Basándonos en la revisión de Historias Clínicas de pacientes internados. Se tomaron 267 internados, sin incluir menores de 2 meses.

Resultados: Observamos que del total el 42,7% de los niños se constata vacunas completas, 14,2% se constata vacunas incompletas y 43,1% no presenta documentación. De aquellos pacientes que cobran AUH con vacunas completas un 43,8%, con vacunas incompletas el 65% y de aquellos que se desconoce tienen 36,5%.

CONCLUSIÓN:

El estado de vacunación de nuestros niños es preocupante, y el programa destinado al cumplimiento nos pone en evidencia que nuestro rol como médicos no está siendo cumplido. Los que nos lleva hacer una autocrítica de nuestro papel, además de reevaluar el funcionamiento del programa ya que sus objetivos no están siendo cumplidos.

IMPACTO DEL PROGRAMA DE CAPACITACION INTERSERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PASANTE POR UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

POB
625

Paz Tulis M.¹; Sosa E.²; Cespedes C.³

CEPSI EVA PERON^{1 2 3}
<maremi_1983@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Enfermería como disciplina se sustenta en la práctica, teoría e investigación, teniendo como objeto de estudio el cuidado. En la práctica diaria, cada situación conlleva un nuevo aprendizaje, aunque a veces no lo vivimos de manera consciente, surge nuevo conocimiento. En el cotidiano de enfermería prima trabajar con la contingencia, ante la cual el personal es protagonista y da respuesta. El propósito de este trabajo es conocer cuál fue el impacto del proceso de aprendizaje en el personal de enfermería de sala III, que inician su camino en la búsqueda de herramientas para el desarrollo de un perfil más humanizado y eficiente para acompañar y aliviar en el sufrimiento, acrecentando sus propios conocimientos y afianzando competencias que posee para cuidar niños/as con necesidades con dependencia crónica, con traqueotomía.

OBJETIVOS:

Describir el impacto de la aplicación del programa de capacitación interservicio en el personal de enfermería, durante su pasantía en la unidad de cuidados intermedios.

POBLACIÓN:

Conformada por 18 Personal de enfermería de sala III, desarrollando sus actividades como pasantes en Unidad de Cuidados Intermedios, periodo diciembre-marzo 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se utilizó guía de observación donde se midió habilidades comunicacionales y actitudinales.

RESULTADOS:

El personal pasante evidenció desarrollo de diferentes cualidades ante el complejo escenario y diversas situaciones que surgen del niño/a y familia: empatía y comprensión, capacidad de escucha, habilidad para la comunicación con personas de diferentes niveles educativos, paciencia, respeto. También se observó reacciones de huida, apatía, desinterés por la resolución de situaciones emergentes.

CONCLUSIONES:

El equipo infiere que la experiencia descripta fue positiva; permitió identificar fortalezas y debilidades tanto en personal de enfermería entrenado como el personal pasante, permitiéndonos replantearnos estrategias y métodos de trabajo.



ACV ISQUEMICO SECUNDARIO A ARTERITIS DE TAKAYASU

Alfiero G.¹; Norte D.²; Quintana C.³; Orsini B.⁴; Villareal L.⁵; Dericco A.⁶; Dognjavec J.⁷; Frenkel S.⁸

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<giyu_alfi22@hotmail.com>

RPD
626

INTRODUCCIÓN:

La Arteritis de Takayasu (AT) es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica e idiopática que afecta principalmente a las arterias de gran calibre pudiendo producir estenosis, trombosis y formación de aneurismas de los vasos comprometidos. La AT es la tercera vasculitis más común en la infancia.

OBJETIVO:

Comunicar un paciente pediátrico con ACV isquémico como forma de presentación poco frecuente de AT.

CASO CLÍNICO:

Niña de 6 años de edad, presenta hemiparesia derecha y afasia de expresión de instauración aguda luego de status convulsivo. Examen físico: Soplo sistólico en mesocardio. Ausencia de pulsos en MMSS, débiles en MMII, presión diferencial mayor a 10 mmHg, soplo carotídeo derecho. Los exámenes de laboratorio revelaron: anemia, reactantes de fase aguda elevados ESD 100 mm, PCR 8.1 mg/dl. Ac positivos para celiaquía. Rx tórax: Normal. PPD: 12 mm, Lavados gástricos x 3: ZN negativo. Cultivo de Koch: negativo. Ecodoppler vasos de cuello: ambas carótidas de paredes engrosadas derecha 1,8 mm flujo turbulento e izquierda 2,3 mm ausencia flujo proximal.

TAC cerebral: lesión isquémica en territorio de arteria cerebral media (ACM) izquierda. RMA cerebro y vasos de cuello: lesión isquémica en territorio de la ACM izquierda con áreas de necrosis cortical. Estenosis en el nacimiento de ambas carótidas primitivas con extensión a carótida interna. RMA corporal total compromiso suboclusivo de ambas subclavias, estenosis parcial de cayado aórtico y aorta torácica; aorta abdominal y ambas ilíacas. La paciente cumplió Criterios de Clasificación EULAR/PRINTO/PRES para AT por lo que inicio infusiones con metilprednisolona, metilprednisolona vía oral y ciclofosfamida mensual. Anticonvulsivantes y antiagregación plaquetaria. Intercurre con amaurosis secundaria a oclusión de la arteria central de la retina.

CONCLUSIÓN:

El informe de casos pocos frecuentes ayuda a mejorar el conocimiento de los pediatras y reumatólogos acerca de AT en la infancia, lo que permite el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Se requiere una alta sospecha diagnóstica dado la multiplicidad de formas de presentación.

PREVALENCIA DE RETRASO MADURATIVO EN EL CONSULTORIO DOCENTE DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Vitale M.¹; Carlos Oliva D.²

HOSPITAL DURAND^{1,2}

<pety_pau@hotmail.com>

POB
627

Opción a premio

INTRODUCCION

El desarrollo madurativo del niño es un aspecto esencial en el control periódico de salud. Se entiende por retraso madurativo (RM) a la demora o lentitud en la secuencia normal de adquisición de los hitos del desarrollo. Actualmente se conocen distintas herramientas de screening que permiten evaluar de forma rápida y efectiva una posible alteración en el mismo.

El RM es un problema frecuente en la práctica ambulatoria. En Argentina se demostró una prevalencia del 20% en el año 2008 con la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE).

OBJETIVOS

- Evaluar la prevalencia de RM en niños de 0 a 60 meses.
- Determinar el área de desarrollo mayormente afectada.
- Investigar la asociación con factores socioculturales.

POBLACION

Niños de 0 a 60 meses atendidos en el consultorio docente de pediatría del Hospital General de Agudos Carlos G. Durand, en el período de diciembre de 2013 a enero de 2015 (N=2030). De este universo, se seleccionaron 488 pacientes que fueron evaluados en su aspecto madurativo utilizando un test de screening. Aplicando los criterios de exclusión, se obtuvo una muestra de 415 niños (n).

MATERIALES Y METODOS

Estudio de corte transversal, retrospectivo y descriptivo a través de una revisión sistemática de historias clínicas. Para la evaluación del desarrollo

se utilizó el Age and Stage Questionnaire en su tercera edición (ASQ3). Los niños incluidos se caracterizaron según edad, sexo, cuidador, edad y alfabetización del cuidador, tipo de familia, situación habitacional y factores sociales acompañantes, entre otros.

RESULTADOS

Se detectó una prevalencia de RM del 45,3% (188), con un intervalo de confianza de 95%. La comunicación fue el área más afectada (95).

Se encontró una relación significativa entre RM y alfabetización del cuidador, observándose que el 54,8% (103) no completó los estudios secundarios ($p=0,01$).

Por otro lado, se halló una asociación significativa entre RM y la existencia de situaciones sociales desfavorables. En el 24,5% (46) se constató la presencia de alguna de éstas, mientras que el 55,9% (105) presentó más de una ($p=0,004$).

CONCLUSION

El presente trabajo permitió evaluar la prevalencia de RM en un centro de segundo nivel de atención de la salud, evidenciando una alta frecuencia del mismo.

Nuestros resultados y aquellos disponibles en trabajos previos ponen de manifiesto la importancia del esfuerzo mancomunado de distintos sectores de la sociedad para disminuir los factores de riesgo que se asocian al RM. Resulta indispensable acompañar a los niños y sus familias, promover el conocimiento de sus derechos y fortalecer sus oportunidades.



SÍFILIS CONGÉNITA CON NEUROSÍFILIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Cascón V.¹; Nani V.²; Angeletti L.³; Serra M.⁴; Ciavatta J.⁵; Navia M.⁶; Palladino M.⁷

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF.DR.P. GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6,7}

<verocascon@gmail.com>

RPD
628

OBJETIVO:

- Destacar la importancia de una completa anamnesis y un exhaustivo examen físico como elementos fundamentales para arribar a un correcto diagnóstico.
- Considerar a la Sífilis congénita dentro de los diagnósticos diferenciales de cuadros de manifestación principalmente neurológica.

Introducción: Se presenta el caso de un paciente de 18 meses de edad, varón; que consulta al departamento de urgencias por debilidad generalizada a predominio de miembros inferiores de pocos días de evolución. Sin datos perinatólogicos, personales ni familiares a destacar según referencia materna. Al interrogatorio no surgen datos asociados al cuadro clínico (traumatismos, vacunas, etc). Refiere en los 15 días previos a la consulta haber presentado Enfermedad mano-pie-boca. Al examen físico se constata debilidad proximal de miembros inferiores, hiporreflexia rotuliana y aquiliana y dificultad intermitente en la deambulacion. Examen neuromadurativo acorde a edad y resto del examen neurológico sin datos positivos. Presenta además lesiones en ambas plantas y palmas maculares con descamación fina, que se interpretan como enfermedad viral en resolución. Con diagnóstico presuntivo de polineuropatía desmielinizante postinflamatoria inicia estudios (electromiograma, punción lumbar con citoquímico y cultivos del líquido cefalorraquídeo, laboratorios), los cuales resultan normales

para la edad. Sin mejoría clínica y sin diagnóstico se revalora al paciente. Se pesquisa en esta oportunidad descamación perianal con 2 lesiones papulosas maceradas y descamación fina palmo-plantar con máculas eritemato-ajamonadas. Se repite y amplía el interrogatorio: surge antecedente materno de VDRL positiva en el tercer trimestre, sin tratamiento. Se obtiene resultado positivo de VDRL en el paciente, tanto en sangre como en líquido cefalorraquídeo. Con diagnóstico de Sífilis congénita con neurosífilis se completan los estudios y se indica el tratamiento pertinente al paciente y sus padres. Evoluciona favorablemente, mejorando la clínica neurológica, sin secuelas luego de seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIONES:

- La sífilis congénita continúa representando un importante problema para la salud pública de los países en desarrollo, a pesar de contar con métodos diagnósticos y tratamientos sencillos y accesibles.
- Se debe tener en cuenta esta entidad aunque no se presenten todos los signos clásicos al momento de la valoración clínica.
- El interrogatorio, la semiología y un completo examen físico continúan siendo la base de todo pensamiento médico y deben orientar los exámenes complementarios para arribar a un correcto diagnóstico etiológico.

REVISION SISTEMATICA: EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE IBUPROFENO EN PACIENTES CON VARICELA E INFECCIONES GRAVES DE PIEL?

Zabala P.¹; Telleria R.²; Gagliardi R.³

Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan^{1,2,3}

<pame_zabala@hotmail.com>

POB
629

INTRODUCCIÓN:

La varicela es una enfermedad infectocontagiosa frecuente en la población pediátrica. En nuestro país, se calculan 400.000 casos anuales. Su comportamiento es benigno, pero las complicaciones, ocurren en el 2-3% de los casos, dentro de las cuales se destacan la sobreinfección bacteriana por *Staphylococcus* o *Streptococcus*. El uso de Aines parecería desempeñar un papel en la gravedad de estas infecciones.

OBJETIVO:

Revisar bibliografía disponible y evaluar si existe evidencia científica entre el uso de Aines en la varicela y las complicaciones infecciosas graves en piel.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión sistemática usando las bases de datos Lilacs, Medline, Cochrane y Google académico. Para la búsqueda se utilizaron las palabras "varicella" "necrotizing fasciitis" "non steroideal anti inflam-

matories" "children", limitándose al idioma español-inglés y hasta marzo 2014. Para su análisis se utilizaron las Guías JAMA.

RESULTADOS:

Se encontraron 22 artículos, se excluyeron los que no tenían relación directa con la pregunta. Se analizaron cinco casos y controles y un estudio de Cohorte. Todos menos uno fueron de buena calidad metodológica. Se evaluó el uso de Aines en niños con varicela y el riesgo de desarrollar infecciones graves de piel. De los 6 estudios, 2 concluyeron que no había asociación, y de los 4 restantes, 2 de ellos no son concluyentes por la existencia posible de un sesgo de indicación, debido a que los aines son usados en respuesta a los síntomas de infección en pacientes con enfermedad grave en lugar de ser una causa de la gravedad de la enfermedad. Conclusiones: La evidencia actual no autoriza a restringir el uso de Aines en los niños con varicela, pero si utilizarlos con precaución.



LEUCEMIA AGUDA.SEGUIMIENTO A LARGO PAZO DE 111 PACIENTES.COMPLICACIONES TARDÍAS

Chiquini Y.¹; Hernandez N.²; Senosian L.³; Calvo C.⁴; Martin M.⁵; Mutti R.⁶; Reyes F.⁷; Nicotra C.⁸; Sartori O.⁹; Falcón E.¹⁰; Gonzalez Villanueva G.¹¹; Giannone M.¹²; Arbesú G.¹³

HOSPITAL HUMBERTO NOTTI^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13}

<yeminac@hotmail.com>

POB
630

INTRODUCCIÓN:

La leucemia es el cáncer más diagnosticado en niños. Expectativa de vida del 75 -80%. Pueden observarse secuelas y efectos adversos tardíos del tratamiento.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo. Fuente: Historias clínicas.

OBJETIVOS:

1) Reconocer toxicidades y efectos adversos tardíos de tratamientos empleados. 2) Describir disfunciones orgánicas resultantes de la toxicidad del tratamiento, a largo plazo. 3) Determinar frecuencia de disfunciones orgánicas. 4) Determinar factores predisponentes para su desarrollo. 5) Establecer relación entre factores predisponentes y disfunciones orgánicas. 6) Evaluar impacto en reinserción escolar y trastornos de aprendizaje. 7) Valorar inmunizaciones post tratamiento quimioterápico y vacunación. 8) Demostrar importancia del seguimiento de pacientes curados de Leucemia.

RESULTADOS:

n= 111. Edad media 3.9 años. Relación hombre/mujer: 1/1.15. LLA más diagnosticada. El 79.3% recibió entre 118 y 240 mg/m² de antraciclínicos. Radioterapia recibió el 18.9%. Evaluaciones: Cardiología: valvulopatía (n=9)

Endócrino: hipotiroidismo 17% (n=19). Pubertad precoz y menopausia temprana 1.8% (n=2) Edad ósea retrasada 6.3% (n=9), densitometría ósea alterada 1.8% (n=2). Nutricional: sobrepeso 19.8% (n=22) obesidad 7.2% (n=8). Síndrome Metabólico 1.8% (n=2). Hipoacusia 1.8% (n=2) Fondo de Ojo 15.3% (n=17) normal. Caries 52.25% (n=58) alteración esmalte dental 2.7% (n=3) Actualización vacunas 77.47% (n=86) Necrosis ósea avascular 1.8% (n=2). Segunda neoplasia 1% (n=1). Rendimiento escolar alterado 29.7% (n=33). Tratamiento psicológico 22.5% (n=25)

CONCLUSIONES:

1) La leucemia aguda en la infancia tiene una sobrevida >80%. 2) Edad de presentación más frecuente menores de 5 años. 3) Afectación cardíaca más frecuente es valvulopatías. 4) Afectación hormonal gonadal es infrecuente en etapa prepuberal. 5) Compromiso glandular más frecuente es tiroideo, con hipotiroidismo. 6) Mayor predisposición a obesidad y sobrepeso asociado a corticoides. 7) La NOA es más frecuente en mayores de 10 años. 8) La toxicidad ósea por corticoides, produciría cambios en la densitometría ósea y en la evaluación de edad ósea. 9) La hipoacusia es infrecuente. 10) La afectación dentaria es frecuente (65%), caries y alteración del esmalte dental las más observadas. 11) Segundas neoplasias pueden observarse. 12) Revisión del plan de vacunación es obligatoria. 13) Disminución del rendimiento escolar en un tercio de los pacientes, menores de 5 años al diagnóstico, sin relación con radioterapia.

ESTUDIO DE UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EVALUADA DURANTE 12 MESES EN EL SERVICIO DE ALERGIA DE HOSPITAL H. NOTTI QUE CONSULTARON POR SOSPECHA DE ALERGIA ALIMENTARIA.

Peña S.¹; Triguy J.²; Kíper M.³; Tolín A.⁴; Molina M.⁵; Gallardo A.⁶

HOSPITAL NOTTI MENDOZA^{1 2 3 4 5 6}

<sonimariana@hotmail.com>

POB
631

INTRODUCCIÓN:

La alergia alimentaria (AA) es un diagnóstico frecuente, se estima que afecta al 3% a 5% de los niños menores de 3 años. Los alimentos que comunemente pueden provocar alergia en niños son la leche y huevo en forma aislada o asociada, y en menor frecuencia pescado, mariscos, tomate, maní y frutos secos.

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia de pacientes con AA evaluados en los últimos 12 meses a partir de la apertura de un consultorio especializado en AA en nuestro Servicio. Evaluar las herramientas con las que se pudo confirmar y/o descartar un diagnóstico de AA.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, no experimental, longitudinal. La recolección de datos se hizo en Historias Clínicas Hospitalarias de pacientes pediátricos evaluados desde abril 2014 a abril 2015 por sospecha de AA.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Evaluamos 52 pacientes con sospecha de AA con edades entre 2 meses y 12 años, con un leve predominio de sexo masculino 29/52 (55,7%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron sospecha de alergia a pro-

teínas de leche de vaca (APLV) 26/52 (50%), sospecha AA 16/52 (30,7%), sospecha de APLV y alergia a huevo 5/52 (9,6%), sospecha alergia a maní 2/52 (3,8%). Se confirmó diagnóstico de AA en 28/52 pacientes (54%) y se descartó el mismo en 24/52 pacientes (46%). De los 28 pacientes con diagnóstico de AA correspondieron a: APLV de mecanismo IgE mediado ó mixto 13/28 (46,4%), alergia a huevo 6/28 (21,4%), APLV de mecanismo no mediado por IgE 4/28 (14,2%), APLV y alergia a huevo 4/28 (14,2%), alergia a huevo 6/28 (21,4%), alergia a maní 1/28 (3,5%). Para confirmar o descartar diagnóstico de AA las herramientas diagnósticas que se utilizaron fueron: anamnesis compatible 6/52 (11,5%), anamnesis e IgE específica para alimentos 32/52 (61%), anamnesis, IgE específica y Skin Prick Test para alimentos 10/52 (19%), anamnesis, IgE específica, Prick test y Prueba de provocación con alimento sospechoso 4/52 (7,6%). La AA tiene una alta prevalencia en nuestra población pediátrica y se espera que la cantidad de pacientes aumente. Es importante descartar y/o confirmar un diagnóstico de certeza para evitar restricciones nutricionales innecesarias.



REHIDRATACIÓN ENDOVENOSA RÁPIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DESHIDRATACIÓN MODERADA SECUNDARIA A GASTROENTERITIS AGUDA

POB
632

Braier D.¹; Gavagnin M.²; Cardillo J.³; Dartiguelongue J.⁴

HNRG^{1,2,3,4}

<dbraier@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En pacientes pediátricos con deshidratación moderada secundaria a gastroenteritis aguda (GEA) en los cuales la rehidratación por vía oral fracasó o se encuentra contraindicada, la rehidratación endovenosa (EV) es la vía de elección. En los últimos años se han cuestionado las estrategias clásicas de rehidratación EV y se han propuesto diversas estrategias de rehidratación rápida con el objetivo de restablecer con mayor velocidad el volumen del líquido extracelular.

OBJETIVOS:

Evaluar la eficacia de la rehidratación EV rápida para lograr la normohidratación, prevenir internaciones y disminuir los días de internación en pacientes con deshidratación moderada secundaria a GEA, a través de una revisión sistemática en la literatura científica.

POBLACIÓN:

Pacientes pediátricos con deshidratación moderada secundaria a GEA que requirieron rehidratación EV, excluyendo aquellos pacientes con deshidratación severa y comorbilidades.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La búsqueda bibliográfica fue realizada en MEDLINE, a través de Pubmed y simultáneamente en LILACS y COCHRANE. Para la búsqueda fueron utilizados los siguientes términos: "rehydration" AND "intravenous" AND

"rapid" AND "gastroenteritis". Se establecieron como filtros de búsqueda la edad (menores de 18 años), estudios en humanos y artículos en idioma inglés, español y francés. Se obtuvieron 95 artículos, de los cuales 90 fueron excluidos por presentar títulos irrelevantes, ser trabajos basados en encuestas, revisiones, por utilizar diferentes soluciones, distintas vías de administración o por estar repetidos. Se analizaron 5 artículos completos, de los cuales 3 fueron ensayos clínicos randomizados y aleatorizados (ECCA) y 2 estudios de cohorte prospectivos.

RESULTADOS:

Un estudio de cohorte prospectivo que sólo evaluó la rehidratación EV rápida concluyó que ésta es eficaz para lograr la normohidratación. Dos estudios compararon la hidratación EV rápida con un plan de hidratación parenteral a necesidades basales y déficit previo en 24 horas, ambos concluyeron que la hidratación rápida fue eficaz para lograr la normohidratación y disminuir los días de internación. Los dos ECCA que compararon distintas técnicas de hidratación rápida y ultrarápida no encontraron beneficios clínicos significativos entre las mismas.

CONCLUSIONES:

La rehidratación EV rápida es eficaz para alcanzar la normohidratación. No se pudo establecer su eficacia para disminuir el número de internaciones y el tiempo de estadía en el hospital.

COMPORTAMIENTO DE HMPV EN MENORES DE 2 AÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

RPD
633

Defazio E.¹; Almaluez T.²; Celotto Gonzalez P.³; Donato F.⁴; Gonzalez L.⁵; Winter L.⁶; Rosso S.⁷

HIGA EVA PERON DE SAN MARTÍN^{1,2,3,4,5,6,7}

<elianadefazio@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Metapneumovirus Humano (hMPV) pertenece a la familia Paramyxoviridae. Fue descubierto en Holanda por Bernardette Van den Hoogen, en el año 2001, como agente causal de infecciones respiratorias altas y bajas tanto en niños como en adultos. La presentación ocurre principalmente en los meses de invierno y a principios de primavera, similitud epidemiológica al Virus Sincicial Respiratorio (VSR). La transmisión ocurre de persona a persona a través de gotas de secreciones respiratorias o superficies contaminadas. Se ha asociado a niños menores de 2 años como agente causal de bronquiolitis, catarro de vías aéreas superiores, crup laríngeo, neumonía y exacerbación asmática. El hMPV puede causar mayor reactividad del músculo liso, inflamación o aumento de la producción de moco. Se han descripto coinfecciones por VSR y hMPV, las cuales pueden ser más graves dando lugar a ingresos a Unidades de Cuidados Intensivos. Para su diagnóstico, la RT-PCR, ha demostrado la mayor sensibilidad y especificidad.

OBJETIVOS:

Describir las características clínicas de la infección por hMPV, como causa de IRAB en menores de 2 años y evaluar la asociación con VSR.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, retrospectivo de casos de hMPV ocurridos en el Hospital Eva Perón de San Martín. La población estudiada comprende niños menores de dos años, inmunocompetentes, recién nacidos de término. Se abarcó el periodo de enero 2014 a diciembre 2014. Se tomaron muestras de secreciones de aspirado nasofaríngeo y se utilizó método de IFI.

RESULTADOS:

Presentamos 9 casos hMPV, 11% (1) presentó coinfección con VSR. 55% (5) presentaban antecedentes de cuadros respiratorios previos. Al momento de su internación presentaban signos de obstrucción bronquial moderados a severos. El 78% (7) presentaron evolución tórpida con requerimientos de flujo alto de oxígeno, y el paciente con coinfección con VSR requirió Cuidados Intensivos. 8 (89%) de los 9 pacientes debieron recibir tratamiento antibiótico por coinfección bacteriana como complicación.

CONCLUSIONES:

Debemos tener presente la existencia de hMPV como agente causal de IRAB en niños. La distribución estacional de hMPV, sus características clínicas y evolutivas no mostraron diferencias frente al VSR. El 90% de los pacientes presentó evolución tórpida, debiendo recibir tratamiento antibiótico. En nuestro medio, comprobamos que la asociación entre VSR y hMPV fue un factor agravante en la evolución de la enfermedad.



TUBERCULOSIS PERITONEAL, UNA CAUSA INFRECIENTE DE DOLOR ABDOMINAL

RPD
635

Dugo R.¹; Shaieb A.²

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2}

<dugorenata@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad frecuente a nivel mundial, y en la Argentina cada año más de 11.000 personas la contraen. Si bien el pulmón es el principal órgano de impacto, la TBC extrapulmonar suele causar mayores problemas diagnósticos, ya que involucra órganos no accesibles y en donde pocos bacilos pueden causar gran daño.

OBJETIVO:

Descripción de un caso de TBC peritoneal, cuyo diagnóstico se sospecha inicialmente frente a los hallazgos intraoperatorios y se confirma con el estudio histopatológico.

CASO CLÍNICO:

Niña de 8 años que presenta un síndrome de repercusión general (astenia, anorexia y fiebre) y consulta por dolor abdominal difuso, de cinco días de evolución. Al examen físico destaca un abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. Se realiza ecografía abdominal que informa líquido libre, a predominio del fondo de saco de Douglas y ambos flancos; en fosa iliaca derecha se observa imagen fija de 0.66 cm en su diámetro anteroposterior y, en el extremo, imagen redondeada ecogénica con cono

de sombra posterior. Ante la duda diagnóstica de apendicitis aguda, se decide realizar una laparotomía exploradora. Durante la intervención se evidencia gran cantidad de líquido citrino, granulomas de 1 a 5 mm blanco amarillentos, diseminados en el peritoneo visceral y parietal; se envían muestras para cultivo bacteriológico, búsqueda de bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) y anatomía patológica. El resultado del estudio histopatológico fue compatible con tuberculosis peritoneal, si bien el cultivo para BAAR (baja sensibilidad) fue negativo, y presentó una PPD de 12 mm con una baciloscopia negativa. Inició tratamiento con isoniazida, etambutol, pirazinamida y rifampicina. Se realizó control de foco, identificando un conviviente con enfermedad tuberculosa pulmonar.

CONCLUSIÓN:

La TBC peritoneal con frecuencia causa dolor abdominal, y se acompaña de pérdida de peso, fiebre y anorexia. Suele afectar el peritoneo visceral y parietal, generando múltiples nódulos caseificantes y ascitis, siendo la ecografía un procedimiento útil para guiar la biopsia peritoneal, que es el estándar de oro para el diagnóstico. Es fundamental tener un alto índice de sospecha epidemiológico y clínico para arribar al diagnóstico adecuado y así instaurar el tratamiento temprano

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DEL VIRUS EPSTEIN-BARR: COMUNICACIÓN DE CASOS.

RPD
637

Galdeano F.¹; Moreno S.²; Aprea G.³; Garay M.⁴; Cuervo I.⁵

HOSPITAL H NOTTI^{1,2,3,4,5}

<galdeanoflor@outlook.com>

INTRODUCCIÓN:

El virus Epstein-Barr (VEB) es un ADN virus envuelto que infecta a gran parte de la población humana. Es linfotrofo y persiste en sangre periférica, en estado latente, dentro de las células B memoria. Su ruta de infección más frecuente es la orofaringe. La primoinfección en la infancia temprana es generalmente asintomática o subclínica, si ocurre en la adolescencia se manifiesta como el síndrome de mononucleosis infecciosa (MI).

La manifestación dermatológica más frecuente es el rash de la MI y/o el exantema sinérgico causado por la administración de betalactámicos durante dicha infección. Podemos observar también erupciones como: leucoplasia oral vellosa, síndrome de Gianotti Crosti, úlceras genitales de Lipschütz, eritema multiforme, vasculitis cutánea, entre otros.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta una selección de casos representativos de pacientes con diferentes manifestaciones cutáneas secundarias a la infección por VEB observados en nuestro servicio.

COMENTARIOS:

El VEB es virus ampliamente diseminado que puede ocasionar una gran variedad de patologías en los huéspedes humanos tanto en su primoinfección como en su reactivación posterior. No debe menospreciarse su potencial oncogénico. Las manifestaciones dermatológicas suelen ser polimorfas y muchas veces poco específicas pero pueden significar una herramienta primordial al momento de realizar el diagnóstico. Por lo antedicho, es de suma importancia que el pediatra tenga conocimiento de dichas manifestaciones.



DEBILIDAD MUSCULAR, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Dugo R.¹; Shaieb A.²; Di Maggio M.³; Arregui C.⁴; Aguirrezabala G.⁵; Mendoza M.⁶; Lucero M.⁷

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4,5,6,7}

<dugorenata@hotmail.com>

POB
638

INTRODUCCIÓN:

La debilidad muscular (DM) se debe a cualquier alteración en la vía motora voluntaria, desde su origen en la corteza motora hasta su ejecución en el músculo estriado. Existen también síndromes psiquiátricos, trastornos metabólicos y enfermedades sistémicas que pueden producir DM.

OBJETIVO:

Descripción clínica y analítica de 3 casos que se presentan con DM de diversas etiologías, brindando herramientas de sospecha diagnóstica para su abordaje.

CASO 1

Niña de 4 años, con dificultad en la marcha y dolor en miembros inferiores (MMII). Se encuentra conectada, destaca DM en MMII y arreflexia, junto a un estrabismo convergente en ojo izquierdo. Antecedente: diarrea. Se realiza TAC de encéfalo, punción lumbar (PL), normales y en las próximas 12 horas requiere pase a terapia intensiva y asistencia ventilatoria, recibe 2 g/Kg de gammaglobulina. A los 10 días se repite PL: 2 elementos, proteinorraquia 1.9 g/l; su diagnóstico fue síndrome de Guillan Barre. Se recibe en coprocultivo *Campylobacter jejuni*.

CASO 2:

Varón de 14 años, consulta por dificultad para sonreír, voz nasal y trastornos deglutorios de 6 meses, derivado al servicio de neurología.

Se constata ptosis palpebral bilateral, fascie amímica, voz nasal y DM a predominio proximal. Se solicita anticuerpos contra el receptor de acetilcolina, positivos y CPK normal. Su diagnóstico fue Miastenia gravis generalizada con compromiso bulbar, se descartan enfermedades autoinmunes asociadas e inicia tratamiento con piridostigmina.

Caso 3: varón de 7 años, con dificultad para subir las escaleras y caídas frecuentes, presentes desde los 2 años. Se encuentra conectado y se evidencia DM a predominio proximal, signo de Gowers positivo, hiporreflexia y pseudohipertrofia de gemelos. Se realiza analítica sanguínea y destaca TGO 150 UI/L, TGP 380 UI/L, CPK 6500 UI/L. Ante la sospecha de enfermedad de Duchenne se solicita estudio genético que confirma una distrofinopatía, e inicia tratamiento corticoideo.

CONCLUSIÓN:

La presencia de DM, debe llevar al pediatra a realizar una exhaustiva anamnesis y examen neurológico, evaluando tono muscular, reflejos osteotendinosos, distribución y progresión de la debilidad, que permitirá distinguir entre afectación de SNC o SNP y plantear distintas hipótesis diagnósticas. Utilizando únicamente herramientas clínicas, podremos plantear diagnósticos diferenciales, y realizar una derivación temprana y oportuna con el especialista, lo que determinara muchas veces el pronóstico.

MENINGOCOCCEMIA: FORMA INUSUAL DE PRESENTACIÓN Y COMPLICACIÓN NO INFECCIOSA

Apkarian M.¹; Torroija C.²; Alonso G.³; Bazano E.⁴; Melendi G.⁵

SWISSMEDICAL GROUP. SANATORIO DE LOS ARCOS Y CLÍNICA ZABALA^{1,2}; SWISSMEDICAL GROUP. CLÍNICA ZABALA^{3,4,5}

<mjapkarian@gmail.com>

RPD
639

INTRODUCCION:

La meningococemia constituye una causa importante de morbimortalidad a nivel mundial. Si bien el 50% se presenta con fiebre y petequias como sintomatología inicial, se describen formas de presentación inusuales. Existen complicaciones no infecciosas asociadas a inmunocomplejos.

OBJETIVOS:

Describir la presentación menos frecuente de la meningococemia en un menor de 2 años y las complicaciones no infecciosas.

CASO CLINICO:

Niño de 2 años eutrófico sin antecedentes que se presenta con fiebre e impotencia funcional de miembros inferiores de 24 hs de evolución. Traumatología: sin evidencia de lesiones articulares, ecografía de caderas y tomografía de columna lumbar normales. Al presentar desmejoría clínica, envaramiento, rigidez y caderas en flexión, se sospecha afección meníngea. Se realizan hemocultivos y punción lumbar asumiéndose cuadro como probable meningitis. Líquido cefalorraquídeo normal sin rescate de germen. Hemocultivos positivos para *Neisseria Meningitidis*. Recibió antibiótico 7 días. El paciente evoluciona con posición en varo equino sin extensión completa de miembros inferiores mas claudicación.

RMN de columna evidencia radiculitis de cola de caballo. Se indica dexametasona con buena evolución. A los 20 días presenta recrudescimiento de la fiebre y dificultad respiratoria. Ingresa con diagnóstico de derrame pleural izquierdo, se toman nuevos cultivos de sangre y de líquido pleural sin rescate de gérmenes, asumiéndose como complicación no infecciosa de su meningococemia. Cumple tratamiento, se otorga el egreso finalizado el mismo.

DISCUSION

La enfermedad meningocócica se presenta como bacteriemia oculta, meningitis con o sin meningococemia o meningococemia fulminante. La rápida progresión de la enfermedad pudiendo tomar un curso fatal hace necesaria la sospecha clínica. Se estableció que el tiempo medio desde el inicio de síntomas hasta la admisión hospitalaria es de 19 hs. Existen pocos casos publicados de síndrome de cola de caballo, todos ellos asociados a meningitis. Se describe en este caso asociado a meningococemia. Las complicaciones no infecciosas asociadas a inmunocomplejos se presentan entre el 4-10 día. En general presentan aumento de reactantes de fase aguda y fiebre. La artritis constituye la complicaciones más frecuente, luego las poliserositis con mucha menor frecuencia. Existen pocos casos publicados de derrame pleural como complicación no infecciosa.



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE MOLUSCO CONTAGIOSO Y VERRUGAS EN UNA POBLACION ESCOLAR

RPD
641

Glikin I.¹; Bravo De Laguna S.²; Plitt S.³; Caffaro S.⁴; Burgos M.⁵; Fernandez Blanco G.⁶

HOSPITAL TORNU^{1,2,3,4,5,6}

<iglikin@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

La presencia de moluscos y verrugas vulgares en la infancia constituye una entidad frecuente y de importancia por la posibilidad de contagio a otros niños y convivientes y las características estéticas que comportan. A fin de conocer el problema y elaborar conclusiones se realizó una investigación en el ámbito escolar.

OBJETIVOS:

a) estimar la prevalencia de moluscos y verrugas en una población escolar primaria, b) identificar factores asociados en la ocurrencia de moluscos y verrugas (natación, atopía). Objetivos secundarios: 1- Moluscos: a) determinar tiempo de evolución de lesiones, b) identificar distribución topográfica, c) determinar número de elementos, d) establecer porcentaje de convivientes afectados, e) determinar existencia de irritación perilesional, f) identificar frecuencia de pacientes tratados, g) establecer distribución de tipo de tratamiento realizado. 2- Verrugas: a) determinar tiempo de evolución de las lesiones, b) identificar distribución topográfica, c) determinar número de elementos, d) establecer porcentaje de convivientes afectados, e) identificar frecuencia de pacientes tratados, f) establecer distribución de tipo de tratamiento realizado.

POBLACIÓN:

Alumnos de ambos sexos entre 5 y 12 años pertenecientes a 19 escuelas públicas de la CABA del área programática del Hospital Tornú.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se utilizaron los registros correspondientes al área dermatología de las evaluaciones realizadas por el equipo de salud escolar del área programática durante el año 2012. Se efectuó análisis estadístico descriptivo y análisis de asociación de variables.

RESULTADOS:

Se analizaron 982 registros (460 alumnas y 522 alumnos). La prevalencia de verrugas fue del 8% y la de molusco el 4%. Encontramos asociación entre la concurrencia a piletas y moluscos ($X^2=14,33$ $p>0,001$), y entre concurrencia a piletas y verrugas ($X^2=5,23$ $p>0,02$). La presencia de convivientes con moluscos esta asociada a la presencia de moluscos ($X^2=45,26$ $p>0,001$). La situación de convivientes con verrugas esta asociada a la presencia de verrugas ($X^2=20,62$ $p>0,001$).

CONCLUSIONES:

La frecuencia de verrugas y moluscos en nuestro estudio fue similar a lo encontrado por Del Pozzo Majada y col. 8.4 % de verrugas vulgares en un hospital pediátrico de México; y Gotlieb y col.: 2 a 10 % de moluscos. Se deberán efectuar nuevos estudios en pos de establecer estrategias para minimizar el contagio.

Resguardos éticos: se solicitó asesoramiento al CEI

LÁSER DE COLORANTE PULSADO EN EL TRATAMIENTO DE MALFORMACIONES VASCULARES: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO "H. NOTTI".

RPD
642

Galdeano F.¹; Cuervo I.²; Garcia E.³; Moreno S.⁴; Aprea G.⁵; Huczak L.⁶; Bueno R.⁷

HOSPITAL H NOTTI^{1,2,3,4,5}; HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA⁶; SANATORIO ARGENTINO, SAN JUAN⁷

<galdeanoflor@outlook.com>

INTRODUCCIÓN:

Las malformaciones vasculares (MV) se presentan en 3 a 5 cada 1000 RN. Son producto de un defecto en la angiogénesis de la dermis superficial. Afecta a ambos sexos por igual. El Laser candela (LC) es considerado el tratamiento "gold estándar" de las MV y ofrece la primera esperanza real de disminuir los efectos negativos de las MV en el desarrollo físico y emocional de los niños.

El LC posee una longitud de onda de 595 nm la cual es absorbida por la oxihemoglobina estimulando la fototermólisis selectiva y el consiguiente aclaramiento progresivo de las MV. Asimismo pueden tratarse hemangiomas y angiofibromas en pacientes con esclerosis tuberosa. Puede aplicarse a partir de los 2 meses y se ha comprobado que su eficacia es mayor mientras más precoz es su aplicación ya que los vasos sanguíneos son más pequeños. Deben realizarse un mínimo de 3 aplicaciones con un periodo inter-sesiones aproximado de 2 meses y un promedio total de 10 sesiones.

OBJETIVOS:

Mostrar los resultados terapéuticos de pacientes con MV en el entre abril de 2011 a abril 2015. Impulsar el tratamiento desde la niñez ya que los resultados son superiores a la adultez.

RESULTADOS:

Hasta la fecha se han intervenido 119 pacientes, siendo el 52% mujeres. La edad media fue 15 años, la edad mínima fue 4 meses y la máxima 43 años. El 41% de los pacientes lleva realizada su 3ra sesión observándose resultados realmente asombrosos. Algunos niños han realizados ya su décima aplicación y, cabe destacar, que en ellos (77%) el procedimiento requiere anestesia general. Se realizó además una encuesta a los padres de los pacientes contemplando puntos como calidad en la información y atención y consultando su apreciación respecto al nivel de mejoría observada en las MV después del inicio del tratamiento. Nivel de mejoría apreciado % pacientes: más del 80%: 16%; 50-80%: 56%; 10-50%: 28%; menos del 10%: 0%.

CONCLUSIONES:

El LC coloca al Hospital Notti dentro de los centros de vanguardia en el tratamiento de MV en América Latina, lo que proporciona a nuestros niños la posibilidad de mejorar su calidad de vida desde temprana edad. Los resultados observados hasta el momento han sido satisfactorios ya que el 56% de nuestros pacientes están muy conformes con el mismo. Su puesta en marcha ha requerido un gran esfuerzo por parte del Hospital y del Servicio: condiciones de bioseguridad en quirófano, capacitación especial del recurso humano en el uso de LC y seguimiento y contención de los niños y su familia.



PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO. LACTANTE HIPOTÓNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

POB
643

Muñiz R.¹; Dallacamina M.²; Grilli V.³; López N.⁴

HOSPITAL MUNICIPAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO^{1,2,3,4}

<gladys_muniz84@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN.

Definimos hipotonía a la disminución acentuada del tono muscular secundaria a múltiples causas que afecta el desarrollo motor normal y que puede comprometer a la musculatura axial, de los miembros y, en ocasiones, a la facial. Pese al gran avance en los métodos diagnósticos, sigue siendo la clínica la que permite orientar hacia la posible etiología, localización topográfica y control evolutivo.

OBJETIVO:

Alertar al médico pediatra a descartar patología genética ante un lactante con hipotonía generalizada, metodología de estudio y eventual tratamiento, partiendo de la experiencia propia.

CASO CLÍNICO:

Paciente femenina de 2 meses de vida, sin controles pediátricos, ingresa al servicio de emergencias de hospital, por bronquiolitis con hipoxemia. Al examen físico se observa mal progreso ponderoestatural (peso y talla \approx 3); facies dismórficas e hipotonía generalizada.

El examen físico neurológico minucioso revela: hipotonía generalizada severa, trofismo conservado, hiporreflexia, ángulo poplíteo \approx 180°, signo de la bufanda, succión positiva agotable. Fontanela anterior normotensa; perímetro cefálico normal. Sonrisa social. Facies dismórficas, ojos almen-

drados, boca pequeña, labio superior fino, diámetro bifrontal estrecho, manos y pies pletóricos. Se constata hipocortisolismo central, displasia acetabular de cadera, escoliosis severa y trastorno de la deglución. Se descartan patología oftalmológica, auditiva, renal y cardíaca.

Ante un lactante con tono muscular disminuido y facies dismórficas, con mal progreso ponderoestatural se plantea como diagnósticos diferenciales: Prader Willi, Atrofia muscular espinal infantil tipo 1 y otras neuropatías. Se solicita Test de metilación que confirma el diagnóstico de Síndrome de Prader Willi a los 10 meses de vida.

El Síndrome de Prader Willi es una patología genética y multisistémica compleja que abarca hipotonía, hipogonadismo, hipomnesia y retraso motor, obesidad e hiperfagia con rasgos dismórficos mejor detectables en la infancia y la adolescencia. Su incidencia estimada es de 1 cada 10.000 a 1 cada 15.000 nacidos vivos sin preferencia por sexo o raza.

CONCLUSIÓN:

La hipotonía en el niño es un cuadro que genera un gran desafío para el pediatra, ya que comprende una serie amplia de condiciones que pueden ser expresión de patologías de corte benigno o de pronóstico reservado y obliga al conocimiento y manejo interdisciplinario del mismo.

IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO, ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO, SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL NEONATAL. ESTUDIO TRANSVERSAL EN ARGENTINA

POB
645

Pacce M.¹; Krochick G.²; Saure C.³; García S.⁴; Tomsig R.⁵; Lopez A.⁶; Ribola L.⁷; Mazza C.⁸

CONSULTORIO¹; HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROFESOR DR JUAN P GARRAHAN^{2,3,8};

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS^{5,6,7}

<mariaolp@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Existen factores tempranos, que actuando durante periodos críticos del desarrollo intrauterino o posnatal inmediato programan la salud a largo plazo. El alto y bajo peso al nacer han sido asociados con factores de riesgo cardiovascular en la adultez. Se ha establecido que la estimación de la composición corporal al nacer, más que el peso de nacimiento, sería el factor de riesgo capaz de predecir enfermedad futura. Nuestra hipótesis fue que el peso materno previo al embarazo y el ganado durante el mismo (GPM) se asocian positivamente con la masa grasa (MG) corporal neonatal.

OBJETIVO

Evaluar la correlación entre el estado nutricional materno previo y durante el embarazo y la composición corporal del recién nacido (RN).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo observacional de corte transversal. Se estudiaron todos los binomios madre-hijo nacidos en un hospital público argentino durante 5 meses consecutivos, de acuerdo a criterios de inclusión, evaluando la antropometría materna y neonatal antes de cumplir las 24hs de vida junto con los antecedentes maternos previos y concomitantes al embarazo. La composición corporal neonatal fue

calculada según fórmula matemática a partir de medición de pliegues validados para neonatos. Se expresaron los datos como mediana y rango, media \pm DS, o proporción. Las diferencias fueron comparadas usando test t de Student, test χ^2 , o Test de Fisher, según correspondiera. Se utilizó una $p < 0.5$ como significativa. La MG corporal total neonatal fue dividida en cuartiles. Los niños cuya MG corporal excedió el valor del tercer cuartil (557g), fueron categorizados como RN con alta MG corporal. Resultados Las madres de los niños con alta grasa corporal fueron más frecuentemente obesas (72,7% versus 35,1%, $p = 0,005$), y presentaron más frecuentemente ganancia de peso durante el embarazo mayor a 18 kg (76,4% versus 31%, $p = 0,03$). En la regresión lineal, la cantidad de MG neonatal total presentó relación positiva con IMC materno previo al embarazo, GPM durante el embarazo, edad gestacional neonatal y paridad. En el análisis de regresión logística, solo permaneció significativamente asociada a alta MG neonatal la obesidad materna previa al embarazo.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos confirmaron la hipótesis que la obesidad materna previa al embarazo se correlaciona con la cantidad de grasa neonatal en las primeras horas de vida.



BLASTOMA PLEUROPULMONAR

Mazzitelli M.¹; Casullo, M.²; Pronello D.³; Brandolisio R.⁴; Scalesi S.⁵; Cruz C.⁶

NEUQUEN¹²³⁴⁵⁶

<mariaemazzitelli@gmail.com>

POB
646

INTRODUCCION:

El blastoma pleuropulmonar es un tumor maligno agresivo muy poco frecuente que predomina en menores de 6 años. Compuesto por elementos mesenquimales primitivos embrionarios. Con sobrevida cercana al 8% a los 10 años.

OBJETIVOS:

Descripcion de un caso clinico

MATERIALES Y MÉTODOS:

RNPT/PAEG. crecimiento y desarrollo adecuado. sin internaciones previas. calendario de vacunacion completo. paciente de 30 meses de edad con cuadro respiratorio de fiebre y decaimiento de 1 mes de evolucion. En control se realiza rx de torax: se observa derrame pleural derecho. diagnostico presuntivo: neumonia con derrame versus masa tumoral.

TRATAMIENTO:

Reseccion quirurgica y coloca de tubo de avenamiento pleural.

RESULTADO:

Diagnostico de blastoma pleuropulmonar en paciente de 30 meses de edad. Diagnostico por anatomia patologica.

CONCLUSIÓN:

Neoplasia poco frecuente y agresiva de pulmon. presentacion semejante a neumonia con derrame. Requiere abordaje interdisciplinario por parte del equipo de salud.

ENTRENAMIENTO EN PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS BÁSICOS DE PEDIATRAS EN FORMACIÓN EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Firenze Aldeghi L.¹; Battolla J.²; Diaz Pumará E.³; Jaureguizar M.⁴; Lamborizio J.⁵; Elias Costa C.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ¹²³⁴⁵⁶

<lofirenze@gmail.com>

RPD
648

INTRODUCCIÓN:

La educación médica de posgrado implica complejo proceso de aprendizaje basado en adquisición de competencias, que incluyen la realización de procedimientos.

OBJETIVOS:

Conocer la cantidad y tipo de procedimientos llevados a cabo por los residentes de Clínica Pediátrica durante su formación.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Realizamos un estudio transversal, retrospectivo y observacional, utilizando una encuesta online autoadministrada, anónima y voluntaria, en una plataforma moodle 2.0, a los médicos residentes de primero (R1), segundo (R2) y tercer año (R3) al finalizar cada una de las rotaciones en el período de junio de 2014 a febrero de 2015. Del total de 116 residentes, se excluyeron aquellos que por algún motivo no alcanzaron el 80% de la asistencia a una rotación.

RESULTADOS:

La tasa de respuesta global fue del 90%, obteniéndose un total de 304 encuestas, las cuales se estratificaron por año de residencia y sitio de rotación.

Durante las rotaciones en salas de internación el 46% de R1, el 47% de R2 y el 100% de R3 realizaron más de 30 extracciones de sangre venosa. El promedio de extracciones arteriales fue menor: el 71% de los R1 y el 43%

de los R2 realizó de 1 a 10 procedimientos, y en la Unidad de Cuidados Intensivos el 70% de los R3 realizó más de 30.

Al menos una punción lumbar fue realizada por el 74% de los R1 en cada rotación en sala de clínica, pero sólo el 40% de los R2 y el 56% de los R3. En Neonatología el 57% de los R2 y el 100% de los R3.

La habilitación y/o sellado de catéteres centrales fue realizada por el 42,8% de los R1, el 60% de los R2 y el 100% de los R3.

En Neonatología el 100% de los R2 realizó al menos 20 clampeos del cordón umbilical, el 37% colocó un catéter umbilical, el 92,8% recolectó muestra de sangre en papel de filtro para pesquisa neonatal. El 100% de los R3 recolectó muestra en papel de filtro, y el 89% realizó al menos una punción suprapúbica.

En la Unidad de Cuidados Intensivos el 61,9% de los R3 colocó al menos una vía arterial central, el 69,5% realizó maniobras de reanimación cardiopulmonar y el 91,3% realizó al menos una intubación endotraqueal (el 62,5% en más de tres ocasiones).

CONCLUSIONES:

Las encuestas nos han permitido conocer el número aproximado de procedimientos que realizan los residentes en cada una de sus rotaciones. Consideramos importante evaluar la implementación a futuro de un registro obligatorio e instrumentar medidas para alcanzar un mínimo de procedimientos a realizar por cada residente.



AYÚDANOS A AYUDARTE: VACUNATE

Pacheco M.¹; Alvarez M.²; Pieroni S.³; Mariño A.⁴; Lambert R.⁵; Diaz Arguello C.⁶

ESCUELAS SECUNDARIAS^{1,2,3,4,5,6}

<marcelapacheco2@gmail.com>

RPD
649

INTRODUCCION:

En el marco de la 13 semana de la vacunación de las Américas y con el lema "Refuerza tu poder: VACUNATE, la filial Bahía Blanca de la Sociedad Argentina de Pediatría realizó durante la semana del 25 de Abril al 2 de Mayo las siguientes actividades:

- Reunión con referentes de salud de la Municipalidad de Bahía Blanca para realizar difusión de la importancia de la vacunación.
- Armar y subir contenidos para la página web de Salud Adolescente. www.bahiablanca.gov.ar/mimundo
- Charlas en Escuelas Medias de la ciudad

Objetivos generales: Promover la equidad y el acceso a la vacunación. Promover la transición de la vacunación del niño a la vacunación de la familia. Promover la comunicación y cooperación entre países. Mantener la vacunación en la agenda política. Servir de plataforma para las actividades integradas.

Objetivos específicos: trabajar junto a referentes municipales para la comunicación de los beneficios de la vacunación.

POBLACION Y METODOS

Se utiliza método cualitativo y descriptivo

La población con la cual se trabajó tiene entre 13 y 18 años. Todos alumnos de dos escuelas secundarias-

CONCLUSION

A través de la charla con referentes del Municipio de la ciudad de Bahía Blanca, se logra la articulación con el mismo, para aunar esfuerzos y de esta manera, llegar a las familias. Se realiza el compromiso de seguir trabajando con las escuelas

INFECCIÓN POR VIH EN NIÑOS POR LACTANCIA EN AUSENCIA DE TESTEO DE PAREJAS MASCULINAS

Argerich S.¹; Ramos G.²

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MAR DEL PLATA^{1,2}

<argerichsoledad@gmail.com>

POB
650

INTRODUCCIÓN:

En nuestra ciudad se realiza la oferta del testeo para VIH a toda mujer embarazada, ubicándola como responsable por la salud de su hijo, lo que favorece su acceso al diagnóstico temprano y prevención de la transmisión vertical. Sin embargo, esta oportunidad no es ofrecida a varones, quienes registran mayor proporción de diagnóstico tardío de VIH exponiendo a la mujer a la infección durante la gestación y lactancia.

OBJETIVO:

Describir la relación entre niños que adquirieron la infección por VIH por lactancia por diagnóstico tardío en mujeres con parejas masculinas no testeadas oportunamente.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de vigilancia epidemiológica. La población estudiada fueron las embarazadas VIH positivas, sus parejas masculinas e hijos, que nacieron durante el período enero 2012-diciembre 2014. Las variables analizadas fueron: edad materna, momento del diagnóstico, estado serológico de pareja actual. Para prevención de la transmisión vertical y diagnóstico de los hijos expuestos al VIH se utilizaron los criterios vigentes según las recomendaciones nacionales. Para el análisis se calcularon proporciones para las variables categóricas, y media o mediana para las variables continuas con sus intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS:

Sobre un total de 13.996 partos en el período estudiado, se atendieron 110 embarazadas VIH positivas (0,79%). En el 96% el seguimiento del embarazo se realizó en el centro de atención primaria. En el hospital

toda paciente que llega al parto debe estar testeada para VIH en el último trimestre, en caso negativo se solicita un test rápido para VIH en el parto. No se realiza en forma rutinaria testeo de pareja masculina. Sobre un total de 110 parejas masculinas de madres VIH positivas solo el 69% se realizó testeo, siendo el 34% portador y el 35% negativo.

La mediana de edad materna fue de 28 años. El diagnóstico anterior al embarazo se realizó en 57,3%. El diagnóstico en el embarazo fue de 38,2%, en el parto 3,6% y en el postparto 0,9%. La tasa de transmisión vertical fue del 1,8% y por lactancia 3 niños (2,7%).

CONCLUSIONES:

Más de la mitad de las embarazadas conocían su estado serológico previamente, lo que permite implementar medidas preventivas en forma oportuna. La tasa de transmisión vertical no evidencia diferencias significativas con respecto a las reportadas por el programa nacional. La tasa de transmisión por lactancia en nuestra institución aumentó en los últimos años. La oferta de testeo a toda mujer embarazada favorece el acceso a diagnóstico temprano y a la prevención de la transmisión vertical del VIH, oportunidad no ofrecida a varones, quienes registran mayor proporción de diagnóstico tardío de VIH exponiendo a la mujer a la infección durante la gestación y lactancia.

Proponemos incorporar el testeo voluntario con asesoramiento para VIH a parejas como parte de los controles de rutina del embarazo.



EOSINOFILIA SEVERA CON COMPROMISO PULMONAR

Italia Cenere M.¹; Etchechoury M.²; Glasman M.³; Gambarutta F.⁴; Potasnik J.⁵

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

<mbicenere@gmail.com>

RPD
651

INTRODUCCIÓN:

La eosinofilia severa (>5000 eosinófilos) puede asociarse a daño en los tejidos, debido tanto a su etiología como a la liberación de mediadores inflamatorios. Las eosinofiliías pulmonares se definen por la presencia de infiltrados pulmonares y eosinofilia periférica; pueden tener un origen infeccioso o no infeccioso. Objetivos: Describir una complicación de la eosinofilia severa.

CASO CLÍNICO:

Niño de 2 años, sano, comienza 15 días previos a la consulta con registros febriles diarios. Consulta con pediatra quien solicita hemograma: leucocitosis con formas leucocitarias anormales, con el que concurre a nuestro hospital. A su ingreso se realiza hemograma que evidencia leucocitosis con eosinofilia severa (eosinófilos 35.000). Se decide internación. Al examen físico, niño en buen estado general. Se toman hemocultivos y urocultivo (-), serología HIV -, PPD 0mm, parasitológico seriado de materia fecal (-), serología toxocara (se informó + posterior al alta). GAM: aumento de IgE. RX de tórax normal. Ecografía abdominal: leve esplenomegalia. Fondo de ojo normal. Ecocardiograma: derrame pericárdico leve. Evolucionó con registros febriles diarios. Al 6to día de internación comienza con

dificultad respiratoria, hipoxemia, rales subcrepitantes, tos y sibilancias. En RX de tórax: infiltrados intersticiales difusos. VSNF -. Se indica oxígeno suplementario por cánula nasal y salbutamol cada 4hs. Por no observarse mejoría y con diagnóstico presuntivo de eosinofilia pulmonar, se indica metilprednisona 1 mg/kg/día con buena respuesta. Se suspende oxígeno suplementario a los 5 días, y a los 8 días los corticoides. Egresó de la institución en buen estado clínico, con 7500 eosinófilos. Al recibirse de forma ambulatoria ELISA y western blot + para toxocara se indicó Albendazol.

DISCUSIÓN:

La eosinofilia periférica puede aumentar por estímulos neoplásicos, infecciosos, alérgicos, farmacológicos, endocrinológicos o autoinmunes. Su grado no correlaciona con el daño orgánico. El porcentaje de compromiso pulmonar varía dependiendo la etiología. En el caso de eosinofilia pulmonar por toxocara, el compromiso respiratorio puede deberse al paso de la larva por el parénquima pulmonar y/o a la respuesta inmune.

CONCLUSIÓN:

Determinar la presencia y el grado de daño orgánico es fundamental al evaluar un paciente con eosinofilia. En las eosinofiliías pulmonares, los corticoides son el tratamiento de elección junto con el tratamiento antiparasitario cuando corresponda.

DIFERENCIAS EN LAS CONDUCTAS MÉDICAS EN ÁMBITO PÚBLICO VS PRIVADO

Vazquez V.¹; Dalprá V.²

HIGA EVA PERÓN SAN MARTÍN^{1,2}

<vero_vazquez@live.com>

RPD
652

INTRODUCCIÓN:

Nos impulsó a realizar este trabajo evaluar las diferentes conductas médicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, comparando el ámbito público con el privado, teniendo en cuenta diversas variables ante la misma patología, lactantes febriles sin foco menores de seis meses.

OBJETIVOS:

Observar las diferentes conductas médicas realizadas en cuanto al diagnóstico, tratamiento y seguimiento en lactantes febriles sin foco menores de seis meses, comparando el ámbito público (hospital provincial) vs el privado (sanatorio en CABA).

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo prospectivo observacional. Se evaluó en guardia externa a lactantes febriles sin foco menores de seis meses. Utilizamos fichas prediseñadas con datos del paciente y clínicos, NSE, escalas de riesgo, exámenes complementarios, tratamiento, diagnóstico final. Se evaluaron pautas de alarma parentales, adherencia al tratamiento, y la posibilidad de seguimiento en controles posteriores.

RESULTADOS:

Observamos en el ámbito público un mayor porcentaje de internaciones, de exámenes complementarios realizados y de tratamientos antibióticos

administrados. De la población total de pacientes evaluados en guardia del hospital público un 65% se internó vs 31% en el sanatorio, suponemos debido a varios factores: consulta tardía, falta de cumplimiento de tratamiento antibiótico adecuado (complicaciones asociadas), y por falta de pautas de alarma parentales. Mayor uso de antibióticoterapia en el hospital debido a factores similares descriptos anteriormente. En cuanto a exámenes complementarios observamos se realiza un mayor porcentaje en hospital público debido a que el paciente llega más comprometido clínicamente y al no poder realizar un adecuado seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIONES:

Observamos diferencias en las conductas médicas realizadas en los lactantes febriles sin foco, menores de seis meses, lo que conlleva a un mayor porcentaje de internación, realización de exámenes complementarios y tratamiento antibiótico en el ámbito público vs al privado, debido a diversos factores médicos, legales y parentales. Este trabajo se realizó con el fin de describir las actitudes de los profesionales y los factores más frecuentemente invocados en estas decisiones, así como eventuales diferencias de opinión entre los mismos; evitar internaciones y observaciones en guardia innecesarias, y un tratamiento unificado de las mismas.



ACV ISQUÉMICO EN PEDIATRÍA

Masci G.¹; Del Rincon J.²; Balduzzi M.³; Uribe C.⁴; Estrada N.⁵; Perez Marc G.⁶; Gaivironsky R.⁷; Schwarstein T.⁸; Bauer V.⁹

HOSPITAL MILITAR CENTRAL¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

guadalupe_masci@hotmail.com

RPD
653

INTRODUCCIÓN:

Se define ACV a la progresión acelerada de signos clínicos, ya sea de alteraciones focales (o globales) de la función cerebral, con duración de 24 hs. o más, que puede provocar la muerte con ninguna otra causa aparente más que el origen vascular. La isquemia cerebral consiste en la reducción significativa del flujo sanguíneo a una parte o región del cerebro. El ACV isquémico es de difícil diagnóstico, ya que presenta manifestaciones clínicas solapadas. La incidencia de accidentes cerebrales vasculares isquémicos en la infancia es baja, pero sus causas son numerosas. Objetivos: Presentar a dos pacientes de nuestro servicio internados por hemiparesia facio-braquio-crural derecha secundaria a ACV isquémico.

CASOS CLÍNICOS:

Pacientes de 4 y 10 años de edad, previamente sanos, que inician bruscamente con hemiparesia faciobraquocrural derecha, sin otros síntomas asociados. A su ingreso se les realiza TC de cerebro, ambas informadas como normales. Son evaluados por neurología y neurocirugía quienes, en

ambos casos, solicitan RNM y angio-resonancia cerebral, que evidencian imágenes compatibles con eventos vasculares isquémicos en períodos agudo y subagudo a nivel de estructuras cerebrales izquierdas. En uno de los pacientes se observó displasia cortical a nivel fronto temporal izquierdo. Se realizó posteriormente angiografía digital, en la cual no se identificaron malformaciones vasculares. Se completaron estudios hematológicos, reumatológicos y cardiológicos, siendo todos ellos normales. Fueron dados de alta recibiendo tratamiento con ácido acetilsalicílico.

CONCLUSIÓN:

Si bien los ACV isquémicos en la infancia no son frecuentes, se deberían sospechar en todo paciente con déficit neurológico focal agudo. En estos casos la TC cerebral puede ser normal, por lo que deberían solicitarse RNM y angio-resonancia. El tratamiento con ácido acetilsalicílico tiene como objetivo la prevención de nuevos eventos isquémicos.

EL TRABAJO EN EQUIPO ENTRE MÉDICO Y PSICÓLOGO EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA. INTERVENCIÓN OPORTUNA.

Chirino M.¹; Merlino M.²

HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. H. NOTTI¹²

mechirino@yahoo.com.ar

RPD
654

INTRODUCCIÓN O MARCO TEÓRICO

Los pacientes que padecen enfermedades crónicas requieren de un equipo interdisciplinario para su tratamiento.

Se presenta un paciente con Síndrome de Ehler Danlos Vascular que se interna en sala de clínica en estadio post quirúrgico de ileostomía secundaria a perforación intestinal espontánea. El primer día de internación el médico pediatra a cargo percibe que la madre del niño se encontraba en estado de alerta llamativo, interfiriendo la intervención médica e influyendo negativamente en el estado anímico del paciente. Por este motivo solicita interconsulta al servicio de Salud Mental.

El abordaje psicológico se realizó desde la perspectiva del psicoanálisis vincular. Se instrumentaron varios dispositivos de intervención clínica habilitando el espacio para el paciente y las figuras representativas de su contexto familiar.

OBJETIVOS:

- 1- Transmitir los beneficios del trabajo en equipo, integrando la enfermedad, el paciente y su entorno familiar.
- 2- Destacar la importancia de la intervención oportuna
- 3- Considerar la necesidad del apoyo del equipo interdisciplinario en los distintos momentos de crisis que debe afrontar el paciente crónico y su familia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 13 años con antecedente de enfermedad de Ehler Danlos

Vascular que ingresa desde UTI cursando segundo día postquirúrgico de ileostomía secundaria a perforación intestinal espontánea. Pasa a sala de clínica para cumplir tratamiento antibiótico y recuperación nutricional. El paciente había sido dado de alta 24hs previas al ingreso desde Servicio de Cirugía donde había permanecido internado durante 6 días con diagnóstico de peritonitis apendicular.

Requirió internación el sala de clínica durante 28 días, con complicaciones no esperables en su evolución: infección asociada a cuidados de la salud sin rescate de germen, con uso de múltiples esquemas antibióticos; alergia al yodo, diagnosticada tras la realización de TAC con contraste e insuficiencia renal y hepática asociada al uso de antibioticoterapia y medio de contraste yodado.

DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA:

Se realizó una primer entrevista con la mamá y luego entrevistas individuales con el paciente. Se evaluaron las necesidades y prioridades del mismo y se construyeron distintos tipos de intervención psicoterapéutica conforme a las necesidades del paciente y de su familia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se logró un acompañamiento efectivo y armónico desde el equipo médico durante la internación del paciente que favoreció en su estado físico y psicológico.

Palabras clave: enfermedad crónica, interdisciplina, intervención oportuna, Ehler Danlos Vascular



ESCLERODERMIA LINEAL EN “COUP DE SABRE” ASOCIADO A CONVULSIONES

Navarri J.¹; Quintana C.²; Sanchez P.³; Muller A.⁴; Favier I.⁵; Jaime S.⁶; Dericco A.⁷; Frenkel S.⁸; Freyer D.⁹

HOSPITAL POSADAS^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<Jorgelina_navarri@hotmail.com>

RPD
655

INTRODUCCIÓN:

La Esclerodermia lineal (EL) es un subtipo de esclerodermia localizada que cursa con afectación de la piel, pudiendo comprometer al tejido celular subcutáneo, muscular y óseo subyacente.

La esclerodermia lineal en “coup de sabre” (ELCS) se manifiesta por placas escleróticas con bordes violáceos distribuidos de manera similar a una banda en el cuero cabelludo y zona frontoparietal. Las lesiones pueden extenderse a nariz, mejillas, mentón, cuello y presentar alopecia cicatrizal. Los pacientes con ELCS pueden desarrollar manifestaciones extracutáneas, siendo las más frecuentes oftalmológicas, odontológicas y neurológicas que incluyen convulsiones, cefalea y déficits neurológicos focales principalmente.

RESUMEN:

Niña de 4 años de edad previamente sana presenta episodio de convulsión tónicoclónico generalizado de menos de 10 minutos duración, afebril por lo cual es admitida para estudio. Refiere traumatismo de cráneo 3 meses previos. Al examen físico presenta dermatosis en región frontoparietal izquierda que consiste en lesión hiperpigmentada en banda con esclerosis.

Presenta enoftalmos izquierdo. Examen neurológico y oftalmológico normal. Las pruebas de laboratorio de rutina incluida serologías fueron negativas. Electroencefalograma de sueño: trazado con actividad de puntas en región frontal derecha de baja frecuencia de descarga durante el sueño NO REM. TAC de encéfalo: asimetría con engrosamiento de recto interno e inferior izquierdo.

Con diagnóstico de ELCS y epilepsia inicio tratamiento con corticoides, metotrexate y carbamacepina. En el seguimiento se observó progresión de su dermatosis hasta mentón no presentando nuevos episodios de convulsiones.

CONCLUSIÓN:

Los síntomas neurológicos pueden preceder o coincidir con el comienzo del compromiso cutáneo. Un minucioso examen de la piel y cuero cabelludo debe realizarse en pacientes con convulsiones. Los estudios de imágenes del SNC deben considerarse en todos los pacientes con ELCS al momento del diagnóstico incluso en pacientes asintomáticos. El compromiso del sistema nervioso central condiciona, en la mayoría de los casos, el pronóstico de estos niños.

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA FORMACIÓN Y EL AMBIENTE LABORAL DE PEDIATRAS EN FORMACIÓN EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Firenze Aldeghi L.¹; Battolla J.2; Diaz Pumará E.³; Jaureguizar M.⁴; Lamborizio J.⁵; Elias Costa C.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1 2 3 4 5 6}

<lofirenze@gmail.com>

RPD
656

INTRODUCCIÓN:

El ambiente laboral, la carga de trabajo y las actividades docentes, inciden en el complejo proceso de aprendizaje de la educación médica de posgrado.

OBJETIVOS:

Conocer el nivel de satisfacción de los residentes de Clínica Pediátrica sobre su formación y ambiente laboral.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio de corte transversal por medio de una encuesta on-line autoadministrada, anónima y voluntaria, en una plataforma moodle 2.0, a los residentes de primero (R1), segundo (R2) y tercer año (R3) al finalizar cada rotación trimestral, de junio de 2014 a febrero de 2015. La encuesta fue de tipo Likert con 5 opciones: mala, regular, buena, muy buena, excelente. Se consideró satisfactoria la calificación de buena a excelente y de insatisfactoria la calificación de regular y mala.

RESULTADOS:

La tasa de respuesta global fue del 90%, produciendo 304 encuestas, que se estratificaron por año de residencia y lugar de rotación. El 84% de los residentes consideraron cada una de sus rotaciones satisfactorias. Las rotaciones mejores puntuadas fueron las de Consultorio de Mediano Riesgo y las salas de Infectología.

En cuanto a las herramientas educativas más aprovechadas para la adquisición de conocimientos, los R1 valoraron más la discusión con residentes superiores y jefes de residentes (92%), mientras que los R2 y R3 la consideraron casi tan relevante como la lectura personal (85-87% versus 84%). Calificaron el rol docente de su jefe de residentes o responsable a cargo como satisfactorio en el 90% los R1, el 75% los R2 y el 94% los R3, pero en Neonatología el 87% de los R2 lo calificaron como insatisfactorio. El 86% de los residentes consideraron satisfactorio al ambiente, excepto en Neonatología y Cuidados Intensivos donde el ambiente fue considerado insatisfactorio en el 64% y 38% respectivamente.

En cuanto a relaciones personales, el 80% de los residentes consideró satisfactoria la relación con médicos internos, el 70% con enfermería y el 87% con interconsultores. Más del 92% considera satisfactoria la relación con el jefe de residentes, el 96% con los residentes superiores y 99,7% con sus pares.

CONCLUSIONES:

Los residentes manifestaron a través de las encuestas una alta satisfacción sobre cada una de sus etapas formativas y el ambiente de trabajo. Los sitios de atención de pacientes críticos (Neonatología y Cuidados Intensivos) fueron considerados con bajo nivel de satisfacción, tanto en aspectos docentes como de relaciones interpersonales.



ERITEMA MULTIFORME ASOCIADO A INFECCIÓN POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*: PRESENTACIÓN DE UN CASO

RPD
657

Tapia Veintemillas W.¹; Pereyra P.²; Retamar A.³; Desandro A.⁴; Racioppi F.⁵; Perez F.⁶; Amadi M.⁷; Goldaracena P.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,4,5,6,7,8}; HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE³

<wilsonmania2@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El eritema multiforme (EM) es una enfermedad inflamatoria y/o por hipersensibilidad de inicio súbito caracterizado por lesiones en piel y mucosas de distribución simétrica, las lesiones características se denominan “en diana” o “escarapela”. Su asociación con *Mycoplasma pneumoniae* en pediatría es frecuente (mayor al 50%). Su clasificación en EM menor y mayor es controversial y se prefiere hablar de un espectro de enfermedad que incluye al síndrome de Steven-Johnson (SSJ), el síndrome de superposición SSJ/NET y la necrosis epidérmica tóxica (NET).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 4 años de edad que presenta exantema de inicio súbito en 4 extremidades eritemato-purpúrico palpable y confluyente con lesiones en diana, edema periorbitario y en manos y pies, inyección conjuntival, rales subcrepitantes bilaterales, leve taquipnea. Antecedentes: tratamiento con claritromicina 15g/kg/día por neumonitis en los días previos al inicio del cuadro clínico actual, presento además dolor monoarticular transitorio en cadera derecha. Laboratorio: Hcto30% Hb9,9g/dL GB7.200 Plaquetas35.000 VSG 100mm/1Hr PCR 79,8mg/L TGO 16 TGO 5

BT 0,5 PT 50,6g/L Albumina 24,6g/L Serologías: *Mycoplasma pneumoniae* IgG(-) IgM(+) VHS1y2(-). Rx de torax: infiltrado intersticial bilateral hasta la periferie. Evoluciono favorablemente con autolimitación del cuadro. Por recurrencia es readmitido en sala de internación autolimitandose el mismo a los pocos días.

DISCUSIÓN

En el presente caso se destacan manifestaciones extrapulmonares producidas por *Mycoplasma pneumoniae*: eritema multiforme, trombocitopenia y artritis monoarticular transitoria, no existiendo evidencia que demuestre que el tratamiento disminuya la presentación de las mismas considerando el adecuado tratamiento previo del paciente con claritromicina.

CONCLUSIÓN

La principal causa de eritema multiforme en pediatría es el asociado a *Mycoplasma pneumoniae* y generalmente presenta una evolución favorable sin complicaciones, y suele manifestarse en ocasiones de forma recurrente.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR *KINGELLA KINGAE*

RPD
658

Arevalo R.¹; La Hoz M.²; Sciacaluga S.³; Eyerabide A.⁴; Romanini M.⁵; Viteria M.⁶; Zancocchia N.⁷

SANATORIO DE NIÑOS^{1,2,3,4,5,6,7}

<rocioarevalo84@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Endocarditis infecciosa (EI) es una entidad en la que uno o varios microorganismos infectan el endocardio, las válvulas, o las estructuras relacionadas. Se encuentra asociada a cardiopatías, catéter intravascular e inmunodeprimidos. La etiología más frecuente: Estreptococos, Estafilococos, Bacilos Gram negativos, grupo HACEK, hongos. *Kingella Kingae* es un cocobacilo gramnegativo que pertenece al grupo HACEK. La especie *K. Kingae* se encuentra habitualmente en el tracto respiratorio superior especialmente en los niños menores de 5 años, preferentemente menores de 2 años. Tienen especial tropismo por tejido osteoarticular, espacio vascular y endocardio.

OBJETIVO:

Presentación de un caso clínico de un niño de 20 meses de vida con diagnóstico de EI por *K. Kingae*.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo de historia clínica de paciente internado en Sanatorio de Niños de Rosario.

CASO CLÍNICO:

Niño de 20 meses de edad, sano previo, adecuadamente inmunizado. Consulta por fiebre de 7 días de evolución y estrabismo divergente súbito. Al examen físico el paciente se encuentra irritable, con vesículas en orofaringe, sin adenopatías, taquicardico sin soplos y con estrabismo divergente horizontal de ojo izquierdo resto del examen neurológico sin alteraciones.

Se realizan estudios complementarios: laboratorio con leucocitosis leve a predominio de neutrofilia y reactantes de fase aguda elevada; Hemocultivos por dos; TAC de encéfalo normal. Se realiza punción lumbar con

citofísico-químico de LCR normal y cultivo negativo.

Durante la internación, a las 24hs del ingreso agrega hemiparesia izquierda y continúa con irritabilidad por lo que previa evaluación con neurología se repite TAC de craneo: se visualiza lesión occipital y temporal derecha compatible con lesión isquémica.

Se agrega a los estudios RNM de encéfalo y angiografía informándose lesión isquémica aguda múltiple con hiperintensidad en lóbulo temporal derecho y occipital. Se interpreta cuadro como ACV isquémico. Se solicitan perfil reumatológico, hematológico que resultan normal. Ecocardiograma doppler color: sin alteraciones; ecografía de vasos del cuello: sin alteración.

Al sexto día de internado desmejora clínicamente y agrega soplo sistólico; pasa a cuidados intensivos. Se realiza Ecocardiograma doppler color: se observa vegetación en válvula mitral e insuficiencia de válvula mitral.

Se reciben resultados de hemocultivos: *K. Kingae*. Se llega al diagnóstico de embolia séptica por endocarditis infecciosa por *K. Kingae*. Realizó tratamiento con ceftriaxona por 21 días y ampicilina. Presentó mejoría clínica. Continuó por consultorio externo con controles con cardiología y neurología.

CONCLUSIÓN:

Nuestra intención es alertar a la comunidad médica para considerar el diagnóstico de EI ante la presencia de sepsis y considerar la presencia de gérmenes infrecuentes como la *K. Kingae*; ya que es una bacteria que pertenece al grupo de los fastidiosos, haciendo que se retrase el diagnóstico y tratamiento correspondiente. Recordar que ante la presencia de ACV isquémico es de importancia realizar dentro de los estudios complementarios el ecocardiograma doppler color y la ecografía de vasos del cuello.



GUILLIAN BARRE ATIPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Perez Peralta M.¹; Arancibia P.²; Suarez R.³

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL SALTA^{1,2,3}

<guadapp66@gmail.com>

RPD
659

INTRODUCCION:

El Guillain Barre es una poliradiculoneuritis aguda autoinmune desencadenada por una infección viral o bacteriana. Se caracteriza por debilidad simétrica, rápidamente progresiva, de comienzo distal y avance proximal, el LCR muestra una disociación albúmino-citológica.

OBJETIVO:

Presentar un caso sobre parálisis flácida en miembros inferiores.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 2 años y 1 mes, nacido de embarazo controlado a término con peso adecuado. Con internación neonatal por sd. pilórico. Neurodesarrollo normal. Consulta por trastorno de la marcha de cuatro días de evolución, dolor en miembros y zona lumbar baja. Fiebre al inicio del cuadro. Evita deambulación y sedestación. Curso cuadro respiratorio hace 10 días. Sin compromiso de pares craneales, sin debilidad muscular, sedestación dificultosa, con hiperlordosis lumbar. No dolor a la compresión de masas musculares, arreflexia en miembros inferiores, dolor en hiperextensión. No globo vesical. Sin dolor a la compresión de apófisis espinosas. Marcha inestable con aumento de base de sustentación. La-

boratorio con leucocitosis, fórmula, ionograma, función renal, PCR y CPK normal. Ecografía de caderas normal. Se inicia antibióticos con Ceftriaxona y Clindamicina por sospecha de discitis. Se recibe hemocultivos negativos. RMN de columna lumbar normal, se suspende antibióticos, el estado del paciente no mejora. Se realiza punción lumbar con disociación albúmino citológica, se interpreta como Guillain Barre. Se inicia gammaglobulina EV con buena evolución. Discusión: La enfermedad de Guillain Barre se clasifica en: polirradiculopatía aguda inflamatoria desmielinizante, neuropatía axonal sensitivo-motora aguda, neuropatía axonal motora aguda y síndrome de Miller-Fisher. El diagnóstico diferencial debe descartar enfermedades del sistema nervioso central, síndromes miasténicos, neuropatías tóxicas y cuadros miopáticos. Tiene buen pronóstico en niños, con una recuperación total en el 85%.

CONCLUSIÓN:

En este caso se pensó inicialmente en una discitis descartada luego por métodos complementarios y continuación del cuadro sin mejorías con antibiótico. Concluimos que a pesar de la clínica poco específica, no se podía descartar Guillain Barre hasta obtener resultados del LCR.

HIPOTIROIDISMO CONGENITO CON SCREENING NEONATAL NORMAL: A PROPOSITO DE UN CASO

Tapia Veintemillas W.¹; Penzi C.²; Velasco T.³; Saseta D.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4}

<wilsonmania2@hotmail.com>

RPD
660

INTRODUCCIÓN

El hipotiroidismo congénito es un déficit de hormonas tiroideas presente desde el nacimiento, se clasifica en primario o secundario. Su forma menos frecuente, el hipotiroidismo central o secundario se produce como consecuencia de un trastorno en el sistema hormona estimulante del tiroides (TSH) – hormona liberadora de tirotrópina (TRH); las manifestaciones clínicas suelen ser leves en los primeros meses, probablemente como resultado del paso transplacentario de hormonas tiroideas maternas.

CASO CLINICO

Paciente femenino de 3 meses de edad que ingresa para estudio de estridor laríngeo. Antecedentes: hiperbilirrubinemia neonatal prolongada con requerimiento de luminoterapia, caída tardía del cordón umbilical (20 días de vida), onfalitis, screening neonatal (errores congénitos del metabolismo) normal. Examen físico: fascies mixedematosa, palidez, piel seca, cabellos gruesos, alopecia en parches, edema periorbitario, macroglosia, soplo sistólico 3/6 que irradia a cuello y región dorsal, abdomen distendido, hernia umbilical, hipotonía central, llanto débil y ronco, retardo de pautas neuromadurativas, falta de crecimiento pondo-

estatural. Laboratorio: Hto:24% Hb:7,6g/dL VCM:99 HCM:31,7 CHCM:32 TSH:0,12 T4:0,22 PRL:45 Ecocardiograma: Normoconexión de cámaras y vasos. CIA 0,5 mediana, estenosis pulmonar leve. Se inicia tratamiento sustitutivo con levotiroxina observándose mejoría clínica.

DISCUSIÓN

El Programa de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Congénitas (PRODYTEC) incluye dentro su pesquisa al hipotiroidismo congénito primario por medio de la determinación de TSH siendo el punto de corte 11uUI/mL, considerándose NORMAL los valores superiores a este, por lo cual los pacientes con hipotiroidismo central al tener bajos niveles séricos de TSH tendrán un resultado catalogado como normal por medio de este estudio.

CONCLUSIÓN:

El screening neonatal para errores congénitos del metabolismo del PRODYTEC es útil para el diagnóstico de hipotiroidismo congénito primario, no así para el secundario o central, por lo cual se debe sospechar de este último frente a pacientes con clínica sugestiva y screening neonatal normal.



ESTADO NUTRICIONAL EN ESCOLARES Y SU ASOCIACIÓN CON HÁBITOS ALIMENTARIOS

POB
662

Radosevich A.¹; Arias S.²; Bossio J.³

CÁTEDRA DE EPIDEMIOLOGÍA Y NUTRICIÓN. FACULTAD DE BIOQUÍMICA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS- UNL^{1,2,3}

<ainelen_r@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El estado nutricional (EN) en niños es un reconocido indicador de salud y desarrollo y está estrechamente relacionado con sus hábitos alimentarios (HA).

OBJETIVO:

Evaluar el EN de escolares de la Ciudad de Santa Fe y su asociación con los HA.

POBLACIÓN:

Escolares entre 6 y 8 años de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de Santa Fe, en 2010.

MÉTODOS:

Estudio transversal de 343 escolares que asistían a 1er grado en 2010. Se tomaron medidas de peso (kg) y talla (mts), para construir el indicador Índice de Masa Corporal (IMC), evaluado según las curvas de Organización Mundial de la Salud de IMC/Edad. Un puntaje Z < -2 fue considerado como bajo peso (BP), > 2 sobrepeso u obesidad (SP), y entre -2 y 2 se consideró eutrófico. Los datos sobre hábitos alimentarios se recolectaron mediante una encuesta alimentaria autoadministrada a los padres. Se indagó sobre el consumo de frutas, golosinas, bebidas, aderezos, productos de copetín y el hábito de desayuno. Se calcularon los Odds Ratio (OR) para cada variable y su Intervalo de Confianza al 95% (IC). Los datos se analizaron utilizando los programas Epi.Info y EpiDat.

RESULTADOS:

El 1,45% (n=5) de los escolares tenían BP, el 16,05% (n=55) SP y el resto, 82,50% (n=283) eran eutróficos. La ausencia del hábito diario del desayuno se asoció positivamente al SP: OR=1,89 (0,86; 4,15); y al BP: OR=1,50 (0,16; 13,97), al igual que el consumo diario de productos de copetín al SP: OR=3,01 (0,89; 10,20); y al BP: OR=18,42 (3,10; 109,20). Contrariamente a lo esperado, el consumo diario de golosinas y gaseosas o de jugos se asoció negativamente al SP: OR=0,65 (0,29; 1,40) y OR=0,85 (0,45; 1,63), respectivamente; pero presentaron asociación positiva con el BP: OR=1,47 (0,20; 10,74) y OR=1,75 (0,25; 12,13), respectivamente. El consumo de frutas fue protector para el SP: OR=0,84 (0,42; 1,70), sin ser posible calcularlo para el BP. El consumo de agua en las comidas no presentó asociación con los eventos de interés: OR=1,00 (0,53; 1,89) para el SP y OR=0,94 (0,15; 5,75) para el BP.

CONCLUSIONES:

El bajo porcentaje de BP en escolares, coexistiendo con un alto porcentaje de SP, coincide con lo hallado por otros estudios, reflejando la ya conocida transición nutricional en nuestra población. Teniendo en cuenta que el EN de un niño resulta influenciado por su medio, es importante continuar el estudio sobre hábitos alimentarios inadecuados de modo de focalizar intervenciones que contribuyan a mejorar el EN de escolares.

PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES OBESOS ASISTIDOS EN UN SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

RPD
664

Colombi Gonzalez M.¹; Raina B.²

HOSPITAL NOTTI^{1,2}

<tinac@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN:

Es fundamental el reconocimiento de los pacientes obesos con mayor riesgo biológico.

OBJETIVOS:

Identificar prevalencia de síndrome metabólico (SM) y de sus componentes individuales en la muestra estudiada. Evidenciar frecuencia de insulinoresistencia en los pacientes mencionados.

POBLACIÓN, MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS:

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes obesos asistidos en el Servicio de Endocrinología del Hospital Notti entre enero y junio del año 2013. Se analizaron 154 historias clínicas. 61 pacientes cumplían con los criterios de inclusión: edad mayor o igual a 10 años con diagnóstico de obesidad y datos que permitan evaluar SM. Criterios de exclusión: Obesidad secundaria. Variables principales estudiadas: circunferencia de cintura, tensión arterial, HDL, glucemia, triglicéridos, insulinemia, índice HOMA-R. Criterios de Cook para diagnóstico de síndrome metabólico (3 de 5 componentes):

circunferencia de cintura mayor o igual al P90, TA mayor o igual al P90, Triglicéridos mayor o igual a 110 mg/dl, HDL menor o igual a 40 mg/dl, Glucemia mayor o igual a 100 mg/dl. (Valor corte para IR: HOMA-R >1.5 en prepúber y >3 en púberes).

RESULTADOS:

La prevalencia global de SM fue de 47,5%, siendo en los pacientes con obesidad leve de 44,4% y de 56,2% en obesidad grave. La variable aislada más frecuente fue la circunferencia de cintura > P90 (90%) y la menos frecuente la glucemia alterada en ayunas (14,9%). 71,4% de los prepúberes presentaba insulinoresistencia.

CONCLUSIONES:

Dada la elevada prevalencia de SM en la población estudiada se deben implementar estrategias más energéticas en el abordaje de los pacientes con mayor riesgo cardiometabólico. El componente individual del SM más frecuentemente observado fue la circunferencia de cintura mayor al P90, elemento clínico accesible que permite identificar pacientes con mayor riesgo biológico. Se observó alta prevalencia de insulinoresistencia.



PACIENTE CON FENÓMENO DE NUT CRACKER CURSANDO GLOMERULONEFRITIS POR IGA VS EMBG

RPD
668

Solferino S.¹; Camacho A.²

HOSPITAL POSADAS^{1,2}

<sabru_83@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Fenómeno de Nut cracker se caracteriza por la compresión de la vena Renal Izquierda entre la arteria Aorta y la Mesentérica superior; con disminución del flujo sanguíneo e hipertensión en la vena renal, que en ocasiones puede acompañarse con dilatación de la porción distal de la misma. Esto se manifiesta a través de hematuria, proteinuria, dolor abdominal, varicocele y varices lumbares. El diagnóstico se realiza a través de la venografía retrógrada (gold standard) aunque la ecografía doppler resultó ser un buen método sobre todo por su accesibilidad. El tratamiento es esencialmente conservador teniendo en cuenta que la resolución espontánea por el desarrollo físico durante la infancia es posible. Aquellos casos que se acompañen de dolor abdominal incapacitante, hematuria macroscópica frecuente o anemia pueden requerir un tratamiento más agresivo que incluye técnicas quirúrgicas (nefropexia medial, derivación de la vena renal, transposición de la vena renal izquierda y autotrasplante de riñón izquierdo, Stents intravasculares, implantación de stents autoexpandible).

POBLACIÓN:

Se realizó el seguimiento y estudio de hematuria en una paciente de sexo femenino de 4 años de edad previamente sana.

OBJETIVOS:

Analizar la presentación clínica, la evolución, los diagnósticos diferenciales y el tratamiento de hematuria en nuestra paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizó la presentación clínica de hematuria en una niña de 4 años sin antecedentes. Se confeccionó la historia clínica: nombre, edad, sexo, procedencia, fecha de consulta, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes ambientales, infecciones previas, síntomas y signos clínicos, examen físico completo, tratamiento recibido, tiempo de evolución y recuperación, los exámenes de laboratorio e imagenología. Se consideró: fecha de primera consulta, forma de presentación clínica, existencia o no de infecciones previas y patología asociada. Se estableció la relación entre estos elementos y las posibles causas de hematuria.

RESULTADOS:

Se analizó la presentación clínica, la evolución, los resultados de laboratorio e imágenes: asumiéndose como un fenómeno de Nut Cracker asociado a hematuria glomerular secundaria a 2 etiologías probables: Nefropatía por IgA VS Enfermedad de membrana basal delgada.

CONCLUSIONES:

El Síndrome del Cascanueces debe ser considerado en pacientes con hematuria asociada o no a proteinuria, dolor en flanco izquierdo o en aquellos con síntomas de congestión pélvica. Se debe descartar otras etiologías de hematuria y ante la duda etiológica considerar la presencia de este síndrome. El doppler renal debe ser la prueba de elección para su diagnóstico. Esta entidad puede remitir espontáneamente con el crecimiento.

TUMOR DE CÉLULAS TRANSICIONALES EN PACIENTE PEDIÁTRICO

POB
668

Naville P.¹; Fadil J.²; Sacconi M.³; Palavecino E.⁴

SANATORIO DE NIÑOS^{1,2,3,4}

<pabgusnaville@gmail.com>

El tumor de células transicionales es frecuente en pacientes adultos pero de escasa incidencia en pacientes pediátricos. La presentación clínica es muy variable siendo más frecuente la hematuria. Aunque histológicamente presenta bajo grado de malignidad requiere estricto control.

OBJETIVO:

Presentación de caso clínico de tumor de células transicionales en pediatría.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se analizó retrospectivamente el caso de un niño de 12 años que ingresa con macrohematuria de 72 hs de evolución.

Laboratorio: Hto 37%; Hb 12,8 gr/dl, Globulos blancos 8950 (66/22); Plaquetas 234000; VES 13, TP13, KPTT38, glicemia 106, uremia 16, creatinina 0,49.

Ecografía abdominal: tumoración endovesical.

Tomografía abdominal: Tumoración vegetante sin compromiso de tejido adyacente

Diagnóstico definitivo: endoscopia y biopsia

Tratamiento quirúrgico (resección endoscópica). Evoluciona favorablemente.

CONCLUSIÓN:

La baja incidencia de esta patología en pediatría (aunque frecuente en el adulto) puede generar retardo en el diagnóstico. La baja tasa de presentación de células. Intentamos comunicar la necesidad de considerarlo dentro de los diagnósticos diferenciales de macrohematuria.



ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN PEDIATRÍA: ¿EXISTEN ELEMENTOS PARA SU DIAGNÓSTICO TEMPRANO?

RPD
670

Cevasco P.¹; Guerrini C.²; Stetler M.³

SANATORIO DE NIÑOS ROSARIO^{1,2,3}

<ninazancocchia@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La esclerosis múltiple (EM) es la causa más frecuente de discapacidad neurológica en adultos jóvenes. La EM que se inicia en la edad pediátrica por lo que es de importancia su diagnóstico y tratamiento oportuno, preciso y precoz.

OBJETIVOS:

- Análisis de un caso clínico de EM en pediatría. - Revisión bibliográfica para: Establecer si la Encefalomiелitis Aguda Diseminada (EMAD) es una entidad clínica única o en realidad forma parte del inicio del espectro clínico en la Emy Definir la existencia de elementos que indiquen la posibilidad de evolución de las formas recidivantes del EMDA en la EM. Material y métodos: Análisis retrospectivo de historia clínica de paciente de 9 años internada en sanatorio de niños en mayo, junio y setiembre de 2014 y marzo de 2015, en la que se realizó el diagnóstico de EM. A partir del mismo se realizó una búsqueda bibliográfica para establecer diferencias clínicas y pautas diagnósticas de dicha patología en relación con EMAD.

RESULTADO:

Como concepto general se acepta a la EDAM como un trastorno desmielinizante inflamatorio agudo del SNC, de evolución monofásica que afecta la sustancia blanca del encéfalo y la médula espinal, inmuno mediado. Definir adecuadamente esta entidad y distinguirla de otras enfermedades de evolución crónica que afectan la sustancia blanca, en particular con la EM, constituye un desafío diagnóstico con relevancia pronóstica y terapéutica; ya que se comenzaría con terapias inmunomoduladoras

en condiciones autolimitadas de evolución monofásica como EMAD en donde no estaría indicado, y en caso contrario al subdiagnosticar enfermedades crónicas que merecerían el tratamiento. No se ha identificado un marcador biológico que permita predecir el subsiguiente desarrollo de la EMAD a EM luego de un evento inicial. Existen múltiples estudios complementarios con significancia diagnóstica: Resonancia Magnética y bandas oligoclonales e IgG en el LCR. Con respecto a la clínica del paciente, la misma se superpone en ambas entidades en su comienzo, caracterizando a la esclerosis múltiple su recurrencia en el tiempo, con aumento del grado de discapacidad.

CONCLUSIÓN:

A partir de todos los estudios recopilados, consideramos que el diagnóstico de EMAD se sustenta en las características clínicas de presentación y en las lesiones observadas en neuroimagen, pero como pilar fundamental en la diferenciación de ambas entidades, creemos que el seguimiento clínico e imagenológico en el tiempo, luego del tratamiento correspondiente es la mejor forma para determinar si el evento clínico inicial se trata de una EMAD o el comienzo de una EM, ya que esta última, no se debe plantear hasta confirmar la ganancia de nuevas placas de desmielinización en la RMI en paralelo a una exacerbación clínica que debe repetirse en el tiempo con un grado de discapacidad en aumento. En nuestro caso, la paciente presentaba bandas oligoclonales positivas al momento del diagnóstico y lesiones en la sustancia blanca cerebral. Presentó recaída al mes del diagnóstico y luego en dos oportunidades más.

PANCREAS DIVISUM COMO CAUSA DE PANCREATITIS RECURRENTE

RPD
672

Naville P.¹; Palavecino E.²; Coletta C.³

SANATORIO DE NIÑOS^{1,2,3}

<pabgusnaville@gmail.com>

INTRODUCCION:

Pancreas divisum es una entidad frecuente en pacientes adultos con una prevalencia de hasta un 7 % en autopsia de acuerdo con algunas series. Pero en pacientes pediátricos es de difícil diagnóstico y de baja prevalencia.

OBJETIVO:

Presentación de caso clínico de pancreas divisum como causa de pancreatitis crónica en pediatría.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se analizó retrospectivamente el caso de una niña de 4 años que ingresa derivada de otra institución por dolor abdominal de 24hs de evolución por la cual se le realizó laparotomía exploratoria negativa

Laboratorio: Hto 39%; Hb 13,5 gr/dl, Globulos blancos 14130 (83/8); Plaquetas 276000; TP14,4, KPTT 33, glicemia 141, uremia 37, creatinina 0,55 Ecografía abdominal: Image compatible con necrosis pancreatica resto sin particularidades

Tomografía abdominal: compatible con pancreatitis cronica colangiograma: Imagen compatible con pancreas divisum

Diagnóstico definitivo: colangiograma

Tratamiento quirúrgico (resección endoscópica) esfinterotomía quirúrgica. Evoluciona favorablemente.

CONCLUSIÓN:

El pancreas divisum es la anomalía congénita más frecuente de este órgano. Se encuentra presente en aproximadamente el 11% de las autopsias. En pacientes adultos la posibilidad de éxito en esfinterostomía endoscópica alcanza el 50%. Consideráramos la necesidad de incluir a esta patología como causa recurrente de dolor abdominal recurrente



TROMBOFLEBITIS SUPURADA DE LA VENA YUGULAR INTERNA DERECHA CON DIAGNOSTICO DEFINITIVO DE HIPERHOMOCISTEINEMIA A PROPÓSITO DE UN CASO

POB
673

Escudero D.¹; Roca I.²

HOSPITAL SAN LUIS¹²

<doctoraescuderdaniela@gmail.>

INTRODUCCIÓN:

La trombosis secundaria a mastoiditis aguda cada vez es más infrecuente en nuestro medio. Sin duda el diagnóstico precoz y el manejo adecuado de la otitis media aguda han influido de manera importante para que esto suceda. Lo habitual es que se trate de pacientes sépticos con una sintomatología manifiesta y repercusión sistémica. Hoy día comenzamos a ver casos en que el cuadro clínico es muy poco llamativo. Dentro de las complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir secundarias a una otitis media aguda está la mastoiditis aguda. Los hallazgos clínicos a tener en cuenta son fiebre, dolor, náuseas, vómitos, cefaleas.

OBJETIVO:

Paciente con clínica neurológica, fiebre de difícil manejo, con antecedentes de otitis media a repetición.

DESCRIPCIÓN:

Paciente de 6 años, que consulta por presentar fiebre elevada de 30 días de evolución, escasa respuesta al tto. APP la madre presenta enf. De Won willebrand. Al examen físico: cefalea generalizada, dolor que se irradia desde el cuello. Se indica analgesia y se solicita: HMC x 2, laboratorio completo, ecografía de cuello y partes blandas. Al día siguiente la niña continua con fiebre elevada, presentando palidez cutáneo mucosa, dolor intenso constante en cuello, se realiza eco cardiograma que informa buena función del VI con insuficiencia tricúspide leve, sin vegetaciones ni derrame pericardico. Ecografía de cuello y partes blandas: TCS se observa múltiples imágenes ganglionares derechas. Plano vascular: vena yugular derecha ocupada en su interior con material ecogenico, no compresible

sin señal doppler que podría corresponder a trombosis de la vena yugular. Al informarse HMC (+) posible Streptococco Viridans se decide comenzar tratamiento con gentamicina- Penicilina. Se deriva a centro de mayor complejidad con dx presuntivo de trombosis séptica-sospecha de endocarditis. Al ingreso en Hospital se descarta endocarditis por la ausencia de vegetaciones cardiacas. Se realiza RMN que informa: signos de trombosis de la vena yugular interna derecha. La trombosis se extiende desde el seno sigmoideo hasta el ingreso de la vena yugular en el torax. Se identifican multiples ganglios aumentados de tamaño en ambas cadenas ganglionares yugulo carotideas. Se observan signos de engrosamiento de la mucosa que revisten las celdillas mastoides en ambos lados. Esta alteracion es mas marcada en el oido derecho. Se realiza I/C con Infectologia quien sugiere realizar tto con Ceftrixona por 24 semanas, Hematologia y Cirugia Vascular Periferica. Se solicitaron estudios de coagulacion, que informan Anti beta 2 glicoproteina normales, Anticardiolipina(-) (Ant. Antifosfolipidico) solicita ADN. Se confirma mediante estudio de variante genética MTHFR resultado positivo para el GEN C677T. Confirmandose Trombofilia. Actualmente la paciente se encuentra en buen estado general, se realiza ecografías y TAC controles. Se indico tto. Con Aspirina y Ac. Folico.

CONCLUSIÓN:

Ante la presencia de pacientes, con antecedentes familiares de importancia y que cursa con otitis media recurrente, debe sospechase de otomastoiditis supurada. Hay que conocer esta patología como dx diferencial, para llegar a un diagnostico oportuno.

LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA (LHH) DE PRESENTACIÓN NEONATAL

POB
674

Siccardi M.¹; Ridi M.²; Bachiedoni B.³; Piatti A.⁴

HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA¹²; HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA³⁴

<asiccardi66@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La LHH es una enfermedad del sistema retículoendotelial por proliferación primaria de los macrófagos. Primaria o secundaria a infecciones, enfermedades malignas o reumáticas. La primaria es mas frecuente en menores de 1 año. Incidencia 1,2/ 1.000.000 al año. Autosómica recesiva, mutación ligada al gen de las perforinas. Linfocitos T Natural Killer (NK) son disfuncionantes. El diagnóstico se establece: molecular, criterios diagnósticos (5 de 8): Fiebre, Hepatoesplenomegalia, Bi o Pancitopenia: Hb <9mg/dl, Neutrófilos <1.000, Plaquetas <100.000, Hipertrigliceridemia >265mg/dL, Hipofibrinogenemia <150 mg/dl., Ferritina > 500 ug/L, CD25 > 2.400 U/mL, Actividad NK disminuida o ausente; y hemofagocitosis en MO, LCR o ganglio linfático.

OBJETIVO:

Presentación de caso clínico poco habitual

MATERIAL Y MÉTODO:

RN femenino, término, peso adecuado. Padres consanguíneos. A los 15 días presenta sospecha sepsis con múltiples focos (onfalitis, celulitis zona sacra y otitis media bilateral supurada) Hb 9,3 GB 5.100 plaquetas 128.000 PCR 59. Hemo, Uro y cultivo LCR: negativos. Cultivo flictenas sacras: SAMS. Se realiza tratamiento por antibiograma. A los 11 días

de internación hemograma control: bicitopenia: Hb 8,7 GB 6.800 plaq 103.000. No coincide con buena respuesta clínica. Consulta Hematología: Hb 8.1 GB 3800 plaq 90.000 , 20 eritroblastos c/ 100 leuco. Se sospecha LHH se completa laboratorio: Triglicéridos 239 LDL 1.598 Fibrinógeno 100 Ferritina 1558. Ecografía abdominal: esplenomegalia. Serologías negativas. Punción de MO muestra insuficiente. Comienza con protocolo LHH 2004 (etopósido, dexametasona y ciclosporina A) Buena respuesta inicial. Inmunología: ausencia de linfocitos T CD8+, severa linfopenia de NK. Expresión perforina por citometría de flujo de NK y CD 8 normal. Mutación gen de perforina: negativo. Secuenciación de sintaxina 11 (descarta LHH 1°) sin mutaciones. Ante sospecha de Inmunodeficiencia combinada severa por deficiencia CD8 asociada a linfocitosis se suspende tratamiento y se indica Gamaglobulina EV. Presenta bacteremia por Enterococo faecium asociado a reactivacion macrófagica (Ferritina 1762 TGL 760 LDH 4400 Fibrinógeno 335 plaquetas 90.000) Nueva punción MO: confirma hemofagocitosis. Fallece por fallo multiorgánico.

CONCLUSIÓN:

La LHH es una enfermedad muy poco frecuente pero de elevada mortalidad. La presentación neonatal sugiere etiología primaria que no pudo ser demostrada en este paciente.

**EFFECTIVIDAD DE UN CURSO SOBRE ENFERMEDADES FRECUENTES DE MEDICINA INTERNA DESTINADO A RESIDENTES DE 2º AÑO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA.****RPD
675***Díaz Pumará E.¹; Jaureguizar M.²; Battolla J.³; Firenze M.⁴; Lamborizio M.⁵; Elías Costa C.⁶*HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1 2 3 4 5 6}

<estanislao.dp@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La enseñanza de los grandes síndromes pediátricos de la medicina interna supone un desafío docente continuo en la formación de postgrado. Desde el Comité de Docencia e Investigación se busca involucrar al residente/ alumno como protagonista de su propio aprendizaje. En este contexto se realizó como actividad docente sistemática un curso sobre enfermedades frecuentes en medicina interna destinado a residentes de segundo año. Se utilizaron diferentes estrategias de enseñanza-aprendizaje con el propósito de acortar la brecha entre la teoría y la práctica.

OBJETIVO:

Demostrar la efectividad de este curso para la adquisición de conocimientos sobre este grupo de patologías.

POBLACIÓN MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo con residentes de 2º año de Clínica Pediátrica. La intervención consistió un curso virtual y presencial, con encuentros semanales de una hora de duración y una extensión total de 12 meses. Se utilizó como estrategia

docente el método del caso, la demostración didáctica y simulación de baja fidelidad. Se realizó una evaluación teórica pre y post intervención utilizando 27 preguntas de opción múltiple de aplicación.

RESULTADOS:

Sobre un total de 39 participantes, 35 completaron el estudio. Para el análisis estadístico se empleó el test no paramétrico de rangos de Wilcoxon para la comparación de los resultados antes y después. Los resultados se encuentran expresados como mediana y PC 25 y 75, presentando una mediana de respuestas correctas en el pretest de 14 (12-17) y en el posttest de 20 (18-22). El porcentaje de respuestas correctas tomados a un mismo residente antes y después de la intervención mostró una diferencia significativamente superior a favor del post test ($p < 0,0001$)

CONCLUSIÓN:

La implementación de este curso como estrategia docente fue efectiva para el aprendizaje de los grandes síndromes pediátricos de la medicina interna de los residentes de 2do año de nuestro Hospital.

PREVALENCIA DE ASMA EN UN PUEBLO AGRÍCOLA DE CÓRDOBA**RPD
676***Avila Vazquez M.¹; Difilippo F.²; Maclean B.³; Maturano E.⁴*CATEDRA DE PEDIATRÍA UNCORDOBA¹; HOSPITAL PEDIATRICO DEL NIÑO JESUS, CÓRDOBA²;DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA³; INSTITUTO DE VIROLOGIA, UNC⁴

<medardoavilavazquez@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En 2014 la Dirección de Salud de Monte Maíz, localidad agrícola de Córdoba, notó un aumento de asma y solicitó a UNC la realización de un estudio que comprobara las observaciones de los médicos locales y determinara las causas.

OBJETIVO:

Determinar si la prevalencia de asma es superior a la de la provincia y analizar factores ambientales para desarrollar hipótesis de causalidad. Población: Niños menores de 16 años (n=1174). De los cuales se analizó la franja etárea de 6 y 7 años (n=164) y de 13 y 14 (n=143).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, transversal, con relevamiento geográfico y georeferenciación contaminantes realizada por geógrafos de la UNC, complementado con monitoreo de contaminantes en muestras en matrices ambientales realizada por químicos de la UNLP y una encuesta estructurada poblacional realizada por médicos y estudiantes de Medicina, donde se consideró positivo para diagnóstico de asma el uso de broncodilatadores y la presencia de sibilancias durante el último año

RESULTADOS:

Monte Maíz muestra contaminación con plaguicidas procedente de 975.000 litros-kilos de agroquímicos que se utilizan por año en la zona; este volumen se almacena en el interior del pueblo, junto con los granos. El monitoreo químico encontró altas concentraciones de glifosato, clorpirifós en el suelo y en cascarillas de maíz y soja. La frecuencia de

asma en menores de 16 años fue del 23,49%, en niños de 13 y 14 años el porcentaje fue 39,86%, mientras que en los niños de 6 a 7 años un 52,43%; al sur del sector ocupado por acopios de granos la prevalencia fue aún mayor. La tasa de frecuencia de asma en niños se encuentra aumentada en Monte Maíz con respecto a la de Ciudad de Córdoba (ISAAC fase III 2003), donde se encontró una tasa de 13,6% entre 13 y 14 años. Igualmente se encuentra elevada si se compara con las tasas del Reporte Global de Asma del 2014 donde se observa una tasa de 10 al 20% para Argentina entre de 13 y 14 años. Según este reporte en niños de 6 y 7 años se repite esta frecuencia, que en Monte Maíz mostró una prevalencia más de 3 veces mayor.

CONCLUSIONES:

Los niños de Monte Maíz presentan una prevalencia de asma muy aumentada con respecto a las tasas globales y Córdoba, así mismo se observa una importante contaminación ambiental con agroquímicos y basándonos en estudios que relacionan plaguicidas y asma, inferimos que hay una consistente asociación que sugiere que éstos podrían contribuir al aumento de casos de asma.

Enf. Respiratorias tipo asma	Número de casos/encuestados	Frecuencias
En < 16 años	276/1174	23,49%
En niños de 13 y 14 años	57/143	39,86%
En niños de 6 y 7 años	86/164	52,43%



NEUROTOXICIDAD POR METOTREXATE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sevesi M.¹; Delmonte G.²; Laffont C.³

HOSPITAL GUTIERREZ^{1,2}; HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE³
<mvsevesi@gmail.com>

RPD
677

INTRODUCCION:

Los pacientes con patologías hematológicas conforman un grupo de alto riesgo para presentar alteraciones neurológicas. Dentro de las causas se encuentran: infecciones del sistema nervioso central, invasión por células neoplásicas, enfermedad cerebrovascular, alteraciones hidroelectrolíticas o metabólicas y toxicidad farmacológica por la quimioterapia.

OBJETIVO:

Describir un paciente con encefalopatía secundaria a neurotoxicidad por Metotrexate.

CASO CLINICO:

Paciente de 14 años de edad, sexo femenino, previamente sana, con diagnóstico reciente de Linfoma No Hodgkin tipo anaplásico Tk1. Inicia quimioterapia según protocolo con Dexametasona, Citarabina, Vincristina, Etopósido e Ifosfamida. Recibe también Metotrexate intratecal en dos oportunidades separadas por 14 días y sistémico a 2 gr/m² en infusión continua en 24 horas. Durante la misma, presenta cefalea frontal intensa, que no cede con analgésicos y tres convulsiones, una de ellas localizada en región ocular, por lo que se suspende pasaje de Metotrexate y se impregna con Difenilhidantoína, que luego se rota a

Clobazán a dosis de mantenimiento. Se realiza TC de cerebro de urgencia sin contraste en donde se evidencia una imagen hipodensa en cerebelo (presentando imagen normal al inicio del tratamiento). Al día siguiente se realiza RMN observándose imagen hiperintensa en T2 y FLAIR en sustancia blanca subcortical occipital bilateral y en región infratentorial con alteración en la difusión. Presenta somnolencia durante las doce horas posteriores al episodio, con resolución completa de los síntomas a las 48 horas y resto del examen físico normal. Afebril durante toda la evolución, sin reactantes de fase aguda aumentados. Se interpreta como toxicidad por Metotrexate.

CONCLUSION:

Considerar esta entidad en todo paciente con encefalopatía que haya recibido Metotrexate endovenoso a altas dosis (3-5gr/m²) o intratecal. La clínica es variable con síntomas que van desde leves e inespecíficos a graves; de aparición aguda, subaguda o crónica. Como parte del estudio diagnóstico realizar RMN con difusión de manera precoz para evitar la realización de estudios invasivos y tratamientos innecesarios. El manejo respecto al tratamiento y profilaxis se encuentra en estudio. No obstante, la mayoría de los síntomas neurológicos son transitorios y presentan resolución clínica y radiológica en días o meses.

SENO DÉRMICO DORSAL CONGÉNITO EN LACTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Guaymás Tornero C.¹; Ramia Damario M.²; Rapetti Salik G.³; Patagua M.⁴

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL^{1,2,3,4}
<cecimd202@hotmail.com>

RPD
678

INTRODUCCIÓN:

El seno dérmico es un tracto tubular producido por una separación incompleta entre el ectodermo neural y el ectodermo epitelial durante las primeras semanas de gestación. La incidencia en Argentina es del 2%. La etiología es multifactorial. Su extensión es variable. Se localiza preferentemente en la línea media, a cualquier nivel, más frecuentemente en región lumbar. El estigma cutáneo es un orificio, que puede estar acompañado de angioma cutáneo, hipertricosis o tumoración subcutánea. Se describen complicaciones como meningitis, abscesos intradurales, etc. La Resonancia Magnética (RM) es de elección para el diagnóstico. La cirugía precoz previene las complicaciones infecciosas intracraneales, muchas veces curativa.

OBJETIVO:

Describir caso de seno dérmico dorsal, a fin de considerar la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportunos.

POBLACIÓN:

Se presenta caso de lactante de 6 meses, sexo femenino, con antecedentes de meningitis a germen desconocido al mes de vida, e hidrocefalia secundaria. La paciente consulta por cuadro de irritabilidad de 4 días de evolución. Al examen físico, se constata paciente en regular estado general, con irritabilidad alternante, ligera hipotonía axial. Se evidencia

hoyuelo y nevus piloso, a nivel de línea media, entre III-IV vértebra dorsal, con salida de líquido transparente. Se decide internación donde se realiza laboratorio: normal; hemocultivos negativos; punción lumbar que informa leucorraquia, hipoglucorraquia e hiperproteínorraquia, con cultivo negativo. Se realiza RM confirmándose trayecto fistuloso de piel y saco dural. Cumple tratamiento antibiótico por 21 días con buena evolución clínica. Finalizado el mismo, se decide intervención quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, reporte de caso, de una paciente internada en marzo de 2015, en clínica privada de Salta capital. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica. Se realizó consentimiento informado del tutor del paciente para exposición del caso, reservándose la confidencialidad de la misma.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

La paciente presentó buena evolución clínica y un postquirúrgico favorable. Actualmente continúa en seguimiento multidisciplinario. En la práctica, se pueden visualizar lesiones que se asocian con alteraciones neurológicas. Si éstas no se estudian y tratan adecuadamente, pueden desarrollarse complicaciones graves y potencialmente mortales por la afectación del SNC.



TRAUMA MEDULAR POSTERIOR A ACCIDENTE DOMESTICO.

Costa Moya M.¹; Soria A.²; Bermejo N.³; Sayago S.⁴; Giraudo P.⁵

CEPSI EVA PERON SGO DEL ESTERO^{1,2,3,4,5}

<coco_costa@hotmail.com>

RPD
679

INTRODUCCION:

Los accidentes domésticos constituyen la 2da causa de muerte en los niños en Argentina. El hematoma intrarraquídeo extramedular se produce habitualmente por rotura de las venas del espacio epidural. Se trata de un síndrome de compresión medular aguda, por lo que debe ser evacuado quirúrgicamente con rapidez, ya que se puede producir una lesión medular irreversible.

PRESENTACION DEL CASO:

Niño de 15 meses, previamente sano, que presenta como antecedente haber sufrido traumatismo en zona pelviana con el respaldo de la cama. Los padres consultan en esa oportunidad, por dolor localizado. Se realiza Rx de pelvis, columna lumbosacra y laboratorio con resultados normales. Al 4to día vuelve a consultar por dificultad para la marcha con impotencia funcional progresiva de MMII. Al examen se encontraba irritable y era incapaz de caminar o mantenerse de pie, se evidenciaba paraplejía con hipotonía y arreflexia de MMII, sensibilidad abolida. Globo vesical. Se

realiza RMN de columna lumbosacra donde se evidencia imagen hiperintensa, bien delimitada que comprime la medula a nivel de D12- L1. Ingresó a quirófano donde se realiza cirugía descompresiva de medula espinal, con posterior diagnóstico de Hematoma extradural intrarraquídeo. En su evolución permanece internado por 15 días con vejiga neurogénica, se realizaron sondajes intermitentes hasta obtener orinas espontáneas. Actualmente continúa con rehabilitación, habiendo recuperado la marcha.

CONCLUSION:

Los niños carecen de experiencias para evitar el riesgo y el peligro. Por esta razón, debemos adoptar hábitos cotidianos que eviten este tipo de accidentes. Es de suma importancia tener en cuenta el antecedente de traumatismo ante el inicio de los síntomas ya que las lesiones de Medula espinal constituyen situaciones clínicas agudas y con síntomas rápidamente progresivos que requieren un diagnóstico e intervención inmediata para prevenir secuelas irreversibles.

MUNDO DIGITAL

Dueñas K.¹; Aresca L.²; Díaz Y.³; Otero E.⁴; Sancilio A.⁵; Souto Y.⁶; Suwezda A.⁷

HIGA EVITA LANÚS^{1,2,3,4,5,6,7}

<duenask99@gmail.com>

RPD
680

INTRODUCCIÓN:

El auge de las nuevas tecnologías de información y el acceso a las mismas representan sin dudas, una oportunidad para los jóvenes y al mismo tiempo se constituyen como un desafío para los adultos que los acompañan. Los adolescentes se han convertido en el grupo de internautas más grande, ya que representan el 33% de los usuarios.

Las nuevas tecnologías, usadas de forma adecuada pueden mejorar los resultados escolares y las habilidades sociales de los mismos, aunque muchas veces conectarse permite desconectarse de los mandatos y las lógicas del mundo adulto

OBJETIVO:

Conocer los hábitos sobre la utilización de internet y redes sociales en adolescentes

Conocer la supervisión que ejercen los padres sobre el uso de internet

MATERIAL Y MÉTODOS:

Encuesta online dirigida a madres y padres con hijos de 12 a 18 años, que se adaptó de la publicada por SAP en 2009 incorporando uso de redes sociales. Las 30 preguntas de opción múltiple estuvieron disponibles en internet de febrero a abril de 2015. Se realizó estadística descriptiva.

RESULTADOS:

Participaron 212 encuestados, 90% del Gran Buenos Aires, 75% madres, que involucran 462 adolescentes de una edad media de 13,9 años. Poseen

3,9 dispositivos conectados por hogar, 38% con filtros de seguridad. Un 89% se conecta a internet a través de teléfonos celulares. La media de edad de inicio de uso de internet fue 8,1 años; estando online una media de 5,9 días /semana. El 29% de los padres no supo cuánto tiempo están conectados, 27% dijo que se conectan menos de 2 horas x día, 24% entre 2 y 4 horas. El 91% utiliza Facebook, el principal uso son las redes sociales: 93%, los juegos: 91% y para estudio: 57%. El 64% de padres reconoció que este hábito desplaza otras actividades, 51% posee reglas para su uso y el 23% conversa sobre las actividades que realizó y el 59% reconoció la necesidad de mayor supervisión. El 18% de adolescentes tuvo citas reales con desconocidos alcanzando el 32% a los 18 años.

CONCLUSIONES:

Con respecto a la encuesta de la SAP 2009, se observó aumento del número de dispositivos disponibles en los hogares, aumento de la frecuencia de uso, alta conectividad a través de celulares y una menor supervisión por parte de los padres

Los pediatras tenemos la responsabilidad de aconsejar a los padres, para prevenir los posibles riesgos asociados al uso de la web, aunque los adolescentes sean experimentados usuarios requieren la experiencia y la presencia de un adulto.



A PROPÓSITO DE UN CASO: ARTRITIS REACTIVA EN PEDIATRÍA

Viva L.¹; Barragan V.²; Muzio F.³; Conti A.⁴; Stegmann A.⁵; Festino R.⁶; Ferreira V.⁷

HOSPITAL MUNICIPAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE^{1 2 3 4 5 6 7}

<laura.viva@hotmail.com>

POB
681

INTRODUCCIÓN:

La artritis reactiva es una enfermedad poco frecuente en la edad pediátrica. Su mayor prevalencia está dada en varones mayores de 30 años de edad. Se caracteriza por la afectación articular inflamatoria oligoarticular de predominio en miembros inferiores y compromiso extraarticular. Está relacionado a una infección gastrointestinal o genitourinaria previa. El curso es autolimitado aunque puede recidivar. Su presentación plantea diagnóstico diferencial con la artritis séptica y la artritis idiopática juvenil entre otras.

OBJETIVO:

Describir la presentación clínica de una artritis de poca prevalencia en la edad pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentación de un caso clínico de un paciente internado en la Sala de Pediatría.

CASO CLÍNICO:

Niño de 8 años previamente sano que consulta a nuestro Hospital por inflamación e impotencia funcional de ambas rodillas de 3 días de evolución. Como antecedente no refiere traumatismo y cursó una gastroenteritis aguda 2 semanas previo. Al ingreso se encuentra en regular estado

general, febril, eritema y edema simétrico de ambas rodillas, dolor a la movilización activa y pasiva, sin afectación de otros grupos articulares, asociado a hiperemia conjuntival bilateral no purulenta y fotofobia leve, úlceras en la mucosa yugal y balanitis no supurativa indolora. Se realizó laboratorio con leucocitosis, fórmula repartida y aumento de reactantes de fase aguda, perfil reumatoideo normal, ASTO negativo. Serologías virales negativas, PCR en orina para Chlamydia y Ureaplasma negativos. Se obtuvo muestra para cultivo de líquido sinovial, exudado de fauces, coprocultivo y secreción uretral con resultado negativo. En la radiografía de ambas rodillas se observan erosiones articulares. Se descartó uveítis asociada. Recibió tratamiento analgésico con Naproxeno presento buena evolución clínica y a los 10 días de internación es dado de alta con resolución completa de los síntomas.

CONCLUSIÓN:

La artritis reactiva es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica que debe ser sospechada ante la presencia de inflamación articular asociada a manifestaciones extra articulares como conjuntivitis, uveítis, balanitis y úlceras orales, con el antecedente de una infección viral reciente. Debe descartarse la etiología bacteriana y enfermedades reumatoides por lo que es excluyente la toma de cultivos y serologías.

SÍNDROME DE NICOLAU. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLINICO

Aquino M.¹; Aguilar Fixman M.²; Attala S.³; Cima L.⁴; Olguin M.⁵

HOSPITAL H. NOTTI^{1 2 3 4 5}

<belua_81@hotmail.com>

RPD
683

INTRODUCCION:

El Síndrome de Nicolau se produce por la inyección intra-arterial de sustancias de aplicación intramuscular. Se caracteriza por dolor inmediato en el sitio de inyección, seguido de alteraciones cutáneas locales y posteriormente embolias en las extremidades que generan isquemia tisular y pueden llevar a necrosis. En general se asocia a la inyección de penicilina G benzatínica, pero se ha descrito también con otros fármacos, como diclofenac. Puede producirse aún con una técnica de aplicación adecuada.

OBJETIVO:

Describir caso clínico de Síndrome de Nicolau.

POBLACIÓN:

Paciente internado en el Hospital "Dr. Humberto Notti" durante el mes de Septiembre de 2013.

MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis de historia clínica hospitalaria y revisión de la literatura

RESULTADOS:

Caso clínico Varón de 15 años de edad que ingresa derivado de Hospital Perrupato por presentar, luego de colocación de Penicilina G Benzatínica IM, dolor, impotencia funcional, hipoestesia cutánea y coloración violácea en glúteo izquierdo (sitio de colocación), miembro inferior ipsilateral, glúteo derecho, región lumbosacra bilateral y escrotal. Se sospecha fascitis necrotizante y síndrome compartimental. Se realiza fasciotomía y antibioticoterapia con Clindamicina, Meropenem y Vancomicina que cumple por 14 días. Cultivos negativos. Ecografía y Doppler color de

testículos normales. Ecocardiograma y ECG normales. Recibió Dexametasona 0.6 mg/kg/día por 15 días, continuando con dosis sustitutiva con Hidrocortisona. Al 5to día de internación comienza con desaturación, por lo que se sospecha Trombo Embolismo Pulmonar y se indica anticoagulación, confirmándose mediante Centellograma Ventilación-Perfusión Pulmonar. A los 15 días de internación, comienza con fiebre, por lo que se sospecha infección intrahospitalaria, confirmándose infección urinaria por Candida albicans. Recibió Ciprofloxacina y Vancomicina por 7 días y Fluconazol por 2

Laboratorio: CPK 115837 UI/L (VN: hasta 50), CPK MB 791.8 UI/L (VN: 7-25), LDH 5777 UI/L (VN: 460), GOT 2210 UI/L (VN: 15-50), GPT 625 UI/L (VN: 10-55). Función renal normal.

Presentó buena evolución clínica, con franca mejoría de la lesión en piel a los 10 días de iniciado el cuadro, persistiendo con alteraciones del trofismo muscular y sensitivo-motora del miembro afectado.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Nicolau implica un importante desafío diagnóstico y terapéutico por su baja frecuencia y su forma impredecible de presentación dado que puede producirse aún con una técnica de administración adecuada de la inyección intramuscular.

Es importante remarcar que esta complicación se asocia a una morbilidad significativa pudiendo terminar en la amputación de piernas, pies, dedos, o incluso en la orquidectomía.

Esto pone de manifiesto la necesidad de tomar conciencia y de ejercer mayor cuidado durante la administración de las inyecciones parenterales.

INDICACIÓN DE VACUNAS A HUÉSPEDES ESPECIALES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

POB
684

Falaschi A.¹; Rosaenz A.²; Dipauli L.³; Gomez P.⁴

SERVICIO DE INFECTOLOGIA HOSPITAL NOTTI^{1,2,3}; RESIDENCIA DE INFECTOLOGIA HOSPITAL NOTTI⁴
<falaschi.a@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Al atender a niños con alteración del sistema inmunológico, debemos revisar sus esquemas de vacunación. Estos pacientes tienen mayor susceptibilidad a infecciones, por eso es fundamental, no sólo que tengan su esquema de vacunación completo, sino también el de sus familias.

OBJETIVO:

Conocer las vacunas indicadas a huéspedes especiales y a sus convivientes.

POBLACIÓN:

Pacientes con inmunocompromiso, por enfermedad de base o por tratamiento, atendidos y vacunados en un hospital de tercer nivel en la provincia de Mendoza.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se revisaron solicitudes de vacunas indicadas a pacientes con patologías inmunosupresoras en los años 2012, 2013 y 2014 en un hospital pediátrico, donde estos pacientes son atendidos y controlados por pediatras y especialistas.

RESULTADOS:

En 2012, 399 pacientes fueron inmunizados, la más indicada fue la antineumocócica polisacárida 23 valente y luego antigripal; en 2013 disminuyó el número de indicaciones a 118 y en 2014, se indicaron a 669 pacientes, siendo la más usada la antigripal. La prescripción de vacunas a los convivientes de los pacientes fueron escasas: en 2012 a 17, en 2013 a 5 y en 2014 a 122. El grupo de pacientes y convivientes con mayor

indicación de vacunas fueron diabéticos.

VACUNAS Indicadas a

Huéspedes especiales	2012 N (%)	2013 N (%)	2014 N (%)
Antigripal	92 (23)	15 (12,7)	446 (66,7)
Antineumocócica conjugada 13 valente	29 (7,3)	3 (2,5)	33 (5)
Antineumocócica polisacárida 23 valente	218 (54,7)	42 (35,6)	77 (11,5)
Antimeningocócica conjugada tetravalente	3 (0,75)	25 (21,2)	39 (5,8)
Antivaricela	9 (2,25)	16 (13,6)	25 (3,7)
Otras	48 (12)	17 (14,4)	49 (7,3)
TOTAL	399	118	669

CONCLUSIONES:

La indicación de vacuna a huéspedes especiales fue dispar en los años analizados siendo mayor en 2014. La inmunización a los convivientes fue baja y se incrementó en 2014. Es necesario contar un consultorio de asesoramiento en vacunas para mejorar la cobertura vacinal de huéspedes especiales.

EPIDEMIA DE ACCIDENTES VIALES EN LA CIUDAD DE SANTIAGO DEL ESTERO

POB
687

Palavecino R.¹; Guardo L.²; Amil M.³

JUBILADA¹; GENDARMERÍA NAC²; ASOCIACIÓN DE TRASPLANTADOS DE SGO DEL ESTERO³
<asociacionpediatriasgo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Liga Solidaria Santiagueña (LISOSAN) desde su creación como grupo de Autoayuda y de apoyo a la salud sostuvo el trabajo en red. Para ayudar a los programas de prevención implementados por organismos oficiales a nivel nacional. La comunicación y la educación son herramientas importantes para llegar a la sociedad, para fortalecer los vínculos y en este caso bajar porcentajes de accidentes fatales.

OBJETIVO:

Bajar el porcentaje de accidentes viales a través de la coordinación e implementación de acciones con organismos internacionales, nacionales, provinciales y municipales con la comunidad para resolver las consecuencias que acarrea la falta de formación e información sobre educación vial y sobre la donación de órganos.

MATERIALES:

Reuniones de capacitación en las escuelas e instituciones comunales (club, centro vecinal, cic, bibliotecas, etc) Muestras públicas en lugares de mayor concurrencia donde cada institución entrega material de lectura para informar a la comunidad sobre educación vial - trasplante. Acompañar las campañas de prevención organizadas por otras ONGs, profesionales de la salud, dirección de tránsito municipal y la dirección provincial de discapacidad.

METODOLOGÍA:

Trabajo de educación a través de talleres facilitando el diálogo abierto que son espacios de socialización y comunicación permanente especialmente con estudiantes de todos los niveles.

Población: Habitantes de las ciudades cabeceras departamentales de la provincia.

RESULTADO:

Se trabajó en operativos de prevención de accidentes viales en distintos sectores de la ciudad y rutas. Como resultado de accidentes graves y trágicos con los familiares de las víctimas, logrando en algunos casos, la donación de órganos para diversos trasplantes.

CONCLUSIÓN:

Queda demostrado que el trabajo en red ONGs-Estado-Comunidad permite mejorar la calidad de vida especialmente en patologías asociadas encontrando contención y afecto.

Referencia Bibliográfica: Estadísticas y censo del Servicio de Asistencia de Emergencias de la provincia de Sgo. del Estero, Estadísticas de niños accidentados viales del Centro Provincial de Salud Infantil, Ley Nacional de Tránsito N° 24449.



CASOS REGISTRADOS DE ACCIDENTES POR MORDEDURA DE CAN EN UN HOSPITAL DE CHACO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2012-ENERO 2014

RPD
688

Araoz Olivos R.¹; Freschi S.²; Maldonado M.³; Giletta P.⁴; Urbano G.⁵

HP DR AVELINO CASTELAN^{1,2,3,4,5}

<angelitargentina@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los accidentes de mordedura de can en niños representan un importante problema de salud pública, tanto por la lesión producida, como por el impacto emocional en las víctimas, las secuelas estéticas, la transmisión de enfermedades y las complicaciones secundarias. El niño es un competidor social para el perro, compartiendo ambos espacios comunes y siendo el niño incapaz de reconocer eficientemente las señales previas de amenaza.

OBJETIVO:

Determinar las características clínico-epidemiológicas de los accidentes por mordedura de can que fueron hospitalizados en un centro de referencia de la provincia de Chaco.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, en el cual se recolectaron datos de pacientes que ingresaron al hospital a través del servicio de guardia y emergencia por mordeduras caninas durante el período 2012-2014. Las variables fueron: número de eventos, edad, ubicación de la lesión, tiempo de hospitalización, procedencia del animal.

RESULTADOS:

Se registraron 62 casos de mordeduras de can. La mediana de edad fue de 4 años. La ubicación más frecuente cabeza y cuello (77,42%) y extremidades (20,97%). En la mayoría de los casos el can fue propiedad de un tercero (82,26%) y propio (17,74%). La mediana de días de internación fueron 6 días. El 20,97% requirió ingreso a quirófano.

CONCLUSIONES:

Las características epidemiológicas y clínicas de los accidentes por mordeduras caninas las convierte en un problema de salud pública que afectan la salud física y psicológica de los niños. Como pediatras debemos promover campañas de difusión brindando mayor asesoramiento e información para la prevención de las mismas.

BOTULISMO DEL LACTANTE: PRESENTACIONES GRAVES QUE SIMULAN SEPSIS

RPD
689

Schulmaeister V.¹; Agüero L.²; Argañaraz B.³; Brandan L.⁴; Brue Bucci C.⁵; Corgnali M.⁶; Lopez Cruz M.⁷;

Sauer E.⁸; Vildoza C.⁹

CEPSI EVA PERON^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<veronicaschul@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Botulismo del lactante (BL), es producido por el C.botulinum, que coloniza el intestino inmaduro de los niños menores de 1 año; la toxina botulínica se une de forma irreversible a la membrana sináptica de los nervios colinérgicos impidiendo la liberación de acetil colina, produciendo disfunción autonómica y debilidad motora por su efecto sobre la placa neuromuscular.

OBJETIVOS:

Presentar 5 casos de BL que ingresaron con diagnóstico de "sepsis" y "lactante hipotónico" al servicio de UTIP del Hospital de Niños CePSI Eva Perón de Santiago del Estero.

POBLACIÓN:

Niños internados en UTIP en los que se diagnostica BL, del 1 abril 2014 al 31 de mayo de 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis de Historias clínicas.

RESULTADOS:

Se analizaron H. C. de 5 pacientes, con edades entre 2-6m (media 3.8 m) Se constató que: tuvieron al ingreso PIM 2 con rango de 7.21/26.3 (media 17.6); todos los pacientes presentaron: agitación progresiva,

pocos días de evolución previos (entre uno y cinco), reflejo fotomotor lento, taquicardia y signos de descompensación hemodinámica (mala perfusión periférica, hipotensión, EB neg) de los cuales 4 requirieron inotrópicos. Ninguno tuvo reactantes de fase aguda elevados y los cultivos tomados al ingreso fueron negativos. No hubo antecedente de ingesta de miel, y solo un caso de constipación previos. A su vez 4 pac. ingresan con DG de "sospecha de sepsis"; 2 con paro respiratorio y el resto en CRIA; 2 tuvieron fiebre al ingreso y uno hipotermia. Los días de ARM fueron: rango 47-62 (media 51 días). Se confirma TOXINA BOTULINICA TIPO A (mediante identificación en materia fecal de muestras enviadas al Instituto Malbrán) en todos los casos.

CONCLUSIÓN:

Si bien el BL es una enfermedad de curso variable, nuestros pacientes presentaron su forma grave como una parálisis fulminante, y muy pocos días de evolución previos donde la hipotonía, dificultad en la alimentación y agitación fueron los motivos de consulta, completando el resto del cuadro durante la internación en UTIP. La presentación compatible con shock séptico puede enmascarar el diagnóstico, mostrando dificultades a la hora del tratamiento; salvo que exista alto índice de sospecha. La inestabilidad hemodinámica /autonómica con escasa respuesta a inotrópicos sumados a reflejo fotomotor lento, nos hizo sospechar esta patología.

POB
690**SINDROME HEMOFAGOCITICO EN PACIENTE CON HISTIOCITOSIS MULTISITEMICA.
REPORTE DE UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE***Cabana J.¹; Merodio E.²; Murray M.³; Ferrara E.⁴; Caballero E.⁵; Dos Santos S.⁶; Uriarte I.⁷*HOSPITAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL "VICTORIO TETTAMANTI" MAR DEL PLATA^{1,2,3,4,5,6,7}

<cabana.javier@gmail.com>

La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) se caracteriza por la proliferación de las células dendríticas clonales a la fecha sin etiología cierta. Mientras que la Linfocitosis Hemofagocítica (HLH) es un proceso inflamatorio extremo sostenida por la activación incontrolada de los macrófagos. HLH puede ser primario, familiar, o secundario. Este último surge asociado a trastornos infecciosos, autoinmunes o neoplásicos.

Por la presente, presentamos un niño de 2 años que desarrolló HLH secundaria mientras se encontraba en tratamiento para HCL multisistémica en virtud del Protocolo LCH I. El cumplió 5 de 8 criterios-HLH 2004: Fiebre, Hepatoesplenomegalia, Bicitopenia (Hb 6,4 y 46000 plaquetas), Fibrinógeno < 150 mg/dl y hemofagocitosis en Medula ósea. Asociaba a la valoración de laboratorio linfopenia global a predominio CD4 con aumento CD8 con un fenotipo CD 45RO de 85% para un normal menor a 5%. Se descartaron infecciones virales por métodos directos en sangre, medula ósea y LCR.

Fue tratado con éxito por el Protocolo de HLH-2004 para HLH secundaria con Dexametasona 10 mg/m² y Etopósido 150 mg/m² con remisión parcial a las 8 semanas de tratamiento con persistencia única de hepatoesplenomegalia atribuible a enfermedad de base, que revierte completamente con cambio de protocolo de tratamiento de HCL multisistémica tipo III con cladribina (2CDA) y Arabinosido de Citosina.

La asociación entre HCL y HLH aunque infrecuente, y con una fisiopatología no aclarada, esta descrita en los últimos años. Este es un caso de esta asociación en un paciente de 2 años en tratamiento para HCL en el que cabe considerar este diagnóstico diferencial en caso de presentarse cuadro clínico compatible.

**PREVALENCIA DE HEMOFILIA EN PEDIATRÍA EN REGIÓN SANITARIA VIII.
PROVINCIA DE BUENOS AIRES.**RPD
691*Sliba G.¹; Vitale M.²; Cabana J.³*HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL DON VICTORIO TETTAMANTI^{1,2,3}

<gabriela.sliba@yahoo.com.ar>

La hemofilia es una enfermedad crónica, congénita, hereditaria y familiar, requiere atención permanente, tanto desde el punto de vista médico como psico-social. Caracterizada por una tendencia al sangrado como consecuencia del déficit de uno de los factores de la coagulación de la sangre; el factor VIII en el caso de la hemofilia A y el factor IX en el caso de la hemofilia B. Heredada de manera recesiva ligada al cromosoma X, las mujeres portan la enfermedad y los hombres la padecen. Un 25% de los pacientes con hemofilia adquieren la mutación espontánea. Ambos tipos de hemofilia son indistinguibles clínicamente.

Como mencionamos, la hemofilia se clasifica de acuerdo al factor deficitario en hemofilia A y B y luego cada una se subdivide de acuerdo al nivel de factor que presente cada paciente en:

Tipo de hemofilia	Nivel de factor
Leve	15-45 %
Moderada	1-5%
Severa	< 1%

Las manifestaciones clínicas guardan relación con la concentración plasmática del factor. Ante un trauma accidental, quirúrgico o un procedimiento invasivo, todos los pacientes que sufren hemofilia sangran anormalmente si no se toman las medidas hemostáticas requeridas del caso; la gravedad de la situación dependerá del tipo de lesión, del órgano afectado y del grado de hemofilia del paciente.

La hemofilia afecta a todas las razas, se estima que se presenta un caso por cada 10.000 nacimientos de varones en el caso de la hemofilia A y uno por cada 50.000 varones en hemofilia B.

Sin embargo, la hemofilia A es mucho más frecuente en nuestro medio:

Tipo de Hemofilia	Prevalencia	Número de pacientes
A	93,5 %	29
B	6,5 %	2

En el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de Mar del Plata Dr Victorio Tetamanti, se atienden pacientes hemofílicos de la región sanitaria VIII y de otras localidades. Contamos con 29 pacientes con hemofilia A y 2 pacientes con hemofilia B severa, y otros con la enfermedad de Von Willebrand.

Hemofilia A	% Pacientes
Severa	22
Moderada	4
Leve	3

En el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes participa un equipo multidisciplinario conformado por profesionales del hospital a fin de cumplir con la demanda que cada caso requiera. El bienestar del paciente es nuestro objetivo máximo y en función de ello es como trabajamos.

Conclusion: Podemos observar que la prevalencia de los distintos tipos de hemofilia que presenta nuestro hospital es totalmente coincidente con la bibliografía consultada. El manejo de esta patología sobre todo en pediatría es a veces dificultosa por lo que los profesionales de la salud necesitamos contar con un equipo de trabajo interdisciplinario que incluya también la colaboración de la familia de cada uno de los niños.



LA MADRE DONANTE DE MENDOZA

POB
692

Argés L.¹; Vargas M.²; Leonardi C.³; Paredes D.⁴

BANCO DE LECHE HUMANA, HOSPITAL LAGOMAGGIORE^{1,3,4}; BANCO DE LECHE HUMANA, HOSPITAL LAGOMAGGIORE. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN, UJAMAZA²
<luisargés@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El BLH de Mendoza está habilitado desde julio de '11, con ensayos previos de 5 meses anteriores.

La donante de leche humana (LH) es la 'unidad vital' de un BLH. Durante estos 4 años se contactaron con nuestro BLH mamás para donar solidariamente su excedente de leche, en favor de los Recién Nacidos de Alto Riesgo (RNAR), receptores hospitalizados en Neonatología del Hosp. Lagomaggiore.

La mamá donante se encuentra registrada y amparada legalmente por la ley provincial 7741/07.

OBJETIVOS

Conocer las características de las donantes de LH de Mendoza
Describir y evaluar un perfil aproximado de las mismas

MATERIALES Y MÉTODO

A través de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, se realizó un censo de todas las donantes hasta marzo de 2015 (n= 1360) y se consideraron 6 variables: edad (<18, 18 a 35, =>36), instrucción (analfabetismo, primario, secundario, terciario, universitario), antecedentes obstétricos (primigesta, secundigesta o más), lugar del parto (estatal, privado, obra social estatal-OSEP), tiempo de donación (<4 meses, 4 a 8 meses, =>8 meses) e intención de donar nuevamente ('sin dudas', 'seguramente', 'probablemente' y 'no tiene seguridad')

Se clasificó la donación en interna (sala de extracción del BLH/ CLM) y

externa (domiciliaria y CRLH). Para los cálculos estadísticos y gráficos de interpretación se utilizó Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS

Porcentaje de cada variable:

Edad: menor a 18 años 4,8 %; entre 18 y 35 años 88 %; => a 36 años 7,2 %
Nivel de instrucción: analfabetismo 0,2 %; primario 16,3 %; secundario 42,3%; terciario 7,8 %; universitario 13,1 % y 20,3 % no se dispone de información. Antecedentes obstétricos: primigesta 41 %; secundigesta o más 56,2%, el restante 2,8% sin información.

Lugar del parto: estatal 58,1 %; privado 33,5 % y obra social estatal-OSEP 1,2%. Además el 4,9 % tiene partos domiciliarios y el 2,3 % no se dispone de información.

Tiempo de donación: menos de 4 meses 86,6 %; entre 4 y 8 meses 12,6 % y más de 8 meses 0,8 %

El 100% de las madres manifiesta que volvería a donar 'sin dudas'.

En la clasificación de donación se observó:

Interna (BLH/CLM) 51,7 %.

Externa, domiciliaria/CRLH 48,3 %.

CONCLUSIONES

Según nuestros datos, el mayor porcentaje de madres donantes posee nivel secundario, tiene atención estatal y ha tenido más de un hijo. Más del 50 % de las donantes proviene del CLM y la gran mayoría dona menos de 4 meses. El 100% de las madres volvería a donar su leche.

SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS EN ATENCION PRIMARIA

RPD
693

Carrizo M.¹; Vargas M.²

CENTRO PRIMARIO DE SALUD SAN VICENTE¹ ; CENTRO PRIMARIO DE SALUD Bº ARGENTINO²
<mecarrizo@hotmail.com>

Se incluyeron 450 pacientes de entre 7 días de vida y 15 años de edad que asistieron a consulta médica en ambos centros primarios de salud. Entre los meses de marzo y mayo 2015, de ellos 289 están comprendidos entre las edades de 24 meses y 15 años de edad. Siendo 148 mujeres y 141 varones, de ellos 40 tienen trastorno de sobrepeso u obesidad, lo que representa el 13.8%. Se detectó que el trastorno comenzó entre los 48 y 36 meses de edad en el 100% de los casos, en 35 niños el 87.5 % cuentan con al menos un familiar de primer grado con obesidad, y en 30 niños (75% del total), la madre padece obesidad. En el 100% de los casos tienen al menos un familiar con metabolopatías a todos los pacientes con obesidad se les solicitó laboratorio (HMG, Glucemia, insulinemia, uremia, colesterol total, TG, HDL, Hepatograma, TSH, T4, orina competeta)

En 6 niños se detectó hiperinsulinemia y en dos hipercolesterolemia. Se los derivó a consulta con diabetología y endocrinología. Los restantes son seguidos mensualmente por consulta pediátrica, nutrición y psicología en el centro primario.

Discusión: en el 100 % de los niños con sobrepeso u obesidad se conoció que cuentan con una inadecuada alimentación en el Hogar, con comidas híper calórica y pobremente saludable. En todos los casos se detectó que no realizan actividad física como así tampoco sus padres.

Queda por trabajar en la prevención del sobrepeso a través de la promoción de la adecuada alimentación y vida saludable, para evitar en la edad adulta de los niños enfermedades relacionadas con el sobrepeso y obesidad



USO DE LA TRAZABILIDAD EN EL BANCO DE LECHE HUMANA DE MENDOZA

POB
695

Argés L.¹; Vargas M.²; Yannelli A.³

BANCO DE LECHE HUMANA, HOSPITAL LAGOMAGGIORE^{1,3}; BANCO DE LECHE HUMANA, HOSPITAL LAGOMAGGIORE.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN, UNIV. J.A.MAZA, MENDOZA²

<luisargés@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El uso de la leche humana (LH) a través de los BLH es una estrategia reconocida por la OMS para disminuir la mortalidad infantil. La trazabilidad es el procedimiento por el cual en nuestro BLH se obtiene la información del circuito de la LH, estableciendo el vínculo entre la LH donada y el receptor o del destino final si no es suministrada. Calidad implica que el BLH debe asegurar que todos los Recién Nacidos de Alto Riesgo (RNAR) tengan LH pasteurizada (LHP) disponible en el momento que lo necesiten, que la donación de LH se ajuste al consumo indicando una adecuada programación de pedido de LHP, y que el descarte de volúmenes por vencimiento u otras causas sea el mínimo posible (Norma ISO 9001/2008 acreditada). El BLH tiene implementado y registrado un sistema de trazabilidad de la LH cruda y pasteurizada, a través de códigos alfanuméricos y lotes que le permite realizar un seguimiento completo de la donación de cada mamá hasta su disponibilidad final.

OBJETIVOS

Construir la trazabilidad de la LHP de nuestro Servicio. Estudiar el porcentaje de descarte de ésta, y el porcentaje de LH que fue derivada desde y hacia los Centros de Recolectión de LH (CRLH).

MATERIALES Y MÉTODO

Se realiza un trabajo retrospectivo, descriptivo y transversal de un período de 4 años. Los datos se obtuvieron de los registros de ingreso, distribución y descarte de LH incluyendo un total de 3.579 litros, discriminando su origen: domiciliario, CRLH o de nuestro propio CLM. A su vez, cuáles fueron sus destinos finales (suministradas, derivadas o descartadas) con sus respectivas evidencias.

RESULTADOS

De los 3.579 L recepcionados en el BLH, 72% corresponde a donación domiciliaria, 27,6% a sala de extracción del BLH, y 0,4% a CRLH. El 99,65% de la LHP se destinó al consumo en Neonatología del Lagomaggiore y el resto fue derivado a otro CLM. El porcentaje integral de descarte fue 26,7%.

CONCLUSIONES

Nuestro BLH, de acuerdo al sistema de registros y codificación interna, pudo establecer la trazabilidad del total de la LH desde su ingreso hasta su destino final. Además se pudieron conocer y analizar las causas de descarte, la mayoría de las cuales podrán ser reducidas. El 99,9% de los receptores fueron RN de nuestra Institución y solo el 0,1% corresponde a RN hospitalizados en otras instituciones.

El sistema de calidad nos permite extender la distribución a receptores externos y conocer la trazabilidad de los mismos.

ANEMIA EN EL CONSULTORIO DE NIÑO SANO

RPD
696

Casas M.¹; Passaro M.²; Luna C.³; Fernandez Cordero M.⁴; Llarens A.⁵; Amilivia Y.⁶; Burgos D.⁷; Laranjeira J.⁸; Moreno M.⁹

HOSPITAL ZONAL ESPECIALIZADO DR NOEL SBARRA DE LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<casas.marina.noelia@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La anemia es el trastorno hematológico más frecuente en pediatría siendo su causa principal la deficiencia de hierro. La misma presenta consecuencias a mediano y largo plazo vinculadas con el crecimiento y desarrollo. La detección precoz, el tratamiento y profilaxis adecuada, constituyen una prioridad.

OBJETIVOS:

Determinar la prevalencia de anemia en niños atendidos en el consultorio de niño sano del Hospital Noel H. Sbarra de La Plata y conocer los resultados de la aplicación de profilaxis o tratamiento. Relacionar el tipo de alimentación con el grado de anemia.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo a través de la revisión de historias clínicas de 114 niños entre 6 y 7 meses atendidos entre Julio de 2011 y Octubre de 2013. Para el diagnóstico de anemia se realizó un hemograma tomando como punto de corte una Hemoglobina (Hb) menor a 11g/dl. A los niños con valores superiores se les indicó Sulfato Ferroso a dosis profilácticas hasta el año de vida y a aquellos con valores menores, a dosis tratamiento. Se categorizó el grado de anemia en leve, moderada o severa. Se evaluó también el tipo de alimentación. Se reevaluó a los mismos niños entre

los 9 y los 14 meses luego de tratamiento o profilaxis con sulfato ferroso. Resultados: La prevalencia de anemia del total de niños a los 6 y 7 meses fue del 53%, siendo mayor en varones (62%). El 68% presentó anemia leve y el 32% moderada. Del total de niños con anemia, el 48% estaban alimentados con lactancia materna y el 68% había iniciado alimentación complementaria. Al reevaluar a los niños entre los 9 y los 14 meses se encontró una disminución en la prevalencia de anemia a un 25% siendo un 90% leve y un 10% moderada.

CONCLUSIONES:

Se observó una alta prevalencia de anemia en niños de 6 y 7 meses. Este estudio no permite conocer si la intervención con sulfato ferroso es determinante en la disminución de los porcentajes de pacientes anémicos, sin embargo se observó una resolución de la anemia en el 45%. La lactancia materna podría constituir un factor protector. Deberían anticiparse los métodos de tamizaje de anemia a los 4 meses y en función de ello indicar la dosis correcta de hierro a esa edad, como muestran las guías de referencia de nuestro país. Es importante el seguimiento en consultorio para realizar la correcta promoción y prevención de la salud y así mejorar y mantener el estado de salud de la población.



DISMETRIA EN MIEMBROS INFERIORES. LIPOMA GIGANTE

Lema F.¹; Donnici M.²; Gleich V.³; Berdavid S.⁴

SANATORIO FRANCHINI^{1,2,3,4}

<flema@asmsa.com.ar>

POB
697

INTRODUCCIÓN:

El término dismetría de las extremidades inferiores hace referencia a una extremidad cuando es más larga que la otra. Un 10 % de la población la padece, sin que exista una causa que lo provoque. Sin embargo, existen enfermedades que pueden provocar un crecimiento desigual de las extremidades: malformaciones congénitas, secuelas de traumatismos, enfermedades de la infancia (enfermedad de Perthes, pie equinovaro) patologías tumorales y enfermedades musculares que pueden producir acortamientos asimétricos. Los lipomas son tumores benignos, constituyen el 6 % de la totalidad de los tumores de partes blandas en pediatría. Predominan en el sexo femenino. Su localización usualmente es en el dorso del tórax, en las extremidades, en las zonas frontales del cuerpo y en la zona occipital. Generalmente crece en forma lenta y constituye una masa indolora suave y móvil. Usualmente presentan poca dificultad de diagnóstico y morbilidad.

OBJETIVO:

Describir la presentación de un caso de lipoma gigante en la primera infancia en miembro inferior.

MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis descriptivo a partir de un caso

DESARROLLO:

Se presenta a la consulta, paciente sexo femenino de 4 años de edad por aumento de volumen en el muslo derecho de un mes de evolución, que le causaba molestias al vestirse. El examen físico reveló aumento de diámetro del muslo derecho en comparación con el izquierdo. En la palpación se detectó una masa tumoral de aproximadamente 15 cm de diámetro, no adherida a planos profundos, indolora y de consistencia dura. En las radiografías y RMN se apreció el aumento de las partes blandas del muslo derecho. Se diagnosticó lipoma gigante en muslo. Se sometió al paciente a tratamiento quirúrgico y se realizó exéresis completa y biopsia de la lesión. El examen anatomopatológico confirmó el diagnóstico. La curación transcurrió sin secuelas estéticas ni recidivas después de 4 meses de operado.

CONCLUSIÓN:

Aunque el Lipoma gigante es una forma infrecuente, debemos contemplarla como diagnóstico diferencial ante una asimetría de miembros inferiores en la primera infancia. Su reconocimiento es importante para evitar el diagnóstico fallido y terapias inapropiadas. El tratamiento precoz favorecen la evolución de la enfermedad.

TENDENCIA Y DESIGUALDAD DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DE MENORES DE 5 AÑOS, EN LA REPÚBLICA ARGENTINA, 1980-2013

Armando G.¹; Bossio J.²

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONTI"^{1,2}

<tavho@hotmail.com>

POB
698

INTRODUCCIÓN:

Las muertes por enfermedades respiratorias ocupan el tercer lugar en el grupo de edad de menores de 5 años.

OBJETIVO:

Describir la tendencia y desigualdad de la mortalidad por enfermedades respiratorias en Argentina en el período 1980- 2013 en el grupo de edad de menores de 5 años.

POBLACION:

Población de menores 5 años que falleció por alguna afección respiratoria en la República Argentina.

METODOLOGÍA:

Para el análisis de la tendencia se realizó un estudio ecológico de series temporales. Se calcularon tasas de mortalidad por 1000 nacidos vivos para el período 1980-2013. Se realizó una suavización exponencial aplicando el método de Holt.

A los valores pronosticados se les aplicó una regresión Jointpoint, para modelar los datos y encontrar puntos de quiebre en la tendencia. Se calculó el coeficiente de determinación (R²), la velocidad de descenso que se expresó como Variación Anual Promedio (VAP), con su intervalo de confianza (IC) al 95%, y se realizó el análisis de la varianza para determinar si los datos se ajustaban adecuadamente al modelo propuesto.

Para el análisis de la desigualdad se calcularon tasa bianuales por 1000 Nacidos Vivos para el período 2012-2013, para las 24 Jurisdicciones del país. Se analizó la desigualdad de la distribución de la mortalidad a través del índice de Gini (IG) y su intervalo de confianza (IC) del 95%.

Los datos de defunciones y nacidos vivos se obtuvieron de la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Se utilizaron los programas Excel 2010, Joint Point Regression 4.1.1.

RESULTADOS:

La tasa de mortalidad por enfermedades respiratoria disminuyó desde 4,10 por 1000 en 1980 a 0,99 por 1000 en 2013 (75,8%).

Entre 1980 y 2013 se observó una tendencia al descenso pero con velocidad de descenso diferente (p=0,012): entre 1980 y 1989 se registró un descenso de 22,2% anual (R²=0,93; p<0,001,) y entre 1989 y 2013 un descenso de 6,2% anual (R²=0,94; p<0,001).

Se observó desigualdad en la distribución de la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en menores de cinco años entre las 24 jurisdicciones del país, y el índice de Gini fue de 0,272 (0,185; 0,358). Las cinco jurisdicciones con mayor tasa en el bienio 2012-2013 (Formosa, La Rioja, Chaco, Salta y Misiones), que aportaban el 12,5% de los nacidos vivos, contribuyeron con el 22,3% de las muertes. En contraste, las cinco jurisdicciones con menor tasa (Chubut, Tierra del Fuego, Córdoba, Catamarca y La Pampa), que aportaron una proporción similar de nacidos vivos (10,1%) contribuyeron con solo el 3,8% de las defunciones. De este modo, la tasa de las primeras cinco jurisdicciones, 1,80 por 1.000, fue 4,7 veces superior que la de las cinco últimas: 0,38 por 1.000.

CONCLUSIONES:

La mortalidad por enfermedades del sistema respiratorias descendió en el período 1980-2013 en forma considerable, a pesar de esto todavía existe una brecha importante en la mortalidad entre jurisdicciones.



ANÁLISIS DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO Y CONFIRMADO DE COQUELUCHE SEGÚN EDAD EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE CABA. 2006-2014.

POB
699

Juarez M.¹; Romanin V.²; Martínez A.³; Lucion M.⁴; Marques M.⁵; Mistchenko A.⁶; Gentile A.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS R.GUTIERREZ^{1,2,3,4,7}; LAB VIROLOGÍA HOSPITAL DE NIÑOS R.GUTIERREZ^{5,6}

<mavjuarez@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Coqueluche se caracteriza por una gran variabilidad en su presentación clínica que dificulta la definición de caso.

OBJETIVOS:

Analizar la sensibilidad y especificidad de los signos y síntomas incluidos en la definición de caso de coqueluche estratificados por edad.

Población: pacientes asistidos por síndrome coqueluchoide y estudiados con reacción en cadena de la polimerasa (PCR) 2006-2014 en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez".

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio transversal. Se utilizó PCR convencional hasta 2011 y desde entonces PCR en Tiempo Real. Se calculó la sensibilidad y especificidad con EpiDat 3.1 estratificando por grupos de edad según las definiciones de las Normas Nacionales de Vigilancia Epidemiológica.

RESULTADOS:

Se estudiaron mediante PCR el 92% (700/764) de los pacientes, con una positividad de 34%(240). Los casos confirmados presentaron una mediana de edad de 3 meses (15 días-8 años), 73%<6 meses, 85%<1 año y 87% requirieron internación. El 82% no tenía antecedentes patológicos y el 90% eran nacidos de término. El 45% no habían comenzado la vacunación antipertussis (0 dosis) y el 84% no tenían aplicado el esquema primario (3 dosis). Estas variables no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes confirmados y los que no lo fueron.

Sensibilidad y especificidad de la clínica al ingreso según resultado de PCR. Htal R.Gutiérrez. Año 2006-2014.

Síntomas	Menores de 6 meses	(174pos; 367neg)	6 meses a 11 años	(65pos; 90neg)
	Sensibilidad(%)	Especificidad(%)	Sensibilidad(%)	Especificidad(%)
Tos	98(95-100)	10(7-13)	94(87-100)	12(5-19)
Tos Paroxística	80(74-86)	38(33-43)	69(57-81)	33(23-47)
Estridor	23(16-33)	90(85-93)	39(26-53)	84(74-90)
Tos emetizante	18(12-24)	83(78-86)	49(36-62)	76(66-85)
Apnea	26(19-32)	80(76-84)	6(0-12)	92(86-98)
Dificultad respiratoria	49(42-57)	33(28-38)	54(49-67)	41(30-52)
Cianosis	60(53-68)	48(42-53)	51(38-64)	60(49-71)
Fiebre	29(22-36)	63(58-68)	40(27-53)	41(30-52)
Tos ≥7 días	67(60-74)	57(51-62)	76(64-88)	54(42-65)
Tos ≥14 días	33(26-40)	78(74-83)	34(21-47)	69(58-80)
Glob. blancos ≥20.000	48(39-56)	86(82-90)	58(44-73)	73(62-85)
Glob blancos ≥30.000	25(18-33)	97(95-99)	34(20-48)	92(86-100)

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio tos, tos paroxística y tos ≥7 días fueron los parámetros más sensibles mientras que estridor, tos emetizante y apneas los más específicos; sin diferencias entre ambos grupos etarios (excepto apnea). El recuento de glóbulos blancos, si bien no pertenece a la definición de caso, presentó alta especificidad para ambos grupos.

ENFERMEDADES CRÓNICAS: TRATAMIENTO PROPORCIONADO. ¿CÓMO LOGRARLO?

POB
700

Yazde Puleio M.¹; Majdalani A.²; Ramirez C.³; Otero M.⁴; Gomez K.⁵

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5}

<pequeyazde@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los niños con enfermedades neurológicas, afectados por múltiples comorbilidades, representan un desafío para el equipo de salud interviniente. Son sometidos a procedimientos diagnósticos, intervenciones terapéuticas invasivas y repetidas internaciones.

OBJETIVOS:

Evaluar las dificultades del equipo de salud para establecer la adecuación del esfuerzo terapéutico de pacientes con severo compromiso neurológico.

CASO CLÍNICO:

Niña de 12 años con diagnóstico de ECNE secundaria a hipoxia perinatal, síndrome convulsivo, reflujo gastroesofágico severo, gastrostomizada, luxación de ambas caderas, escaras grado IV en ambas caderas y desnutrición severa.

A los 10 años presenta una intercurencia respiratoria, ingresa en mal estado general, con bradicardia y bradipnea, allí se interconsulta al Equipo de Cuidados Paliativos para control de síntomas y adecuación del esfuerzo terapéutico. En acuerdo con el equipo de salud y sus padres se estableció el plan de cuidados de fin de vida. Con este enfoque, resolvió su cuadro, egresó del Hospital y continuó en control ambulatorio.

La familia tuvo dificultades para concurrir a los controles, su hermano de 16 años es el cuidador principal junto al padre. Es una familia endogámica, se conectan intensamente con ella, "la ven bien", han naturalizado ciertas situaciones. Detectamos sentimientos ambivalentes en ellos, sienten una carga, que a su vez resignifica el sentido de la vida en el padre.

La paciente continúa en seguimiento ambulatorio, con resolución de las escaras y recuperación paulatina de peso.

CONCLUSIÓN:

La asistencia de niños con enfermedades crónicas, compromiso neurológico y múltiples comorbilidades, que amenazan o limitan la vida, y sus familias, es favorecida por el trabajo interdisciplinario en su calidad de vida. Las principales dificultades halladas responden a la variabilidad interindividual de evolución en cada niño, lo que provoca incertidumbre pronostica a largo plazo, generando conflictos entre principios éticos en el equipo tratante. Alcanzar la proporcionalidad terapéutica adaptada a cada caso en particular evitaría el subtratamiento o sobretreatmento. Tomar decisiones durante el proceso de enfermedad debe ser un trabajo interdisciplinario, garantizando así la complementariedad de miradas necesarias para la mejor atención.



PARASITOSIS INTESTINALES, TOXOCARIASIS Y EOSINOFILIA EN ESCOLARES DE BARRIOS PERIFÉRICOS DE LA PLATA

POB
701

Orden A.¹; Ciarmela M.²; Ciccarelli S.³; Zubiri K.⁴; Pezzani B.⁵; Minvielle M.⁶

INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES PEDIÁTRICAS (IDIP, MS/CIC)¹; FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS (UNLP)^{2,5,6}; FACULTAD DE CIENCIAS VETERINARIAS (UNLP)^{3,4}

<aborden@conicet.gov.ar>

Literatura publicada en los últimos años revela que las parasitosis intestinales en Argentina registran frecuencias entre 23 y 86% y zoonosis como las toxocariasis oscilan entre 11 y 38%. La eosinofilia es común en las helmintosis y en las miasis, aunque en algunas protozoosis su papel en defensa del huésped es esencial y su presencia es un marcador hematológico de enfermedad.

OBJETIVO:

Establecer la asociación entre toxocariasis, parasitosis intestinales, eosinofilia, tenencia de mascotas y signos y síntomas presentes en escolares de barrios periféricos de La Plata. Se realizó un estudio transversal sobre una muestra de 450 niños consistente en un análisis coproparasitológico y escobillado anal de cinco días consecutivos. El porcentaje de eosinófilos fue calculado mediante recuento al microscopio óptico previa coloración de Giemsa. La determinación de anticuerpos antitoxocara se realizó mediante el kit Toxocara Microwell Serum ELISA (IVD Research Inc. Carlsbad, USA). También se registró la tenencia de mascotas y la presencia de signos/síntomas durante la semana previa al estudio. Los datos se analizaron mediante Chi-cuadrado y test de Fisher. La presencia de AcTox + no

mostró diferencias significativas entre niños con parasitosis intestinales (19,7%) y niños no parasitados (18,9%). Tampoco se hallaron diferencias entre los niveles de eosinófilos entre ambos grupos (20,0% y 18,0%, respectivamente). Los AcTox+ en escolares con parásitos intestinales fue de 50,0% en niños con eosinofilia y 12,1% en aquellos con recuento normal ($p=0,000$; OR= 7,5; IC: 3,7-15,0). Entre los niños no parasitados con eosinofilia la presencia de AcTox+ fue de 45,0% y de 14,0% en aquellos sin eosinofilia ($p=0,001$; OR= 5,035; IC = 1,7-14,5). La presencia de AcTox+ se asoció con tenencia de gatos y no de otras mascotas ($p=0,011$; OR= 1,9; IC: 1,2-3,3). Solo 13,0% de los ecuestados presentaron dolor abdominal esporádico y prurito anal, pero no se asociaron con las parasitosis intestinales ni con serología positiva. Este estudio revela la asociación de serología positiva y eosinofilia compatible con un cuadro de toxocariasis encubierta autolimitada, asociada a tenencia de gatos en niños de edad escolar con elevadas frecuencias de parasitosis intestinales. Estos resultados señalan la necesidad de un programa integral contra los parásitos asociadas a morbilidad infantil.

GLUCOGENOSIS DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE HEPATOMEGALIA CASOS CLINICOS

POB
702

Olmos M.¹; Miranda M.²; Wagner M.³

CEPSI EVA PERON^{1,2,3}

<golmosar@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION:

Las glucogénesis son alteraciones del metabolismo del glucógeno, de herencia autosómica recesiva, ocasionados por la deficiencia o ausencia de las enzimas que participan en la síntesis o en la degradación. Las mayorías están localizadas en el hígado y el resto en el tejido muscular. Según la Academia Americana de Pediatría la prevalencia global es de 1/20000 a 1/25000 RN.

OBJETIVOS:

- Mostrar la evolución de una enfermedad poco frecuente a través de 2 casos clínicos.
- Planteo de diagnóstico diferencial para su detección precoz

CASO CLINICO 1:

Paciente de sexo masculino de 3 meses de edad, RNTPAEG, Embarazo no controlado. Parto domiciliario. Screening neonatal normal, derivado por dificultad respiratoria, Examen físico: cara de muñeca, hepatomegalia 14cm, talla baja.

Laboratorio: EAB: acidosis metabólica; Glucemia: 38mg/dl. GOT:98 UI/L; GPT: 183 UI/L; FAL: 797

Triglicéridos: 470 mg /dl; Colesterol: 421mg/dl; internado en UCI y luego derivado por su estado crítico a Bs As por sospecha de Enfermedad de depósito.

DIAGNOSTICO: GLUCOGENOSIS TIPO 1

TRATAMIENTO: Alimentación enteral continua.

EVOLUCION: 11 meses óbito

CASO CLINICO 2:

Paciente de sexo femenino, de 19 meses de edad, RNTPAEG, Embarazo controlado. Parto institucional. Screening neonatal normal. Motivo de consulta: distensión abdominal. Ex físico. Peso 11kg (50) talla 74(3). Distensión abdominal hepatomegalia hasta fosa iliaca derecha, consistencia pétreo. Se interna como hepatomegalia en estudio con sospecha de Enfermedad de depósito. Laboratorio.: HB:11,6 g/dl GB:15,000,35,1,61,3; Glucemia 45mg/dl GOT:390 UI/L GPT:160 UI/L FAL:660;BT:7;BD:1;Bl:6.Ca:8mg. TP:80%.TORCH (-).UREA:55;Creatinina:4,4EAB(sp).ACIDO LACTICO:2,4mmol;Colesterol:130mg. Ecografía y TAC Abdominal: Hígado aumentado de tamaño 148mm.

AMILO-1-6 GLUGLUCOSIDASA EN ERITROCITOS: 0,30 U/g de hemoglobina.VN > 1.80.

DIAGNOSTICO.GLUCOGENOSIS TIPO III.

TRATAMIENTO: Alimentación enteral

EVOLUCION. Buena, aumenta de peso y de talla.

CONCLUSION: Las glucogenosis son enfermedades poco frecuente, ante la presencia de hepatomegalia y síntomas de hipoglucemia sospechar su diagnóstico, ya que su detección precoz permite el control evolutivo de la enfermedad y mejora la calidad de vida.



DECONSTRUIR PARA CONSTRUIR: ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA. REVISIONES PARA UNA MEJOR CALIDAD EN EL DISPOSITIVO DE ATENCION

POB
703

Espeche R.¹; Martínez A.²; Romero A.³; Elustondo M.⁴; Pérez P.⁵; Carricaburu V.⁶; Chiabrando R.⁷; Calderon G.⁸; Martínez P.⁹

SANATORIO FRANCHINI^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<rominaespeche@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Se intenta reflejar el trabajo que realiza en forma interdisciplinaria el Equipo de Adolescencia, del Sanatorio Franchin, perteneciente a la Obra Social del Personal de la Construcción, cito en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respecto a la asistencia de niños, niñas y adolescentes que han padecido situaciones de Abuso sexual en la Infancia y que han requerido internación.

OBJETIVO:

Analizar desde un enfoque crítico y superador los dispositivos de intervención en los casos de Abuso sexual que realiza el equipo interdisciplinario a los fines de optimizar la asistencia, promoción y prevención de la salud. Material y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva 17 historias clínicas de pacientes internados por Sospecha de Abuso sexual en la institución desde el 2/10/ 2007 hasta el 31/12/2014 con la intención de reconocer las múltiples situaciones abordadas en el marco de la consulta. El tratamiento que el Equipo de Adolescencia realiza en la temática, se enmarca en la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de niño/as y adolescentes. Cada intervención es una instancia reparadora del daño padecido, y se hace especial referencia a visualizar, identificar y reforzar los factores protectores personales familiares y sociales. Resultados: De las 17 historias clínicas analizadas, se pudo observar que la edad promedio fue de 6,5 años. En el 35.3% de los casos la edad estaba comprendida entre 0 a 6 años, 47,05 % entre 6 a 10 años, y el 17.6% entre 10 a 14 años. El 100% de los pacientes abusados fueron asistidos bajo el protocolo de atención integral para víctimas contra la integridad sexual.

Durante la internación fueron evaluados en forma interdisciplinaria recibiendo atención médica, psicológica y social. En el 47.05% de los casos la víctima conocía al abusador. El 17.6% fueron primos adolescentes convivientes, en el 11.07% el padre, en el 5,8% hermano, 11.7% vecinos y 17.6% no conocido. Los motivos de consulta fueron: Sospecha de Abuso sexual el 44,4%, Dolor Abdominal 11.1%, Síntomas Urinarios 11.1%, Ginecorragia 5,5%, Traumatismo vulvar 5.5%, ITS 11.1%, Violación 5,5%, Cefalea y vómitos 11.1%. En cuanto al seguimiento ambulatorio, el 40% de las pacientes concurre a control ginecológico y el 10% regresó a consultorio de Adolescencia al menos una vez. Sólo el 50% continuaron el seguimiento por Psicología durante 3 meses. El 42.2 % restante no volvió a la consulta ambulatoria.

CONCLUSIONES:

En la obra social, entre los motivos que generaron la internación no necesariamente eran por sospecha de abuso sexual referenciado por parte del familiar acompañante sino que el equipo de salud, a través de una escucha atenta y una atención integral pudo identificar situaciones de abuso sexual con múltiples formas de presentación. Sobre el 42.2% que no continuó con los controles ambulatorios, se identificaron que algunos de los factores que provocaban la discontinuidad en el seguimiento de los casos se debieron a situaciones sociofamiliares. A partir de estos resultados se hace necesaria la implementación de nuevas estrategias en el seguimiento de los pacientes optimizando los dispositivos de intervención centrados en la atención integral de niños/as y/o adolescente.

USO DE BENZODIAZEPINAS EN EL TRATAMIENTO INICIAL DE LAS CRISIS CONVULSIVAS EN PEDIATRÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA

RPD
705

Pirker Asategui M.¹; Müller G.²; Luna F.³; Battolla J.⁴

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

<m.agustinapirker@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las crisis convulsivas agudas son una urgencia neurológica y el estatus convulsivo representa 1 a 8% de las admisiones hospitalarias, con mortalidad cercana al 10%. El tiempo de duración de la crisis convulsiva es un factor determinante de injuria neuronal haciendo necesaria la instauración de un tratamiento anticonvulsivante precoz y adecuado, las benzodiazepinas vía rectal (IR) e intravenosa (IV) suelen ser usadas como drogas de primera línea. En niños pequeños el acceso vascular puede ser difícil de conseguir demorando el inicio de la terapéutica adecuada, convirtiéndose en buenas opciones las vías intranasal (IN), IR y bucal (B). Objetivo: Revisar la evidencia disponible sobre la efectividad y seguridad de diazepam, lorazepam y midazolam en el tratamiento inicial de las crisis convulsivas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión sistemática utilizando las bases de datos Medline y LILACS, entre los meses de Septiembre y Diciembre de 2014. Términos utilizados: "convulsiones", "agudo", "midazolam", "diazepam", "lorazepam". Se limitó la búsqueda a idioma inglés/español, especie humana y se estableció como criterio de selección que sean ensayos clínicos controlados y aleatorizados realizados en población de 1 mes a 18 años,

ambos sexos, que concurren a un servicio de emergencia presentando crisis convulsivas. Fueron excluidos aquellos estudios que presentaban manejo pre hospitalario, tratamiento profiláctico y comparación con otros fármacos.

RESULTADOS:

Se incluyeron 11 estudios. El midazolam en sus vías IN y B fue más efectivo que diazepam IR. Con midazolam B se observó un menor tiempo entre la administración y el cese de la convulsión comparado al diazepam IR. El tiempo transcurrido entre el arribo al hospital y el cese de la convulsión, fue menor con midazolam IN y diazepam B en comparación con diazepam IV. Al comparar lorazepam IV/IR con la administración de diazepam IV/IR, este último necesitó una segunda dosis y administración de un anticonvulsivante adicional. Se observó mayor incidencia de somnolencia en el tratamiento con diazepam IV.

CONCLUSIÓN:

Las tres drogas son seguras y efectivas. El lorazepam IV es la medicación más efectiva y segura cuando el paciente tiene un acceso vascular. En pacientes sin acceso vascular el midazolam B es la mejor opción al acortar el tiempo entre el arribo al hospital y el cese de la convulsión, siendo comparable en efectividad y seguridad con Midazolam IN y Diazepam IR.



¿SOLO HAY DOLOR CUANDO NOS GOLPEAMOS?

Perez A.¹; Dovis N.²; Infante I.³; Ricart M.⁴; Ortellao L.⁵; Mayo R.⁶

SANATORIO SANTA FE^{1,2,3,4,5,6}

<analiperez_10@hotmail.com>

RPD
706

OBJETIVOS:

Describir osteomielitis en dedo de pie secundario a doble traumatismo y evaluar los métodos complementarios para diagnóstico y tratamientos médicos-quirúrgicos.

INTRODUCCION:

Las infecciones de los huesos pueden ser causa de incapacidad permanente por lo que su diagnóstico temprano en pacientes jóvenes, la instauración inmediata de tratamiento médico-quirúrgico reduce al mínimo el riesgo de lesión permanente. La osteomielitis es un proceso infeccioso bacteriano causado por *Staphylococcus Aureus*, siendo los traumatismos cerrados la causa más frecuente.

CASO CLÍNICO:

Joven de 14 años con traumatismo contuso en 5º dedo de pie izquierdo de 3 semanas de evolución, presentando nuevo traumatismo en la misma región, con dolor e impotencia funcional y colección hemática. Se drena y médica con cefalexina 500mg cada 6hs. Al 4to día se interna por mala evolución. Examen físico: Pulpejo del 5º dedo con lesión eritematosa de 3cm por 3cm, pérdida de solución de continuidad, bordes irregulares de aspecto necrosado y secreción purulenta. Laboratorio. Glóbulos Blancos 12.300 (N70/L23) Eritrosedimentación 57 PCR (+++)-24mm. Tratamiento:

Cefalotina 100mg/kg/día + Clindamicina 40mg/kg/día (3días). Toilette quirúrgica + Rotación: Ciprofloxacina 20mg/k/día (3días) + Cefalotina 100mg/k/día (5días). Hemocultivos: Negativos (48hs). RMN: Área edematosa en medula ósea de falange distal de 5º dedo, correspondiente a proceso inflamatorio postraumático u otra etiología sin poder descartarse mediante este medio. Centellograma: En dedo pequeño del pie izquierdo, imagen compatible con etiología traumática, sugerente de proceso osteomielítico. Cultivos: Hueso: Colonias de cocos Gram (+) *S. Aureus*. Piel: colonias de cocos Gram (+) *S. Aureus*. Antibiograma: Ciprofloxacina, Vancomicina, Minociclina, Oxacilina, Trimetropima/Sulfametoxazol (TMS), Rifampicina. Tratamiento posterior: TMS 160mg/día por 8 semanas + Rifampicina 600mg/día por 2 semanas.

CONCLUSION:

El tratamiento óptimo de las infecciones esqueléticas requiere de la colaboración interdisciplinaria entre médicos pediatras, traumatólogos e infectólogos. En la osteomielitis aguda el tratamiento antibiótico empírico es de elección basado en el conocimiento de los patógenos más frecuentes; siendo el desbridamiento quirúrgico generalmente innecesario. La clínica es fundamental para arribar al diagnóstico y ningún método complementario por si solo la confirma o descarta el proceso.

A PROPOSITO DE UN CASO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Astengo M.¹; Romano S.²; Martinez M.³; Shaieb A.⁴

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4}

<BELENASTENGO@HOTMAIL.COM>

RPD
707

INTRODUCCIÓN:

La endocarditis infecciosa (EI) es una patología que, a pesar de los adelantos en diagnóstico y tratamiento de la era moderna, presenta alta morbilidad y letalidad. En más del 70% de los casos se presenta en pacientes con cardiopatía preexistente.

OBJETIVOS:

Presentar un caso de EI, cuya probable puerta de entrada fue la vacunación del año de edad en un paciente sin cardiopatía previa. Población: niño de 13 meses de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Descripción clínica, exámenes analíticos y de imágenes de un caso de EI.

RESULTADOS:

Paciente de sexo masculino de 13 meses de edad, sin antecedentes personales de relevancia, que presenta un síndrome febril prolongado (30 días de evolución), que motiva la consulta en el hospital local, donde deciden realizar dosis diaria de ceftriaxona intramuscular con control ambulatorio. La fiebre reaparece y se indica ibuprofeno frente a una presunta OMA. Frente a la persistencia de la fiebre y aparición de nuevos síntomas se decide su internación. Al examen físico: regular estado general, irritable, taquicárdico, con pulsos periféricos positivos, signos vitales FC 180 L/ minuto, FR 40 resp/minuto, TA 120/90 mmHg, temperatura 38º, ptosis palpebral izquierda, máculas eritematosas y nódulos violáceos en distintas localizaciones, sin otras lesiones en piel.

Ante la sospecha de sepsis se decide pancultivar, realizar exámenes complementarios de laboratorio de rutina e interconsultas especializadas. Resultados de exámenes complementarios: hemograma, GB 8.600/mm3 (CN10%/N60%), Hb 7.8 g/dl, Hto 24%, plaquetas 48.000/mm3; velocidad de eritrosedimentación 102 mm/h; uremia 0.29 g/L, creatinemia 0.47 mg/dl; citofisicoquímico de LCR: 96 elementos (85%PMN), glucorraquia 0.36 g/L, proteinorraquia 0.83 g/L. Se realiza TAC de encéfalo y fondo de ojo normales; ecografía abdominal esplenomegalia; ecocardiograma imagen adherida a válvula tricúspide, móvil, compatible con vegetación. Se reciben resultados de cultivo de LCR negativo y hemocultivos x2 positivos para *Staphylococcus aureus* meticilino resistente. El diagnóstico definitivo fue EI.

Antecedente de vacunación previo al inicio del cuadro, acompañado de un exantema eritematoso dentro de las 24 horas, luego del cual inicia la fiebre.

CONCLUSIONES:

Ante un síndrome febril prolongado sospechar la causa infecciosa e iniciar la investigación de las localizaciones probables teniendo siempre presente a la EI. Esta suele tener un evento bacteriémico previo, es este caso el único que se halló fue la vacunación; no encontrando luego de una búsqueda bibliográfica reportes similares.



NIÑA CON DIAGNÓSTICO DE VIH DE TRANSMISIÓN VERTICAL CON SEROLOGÍA MATERNA DE ÚLTIMO TRIMESTRE DEL EMBARAZO NEGATIVA

RPD
708

Yamamoto M.¹; Bravo G.²; Villegas N.³; Valle M.⁴

CABA^{1 2 3 4}

<maggieyamamoto@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

El VIH puede ser de transmisión vertical durante el embarazo, parto o lactancia. El diagnóstico precoz y oportuno y el TARV es la base para evitar la infección en el niño. Es posible encontrar subdiagnóstico, a pesar de realizar los controles adecuados durante el embarazo, debido a la existencia de un período “ventana” desde la adquisición de la enfermedad, como seguramente ocurrió en el paciente presentado a continuación.

OBJETIVOS:

Presentación de caso clínico de VIH de transmisión vertical con serologías maternas negativas en último trimestre de embarazo.

CASO CLÍNICO:

Niña que comienza controles de salud a la edad de 1 año y 8 meses en nuestro servicio, con retraso ponderoestatural y neuromadurativo. Tiene como antecedentes personales haber nacido a término, con peso adecuado para la edad gestacional, fruto de un embarazo controlado, con serologías maternas negativas del último trimestre. Sin antecedentes perinatólogicos a destacar, estudios de pesquisa neonatal normales. Sin controles de salud previos, vacunación completa para la edad, alimentada con pecho materno y dieta acorde hasta la fecha de diagnóstico. Antecede

de internación al año y 7 meses por Deshidratación secundaria a GEA y OMA supurada bilateral. Durante controles de salud posteriores y estudio de su patología de base se constatan reiterados episodios infecciosos de probable etiología viral con evolución tórpida y prolongada, por lo que solicita realizar estudio de su inmunidad, solicitando serología de VIH entre otros estudios. Se obtiene resultado de serología positivo, se confirma diagnóstico con carga viral 55.700 copias/ml, CD 4 17% (958). Se solicita estudio a ambos padres obteniéndose confirmación de HIV + materno y serología preliminar positiva en el papá.

Inicia tratamiento antirretroviral a la edad de 1 año y 10 meses, con adecuada adherencia y tolerancia. Presenta mejora de retraso ponderoestatural y neuromadurativo, continua completando evaluaciones pendientes.

CONCLUSIONES:

Destacamos la importancia de la sospecha diagnóstica frente a una niña con la clínica previamente descrita y recordar la existencia del período ventana en la infección aguda por VIH. Planteamos la posibilidad de realización de estudio serológico a la pareja de la embarazada dentro de los controles prenatales de rutina.

ABSCESO HEPÁTICO, PRESENTACIÓN DE UN CASO

RPD
709

Amaya M.¹; Groppo C.²; Giordano P.³

HOSPITAL POSADAS^{1 2 3}

<tinchoamaya84@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El absceso hepático por *Staphylococcus aureus* es una patología infrecuente con alta morbi mortalidad. Es necesario un alto índice de sospecha clínica para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

OBJETIVOS

Descripción de un caso clínico en el que la asociación de distensión abdominal y fiebre se presentan como signos de infección profunda por *Staphylococcus aureus* metilino resistente de la comunidad (SAMR-co) y coinfección por *Toxocara*.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 1 año y 9 meses comienza con cuadro clínico de 30 días de evolución caracterizado por distensión abdominal y deposiciones deslizadas agregándose fiebre en los últimos 4 días. En guardia se constata

mal estado general, febril, taquipneico y taquicardico. Se realizan HMCx2 y se inicia tratamiento antibiótico parenteral.

Laboratorio: Leucocitosis con hipereosinofilia grave.

Ecografía abdominal: hepatomegalia.

TAC abdomen: hepatomegalia heterogénea con lesión multitabcada de paredes gruesas en lóbulo hepático derecho.

Cultivo de Punción líquido ascítico: SAMR-co.

Serología para *Toxocara* positiva.

Evoluciona favorablemente cumpliendo tratamiento con clindamicina, rifampicina y albendazol.

CONCLUSIÓN

Los abscesos hepáticos en pediatría son poco frecuentes, y cuando se diagnostican deben descartarse lesiones predisponentes como los granulomas eosinofílicos producidos por *Toxocara*.



A PROPÓSITO DE UN CASO “OSTEOMIELITIS COMO COMPLICACIÓN DE MASTOIDITIS AGUDA”

Dalpra V.¹; Vazquez V.²; Sanchez Gibert M.³

SANATORIO COLEGIALES^{1,2,3}

<vivaldalpra@hotmail.com>

RPD
710

INTRODUCCIÓN

La mastoiditis es la complicación más frecuente de OMA. Se observó un incremento de incidencia, en los últimos años, en menores de 2 años, debido a fallo en el diagnóstico de OMA, retraso en inicio en tratamiento antibiótico, y la emergencia de microorganismos resistentes.

Diagnóstico: cuadro clínico, imágenes y microbiológico.

Complicaciones de mastoiditis, entre un 14-18%, absceso subperióstico, osteomielitis, laberintitis, trombosis venosa, parálisis nervio facial, complicaciones del SNC.

OBJETIVOS

Concientizar de las complicaciones y secuelas de la OMA inadecuadamente tratada. Realizar diagnóstico precoz de mastoiditis, solicitando estudios correspondientes y realizar tratamiento adecuado.

DESCRIPCIÓN

Niña de 10 años, antecedentes personales 2 OMAS, el último dos meses previo a la internación, seguida semanalmente por ORL debido a mala respuesta al tratamiento ambulatorio.

Motivo de consulta: cuadro compatible con mastoiditis izquierda, OMA izquierda.

Se realiza laboratorio (GB 8000 mm³, ESG 40 mmh, PCR negativa), HC x 2, IC ORL, TAC de peñasco que evidencia ocupación de celdillas mastoi-

deas izq, oído medio ocupado, lisis del antro mastoideo homolateral con edema y engrosamiento de tejidos blandos adyacentes, con compromiso óseo. Se inicia tratamiento EV con Ceftriaxona y Clindamicina. Durante las primeras 48 hs de internación permanece afebril, sin compromiso del estado general, con aumento de dolor mastoideo, por lo que se realiza nueva TAC que informa adelgazamiento de la lámina ósea y por riesgo de tromboflebitis del seno se decide drenaje quirúrgico, mastoidectomía radical, cultivo y anatomía patológica.

Evoluciona favorablemente, cultivos negativos, anatomía patológica otitis crónica con focos activos inflamatorios no colesteatomatosos. Cumplió 14 días de Ceftriaxona/Clindamicina EV, a cumplir 21 días totales con Clindamicina VO.

Diagnóstico Mastoiditis con osteomielitis secundaria a otitis media crónica

CONCLUSIONES

El tratamiento antibiótico concienzudo y oportuno de las infecciones del oído medio reduce el riesgo de sus complicaciones asociadas, previene la mastoiditis y sus complicaciones. La intervención precoz es necesaria para evitar daños permanentes. Los pacientes con mastoiditis deben permanecer bajo control médico para garantizar que la infección no recidive aunque el tratamiento sea eficaz.

MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA SECUNDARIA A DÉFICIT DE VITAMINA B 12

Leivi M.¹; Apkarian M.²; Hansen M.³; De Pinho S.⁴; Entin E.⁵

SERVICIO DE PEDIATRÍA. SANATORIO DE LOS ARCOS^{1,2,3,4,5}

<maialeivi@gmail.com>

RPD
711

INTRODUCCIÓN

Las microangiopatías trombóticas (MAT) son un grupo de entidades que se caracterizan por anemia hemolítica, trombocitopenia y afectación variable de órganos. Las causas más frecuentes son la púrpura trombocitopénica trombótica y el Síndrome urémico hemolítico. El déficit de vitamina B 12 se presenta en forma clásica como anemia megaloblástica. Sin embargo 10% de los pacientes pueden presentar pancitopenia sintomática (5%), anemia severa (2.5%), anemia hemolítica (1.5%) y microangiopatía trombótica (2.5%)

OBJETIVO

Presentar un caso de microangiopatía trombótica relacionada a déficit de Vitamina B12 de origen nutricional.

CASO CLÍNICO

Paciente de 9 meses de edad, sexo femenino, nacida de término, eutrófica, alimentada con lactancia materna exclusiva, sin antecedentes patológicos. Consulta por palidez y decaimiento. Al examen físico presenta taquicardia, ictericia, hepatomegalia y esplenomegalia. Se realiza hemograma donde se evidencia anemia (Hb7.5 g/dl) y plaquetopenia (116 000/mm³) con parámetros de hemólisis. Se realiza prueba de Coombs (nega-

tiva) y frotis de sangre periférica donde se evidencian esquistocitos. Con diagnóstico de microangiopatía trombótica se decide internación para transfusión de glóbulos rojos y estudio. Se descarta inicialmente síndrome urémico hemolítico típico. Dentro del plan de estudios complementarios se detecta déficit de vitamina B12, homocistinemia aumentada y aumento de ácido metilmalónico y 3 metilcitrónico en orina. Se indica suplemento de cianocobalamina intramuscular durante cinco días con mejoría de los parámetros clínicos, hematológicos y metabólicos.

CONCLUSIÓN:

Las MAT cursan con una alteración del endotelio vascular y presentan en forma característica la aparición de esquistocitos en el frotis de sangre periférica. Pueden ser primarias o secundarias. Se conocen múltiples causas de esta entidad. Algunas tienen tratamiento específico por lo que es importante arribar a un diagnóstico etiológico. En nuestro caso la detección del déficit nutricional de vitamina b 12 permitió instaurar una terapéutica oportuna y efectiva.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON POR ASOCIACIÓN DE FÁRMACOS Y CITOMEGALOVIRUS

RPD
712

Sosa E.¹; Leotta V.²; Pereyra I.³; Rodríguez C.⁴; Meersohn M.⁵

HOSPITAL GUILLERMO RAWSON^{1 2 3 4 5}

<ericaedith@gmail.com>

CASO CLÍNICO:

Paciente sexo masculino de 10 años de edad, con antecedente de convulsiones medicado con fenobarbital, consulta por fiebre, exantema generalizado polimorfo que respeta palmas y plantas, afectación de mucosa oral, genital, faringe congestiva con exudado blanquecino, inyección conjuntival y poli adenopatías laterocervicales y supraclaviculares. Se valora regular estado general, dificultad para alimentarse. Se interna, se solicita estudios complementarios, se suspende fenobarbital. Se asume cuadro clínico compatible con Síndrome de Stevens Johnson inducido por fármacos y se indica Gammaglobulina Humana. Se recibe resultados

Hemocultivos negativos, urocultivo negativos, cultivo de exudado de fauces negativos, Hepatitis B y C negativo, HIV negativo, VEB negativos e IgM- IgG para CMV positivo. El paciente presenta buena evolución clínica luego del pasaje de gammaglobulina.

Se reinterpreta el cuadro como Síndrome de Stevens Johnson inducido por fenobarbital y CMV.

CONCLUSIONES:

Esta patología se caracteriza por la etiología multifactorial entre ellos fármacos y agentes infecciosos. El tratamiento médico óptimo requiere un diagnóstico precoz, interrupción inmediata del fármaco sospechoso y el inicio rápido del tratamiento hospitalario.

ADENOPATÍAS EN PEDIATRÍA: DERIVACIÓN OPORTUNA AL ESPECIALISTA

RPD
713

Casanovas A.¹; Elena G.²; D'aloí K.³; Veber E.⁴; Rohr R.⁵; Ramos M.⁶

HOSPITAL PEDRO ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6}

alecasanovas@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

Las adenopatías son un motivo frecuente de consulta en pediatría. La importancia de arribar al diagnóstico radica en que la etiología varía desde un cuadro banal a una patología oncológica. El rol del pediatra es pesquisar las adenopatías que requieren derivación oportuna al especialista

OBJETIVO:

Describir las características y diagnósticos de los pacientes (p) derivados por adenopatías a un servicio de hemato-oncología pediátrica de CABA. Concientizar sobre el rol fundamental del pediatra en la evaluación inicial del paciente con adenopatías.

Material y métodos: se revisaron las historias clínicas de los pacientes derivados por adenopatías desde ENE'2010 hasta ABR' 2015. Estudio descriptivo retrospectivo.

RESULTADOS:

Se evaluaron 98p. 37p (38%) presentaron adenopatías de causa infecciosa, de estos 15p tuvieron serologías positivas: CMV (5p), EBV (6p), Parvovirus (1p), Bartonella hensellae (2p), Toxoplasmosis (1p). 1p rescató SβHGA en fauces.

En 34p (35%) no se arribó a un diagnóstico etiológico y fueron autolimitadas.

Un paciente presentó enfermedad reumatológica.

En 10p (14%), se diagnosticó patología hemato-oncológica: 7p Linfoma de Hodgkin (LH), 3p con Leucemia Linfoblástica aguda (LLA).

Se realizó biopsia ganglionar en 15p (15%): 7p con LH, 1p con LES, 5p con adenopatías autolimitadas y 2p de causa infecciosa.

	Cervical localizada	Compromiso supraclavicular	Hepato-esplenomegalia	VSG	Evolución Aguda	Rx tórax patológica	Leucopenia >1.5 cm	ATB
Infeciosas (37p)	21p	8p	3p	21p	30p	1p	0p	29p
Sin diagnóstico (34p)	25p	5p	5p	20p	26p	0p	0p	14p
Linfomas (7p)	7p	0p	1p	6p	3p	1p	0p	0p
Leucemias (3p)	1p	2p	0p	2p	1p	0p	2p	1p
LES (1p)	1p	0p	0p	1p	1p	0p	1p	0p

CONCLUSIÓN:

Las adenopatías son un motivo de consulta frecuente en pediatría. En nuestro trabajo el 73% fueron de etiología infecciosa y reactiva, datos coincidentes con la bibliografía. A pesar de que el porcentaje de pacientes con patología hemato-oncológica es concordante con lo descrito internacionalmente, consideramos que nuestros números deberían ser mayores, ya que somos parte de un servicio especializado. Es por esto que entendemos que es de suma importancia la evaluación inicial por el pediatra general, teniendo en cuenta la localización (supraclaviculares), tiempo de evolución, síntomas acompañantes y alteraciones en el laboratorio (VSG acelerada, citopenias) para que en presencia de algún signo de alarma, se realice la oportuna derivación al especialista.



TRAUMATISMO DE CRÁNEO EN PEDIATRÍA E INDICACIÓN DE TAC DE CEREBRO. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN.

RPD
714

Díaz S.¹; Fraga M.²; Slasvsky A.³; Selandari J.⁴; Rodríguez J.⁵; Fusoni F.⁶

SANATORIO GUEMES^{1 2 3 4 5 6}

<sofiadiaz@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN

El traumatismo encefalocraneano (TEC) es frecuente en pediatría. Al momento de solicitar imágenes se deben considerar las desventajas de la Tomografía axial computada (TAC) que incluye exposición a radiación ionizante y aumento del riesgo futuro de cáncer en niños. Es importante lograr el uso sistemático de protocolos basados en la evidencia e investigar el grado de adherencia de los profesionales.

OBJETIVOS

Evaluar si durante la implementación en guardia del protocolo de atención del TEC en pediatría las TAC de cerebro realizadas cumplían con los criterios de indicación del protocolo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizó el estudio PECARN, el primero que basa sus decisiones frente a riesgos objetivos en la salud del paciente (riesgo de no-diagnóstico de injuria significativa versus riesgo atribuible a muerte por cáncer inducido por radiación), como base para desarrollar un protocolo de atención que incluye: criterios de inclusión, exclusión y algoritmos para pacientes de mayores y menores de 2 años de edad, disposición post observación y/o TAC y criterios de egreso e ingreso hospitalario. Se realizó un estudio observacional retrospectivo, entre 01/01 al 31/12/2014, recabando información de la historia clínica electrónica de pacientes menores de 16 años con TEC que se les indicó TAC.

Dado que el protocolo es diferente de acuerdo a edad mayor o menor de 2 años, la población se analizó separadamente según su categoría etaria: grupo 1, pacientes < 2 años y grupo 2 con pacientes edad mayor o igual de 2 años.

RESULTADOS

Se hallaron 71 consultas con TEC y realización de TAC.

Grupo 1: n= 20 (28,1%), media de edad: 12,8 meses; 11 varones y 9 mujeres; TAC patológica: 4 pacientes (20%), más frecuente en varones (n=3). Grupo 2: n= 51 (71,8%), media de edad: 88,7 meses (7,3 años), 31 varones y 20 mujeres; TAC patológica: 7 pacientes (13,7%), más frecuente en varones (n=6).

En 11 de los 71 casos (15,4%) la TAC fue patológica: 9 fracturas (en techo de órbita (n=1), en maxilar inferior (n=2), en oído medio y mastoides (n=1), parietal derecha (n=1), parieto-occipital izquierda (n=1), parietal izquierda (n=1), nasal (n=1) y occipital derecha (n=1)), 1 hematoma extradural y 1 hemorragia subaracnoidea. Todas las TAC realizadas cumplían con los criterios de indicación del protocolo.

CONCLUSIÓN:

Ninguno de los pacientes fue expuesto innecesariamente a radiación ionizante debido a que cumplían con los criterios de indicación de TAC según el protocolo.

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH CON EXANTEMA BULOSO

POB
715

Carnero S.¹; Bugnon A.²; Butarelli L.³; Fernandez M.⁴; Melzi S.⁵; Mollo F.⁶; Medina P.⁷; Morales L.⁸; Rodriguez Alassia P.⁹; Spedaletti S.¹⁰; Viola D.¹¹; Zacchino G.¹²

HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE (ROSARIO, SANTA FE)^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12}

<popicarnero@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El exantema buloso como presentación atípica de la púrpura de Schönlein-Henoch.

OBJETIVO

Presentar un caso de púrpura de Schönlein-Henoch que comienza con exantema maculopapular evolucionando a púrpura palpable con flictenas hemorrágicas.

POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de nueve años, completamente inmunizado consulta por lesiones purpúricas que progresan a flictenas hemorrágicas, edema y artralgias en miembros inferiores; acompañado de faringoamigdalitis. Es evaluado por Infectología, Dermatología y Hematología. Se solicitan serologías, laboratorio inmunológico y exudado faríngeo. Recibe tratamiento con analgésicos, corticoides y antihistamínicos a dosis habituales. En día nueve de internación, se externa. Al tercer día reingresa por fiebre, se asume como sobreinfección de lesiones purpúricas y se medica con Clindamicina previa toma de biopsia de piel. Evoluciona favorablemente con resolución de las lesiones otorgándose alta hospitalaria.

RESULTADOS

Se recibe serología positiva para Mycoplasma pneumoniae. Biopsia de piel informa alteración histopatológicas cutáneas vasculitis leucocitoclástica. Continúa en seguimiento ambulatorio por reumatología.

CONCLUSIÓN

La púrpura de Schönlein-Henoch es la vasculitis leucocitoclástica más frecuente en la infancia. Se describen como posibles desencadenantes, infecciones virales o bacterianas, dentro de estas últimas el Mycoplasma pneumoniae. Las manifestaciones características abarcan cutáneas, articulares, gastrointestinales y renales; debemos considerar las presentaciones atípicas para su diagnóstico y tratamiento.

HIERRO ENDOVENOSO: SU UTILIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ANEMIA FERROPÉNICA.

Basile C.¹; Rohr R.²; Elena G.³; Veber E.⁴; D'aloí K.⁵; Vitali F.⁶

HOSPITAL PEDRO ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6}

<carosb@fibertel.com.ar>

RPD
716

OBJETIVO:

Evaluar y describir características del tratamiento con hierro endovenoso (Fe EV) en niños con anemia ferropénica en el Servicio de Hematología del Htal. Elizalde entre enero de 2010 y mayo de 2015.

MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo.

RESUMEN:

Se incluyeron 28 pacientes (ptes) con anemia ferropénica. Edad: 9 meses a 17 años (media 8.5 años-mediana).

La indicación de tratamiento con Fe EV se basó en la presencia de anemia severa para la edad que requería corrección rápida del valor de Hb, evitando la administración de hemoderivados, y la presencia de causa gastrointestinal que contraindicaba la administración de Fe VO.

El 69% (19p) presentó patología de base: 73% (14p) con causa gastrointestinal: Hemorragia digestiva por esofagitis (1), poliposis intestinal (1), intestino corto (1), angiodisplasia (1), enterorragia (1), colangitis esclerosante asociada a Sme. HiperIgM (1), Enfermedad Inflamatoria Intestinal (4), reflujogastroesofágico (1), vasculitis sistémica con enterorragia (1) y SOMF de causa desconocida (2); el resto con metrorragia (2), Intoxicación por Plomo (1), cirugía cardiovascular cercana (1), Sme. Genético con anemia ferropénica severa (1).

El 50 % de los ptes recibió tratamiento previo con polimaltosato o sulfato oral.

La Hb previa al pasaje de Fe EV fue de 5.2-10.1 g/dL (media 7.3).

El 50% alcanzó valores de Hb normales para la edad, comprobándose en el 100% el aumento de los valores de Hb con un mínimo de 2.4 y un máximo de 4.2 g/dL a los 15 días del inicio del tratamiento, alcanzando resultados de 9.2-13 g/dL (media 10.6).

La dosis y duración del tratamiento (7-10 días) se calculó según fórmula habitual, sin efectos adversos asociados a la infusión de Fe EV.

Se constató un preocupante número de pérdidas en el seguimiento (14p).

CONCLUSION:

El tratamiento con Fe VO logra un aumento de Hb entre 1-2 g/dL en el primer mes de tratamiento. Los pacientes que recibieron Fe EV presentaron mejoría notable del valor de Hb a los 15 días de instaurado el mismo, resultando seguro por la ausencia de efectos colaterales y de utilidad en la corrección rápida de anemia ferropénica severa, evitando el uso de hemoderivados, en pacientes con patología digestiva y en aquellos que debían ser sometidos a procedimientos quirúrgicos a relativo corto plazo.

SINDROME DE BICKERSTAFF: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Arias A.¹; Santoni A.²; Goenaga B.³; Martínez M.⁴; González N.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1 2 3 4 5}

anaparias31@gmail.com

RPD
717

RESUMEN

El síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía aguda cuyo origen es, en la mayor parte de los casos, autoinmune. Se manifiesta como un cuadro de parálisis motora flácida, de tipo ascendente, acompañada de arreflexia con alteraciones sensitivas o sin ellas. Es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda en niños previamente sanos. Presenta distintas variantes. Una de ellas es el síndrome de Bickerstaff caracterizado por ataxia, oftalmoplejía externa asociada a encefalopatía o hiperreflexia.

Presentamos el caso de un niño previamente sano que presenta cuadro compatible con síndrome de Bickerstaff.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 4 años, cursando desde hace una semana síndrome bronco obstructivo, consulta por presentar dismetría y ataxia de 48 horas de evolución. Se lo valora en regular estado general, afebril, sensorio alternante, rigidez de nuca, pupilas isocóricas reactivas, reflejo fotomotor derecho conservado, izquierdo hiporreactivo. Reflejos osteotendinosos conservados, debilidad muscular en 4 miembros, tos inefectiva. Con diagnóstico presuntivo de mesencefalitis, se decide su internación.

Al ingreso se realizan los estudios enumerados en la tabla 1. Las primeras 48 hs evoluciona con mejoría del sensorio, progresión de la debilidad muscular a predominio apendicular proximal e hiporreflexia en 4 miembros. Se vuelven a realizar estudios (tabla 2).

Por presentar cuadro clínico de debilidad muscular progresiva, ataxia, oftalmoparesia, hiporreflexia asociado a encefalitis, disociación albúmino-citológica en LCR e imágenes compatibles, se asume el cuadro como síndrome de Bickerstaff. Se indica tratamiento con gammaglobulina a 2 gr/kg/dosis en 5 días constatándose posteriormente mejoría de la debilidad muscular.

CONCLUSIONES

El síndrome de Bickerstaff es una variante poco frecuente del síndrome de Guillain Barré. Es importante la sospecha del mismo ya que el tratamiento oportuno se asocia a un mejor pronóstico.

TABLA 1

Estudio

Estudio	Resultado
TAC de cerebro con contraste	Normal (N)
RMN de cerebro con contraste	N
Electroencefalograma	N
Hemograma	Leucocitosis con neutrofilia
Proteína C reactiva	7.57 mg/l
Proteinorraquia	42 mg/dl
Celularidad en LCR	11 células/mm ³
Inmunofluorescencia de aspirado nasofaríngeo	Picornavirus positivo, mycoplasma pneumoniae negativo
Hemocultivos por 2	Negativo (Ne)
Cultivo de LCR	Ne
Inmunoglobulina (Ig) para Herpes Virus Simplex 1, 2	Ne
Ig G para varicela zóster	Ne
Ig para Epstein Barr Virus	Ne
Ac anti virus de la Inmunodeficiencia Humana	Ne
Ig para Bartonella Henselae	Ne
Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en LCR para Echovirus, Enterovirus, Varicela Zóster y Herpes humano tipo 6	Ne
PCR en sangre para enterovirus	Ne
Coprocultivo por 2	Ne
Radiografía de tórax	N
Fondo de ojos	N

TABLA 2

Estudio	Resultado
Citoquímico de LCR	Disociación albúmino-citológica
Bandas oligoclonales en LCR	Patrón tipo 1 sin producción local de IgG
Ig G en LCR	48.1 mg/dl
Ig G en suero	1790 mg/dl
Ac específicos antigangliósidos en LCR y suero (anti - GM1, anti - GQ1B)	Ne
RMN de columna con contraste	Leve hiperintensidad en el espesor del cono medular y refuerzo de las raíces ventrales que conforman la cola de caballo



SINDROME DE GUILLAIN BARRE TIPO AXONAL

Carnero S.¹; Bugnon A.²; Butarelli L.³; Fernandez M.⁴; Melzi S.⁵; Mollo F.⁶; Medina P.⁷; Morales L.⁸; Rodriguez Alassia P.⁹; Spedaletti S.¹⁰; Soraru A.¹¹; Lemoine C.¹²

HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE (ROSARIO, SANTA FE)^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12}
<popicarnero@hotmail.com>

RPD
718

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Guillain Barré abarca diferentes presentaciones, algunas de difícil reconocimiento por sus características, dado que no se cumplen todos los rasgos clínicos y criterios diagnósticos de LCR habituales.

OBJETIVO

Presentar un caso de síndrome de Guillain Barre tipo axonal con LCR normal.

POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS

Niña de cinco años, completamente inmunizada consulta por alteración en la marcha y dolor en miembros inferiores, se solicita resonancia magnética de columna lumbar, electromiografía de miembros superior e inferiores, laboratorio y punción lumbar para pesquisa de anticuerpos antigangliósidos. Se indica reposo y analgesia a dosis habituales.

RESULTADOS

Punción lumbar traumática, informe de resonancia magnética normal e informe de electromiografía compatible con polineuropatía distal y simétrica de los cuatro miembros sensitivo motora con patrón de lesión axonomielítico, sin signos de denervación en curso. Se asume el cuadro como Síndrome de Guillain Barré, se medica con gammaglobulina hiperinmune a 2gr/kg a pasar en dos días con buena tolerancia. Se realiza punción lumbar sin disociación albúmino/citológica; Evoluciono favorablemente.

CONCLUSIÓN.

El Síndrome de Guillain Barré o poliradiculitis aguda desmielinizante abarca el 85-90% de los casos, no obstante deben considerarse las formas de presentación axonal, para instaurar el tratamiento adecuado de manera precoz.

LACTANTE CON ENCEFALITIS Y HEPATITIS POR ENTEROVIRUS. A PROPOSITO DE UN CASO

Fernández L.¹; Viqueira Guzmán C.²; Tamashiro C.³; Sapia E.⁴; Dastugue M.⁵

HOSPITAL GUTIERREZ^{1 2 3 4 5}
<loreleyfz@gmail.com>

RPD
719

INTRODUCCIÓN:

Los enterovirus pertenecen a la familia Picornaviridae y su único reservorio es el hombre. Se diseminan por vía fecal-oral y generan múltiples enfermedades con variadas manifestaciones clínicas. Son la principal causa de encefalitis infecciosa en niños fuera del período neonatal.

OBJETIVO:

Describir un paciente con encefalitis y hepatitis por enterovirus.

CASO:

Paciente de 2 meses de edad, NT/PAEG sin antecedentes, es traída al Hospital de Niños R. Gutiérrez por presentar 3 convulsiones tónico-clónicas de hemicuerpo derecho, cursando gastroenteritis. Examen físico: normohidratada, sensorio alternante, pupilas isocóricas, reactivas, sin foco motor ni visceromegalias. Ingresa a unidad de internación. Laboratorio con hepatitis (GPT 623 U/L GOT 600 U/L), hemograma, función renal, glucemia, ionograma, ácido láctico, amonio y sedimento de orina normales. Punción lumbar: 3 células/mm³, glucosa 71mg/dl, proteínas 37mg/dl (normal). Hemocultivos, cultivo de LCR y urocultivo negativos. Ecografía abdominal y TAC de cerebro normales. EEG: trazado de sueño desorganizado, actividad delta dominante difusa, patrón asimétrico dominante en hemisferio izquierdo compatible con encefalitis. Inicia

tratamiento con cefotaxime y aciclovir a dosis menígeas, suspendidos con cultivos negativos, y anticonvulsivante con fenitoína. Serologías para sífilis, Hepatitis (A,B,C) y HIV: negativas. Reacción en cadena de polimerasa (PCR) para Citomegalovirus negativa. Coprocultivo y rotavirus en materia fecal negativos. Al 5º día virológico en LCR: Herpes Simplex negativo, Enterovirus positivo. La paciente no repitió convulsiones durante la internación con EEG de control a los 10 días normal. Con examen físico y laboratorio normal se otorga egreso hospitalario.

DISCUSIÓN:

El diagnóstico de encefalitis es clínico, se requiere un alto índice de sospecha para el reconocimiento precoz. Los enterovirus pueden lesionar una amplia variedad de órganos como ser hígado, páncreas, riñón, corazón y pulmón.

CONCLUSIÓN:

Ante un paciente con signos de encefalitis y gastroenteritis, considerar los enterovirus como etiología infecciosa; la técnica de PCR en LCR es de elección para el diagnóstico etiológico precoz, con elevada sensibilidad y especificidad. El LCR presenta pleocitosis a predominio mononuclear o puede ser normal en lactantes. El tratamiento específico de la encefalitis por enterovirus aún no está consensuado.

SÍNDROME MIELOPROLIFERATIVO TRANSITORIO: EVOLUCIÓN VARIABLE EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN.

RPD
720Rohr R.¹; Viso M.²; Elena G.³; Veber E.⁴; D'aloí K.⁵HOSPITAL PEDRO ELIZALDE^{1,2,3,4,5}

<romyr055@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome mieloproliferativo transitorio (SMT) se presenta en un 10% de los recién nacidos (RN) con Síndrome de Down (SD), se caracteriza por hiperleucocitosis, blastos en sangre periférica y médula ósea, hepatoesplenomegalia y resolución espontánea en 4-5 meses. El 25% puede desarrollar posteriormente una leucemia megacariocítica o síndrome mielodisplásico.

OBJETIVOS:

Describir las características de dos RN con SD y SMT y su evolución. Alertar al pediatra sobre esta patología y su derivación al especialista.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo. Se evaluaron las historias clínicas de dos RN con SD y SMT en un servicio de Hemato-oncología pediátrica de la ciudad de Bs.As. Resultados: Caso 1: Niña de 1 mes de vida con hepatomegalia, ictericia y leucocitosis. Leucocitos: 37200/mm³ (2% blastos), Hb 11.5 g/dL, plaquetas: 100000/mm³. Se asume cuadro como SMT. A los 4 meses presenta leucocitos: 4000/mm³ (14% blastos), Hb 10g/dL, plaquetas: 54000/mm³, realizándose punción aspiración de médula ósea (PAMO): 69% de mieloblastos con inmunotipificación compatible con Leucemia megacariocítica, citogenético con trisomía 21. Recibe quimioterapia por

persistencia del cuadro. A los 9 meses del seguimiento se encuentra en tratamiento en remisión completa de la enfermedad.

Caso 2: Niño de 15 días de vida con hiperleucocitosis. Examen físico: taquipnea, hepatoesplenomegalia e ictericia. Ecocardiograma: derrame pericárdico grado II. Leucocitos: 105000/mm³, Hb: 15 g/dL, plaquetas: 522000/mm³. Se realiza PAMO: 83% de mieloblastos con inmunotipificación compatible con Leucemia megacariocítica, citogenético con trisomía 21. Se indica quimioterapia citorreductora con citarabina 5 mg/kg/día por 3 días. Evoluciona favorablemente con normalización del hemograma y desaparición de síntomas. En seguimiento con 5 años de edad en remisión completa de enfermedad.

CONCLUSIÓN:

Los niños con SD tienen un riesgo 10-20 veces mayor de tener leucemias agudas en relación a la población general en los primeros 5 años de vida. El SMT es un cuadro indistinguible de una Leucemia Mieloide Aguda, en más del 75 % de los casos presenta resolución espontánea, requiriendo la mayoría sólo medidas de soporte. Describimos dos casos de pacientes con SD y SMT con diferente evolución. Consideramos importante el control periódico pediátrico y de laboratorio.

RETINOBLASTOMA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

RPD
723Mallea S.¹; Saravia M.²; Heron A.³; Drago G.⁴; Casas E.⁵HOSPITAL DIEGO PAROISSIEN¹; HOSPITAL H. NOTTI^{2,3,4,5}

<malleasandra@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El retinoblastoma (RB) es el tumor ocular más frecuente en niños. Representa el 4% de los cánceres pediátricos en Argentina. El RB Unilateral, es más frecuente, con una edad de presentación menor a cinco años. En cambio los bilaterales son hereditarios y se presentan antes de los dieciocho meses.

Objetivos: Identificar tiempo de demora diagnóstica en pacientes con RB. Reconocer signos y síntomas iniciales de la enfermedad. Identificar los estadios de la enfermedad en los pacientes con RB. Reconocer sobrevida global de los pacientes, sobrevida según estadios y según tiempo de demora.

POBLACIÓN, MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS:

Retrospectivo, observacional de Historias Clínicas de pacientes con RB en Servicio de Oncología de Hospital Notti desde 1985 - 2014. Se clasificaron los tiempos de demora diagnóstica en: Tiempo1: demora desde el primer síntoma a la consulta. Tiempo 2: demora del pediatra en realizar la derivación. Tiempo 3: demora del oftalmólogo en derivar a centro de mayor complejidad. Se utilizó GraphPadPrism 5.

RESULTADOS:

N=57 pacientes. Con una relación 1.1 a predominio masculino. Unilaterales: 44 pacientes (Estadio I 53%, Estadio II 5%, Estadio III 7%, Estadio IV 3 %, sin datos 9 %).Bilaterales: 13 (23%). La mediana de la edad del

diagnostico 16,5 meses (IC 1,97-132,7). El tiempo de demora diagnóstica fue de 8, 3 meses en promedio (1-39). Tiempo 1: 3,6 meses (0-39). Tiempo 2: 1,8 mes (0-17), Tiempo 3: 2,7 meses (0-24). Signos y síntomas más frecuentes fueron leucocoria 37%, estrabismo 26% y brillo especial 24%. La mediana de seguimiento fue 147,2 meses (5,2 a 317,2). Sobrevida global a 10 años 89% a 20 años 85%. Sobrevida por tiempo de demora a 10 años 95% en el grupo 1 (<12 meses de evolución de los síntomas) grupo 2(>12meses):72%. OD11,16 ;IC1,2-96;p=0,012. La sobrevida por estadios a 10 años fue: Estadio I: 96,5%, Estadio II: 66,6%, Estadio III: 50%, Estadio IV: ningún sobreviviente al año de diagnóstico. RB bilaterales: 100%.

CONCLUSIONES:

El tiempo de demora diagnóstica en nuestra serie fue el doble a lo referido en la literatura. Atribuyéndose esta demora en mayor medida al equipo de salud en comparación a la de los padres. Se destaca que el tiempo 2, responsabilidad del pediatra, fue el menor de los tres. La confirmación diagnóstica realizada posterior a 12 meses de evolución de los síntomas tiene 11 veces más riesgo de muerte. Destacamos la importancia de la detección temprana ya que los pacientes con Estadio I presentaron una alta sobrevida mientras que los con pacientes con Estadio IV ninguno sobrevivió.



¿MIS KILOS ME DIERON CEFALEA Y CEGUERA?

Zapata P.¹; Bustamante Marroig P.²

HOSPITAL REGIONAL COMODORO RIVADAVIA- CHUBUT^{1,2}

<zapatapaolav@gmail.com>

RPD
724

INTRODUCCION

La hipertensión endocraneana idiopática de la infancia se define como un síndrome compuesto por criterios clínicos que incluyen signos y síntomas producidos por presión intracraneal elevada con composición de líquido cefalorraquídeo normal y sin evidencia de anormalidad neurológica focal en neuroimágenes.

Antes de la pubertad, la relación es 1:1, mientras que en las niñas púberes, aumenta a 2:1. La presión del LCR puede normalizarse a la semana, y los campos visuales y el fondo de ojo, después de 2 meses. Algunos pacientes pueden progresar a ceguera permanente.

OBJETIVO

Describir un caso de hipertensión endocraneana en paciente adolescente con síndrome metabólico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis descriptivo de historia clínica del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia en octubre de 2013.

CASO CLINICO

Adolescente de 12 años de edad con síndrome metabólico. Consultó por cefalea, astenia, dolor abdominal y visión borrosa. Fue evaluada por el Servicio de Oftalmología e ingresa a sala de internación con diagnóstico de hipertensión endocraneana.

Presentaba cefalea holocraneana de tipo opresiva en zona occipital intermitente, de 7 días de evolución, con despertares. Asociado disminución de agudeza visual de aparición abrupta con sensación de protrusión de ojo izquierdo y vómitos.

Al examen físico neurológico y oftalmológico presentaba: glasgow 15/15, Marcha inestable, ataxia, Romberg positivo lateralizado hacia la derecha. Parálisis del III par craneal del ojo izquierdo. Visión borrosa. Exoftalmos izquierdo. Sin dolor. Al ingreso Laboratorio s/p. Punción lumbar: físico-químico normal y presión de LCR 30.1 mmHg. Fondo de ojo: edema de papila, con hemorragias retineanas. TAC de encéfalo normal. AngioRMN de encéfalo y de órbita patológicas. Durante internación se realizan 2 punciones lumbares para diagnóstico y tratamiento asociado a acetazolamida 1 g/día y topiramato 100 mg/día con buena respuesta.

CONCLUSIÓN

La hipertensión endocraneal idiopática de la infancia, es una entidad neurológica rara. La obesidad en edad pediátrica ha aumentado su incidencia en los últimos 30 años, presentándose como factor de riesgo durante la adolescencia. Afecta gravemente al nervio óptico, con secuelas irreversibles. Su diagnóstico es por exclusión. El tratamiento precoz es determinante para el pronóstico.

RELATO DE EXPERIENCIA: VOCES DE LOS JÓVENES: ¿QUÉ NOS CONTARON EN EL ENCUENTRO DEL 8º CONGRESO DE ADOLESCENCIA?

MÜlli V.¹; Pappolla R.²; Goddard P.³; Rolón D.⁴; Gacitúa V.⁵; Gonzalez M.⁶; D'orsi T.⁷; Frank A.⁸; Soubies E.⁹; Bargo M.¹⁰; Sanz C.¹¹; Pasqualini D.¹²; Hiebra M.¹³; Castello P.¹⁴; Llorens A.¹⁵

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES¹; HOSPITAL PENA²; HOSPITAL ALEMAN³; CESAC 35⁴; HOSPITAL ARGERICH⁵; HOSPITAL ELIZALDE^{6,10,11}; HOSPITAL FIORITO⁷; PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE, MSAL^{8,9}; HOSPITAL GUTIERREZ^{12,13}; HOSPITAL DE NEUQUEN¹⁴; HOSPITAL MILITAR¹⁵

<valeria.mulli@hospitalitaliano.org.ar>

RPD
726

INTRODUCCIÓN:

En el marco del 8vo Congreso de Adolescencia se organizó una jornada con adolescentes y jóvenes, como espacio interactivo y de reflexión sobre la relación y comunicación con los adultos sobre los siguientes temas: derechos, consumo, sexualidad y violencia

OBJETIVO:

Conocer qué piensan los adolescentes y jóvenes sobre la relación con los adultos en los temas propuestos.

Población: participaron 142 jóvenes de 18 a 24 años representantes de casi todas las provincias del país.

Desarrollo de la experiencia: Se usó la obra de teatro "Si vos supieras", a cargo de adolescentes del grupo Arribarte como disparador y luego en grupos de 20 con dos coordinadores, trabajaron desde sus vivencias la relación con el adulto en relación a uno de los temas descriptos, se registró por escrito la actividad.

DISCUSIÓN:

Acordaron sobre la importancia de tratar estos temas con actividades atrayentes, mostrar el sufrimiento y no sólo la manera de evitar el contagio. Resaltaron la discriminación y los prejuicios sociales sobre el VIH. En relación a los Derechos destacaron la importancia de conocer los

derechos sexuales y reproductivos, las dificultades en el ejercicio de esos derechos y la importancia de contar con referentes adultos. Con respecto a Sexualidad valoraron el rol del médico como fuente de información y generador de confianza, la asimetría en la relación médico-paciente con abuso de poder del médico, la integralidad de la sexualidad debiendo hablar de derechos y placer además de los riesgos, las diferencias entre la educación sexual de adultos y jóvenes y los prejuicios que existen entre ellos. En relación con el Consumo jerarquizaron la aceptación e hipocresía social, doble mensaje de adultos y publicidades, estigmatización del consumidor, necesidad de límites y mejorar la comunicación, el adolescente como responsable de sus decisiones. Con respecto a Violencia ven al adulto como responsable de la falta de encuentro por falta comprensión y trato de excesivo o falta de control, prejuicio y de pensar y decidir por ellos.

CONCLUSIONES:

Ellos concluyeron "con la palabra se construye, la confianza se gana, la idea no es ver qué hacen los adultos, sino qué hacemos juntos". Nos parece importante promover espacios junto a los jóvenes, para escuchar sus opiniones y preocupaciones, reconociéndolos como actores sociales y de cambio.



UN CASO PECULIAR DE MENINGITIS

Beazley M.¹; Ruas I.²; Prado C.³; Sparo M.⁴; Guerrero N.⁵; Albanese A.⁶; Mastropiero I.⁷

HOSPITAL BLANCO VILLEGAS TANDIL^{1,2,3,5,6,7}; HOSPITAL BLANCO VILLEGAS TANDIL Y SANTAMARINA⁴

<manubeazley@gmail.com>

RPD
727

INTRODUCCION:

La *Listeria Monocitogenes* (L.M.) es un Bacilo Gram positivo causante de meningitis en neonatos, ancianos o paciente con alguna inmunodeficiencia. Ingresa al organismo por el tubo digestivo, siendo mas frecuente en poblaciones rurales, o que conviven con animales de granja. OBJETIVO: Comunicar un caso de meningitis a *Listeria Monocitogenes* en un paciente inmunocompetente.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 7 años previamente sano. Comienza 72 horas previas a la consulta con cuadro febril, vómitos, decaimiento y astenia. Agrega dolor abdominal por lo que se interna. El dolor era tipo cólico, con abdomen blando depresible indoloro sin signos de irritación peritoneal. Se realiza Rx abdomen normal. A las 24 horas desmejora, presenta fiebre, decaimiento y rechazo alimentario. Laboratorio: leucocitosis con desviación a izquierda. Por el regular estado general, fiebre persistente y el laboratorio de riesgo se medica con ceftriaxona a 100mg/kg/día. Presenta en 24 horas leve mejoría clínica con aumento del apetito, se realiza ecografía abdominal normal. En horas agrega agudamente cefalea y rigidez de nuca, se realiza punción lumbar donde se hallan 513 células (30%n, linfocitos 70%), glucorraquia 0,32, prot 0,60, pandy +. Mantiene misma conducta a la espera de cultivos. Se interconsulta con neurología e infectología dado que al 4 to día de ceftriaxona si bien presentaba mejoría en curva febril persistía con imprecisa cefalea y evolución tórpida. Se realiza Tac cerebro s/p, Fdo de ojo normal, Se agrega aciclovir cubriendo meningoencefalitis herpética. Al quinto día de evolución se recibe cultivo de LCR positivo para *Listeria Monocitogenes* sensible a ampicilina, gentamicina y resistente a ceftriaxona. Se rota tratamiento a ampicilina /gentamicina. Evoluciona favorablemente remitiendo la fiebre. Se suspende gentamicina en día 7 y continúa con ampicilina EV 21 días Se realizan estudios inmunológicos, RMN de cerebro y hematológico normal, HIV negativo. Se realizó también TAC de torax, abdomen y pelvis sin datos sugestivos de enfermedad sistémica. Surge como antecedente relevante que concurre diariamente a Granja, siendo una Institución donde crían animales de granja.

CONCLUSIONES:

Ante una meningitis a L.M. en una edad no habitual se debe buscar inmunocompromiso subyacente. La anamnesis adecuada y los antecedentes epidemiológicos son fundamentales para la sospecha diagnóstica.

ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRÍA. FORMAS DE PRESENTACIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN LA SALA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GUTIÉRREZ DE LA PLATA DESDE MARZO DE 2013 A MARZO DE 2014

Trejo M.¹; Ausaralde A.²; Zapetini E.³; Niño Gómez C.⁴; Serio S.⁵; Santillán G.⁶

HOSPITAL GUTIERREZ DE LA PLATA^{1,2,3,4,5,6}

<marianela.unlp@gmail.com>

POB
728

INTRODUCCION:

El abdomen agudo es un cuadro clínico, caracterizado por dolor, que pone en riesgo la vida del enfermo, de no mediar un diagnóstico oportuno. Sin embargo, el dolor abdominal en el niño es una situación clínica muy frecuente, que exige un diagnóstico inmediato y acertado. La orientación diagnóstica y terapéutica depende, especialmente, de la edad del niño.

OBJETIVO GENERAL:

Describir la forma de presentación del abdomen agudo en pacientes internados en la Sala de Pediatría del Hospital Gutiérrez de La Plata (HZGA Gutiérrez) desde marzo de 2013 a marzo de marzo de 2014

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Describir la forma más frecuente de presentación de abdomen agudo
Establecer frecuencia de sexo y edad
Definir la importancia de los métodos complementarios de diagnóstico al alcance en nuestro Hospital

POBLACIÓN:

Pacientes internados en la Sala de Pediatría del HZGA Gutiérrez con diagnóstico de Abdomen Agudo desde marzo de 2013 a marzo de 2014

METODOLOGIA:

Trabajo observacional descriptivo transversal sobre 38 pacientes con diagnóstico de abdomen agudo. Revisión de Historias Clínicas con vuelco de resultados en planillas Excel

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Consultaron por dolor el 100% de los pacientes. El 50% la evolución de los síntomas fue entre 24 y 48 horas; 55,2% presentaron vómitos; 50% tuvieron fiebre y 10% diarrea, anorexia 57,8%.

Al ingreso se les solicitaron: Hemograma (HMG), Proteína C Reactiva (PCR) Sedimento urinario (SU). Radiografía (Rx) de tórax de frente y abdomen de pie. Los estudios de laboratorio revelaron: leucocitosis (entre 10000 y 20000/mm³) en 57,8%, PCR elevada en 73,6%.

Rx de abdomen: 50% (n= 16) presentaron niveles hidroaéreos.

Los diagnósticos definitivos más frecuentes fueron: apendicitis 50% y peritonitis 18,4% sobre el total de los pacientes quirúrgicos.

El abdomen agudo es una consulta frecuente en la práctica cotidiana, siendo en ocasiones debido a causas banales y otras que requieren una resolución quirúrgica. De nuestro trabajo surge que el dolor es el síntoma cardinal como sugiere la bibliografía vigente, seguido por los vómitos y anorexia en un porcentaje menor que el correspondiente a la bibliografía consultada. Encontramos que la leucocitosis y la PCR se correlacionan con abdomen agudo quirúrgico, al igual que los niveles hidroaéreos en la Rx de abdomen.

Consideramos estos hallazgos de suma importancia debido a que son los disponibles en nuestro hospital al momento de realizar el diagnóstico



SÍFILIS CONGENITA. PRESENTACIÓN INUSUAL DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE

Maiolo L.¹; Beaudoin M.²; Ajzensztat J.³; Urtasun M.⁴; Calleri B.⁵; De Lillo L.⁶; Hernandez R.⁷; Mazzeo C.⁸; Gonzalez A.⁹

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<luciamaiolo@gmail.com>

RPD
729

INTRODUCCION

La sífilis es una patología de alta prevalencia en nuestro medio. El screening serológico en embarazadas permite el diagnóstico precoz de la forma congénita, así como su tratamiento adecuado y la prevención de complicaciones en recién nacidos, quienes habitualmente se presentan asintomáticos. Es importante conocer la amplia variedad de manifestaciones clínicas de la sífilis congénita a fin de reconocerlas en pacientes con status serológico desconocido.

OBJETIVO

Describir una presentación clínica poco habitual de una patología frecuente.

CASO CLINICO

Consulta en guardia niña de 57 días de vida con disminución de movilidad de brazo izquierdo. Durante evaluación inicial impresiona paresia de miembros superiores, ambos dolorosos a la palpación. Al examen físico presenta además descamación palmo plantar de 15 días de evolución. Sin signos de compromiso de sistema nervioso central ni periférico. Afebril, en buen estado general. Sin otros datos patológicos a destacar según referencia materna; se constatan serologías negativas de primer trimestre de embarazo. Para valorar sistema osteoarticular se solicitan radiografías de huesos largos donde se evidencia desprendimiento perióstico con deflecamiento metafisario en miembros superiores e inferiores. Con presunción diagnóstica de Sífilis Congénita se le solicita

VDRL a niña resultando positiva (256 dil) confirmándose con anticuerpos específicos. Se interpreta cuadro como pseudoparálisis de Parrot. Madre y padre presentaron ambos serología positiva.

CONCLUSION

La sífilis congénita es una enfermedad fácilmente prevenible, con tratamiento específico y accesible. La importancia de la búsqueda activa de esta patología tanto en el control del embarazo como en los controles de salud de niños radica en el gran porcentaje de pacientes asintomáticos y en la variabilidad de signos y síntomas que puede presentar la misma.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Yogi A.¹; Romero C.²; Corti S.³

HOSPITAL POSADAS^{1,2,3}

<analiayogi@gmail.com>

RPD
730

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad por arañazo de gato es una patología frecuente en pediatría. En pacientes inmunocompetentes es autolimitada y benigna, presentándose con fiebre y adenomegalias. Sólo un pequeño porcentaje tendrá manifestación extranodal.

OBJETIVOS:

Descripción de caso clínico de enfermedad por arañazo de gato de presentación atípica; manifestándose con fiebre y abdomen agudo médico sin adenopatías palpables.

POBLACIÓN:

Niño previamente sano de 11 años de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de sexo masculino de 11 años de edad comienza con cuadro clínico de una semana de evolución caracterizado por dolor inguinal derecho y dolor tipo cólico en hipocondrio derecho asociado a registros febriles diarios. Recibe tratamiento ambulatorio (sin indicación médica) con Bromuro de Hioscina sin respuesta favorable. Por persistencia del cuadro clínico concurre a guardia del Hospital Posadas, constatándose en REG con palidez mucocutánea, celulitis en hallux y 2º dedo de pie izquierdo. Abdomen blando, doloroso a la palpación profunda. Se solicita radiografía de tórax frente, laboratorio y ecografía abdominal. Se toman HMCx2 y medica empíricamente. Mejora curva térmica y evoluciona con menor dolor abdominal.

Ecografía abdominal: Hígado: imagen hipoecoica en hilio. Adenopatías hiliares y retroperitoneales. Bazo heterogéneo, múltiples imágenes hipoecoicas en sacabocado. Las imágenes ecográficas sugieren entre otros diagnósticos la enfermedad por arañazo de gato. Serologías *Bartonella Henselae*: IgM positivo.

RESULTADOS:

La presentación atípica de enfermedad por arañazo de gato responde al tratamiento antibiótico habitual.

CONCLUSIÓN:

Las imágenes hipoecoicas hepáticas y esplénicas por *Bartonella Henselae* son frecuentes. La sospecha diagnóstica reduce los estudios cruentos e innecesarios. Esta presentación clínica responde al tratamiento antibiótico.



ESCLEROSIS MÚLTIPLE: PRESENTACIÓN EN ADOLESCENTE CON VÉRTIGO.

POB
731

Ginestet M.¹; Donnici M.²

SANATORIO FRANCHINI^{1,2}

<euginestet@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune de causa desconocida que destruye la mielina del sistema nervioso central (SNC), de curso impredecible. Es poco frecuente en la edad pediátrica, entre el 2,5 a 5% de todos los casos. Luego de los 10 años predomina en las mujeres (1,9:1).

El vértigo es una ilusión de movimiento propio o ambiental (habitualmente como sensación de giro), que implica disfunción bien del laberinto o del nervio vestibular (periférico), bien del tronco del encéfalo o del lóbulo temporal (central). En adultos un 2-10% puede ser el primer síntoma de la EM y en algún momento de la evolución hasta en un 50% de los pacientes aparecen crisis vertiginosas.

El diagnóstico de EM se basa en la demostración de elementos clínicos que evidencian disfunción de la sustancia blanca que debe comprometer más de un área del SNC y debe ser diseminada en el tiempo. La resonancia magnética se emplea como auxiliar en el diagnóstico junto con otras pruebas paraclínicas (LCR y potenciales evocados).

OBJETIVO:

Describir la presentación de un caso de vértigo como debut de EM.

MATERIAL Y MÉTODO:

Reporte de un caso a partir de la historia clínica.

DESARROLLO:

Paciente mujer de 12 años que ingresa a la sala por cefalea, vómitos y vértigo de 12hs de evolución. Antecedente de episodio similar diez días previos, con tomografía cerebral normal y que cede con tratamiento sintomático. Se objetiva síndrome vestibular con lateralización de la marcha y nistagmus vertical y horizontal. Laboratorio normal. Serologías negativas. Resonancia magnética nuclear de encéfalo con múltiples imágenes desmielinizantes a predominio supratentorial, algunas con signos de cavitación tras la inyección de contraste como signo de actividad. Potenciales evocados auditivos normales. En líquido cefalorraquídeo se obtiene Bandas Oligoclonales, que no están presentes en suero, compatibles con producción intratecal de IgG. Se agrega parálisis facial. Recibe pulsos de metilprednisolona endovenosa 5 días, con buena evolución. Tras su egreso continúa tratamiento con interferón subcutáneo, asintomática y en seguimiento por neurología y pediatría.

CONCLUSIÓN:

Aunque la EM es una causa infrecuente de vértigo, debemos contemplarla como diagnóstico diferencial. El diagnóstico precoz posibilita el tratamiento oportuno y el abordaje psicológico temprano.

ABSCESO CEREBRAL Y TROMBOFLEBITIS DEL SENO VENOSO TRANSVERSO, SECUNDARIO A OTITIS MEDIA ASINTOMÁTICA

RPD
733

Vela M.¹; Rodríguez J.²; Maccari Y.³; Stratico R.⁴; Selandari J.⁵

SANATORIO GÜEMES^{1,2,3,4,5}

<mariavela_5@hotmail.com>

OBJETIVO:

Reportar un caso de absceso cerebral y tromboflebitis del seno venoso a punto de partida de Otitis media asintomática en un paciente con cefalea persistente e incapacitante.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 15 años, sano, presenta cefalea frontal persistente e incapacitante, que cede parcialmente con AINES de 1 mes de evolución. Consultó reiteradas oportunidades, indicaron tratamiento sintomático y control por neurología. El día previo a su ingreso presenta estrabismo convergente de ojo izquierdo y visión borrosa, es evaluado en centro oftalmológico donde se constata anisocoria, estrabismo y edema de papila bilateral, se deriva a nuestro servicio para continuar estudios. A su ingreso también se constata Otoscopia: signos compatibles con otitis media no evidenciada durante la anamnesis del paciente. Resto del examen físico s/p. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia y aumento de reactantes de fase aguda. RMN de cerebro: imagen focal en lóbulo occipital derecho de señal hipointensa en T1, hiperintensa T2 con fina capsula hipotensa y edema perilesional subyacente con realce anular tras la administración de gadolínico, correspondiente con absceso cerebral. Cambios en la intensidad proveniente del seno transversal y sigmoideo derecho con realce periférico con contraste, hallazgo compatible con trombosis. Inadecuada neumatización de celdas mastoideas derechas de aspecto inflamatorio. Cuadro clínico e imágenes compatibles con: absceso cerebral, trombosis venosa derecha y mastoiditis homolateral.

El paciente es evaluado conjuntamente por: infectología, ORL, hematología y neurocirugía. Se realizan hemocultivos por 2 (-), cultivo de LCR (-) y punción de oído sin rescate de material. Comienza tratamiento con Enoxaparina y 1 mes de Ceftriaxone, Metronidazol y Vancomicina. Continúa con controles oftalmológicos semanales. A la tercer semana de su internación por persistir el edema de papila se inicia tratamiento con acetazolamida y dexametasona, con buena evolución, RMN, fondo de ojo y agudeza visual normales, otorgándose el alta sin secuelas.

CONCLUSIÓN:

Jerarquizar el motivo de consulta inicial en este caso la cefalea persistente e incapacitante y realizar un examen físico y neurológico completo a fin de establecer si se trata de una patología banal que recibiendo tratamiento adecuado evitaría complicaciones de alta morbimortalidad o se trata de patologías que requieren diagnóstico y tratamiento precoz para evitar secuelas importantes y riesgo de vida.



PROCALCITONINA COMO MARCADOR DE RIESGO EN PACIENTES CON PATOLOGÍA HEMATONCOLÓGICA Y NEUTROPENIA FEBRIL

POB
735

Lugrin Bellomo A.¹; Reyes P.²; Mohando Soto K.³; Torres S.⁴; Rocca Rivarola M.⁵

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

<antuslugrin@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los episodios de neutropenia febril en pacientes con patología hematológica son una complicación grave y frecuente que conlleva una elevada morbimortalidad durante el tratamiento de dicha patología. Tener un marcador sérico de riesgo temprano que pueda predecir el riesgo de dichos pacientes es importante, ya que la temprana identificación del riesgo de estos pacientes puede seleccionar a los que requieren tratamiento y manejo más agresivo.

La procalcitonina es un péptido precursor de la calcitonina que se utiliza como marcador de sepsis. En situaciones de SIRS o sepsis, la producción de dicho péptido aumenta. Su utilización como parte de la evaluación inicial de los pacientes con neutropenia febril podría ser un elemento útil como predictor de neutropenia febril de alto riesgo.

OBJETIVOS:

Determinar si la procalcitonina puede definir el riesgo de infección bacteriana y el riesgo en los pacientes neutropénicos febriles con patología hematológica.

POBLACIÓN:

Pacientes entre 0 y 18 años con patología hematológica (tanto leucemias como tumores sólidos) en tratamiento por enfermedad de base en el Hospital Universitario Austral, que consultaron por fiebre en el contexto de neutropenia (RAN < 1000/mm³) en el período comprendido entre enero de 2013 y diciembre de 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un diseño observacional de una cohorte retrospectiva a través de la revisión de historias clínicas de pacientes con patología hematológica que ingresaron al Hospital Universitario Austral por neutropenia febril.

RESULTADOS:

En el período evaluado se realizaron 81 consultas por fiebre y neutropenia, correspondientes a 32 pacientes (edad promedio 87 meses). El 53% de esos pacientes presentó como enfermedad de base leucemias y el 47% tumores sólidos. El 34,5% de los episodios ocurrió en pacientes internados. De los 81 episodios, 12,3% presentaron valor de procalcitonina >2 (elevado), encontrándose en el 70% de ellos infección bacteriana documentada y presentando clínica de sepsis o shock séptico el 80% de ellos (3 evolucionaron con óbito).

CONCLUSIONES:

Los pacientes inmunosuprimidos secundarios a enfermedades hematológicas presentan mayor riesgo de infecciones. La utilización de parámetros de laboratorio, como la procalcitonina, en episodios de neutropenia febril, resulta de utilidad para predecir mayor riesgo de infección bacteriana y comorbilidad, con el consiguiente requerimiento de tratamiento antibiótico agresivo y monitoreo más estricto.

INMUNODEFICIENCIA COMBINADA GRAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
736

Buzin D.¹; Sena H.²

HOSPITAL SAMIC OBERÁ^{1,2}

<daru_b@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

A hablar de patologías del sistema inmune son más las dudas que las certezas, las IDCG son poco frecuentes y mortales, con un promedio de vida de seis meses, con diversas causas genéticas en las que hay una combinación de disfunciones en linfocitos B y T y a veces de los Nk.

OBJETIVOS:

Describir la forma de presentación clínica de las IDCG.
Determinar los elementos diagnósticos en forma precoz y rápida.

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo femenino, 4 meses de edad. RNT/PAEG, parto eutócico, embarazo controlado, vacunación incompleta. Comienza con lesiones abscedadas en pliegues cutáneos e hipertermia, tratado en lugar de origen sin evolución favorable. Al ingreso se constatan lesiones en piel, con secreción purulenta, muguet oral, Resp Rales subcríticas y roncus. Se asume como sospecha de sepsis, neumonía, piodermitis, muguet, anemia, alto riesgo social y bajo peso, se interconsulta con cirugía e Infectología infantil e inicia tratamiento con cefotaxime, clindamicina, amikacina y ketoconazol.

Laboratorio: Hto 28% GB 6400 2/64/0/0/34/0 (34% = 2176) PCR(-) ALB 2,7 Rx Torax infiltrado paracardiaco sin silueta tímica. Policultivos (-) cultivo de secreción Staphylococcus spp y Proteus Vulgaris. BAAR (-) Serología (-). Se plantea derivación a Hospital Garrahan, de donde se recibe informe de Inmunodeficiencia combinada severa T-B-Nk-. Laboratorio Inmunológico: GB 2480c/ml (N66%, L10%, M24%, E0%, B0%) Linf Tot. 248cél/ml (VN:4000); Hb 7,9g/dl PlaQ 455000cél/ml. Fenotipo Linfocitario: CD3:0% VN:2280-

6450 (recuento absoluto) CD19:0% VN:28%(23-32), CD16/56:97%. Dosaje de Ig: IgG 33mg/dl VN: 427 ±186(4-6 meses), IgM <4mg/dl VN: 43 ±17, IgA <6,65mg/dl VN: 28 ±18, IgE <5UI/L. VN: <35 UI (<3 años). Secuenciación Biología Molecular: RAG-1 y RAG-2 normal. Artemis en proceso. Se descarta deficiencia en ADA y PNP en Universidad de Duke. Durham, USA. Dado que la única posibilidad curativa es el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas alogénicas de donante compatible, se solicitó el estudio de Histocompatibilidad de la familia, no encontrándose donante intrafamiliar histoidéntico. Continuó críticamente enferma, con reagudización de su cuadro respiratorio produciéndose el óbito.

DISCUSIÓN:

Si bien las IDCG son patologías poco frecuentes debemos tener presente su cuadro clínico para el mejor diagnóstico y tratamiento. Su detección precoz con manejo certero de la misma determina una mejor calidad y mayor expectativa de vida en estos pacientes.



SÍNDROME DE ALLGROVE: REPORTE DE DOS CASOS

Zunino Pradier F.¹; Harris V.²; Corrales Morey M.³; El Kik S.⁴; Abbate S.⁵

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PRF. DR. JUAN P. GARRAHAN^{1,2,3,4,5}

<fernandomartinzpradier@hotmail.com>

RPD
739

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Allgrove fue descrito en 1978, por Allgrove et al., como una entidad familiar de origen desconocido, de carácter recesivo, caracterizada por deficiencia aislada de corticoides, acalasia esofágica y producción defectuosa de lágrimas, por lo que también se denomina síndrome de triple A (Adrenal insuficiencia, Acalasia, Alacrima). Es un trastorno infrecuente que se presenta generalmente en la primera década de la vida (1). Su forma de presentación más usual es la acalasia, mientras que la alacrima está descrita como el síntoma más característico y temprano, siendo infrecuente como motivo de consulta (8). Durante los últimos años, se han agregado al cuadro clínico alteraciones neurológicas (8). Esta entidad se debe a una mutación en el gen AAAS que mapea en el cromosoma 12 (12q13.13) y codifica la proteína ALADIN (2,3,4,6).

OBJETIVO:

Descripción de dos casos. Conocer la importancia de la acalasia en la patología pediátrica, y su asociación sindrómica.

RESULTADOS:

Se presentan dos pacientes, hermanos, hijos de una pareja consanguínea. El primero comienza con los síntomas a los 26 días de vida, y su hermana al segundo mes, presentando vómitos y mal progreso de peso por lo que se estudian con imágenes contrastadas. Confirmándose acalasia esofágica, y con diagnóstico presuntivo de Síndrome de Allgrove, se completa valoración multidisciplinaria, evidenciándose ausencia de lágrimas (Test

de Schirmer) por servicio de oftalmología. En ninguno de los dos casos, hasta la actualidad, pudo evidenciarse insuficiencia adrenal. En uno de ellos, se evidencia retraso madurativo como componente adicional.

CONCLUSIONES:

Este síndrome es inusual en la práctica diaria, siendo el diagnóstico muchas veces tardío y requiere un enfoque multidisciplinario. Los casos reportados en el mundo entero son pocos, llegando a 200 según algunos autores. En nuestra experiencia, pudimos observar, en consonancia con la bibliografía disponible, que las primeras manifestaciones del mismo son la acalasia y alacrima, siendo manifestaciones más tardías la insuficiencia adrenal, y en algunos casos síntomas neurológicos.

CONTROLES DE SALUD EN MENORES DE 2 AÑOS. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GUTIÉRREZ DE LA PLATA DESDE DICIEMBRE DE 2012 HASTA DICIEMBRE DE 2014

Trejo M.¹; Bastons S.²; Aparicio G.³; Bianchi Y.⁴; Golowczyc M.⁵; Aguilar L.⁶; Menegazzo F.⁷

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

<marianela.unlp@gmail.com>

POB
740

INTRODUCCIÓN

Período de la vida de los más dinámicos en cambios, el crecimiento físico es acelerado y el desarrollo psicomotor hace progresos permanentemente.

OBJETIVOS

Conocer la situación actual del cumplimiento de los controles de salud en el Consultorio de Niño Sano del Hospital Dr R Gutiérrez.

Evaluar la cobertura de vacunación.

Relevar el cumplimiento de estudios complementarios solicitados en los primeros dos años de vida.

METODOLOGÍA

Estudio de corte transversal. En el que se evalúan las historias clínicas confeccionadas en los controles de salud de niños hasta 2 años de edad.

POBLACIÓN

Pacientes menores de 2 años que concurren al control de salud en el Área de Niño Sano hasta el mes de diciembre de 2014 de nuestro hospital y cumplen con los criterios de inclusión

Criterios de inclusión:

Historias clínicas que se encuentran en el consultorio de Niño Sano de nuestro hospital hasta el mes de diciembre de 2014.

Mayor de un mes de vida.

Con un control de salud en los últimos 3 meses (menores de un año).

Un control en los últimos 6 meses (mayores de un año).

Se recolectaron los siguientes datos: edad, concurrencia al control de salud, estado vacunal, serologías maternas, fondo de ojo, otoemisiones acústicas, ecografía y radiografía de caderas, hematológico periférico, interconsultas con subespecialidades.

RESULTADOS

Del presente trabajo se obtuvo que el 60% de la muestra son menores de un año; cumplieron con los controles de salud adecuadamente 2/3; cobertura de vacunación 80%. Cumplimiento de los métodos complementarios: los no realizados en nuestro hospital (fondo de ojo y otoemisiones acústicas) tienen mayor demora o no se realizan, comparados con los que sí se efectúan (ecografía y radiografía de caderas, hematológico periférico). Entre los realizados en nuestro hospital hay mayor cumplimiento en los que no son invasivos.

En relación a las interconsultas con subespecialidades las más frecuentes fueron cardiología, ortopedia y traumatología y nefrología.

Siendo el fondo de ojo y las otoemisiones acústicas de cumplimiento obligatorio (Ley Nacional 25415) se debe priorizar la puesta en funcionamiento del equipo para la realización del cribado auditivo y gestionar la presencia de un especialista en oftalmología pediátrica para completar el screening en los neonatos.



A PROPÓSITO DE UN CASO: COMPLICACIONES INFRECIENTES DE LA VARICELA

Coto M.¹; Buffone I.²; Duran G.³; Romano M.⁴; Masnicoff S.⁵; Garcia Elliot F.⁶

HOSPITAL MUNICIPAL LEONIDAS LUCERO^{1,2,3,4,5,6}

<belencoto@hotmail.com>

RPD
742

INTRODUCCIÓN:

La Varicela es una enfermedad infecciosa contagiosa causada por el virus de la varicela zóster (VZV), subtipo de Herpesviridae. El humano es el único reservorio y fuente de infección, ya sea por contacto directo o secreciones respiratorias. Su importancia radica en el alto índice de contagio y las potenciales complicaciones, que pueden comprometer la vida del paciente.

OBJETIVO:

Describir un caso clínico de un adolescente masculino con diagnóstico de varicela, remarcando las complicaciones sistémicas que se presentaron.

CASO CLÍNICO:

Adolescente de 13 años de edad, sexo masculino, en tratamiento con Risperidona por trastorno de conducta asociado a hiperactividad, que presenta varicela de 4 días de evolución, asociando en horas previas a la consulta, dolor axilar y en extremo superior de hemitorax derecho. Se realiza ecografía de partes blandas, constatándose miositis del pectoral mayor izquierdo. Se instauro tratamiento antibiótico y antiviral endovenoso inmediato, con una duración de 30 y 5 días respectivamente, acordado con infectóloga infantil. A las 72 hs de iniciado el tratamiento, se constata hepatitis con patrón colestásico y plaquetopenia. Se suspende Risperidona, por sus potenciales efectos adversos. Se administra vitamina K. Al noveno día de internación, el paciente fue externado con mejoría clínica y bioquímica. En los controles ambulatorios se normalizan todos los parámetros de laboratorio y se constata resolución completa del cuadro.

METODOLOGÍA:

Fue realizada una consulta bibliográfica utilizando como motor de búsqueda a PUBMED, utilizando como términos, "chickenpox", "Complications", "Children".

CONCLUSIÓN:

Es importante considerar la miositis, hepatitis y plaquetopenia como posibles complicaciones de la varicela, pese a su baja frecuencia. La administración de aciclovir podría contribuir, además de la infección por VVZ, al desarrollo de hepatitis y plaquetopenia. En el caso particular de este paciente, la risperidona podría ser una potencial noxa hepática adicional.

SINDROME DE SUDECK: A PROPOSITO DE UN CASO

Martínez Espinosa C.¹; Costa A.²; Esteban L.³; Acerenza M.⁴

SANATORIO SAGRADO CORAZON^{1,2,3,4}

<elvismaniaca@hotmail.com>

POB
743

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Sudeck es conocido como distrofia simpático refleja (DSR) o síndrome regional doloroso complejo (SRDC). Su inespecificidad diagnóstica, añadida al gran número de factores precipitantes, a su etiopatogenia no claramente esclarecida y de terapéutica controvertida hacen de esta enfermedad un cuadro clínico complejo tanto para el paciente como para el médico.

OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente de 14 años que presenta luego de una fractura de muñeca derecha dolor, hematomas, eritema, y edema de miembro superior izquierdo. Se realizan distintos diagnósticos y tratamientos con escasa respuesta hasta llegar al diagnóstico de Síndrome de Sudeck.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de sexo femenino, de 14 años de edad, sin antecedentes de importancia, que presenta fractura de la muñeca derecha y posteriormente desgarro del músculo bíceps izquierdo, presentando desde entonces dolor, hematomas, eritema, y edema del miembro superior izquierdo, sin respuesta inicial a analgésicos. Se asume como síndrome compartimental, se realiza fasciotomía con buena respuesta inicial y buena evolución clínica. Un mes después presenta nuevamente hematomas, edemas, dolor, dehiscencia de herida quirúrgica y registros febriles, por lo que consultan a la guardia de su ciudad de origen donde deciden su internación con diagnóstico de celulitis para tratamiento antibiótico. Por mala evolución, se decide su derivación a nuestra institución para diagnóstico y tratamiento.

A su ingreso se constata tumefacción y aumento de diámetro en miembro superior izquierdo a predominio próximo lateral, coloración violácea, dolor intenso, sudoración, relleno capilar y temperatura distal conservadas, alodinia, hiperestesia y disestesia con limitación funcional por dolor.

Se realiza laboratorio completo, radiografías de miembros superiores, ecodoppler (normales) y RNM de brazo izquierdo que informa edema con cambios acordes al procedimiento realizado previamente. Recibo múltiples esquemas terapéuticos para manejo del dolor (antiinflamatorio, central y neuropático) con regular respuesta.

Se solicita centellograma óseo en el cual se observa leve asimetría entre ambos antebrazos en el pool vascular, e hipercaptación difusa con predominio de tejidos blandos en articulación de codo y muñeca y músculo aponeurótico sin lesión ósea.

Ante la sospecha de Síndrome de Sudeck, se realiza interconsulta con especialista del manejo de dicho síndrome quien ante el cuadro clínico y los estudios complementarios confirma diagnóstico e ajusta tratamiento con Ibandronato mensual, Calcitonina Carbonato de Calcio y suplemento con Vitamina D2, evolucionando favorablemente por lo que se logra suspensión del tratamiento con Morfina y egreso hospitalario.

CONCLUSION

El síndrome de Sudeck es una entidad que pasa habitualmente desapercibida para nuestra comunidad médica en general. La aplicación de un tratamiento inmediato en los primeros tres meses desde el inicio de los síntomas, mejorará la evolución del cuadro clínico, por lo que llegar a un diagnóstico precoz es el eje principal del tratamiento.



SINDROME FEBRIL PROLONGADO Y POLIADENOPATÍAS: DEBUT DE LINFOMA NO HODGKIN (LNH). A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
744

Fastman A.¹; Rossi V.²; Tamashiro C.³

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1,3}; HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DE JUNÍN²

<anoukfastman@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El linfoma es la 3ª causa de cáncer pediátrico siendo el 60% LNH. Dentro de ellos, el linfoma anaplásico de células grandes constituye el 10%. Es más frecuente en adolescentes en quienes suele comprometer ganglios, piel y producir síntomas B.

OBJETIVO:

Presentar una paciente con síndrome febril prolongado y poliadenopatías como debut de LNH.

CASO CLÍNICO:

Adolescente de 14 años previamente sana que consulta por fiebre, astenia y adenopatías cervicales de un mes de evolución, con antecedente de refractariedad a diferentes esquemas antibióticos. Niega contacto con mascotas, viajes recientes y posee vacunas completas. Al examen físico presenta regular estado general, conglomerado adenomegálico cervical bilateral doloroso, duro pétreo, adherido a planos profundos y adenopatías axilares e inguinales de similares características en rango no adenomegálico. Se interna en unidad de infectología para estudio. Laboratorio del ingreso con anemia (Hb 10,3), función renal y hepática normal, LDH 1328, VSG 125, FAL 853, PCR 146. Rx tórax con mediastino no ensanchado, acúñamiento vertebral en D8. Se realizan serologías (HIV, CMV, EBV, HBV anticore, HCV, Toxoplasma, Chagas, Toxocara, Brucelosis, Bartonella, VDRL) negativas. Hemocultivos y urocultivo negativos. PPD 0mm con examen directo y cultivo para BAAR de esputo negativo.

Perfil reumatológico (FAN, C3, C4, Anti ADN, Ig GAM) normal. Ecografía abdominal normal, ecografía de cuello: múltiples adenomegalias no abscedadas. Fondo de ojo y ecocardiograma normal. TAC con adenomegalias cervicales, submaxilares, mediastinales, mesentéricas e ilíacas. Con sospecha de etiología oncohematológica se realiza punción aspiración de médula ósea y punción lumbar normal. Biopsia de ganglio cervical: linfoma anaplásico de células grandes.

DISCUSIÓN:

Los LNH son tumores de crecimiento rápido. Aproximadamente un 70% debutan con enfermedad avanzada en estadios III o IV. Para el diagnóstico se sugiere tomar muestras del sitio comprometido de más fácil acceso y con menor morbilidad para el paciente.

Conclusión: Ante un paciente con síndrome febril prolongado y poliadenopatías, por frecuencia se deben estudiar inicialmente las causas infecciosas. Es indicación de biopsia ganglionar la presencia de poliadenopatías asociadas a síntomas B para descartar etiología oncológica.

SÍNDROME DE EVANS (SE) COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

RPD
745

Arguello S.¹; Lanza V.²

HIEMI^{1,2}

<sandraarguello@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El SE es un trastorno inmunológico atípico e infrecuente. Caracterizado por la asociación de Anemia Hemolítica Autoinmune (AHAI) y Púrpura Trombocitopénica Autoinmune (PTA).

El SE es considerado idiopático y un diagnóstico de exclusión de otras enfermedades como el LES.

OBJETIVO:

Describir una paciente con SE como forma de presentación de LES.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 14 años que concurre a guardia por presentar astenia, adinamia, palidez e ictericia de 3 días de evolución, agregándose en últimas 48hs gingivorragia, petequias, hematomas y metrorragia.

Ingresa a UCIP con signos de shock hipovolémico, instaurándose medidas de soporte vital. Se constata hepatoesplenomegalia y pancitopenia por lo que requiere transfusión de hemoderivados.

Con pruebas específicas de laboratorio se confirma AHAI y PTA, por punción aspiración de médula ósea se descartan procesos malignos y por serologías negativas infecciones virales.

Es tratada con Glucocorticoterapia (GCT) e Inmunoglobulina IV (IGIV).

A las 48hs pasa a Sala de Clínica por evolución favorable y a los 15 días se externa.

Se diagnóstica LES según criterios del consenso reumatológico y comienza tratamiento (TTO) específico con Hidroxicloroquina.

Es controlada en forma ambulatoria y periódica durante los últimos 3 meses, apareciendo el eritema malar típico, persiste con plaquetopenia y anemia en mejoría. Recibe TTO inmunosupresor y suplementario por vía oral.

CONCLUSIÓN:

El SE es un proceso infrecuente en pediatría con morbimortalidad significativas. Predomina entre los 7 y 9 años.

De etiología poco clara, sin embargo se conoce la presencia de autoanticuerpos contra antígenos de membrana de eritrocitos, plaquetas y leucocitos. Existe asociación con anticuerpos antifosfolípidos provocando alteraciones de la coagulación.

La respuesta al TTO esteroideoinmunosupresor es variable y generalmente transitoria, con tendencia a la cronicidad, presentando remisiones y recaídas.

Pueden aparecer enfermedades autoinmunes, como LES, Inmunodeficiencias Primarias y Síndromes Linfoproliferativos, siendo necesario un diagnóstico preciso y TTO oportuno.



NEVO ANÉMICO EN NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1: UN PROBABLE NUEVO CRITERIO DIAGNÓSTICO

Cuervo M.¹; Moreno S.²; Garay M.³; Aprea G.⁴; Galdeano F.⁵

HOSPITAL NOTTI^{1,2,3,4,5}
<inescuervo@gmail.com>

RPD
747

INTRODUCCIÓN:

El Nevus Anémico (NA) es una anomalía cutánea caracterizada por parches pálidos de bordes irregulares que se acentúan con la fricción de la piel.

La asociación de Neurofibromatosis 1 (NF1) y NA ha sido objeto de estudios retrospectivos y prospectivos a fin de caracterizar la verdadera prevalencia de esta vinculación.

Nuestro objetivo fue documentar el hallazgo de NA en nuestros pacientes NF1

POBLACIÓN, MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS:

Realizamos un estudio prospectivo y observacional de 44 niños, con NF1 durante los meses de octubre del 2014 a febrero del 2015 incluido, derivados al Consultorio de Genodermatosis del Servicio de Dermatología. Se realizó examen clínico y estudios complementarios en conjunto con Hospital de día. Los datos recavados se cotejaron con los obtenidos en las diferentes series publicadas recientemente en la literatura.

RESULTADOS:

El signo clínico más común en los pacientes con NF1 fue la presencia de manchas café con leche. La prevalencia de NA en niños con NF1 fue del 34%, siendo más frecuente en edades tempranas. El NA fue hallado más comúnmente en el tercio anterior del tronco.

Coincidentemente con la literatura revisada el NA tiene mayor prevalencia en NF1.

CONCLUSIONES:

La presencia del NA en NF1 asiste en la sospecha diagnóstica de la enfermedad. La sutil apariencia clínica del NA dificulta la detección del mismo y compromete al pediatra que evalúa a un niño con sospecha de NF1, en su hallazgo y su significación clínica.

Palabras Clave

Nevus Anemicus, Neurofibromatosis, Mancha café con leche.

ATAXIA AGUDA DE ETIOLOGÍA INFRECIENTE

Infante I.¹; Dovis N.²; Perez A.³; Ricart M.⁴; Ortellao L.⁵; Mayo R.⁶

SANATORIO SANTA FE^{1,2,3,4,5,6}
<nacho_388@hotmail.com>

POB
748

INTRODUCCIÓN:

La ataxia es un trastorno del movimiento caracterizado por alteraciones del equilibrio y la coordinación, de causas congénitas o adquiridas. Estas últimas pueden ser agudas (aparición <72hs en niños sanos) o crónicas. En casos agudos, la etiología es muy variada, siendo las más frecuentes las causas post-infecciosas y tóxicas.

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de ataxia de etiología poco frecuente.

CASO CLÍNICO:

Niña de 3 años de edad, sin antecedentes patológicos, que presentó inestabilidad en la marcha, náuseas y vómitos matutinos de 4 horas de evolución por lo cual es internada. Niegan registros febriles, traumatismos, pérdida del conocimiento, ingesta de medicamentos o exposición a tóxicos. Examen físico: Glasgow 15/15, funciones superiores conservadas, pares craneales conservados, fuerza, tono, trofismo y reflejos superficiales y profundos conservados. Sin alteraciones de la sensibilidad. Sin signos meníngeos. Marcha inestable e incoordinada con signo de Roemberg negativo. Laboratorio normal. Resonancia magnética nuclear (RMN): En cerebro presenta áreas hiperintensas difusas parcialmente definidas, una en pedúnculo cerebeloso superior izquierdo y dos en relación a cara medial e inferior del tálamo izquierdo, sin alteraciones en médula. Líquido cefalorraquídeo (LCR): citológico y físico-químico normal, cultivo y bandas oligoclonales (BOC) negativos. Diagnóstico diferencial: patologías desmielinizantes vs accidente cerebro-vascular (ACV) isquémico. Inició tratamiento con corticoterapia endovenosa y se deriva a centro

de mayor complejidad para seguimiento por Neurología, Reumatología y Hematología. Evolucionó satisfactoriamente sin secuelas en 7 días. Continúa en seguimiento multidisciplinario con diagnóstico presuntivo de ACV isquémico.

CONCLUSIÓN:

La ataxia de instauración aguda es una urgencia neurológica, ya que puede ser la manifestación inicial de un proceso grave. La historia clínica y exploración neurológica permiten en la mayoría de los casos la orientación etiológica. La neuroimagen y el estudio del LCR deberían utilizarse en casos de presentación atípica, signos de focalidad neurológica y duración prolongada del cuadro.



HEMATOMA DE EPIPLON: A PROPOSITO DE UN CASO

Gutiérrez M.¹; Picadaci P.²; Rosso E.³; Distefano V.⁴; Martín G.⁵; Perez S.⁶

CLINICA LA PEQUEÑA FAMILIA^{1,2,3,4,5,6}

<fer_13_5@hotmail.com>

RPD
749

INTRODUCCION:

El hematoma de epiplón es una entidad rara en pediatría que simula un cuadro de abdomen agudo indistinguible de la apendicitis aguda.

OBJETIVOS:

Pensar en otras causas de abdomen agudo

CASO CLINICO:

Paciente masculino de 8 años, con sobrepeso, que comienza con dolor abdominal focalizado en fosa iliaca derecha de 12 hs de evolución, afebril. Consulta por guardia donde se le realiza laboratorio completo y ecografía abdominal que fueron normales. Persiste con dicho dolor por lo que consultan nuevamente donde se decide su internación. Al examen físico persiste con dolor en fosa iliaca derecha con defensa, se repite laboratorio y orina que fueron normales y ecografía abdominal que informa rarefacción de grasa en fosa iliaca y flanco derecho con escaso liquido libre en fondo de saco de Douglas. No se visualiza apéndice. Con dicho informe el paciente ingresa a quirófano con sospecha de apendicitis aguda. El parte quirúrgico informa: epiplón adherido a la pared abdominal anterior a nivel de fosa iliaca y flanco derecho. Se observa hematoma del epiplón con proceso inflamatorio periférico. Se envía muestra a anatomopatología donde se corrobora el diagnostico.

CONCLUSION:

El epiplón es un órgano endomesodermico, rico en tejido grasa y linfático y muy irrigado, que cuelga libremente cubriendo casi la totalidad de los órganos intra-abdominales. La torsión del mismo genera fenómenos hemodinámicas locales que terminan en infartos isquémicos y se traduce con dolor. El cuadro es muy similar a una apendicitis aguda por lo que en la totalidad de los casos descriptos el diagnostico fue retrospectivo en el acto quirúrgico.

MALFORMACIONES VASCULARES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL, CÓRDOBA, ARGENTINA, EN EL PERÍODO 2004-2013

Nahás Combina N.¹

HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL¹



INTRODUCCIÓN:

Las anomalías vasculares engloban una amplia gama de lesiones de los vasos sanguíneos. Es indispensable efectuar un exhaustivo interrogatorio y examen físico, así como el empleo de métodos complementarios para un correcto diagnóstico y manejo. En 2014 se llevó a cabo en Australia la "ISSVA 20th International Workshop on Vascular Anomalies" donde se realizó una revisión y actualización de la clasificación.

Objetivo General: "Determinar la frecuencia de malformaciones vasculares en pacientes pediátricos del Servicio de Dermatología del Hospital Infantil, Córdoba, Argentina, en el período comprendido entre el 1º de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2013."

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en pacientes con edad comprendida entre el mes y los 14 años 11 meses y 29 días de vida, con malformaciones vasculares. Se emplearon historias clínicas y los datos fueron recolectados en planillas. El análisis estadístico fue realizado con Infostat y Microsoft Excel. Con las variables mensurables se determinaron la media más menos el error estándar y con las variables categóricas se utilizaron frecuencias.

RESULTADOS:

Se estudiaron 45 niños. La edad promedio de la primera consulta fue a los tres años. La distribución por sexo fue: 51% masculino y 49% femenino. El tipo más frecuente fue Simple (73,33%) y el subtipo Linfático (40%). Cabeza y cuello con un 33%, fue la localización más frecuente. El 26,67% presentó alteración clínica asociada. El 24% se asoció a un síndrome.

CONCLUSIÓN:

Los resultados obtenidos coinciden con los de otras investigaciones. El subtipo linfático es el hallazgo que difiere ya que en la mayoría de la bibliografía existente dos tercios corresponden al venoso. Este estudio permitió por un lado, la unificación de la terminología empleada en los pacientes del Servicio de Dermatología de los últimos diez años, a través del empleo de la clasificación descrita por la ISSVA en 2014 y por el otro, la adquisición de conocimientos sobre la situación de esta patología en el Hospital.

Palabras claves: anomalías vasculares, malformaciones vasculares.

RPD
750



A PROPÓSITO DE UN CASO: HIPERCALCEMIA MALIGNA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE SEGUNDA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA EN PEDIATRÍA

RPD
751

Castillo Lucena P.¹; Nacusse C.²

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS^{1,2}

<paucas88@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Se define hipercalcemia cuando niveles séricos de calcio superan el rango normal establecido entre 8,5 a 10,5 mg/dL. En pediatría, la hipercalcemia maligna es rara, describiéndose en menos del 3% de los pacientes. Se observó su presencia asociada con leucemias y linfomas, en neoplasias con metástasis óseas, y menos frecuente en tumores óseos primario. La hipercalcemia suele presentarse con síntomas inespecíficos pero se asocia con morbilidad significativa y requiere una intervención oportuna.

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico, donde la hipercalcemia constituyó un signo precoz de una segunda neoplasia subyacente en un paciente oncológico en remisión; exponer las medidas terapéuticas para control de hipercalcemia.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 9 años de edad, femenino, con diagnóstico de Sarcoma de Ewing de húmero izquierdo, sin evidencia de enfermedad metastásica. Realizó 10 ciclos de quimioterapia, con resección oncológica luego del cuarto ciclo. Consultó por dolor en miembros inferiores, náuseas y anorexia. No se encontró causa orgánica. Presentó laboratorio con calcemia de 13,5 mg/dL y alteración de función renal. Por aumento brusco de calcemia (15,4 mg/dL), se inició hiperhidratación, furosemida, metoprednisona. Inició pamidronato con buena respuesta. Al sexto día se constató hipocalcemia, hipofosfatemia, e hipomagnesemia, con tetania, se suspendió pamidronato y se corrigieron alteraciones. Ante tumor primario en remisión, se realizó gammagrafía ósea sugestiva de hiperparatiroidismo secundario

como síndrome paraneoplásico. Continuó con quimioterapia de mantenimiento. Un mes después, se diagnosticó Leucemia Linfoblástica Aguda, como segunda enfermedad oncológica.

DISCUSIÓN:

Se describió un caso de una paciente con tumor primario en remisión, que presenta hipercalcemia como síntoma paraneoplásico, presentando posteriormente una segunda enfermedad oncológica. Aún en niños sanos, la hipercalcemia debe hacer sospechar neoplasia subyacente. El uso de pamidronato es poco frecuente en niños. La experiencia sobre el mismo se remite a reporte de casos o serie de casos, con buena respuesta clínica. La hipocalcemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia son las complicaciones más frecuentes.

NEUROCISTICERCOSIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

RPD
752

Glasman M.¹; Tantera S.²

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1,2}

<patoglasman@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La neurocisticercosis (NC) es la enfermedad parasitaria más frecuente del sistema nervioso central. Es endémica en países en vías de desarrollo. Es poco frecuente en niños, representando el 2-3% de los casos.

OBJETIVO:

Describir las formas de presentación clínica más frecuentes en pediatría.

CASO CLÍNICO:

Niño de 11 años previamente sano, oriundo de Bolivia. Comienza con cefalea, vómitos y mareos, afebril, evoluciona presentando cuadro confusional y alteración del sensorio, motivo por el cual ingresa al Hospital Elizalde. Se realizan laboratorios: GB 12400 (Neutrofilos 88%), Hb 13, plaquetas 322000, EAB-Ionograma, Coagulograma, función renal y hepática normales. Se realiza TAC de cerebro: se observa imagen hipodensa en región parietal izquierda.

Se interconsulta con Infectología quienes solicitan serologías: toxoplasmosis, HIV, Chagas y cisticercosis negativas, Rx de Torax normal y PPD negativa. Parasitológico de materia fecal normal.

Se interconsulta con Neurología y Neurocirugía quienes solicitan EEG: normal y RMN con contraste y espectroscopia: Lesión focal heterogénea con halo grueso periférico, realce anular posterior al contraste en región posterior de circunvalación temporal superior de lóbulo izquierdo. Edema perilesional. Se realiza Fondo de ojo: normal.

Con sospecha de NC se indica Difenilhidantoina, Dexametasona y Albendazol. Evoluciona con recuperación neurológica completa y egresa con seguimiento por servicios de Neurología e Infectología.

DISCUSIÓN:

La NC es una enfermedad pleomórfica, debida a las diferencias en número, localización, tamaño y etapa de los parásitos, así como el grado de respuesta inflamatoria del huésped. En Argentina hay casos autóctonos, pero la mayoría son oriundos de países limítrofes. La presentación más frecuente en pediatría es la crisis convulsiva focal (94% de los casos), otros síntomas son cefalea, vómitos, trastornos de aprendizaje y cambios conductuales. La encefalitis ocurre como consecuencia de una intensa reacción inflamatoria.

El diagnóstico está basado en la combinación de datos epidemiológicos, clínicos, radiológicos e inmunológicos, el LCR habitualmente es normal. El tratamiento es controvertido.

CONCLUSIÓN:

La NC se mantiene como un serio problema de salud pública en Latinoamérica. Debemos recordar que es una infección prevenible y reforzar las medidas higienico-dietéticas para disminuir su frecuencia.



RECONSTRUYENDO LAZOS ENTRE LOS ADOLESCENTES Y EL CENTRO DE SALUD

Roque H.¹; Teran K.²; Sammartino I.³; Cortez S.⁴; Catalano A.⁵; Monasterio A.⁶; Mallo P.⁷; Ferrer P.⁸; De Leo F.⁹

CENTRO DE SALUD Nº 25 HTAL FERNANDEZ GCBA¹²³⁴⁵⁶⁷⁸; DIRECCIÓN DE NIÑEZ G.C.B.A.⁹

<hmroque@intramed.net>

RPD
753

El Centro de Salud nº 25 se halla situado en el barrio de Retiro de la Ciudad de Buenos Aires, en las inmediaciones de la Villa Nº 31. Se encuentra lindero al EMEM Nº6 Padre Mugica donde concurren jóvenes provenientes de la misma comunidad. Como parte de la estrategia para acercar a adolescentes al Cesac se decidió integrarlos como promotores de salud por medio del Programa "Reconstruyendo Lazos" organizado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dicho programa tiende a la inclusión de adolescentes en situación de alta vulnerabilidad de derechos utilizando espacios de capacitación, usualmente empresas, fábricas y cooperativas. En este caso, en forma inédita se aprovechó la organización de dicho programa para ofrecer un marco de trabajo y de práctica dirigido a la promoción de la salud contemplando diversas actividades intra y extramurales. El programa incluye una asignación mensual a cada joven en carácter de viático.

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la accesibilidad de los adolescentes al Centro de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1) Sensibilizar a los adolescentes de la comunidad sobre la importancia de conocer temas relacionados a la salud integral a fin de promover la estrategia de APS. 2) Desarrollar el sentido del autocuidado, la responsabilidad familiar y comunitaria en relación con la salud. 3) Proporcionar a los adolescentes los conocimientos y habilidades indispensables para tomar decisiones responsables en cuanto a su salud personal que contribuyan al desarrollo de la salud y seguridad de su comunidad. 4) Identificar y utilizar los recursos existentes en la comunidad para desarrollar

acciones en favor de la promoción de la salud. 5) Capacitar a los adolescentes en la confección de herramientas adecuadas de comunicación. Población: Adolescentes de entre 16 a 19 años que asisten al EMEM Nº 6.

METODOLOGÍA:

1) Selección de los adolescentes realizada por la asesora pedagógica del colegio secundario y la operadora del Programa Lazos, priorizando a los jóvenes de 3er a 5to año. 2) Capacitación teórica de 6 meses de duración a cargo de los profesionales del Cesac, así como de instituciones barriales, comunitarias y organismos del GCBA (Salud ambiental, violencia, SAME). Se incluye la planificación de actividades a desarrollar en la comunidad, la realización de consejerías semanales, tareas de sensibilización en el ámbito escolar, actividades en la sala de espera, contando para ello con material de difusión confeccionado o provisto por el Cesac. 3) Realización, luego de este período, de una práctica laboral en el ámbito del Cesac durante 3 meses colaborando en distintas actividades como administrativas, de enfermería y en farmacia.

RESULTADOS:

A la fecha completaron el programa 26 jóvenes distribuidos en el transcurso de 2 años (2013 y 2014). Al menos 4 de ellos iniciaron estudios terciarios o universitarios motivados por las prácticas que realizaron.

CONCLUSIÓN:

Creemos muy importante la inclusión de adolescentes como promotores de salud más aún contemplando el desarrollo de pasantías que permitan al mismo tiempo descubrir aptitudes o vocaciones para una futura vida laboral.

ICTERICIA NEONATAL E HIPOGLUCEMIA SECUNDARIA A INSUFICIENCIA HIPOFISARIA MULTIHORMONAL. A PRÓPOSITO DE UN CASO

Russo M.¹; Gerez M.²; Alvarez Sollazi C.³

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS¹²³

<luchitarusso@gmail.com>

RPD
754

INTRODUCCIÓN:

La infrecuente asociación de ictericia neonatal prolongada e hipoglucemia refractaria puede ser secundaria a una endocrinopatía y deben alertar de una probable insuficiencia hipofisaria.

OBJETIVO:

Describir el caso de un lactante con colestasis persistente e hipoglucemias refractarias secundarias a insuficiencia hipofisaria congénita.

DISCUSIÓN:

Varón de 2 meses de edad, embarazo y parto normales, con bajo peso al nacer con internación en neonatología por hipoglucemia grave con convulsión e ictericia secundaria a sepsis a foco urinario por E. Coli, poliglobulia, y cefalohematoma; sin incompatibilidad sanguínea, con screening neonatal normal. Posteriormente sin seguimiento y con mal progreso ponderal, ingresa en mal estado general, icterico, con apnea, hipotonía e hipoglucemia grave. Con diagnóstico inicial de sepsis neonatal tardía, cumplió tratamiento antibiótico sin rescate de germen. Por persistencia de ictericia y patrón de colestasis, se descartaron atresia de vías biliares, déficit de alfa-1 antitripsina, galactosemia, Síndrome de Alagille e infecciones connatales. Por presentar además hipoglucemias refractarias (a pesar de aporte calórico continuo con alto flujo de glucosa) y al examen físico: nistagmus rotatorio bilateral, hipotonía, retraso de pautas madurativas, micropene y criptorquidia, se planteó insuficiencia hipofisaria multihormonal; encontrándose disminución de factor de cre-

cimiento similar a la insulina (IGF1), adrenocorticotrofina (ACTH), cortisol, tetraiodotironina libre (T4 libre) y tirotrófina (TSH) levemente aumentada. La resonancia magnética nuclear de región selar con contraste demostró hipofisis hipoplásica lo que confirmó el diagnóstico. Se inició tratamiento sustitutivo con Hidrocortisona, Hormona de crecimiento y Levotiroxina con favorable evolución sin hipoglucemias y con retroceso de la ictericia.

CONCLUSIÓN:

La insuficiencia hipofisaria debe ser tenida en cuenta ante un lactante con hipoglucemia e ictericia prolongada. La detección precoz de los ejes afectados permite realizar tempranamente el tratamiento hormonal sustitutivo correspondiente, recuperando la estabilidad clínica y evitando las comorbilidades y secuelas.



CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN DOMICILIO

Saldeña L.¹; Torres V.²; Torrecilla E.³; Paez R.⁴; Cangemi V.⁵

HOSPITAL H. NOTTI^{1,2,3,4,5}

<jimenasaldea@yahoo.com>

POB
755

INTRODUCCIÓN:

El programa de Internación Domiciliaria del Hospital H. Notti (PID) desde agosto del 2014 incorporó la atención de pacientes con enfermedades limitantes para la vida, interactuando con la Unidad de Cuidados Paliativos. Este grupo heterogéneo de pacientes necesita del abordaje interdisciplinario para brindarle mejor calidad de vida, abarcando todas las dimensiones sin necesidad de extraerlos de su ambiente natural. Se posibilita el empoderamiento del grupo familiar en el cuidado, reconociendo los cuidadores principales, entrenándolos en habilidades técnicas y detectando posibles signos de claudicación. Se facilita que el niño pueda morir en su casa, sin sufrimiento, rodeado de sus afectos, acompañados y contenidos por el equipo de salud.

OBJETIVOS GENERALES:

Determinar la necesidad que tienen los pacientes de cuidados paliativos de recibir atención domiciliaria a través de la interdisciplina.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Evaluar el número de pacientes de cuidados paliativos ingresados en el PID, determinar los diagnósticos, promedio de días de internación y número de reingresos al programa, número de pacientes fallecidos y sitio del acontecimiento.

POBLACION, MATERIAL Y METODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo. Se analizaron los archivos electrónicos de pacientes internados en el PID desde agosto a diciembre del año 2014.

RESULTADOS:

En este periodo del 2014 el PID atendió a 22 pacientes. De los cuales 13 fueron pacientes crónicos; 8 pacientes (32%) atendidos interdisciplinariamente con la Unidad de Cuidados Paliativos. El promedio de días de internación fue de 31 días. Durante la internación fallecieron 2 pacientes, de los cuales 1 fue en domicilio. 5 pacientes (27%) reingresaron al PID (entre 1 y 5 veces). Los diagnósticos fueron: 4 malformaciones congénitas; 2 enfermedades oncológicas; 1 prematuridad con absceso cerebral; 1 fibrosis quística.

CONCLUSIONES:

De los pacientes atendidos por el PID, más del 50% presentan patologías crónicas, de los cuales aproximadamente la mitad son atendidos también por la Unidad de Cuidados Paliativos. Existe un alto porcentaje de reingresos, lo que pondría de manifiesto la preferencia familiar por esta modalidad de atención, ya que el ingreso es voluntario. El estar en el programa permitió a uno de los pacientes morir en su casa acompañado de su familia y seres queridos.

ATENCIÓN TRANSDISCIPLINARIA DE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL EN DOMICILIO

Torrecilla E.¹; Torres V.²; Saldeña L.³; Lamagrande J.⁴; Cangemi V.⁵

HOSPITAL H. NOTTI^{1,2,3}; ESCUELA DOMICILIARIA⁴; HOSPITAL H. NOTTI⁵

<cuidadospaliativosnotti@gmail.com>

POB
756

INTRODUCCION:

La atención a pacientes con enfermedades limitantes para la vida debe dirigirse a dar respuesta de forma eficaz a las necesidades reales de los enfermos y sus familias, siendo su bienestar el objetivo terapéutico básico. Partiendo de esta premisa se planteó la posibilidad de incorporar al programa de asistencia domiciliaria a un paciente con diagnóstico de Fibrosarcoma de mano en estadio terminal, atendido en la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital H. Notti.

OBJETIVOS:

Facilitar la coordinación entre el hospital y la atención en domicilio a través de un equipo que sirviese de puente entre ambos, procurando beneficiar al niño en situación de terminalidad y su familia.

Lograr control de dolor y otros síntomas disconfortantes, planificar los cuidados y coordinar pautas terapéuticas para facilitar la mejor calidad de vida posible del niño.

Promover la participación en el cuidado por parte de la familia, del paciente en el final de la vida, manteniendo comunicación fluida con el equipo. Facilitar la posibilidad de una muerte digna en domicilio, en un ambiente familiar e íntimo.

POBLACION, METODO Y PROCEDIMIENTO:

Paciente de sexo masculino, de 5 años que en 2011 se diagnosticó fibrosarcoma en pulgar de mano izquierda, recibió tratamiento quirúrgico y quimioterapia (QT). Entre el 2011 y 2013 presentó progresión de enfermedad requiriendo QT y múltiples amputaciones en MMSSI. En Agosto 2013 presentó metástasis pulmonar por lo que se realizó metastasectomía

y QT. En enero del 2014 se dio el diagnóstico de terminalidad y se derivó a la UCPP. El paciente presentaba cefalea, vómitos, anorexia, trastorno del sueño y dolor intenso en hombro y región axilar izquierda. Se realizó control de síntomas ambulatorios con buena respuesta al tratamiento y se solicitó la intervención de la escuela domiciliaria, donde el paciente fue asignado a un docente especializado en cuidados paliativos, con estrecha relación con la UCPP. Atendiendo al pedido del paciente y la familia de permanecer en domicilio se incorporó como "prueba piloto" al PID, logrando en forma conjunta el control de los síntomas y su acompañamiento hasta su fallecimiento.

CONCLUSIONES:

Los niños en fase terminal presentan muchos síntomas que cambian con frecuencia y a veces en horas y sus familias están sometidas a importantes cargas físicas y emocionales. Esto generalmente conduce a la hospitalización del paciente en el final de la vida. El considerar estas características especiales, así como el deseo de permanecer en casa, determinaron la necesidad de interactuar entre ambos equipos para proporcionar un cuidado integral y satisfactorio en domicilio. Estos cuidados se realizaron a través de la organización de un programa sencillo, flexible y funcional que permitió reorganizar el trabajo desde la transdisciplina, en cualquier momento y dar una cobertura completa hasta el final de la vida.



TRABAJANDO EN TRANSDISCIPLINA ENTRE LA ESCUELA Y CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP)

POB
757

Torres V.¹; Lamagrande J.²; Paez R.³; Torrecilla E.⁴; Saldeña L.⁵

HOSPITAL H. NOTTI^{1 2 3 4 5}

<vivianatorres2003@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Los niños con enfermedades limitantes para la vida (ELV), no dejan de ser niños, por ello es importante prestar atención a la calidad de vida del alumno-paciente, ya que a pesar de tener una enfermedad sigue creciendo y desarrollándose, y tiene las mismas necesidades educativas y sociales de sus pares. La figura de un docente es importante ya que representa la continuidad y señales de logro, permitiéndole que continúe conectado a la vida.

OBJETIVOS:

Fortalecer la atención holística del alumno/paciente con ELV, a través del trabajo en transdisciplina.

Sostener la escolaridad con la figura del docente y de la Escuela como agente socializador y transformador de los proyectos personales, priorizando el potencial sobre el déficit. (Ley 26.206 art. 60 y 61).

Implementar canales de comunicación entre la Unidad de CPP del H. Notti y las Escuelas Hospitalaria y Domiciliaria.

POBLACIÓN, MÉTODOS Y PROCEDIMIENTO:

Estudio Retrospectivo, descriptivo desde 2010 a la actualidad.

Más allá de la existencia de las escuelas domiciliarias y hospitalarias, por primera vez en el país un docente forma parte de un equipo de CPP desde 2010, en la Unidad de Dolor y CPP del Hospital H. Notti.

2010 y 2011: funciones pedagógicas en la Sala de Juego de Oncohematología.

2012: se integra al trabajo desde la escuela hospitalaria atendiendo niños derivados por CPP y por SIP V.

2013 y 2014: sostiene el trabajo pero desde la escuela domiciliaria. Se atienden niños oncohematológicos en domicilio con devolución de lo trabajado a través de informes que se incorporan a las historias clínicas. Se establecen acuerdos de procedimiento y derivación entre la escuela domiciliaria y los servicios de Oncología, Hematología, CPP y con la Dirección del hospital.

2015: Se mantiene el trabajo, logrando la implementación de una ficha única de derivación entre el Hospital y la Escuela Domiciliaria.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

En la intersección de los ámbitos familia, escuela y hospital, se observa que: la familia apunta a ver feliz a su hijo, el equipo hospitalario al tratamiento adecuado para el control de síntomas y la escuela a que se continúe con los trayectos educativos. A través de este trabajo sostenido en el tiempo hemos podido comprobar que la Transdisciplina es una herramienta válida para lograr un abordaje integral, disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del niño-paciente-alumno y de su familia.

DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE ALTERACIONES DEL NEURODESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ACV PRESUNTAMENTE PERINATAL

POB
758

Bellofatto L.¹; Fantin S.²; Negro M.³; Castagna A.⁴; Fraga M.⁵; Slavsky A.⁶; Selandari J.⁷

SANATORIO GUEMES^{1 2 3 4 5 6 7}

<lu_89_@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) perinatal se define como un suceso isquémico, trombótico o hemorrágico, arterial o venoso ocurrido entre la 20ª semana de gestación y el 28º día de vida. En muchos pacientes se arriba al diagnóstico de ACV posteriormente, por presentar convulsiones, o por evidenciarse una hemiparesia entre los 4 y 8 meses, o por detectarse retraso madurativo. Al ser evaluados con neuroimágenes se descubre un ACV antiguo, probablemente producido en la etapa perinatal, denominándose ACV presuntamente perinatal.

OBJETIVOS

Reportar una entidad poco sospechada por el pediatra y resaltar la importancia de la detección de alteraciones del desarrollo neurológico en los controles de salud.

CASO CLÍNICO

Embarazo controlado, primigesta. Cesárea por oligoamnios. Sin otros antecedentes patológicos gestacionales. RNT/ PAEG. Apgar vigoroso. Alta conjunta. Realiza controles mensuales de salud, crecimiento normal, inmunizaciones completas.

Durante la consulta correspondiente a los 6 meses se constata incapacidad para pasar objetos de mano derecha a izquierda ya que se le caen con facilidad. Abre por momentos la mano izquierda pero no logra tomar objetos. Miembro inferior izquierdo con leve aumento del tono muscular. Resto de examen madurativo acorde a edad. Se solicita RMN cerebral que evidencia a nivel córticosubcortical frontotemporal dere-

cho, imágenes hipointensas en T1 e hiperintensas en T2, con algunas formaciones quísticas.

Diagnóstico: hemiparesia congénita izquierda secundaria a ACV isquémico presuntamente perinatal en territorio superficial de arteria cerebral media derecha.

Comienza kinesioterapia, terapia ocupacional e hidroterapia. A los 10 meses de edad mantiene bipedestación con sostén fijo y leve claudicación de pie izquierdo. Logra manipular objetos con ambos miembros superiores. Se desplaza sentado, traccionando con brazo y pierna derecha.

CONCLUSIÓN

Realizar rutinariamente una anamnesis adecuada y un examen físico exhaustivo permite diagnosticar alteraciones del neurodesarrollo oportunamente, para iniciar su estudio y rehabilitación.



EXPERIENCIA DOCENTE EN LA ENSEÑANZA DE INVESTIGACIÓN EN ESTUDIANTES DE LA MATERIA PEDIATRÍA DE LA CARRERA DE MEDICINA

RPD
759

Eymann A.¹; Pérez L.²; Busaniche J.³; Cacchiarelli N.⁴; Ceriani Cernadas C.⁵; Wahren C.⁶

HOSPITAL ITALIANO^{1,2,3,4,5,6}

<alfredo.eymann@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La investigación es importante durante la formación universitaria. La actividad de investigación durante la carrera de pregrado en la carrera de medicina es muy baja.

OBJETIVOS:

Describir la enseñanza de un ejercicio de investigación clínica y la percepción de los alumnos durante la materia Pediatría de la carrera de Medicina.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudiantes de la Universidad de Buenos Aires realizaron un trabajo grupal coordinados por un tutor con experiencia en investigación. Realizaron un protocolo que consistió en: identificar una pregunta; realizar una introducción con fundamento bibliográfico; describir en materiales y métodos: diseño, población, muestra, criterios de selección, encuesta y métodos estadísticos; trabajo de campo con pacientes en la toma de la encuesta, diseño de base de datos y análisis de los resultados. Se realizó una presentación escrita y otra oral de 7 minutos frente al equipo docente y compañeros.

Se midió la importancia que se le daban los alumnos al aprendizaje de la investigación y la satisfacción de haber participado en una escala de 1 a 10. Se analizaron los aspectos positivos y negativos percibidos por los estudiantes.

RESULTADOS:

81 estudiantes desarrollaron 14 ejercicios de investigación. El 77,8% de los estudiantes fueron mujeres en quinto o sexto año de la carrera. El 44,4% refirió haber recibido formación en metodología de la investigación y el 11,1% había participado de algún estudio de investigación. Se le asignó un puntaje de 8 (DS 1,1) (escala 1 a 10) a la importancia de aprender a investigar durante la carrera de medicina y 8,8 (DS 0,85) a la satisfacción de haber participado de la actividad del ejercicio de investigación clínica. Los aspectos percibidos como positivos fueron: 50% refiere que favorece el trabajo en equipo, 50% que ayuda a comprender como se realiza un estudio de investigación, 28% destaca la posibilidad de realizar el trabajo de campo en contacto con pacientes, 17% refiere el aprender a consultar bibliografía y 17% menciona el aprender a construir bases de datos y utilizar pruebas estadísticas. El aspecto percibido como negativo fue que resta tiempo para el estudio de la materia (67%).

CONCLUSIÓN:

Los estudiantes reconocen la importancia de aprender a investigar durante la carrera pero han recibido poca formación y pocos han participado en estudios de investigación. Valoran positivamente la experiencia pero refieren que les quita tiempo para el estudio de la materia.

LUPUS ERITEMATOSO TÚMIDO: REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO

RPD
760

Fernandez N.¹; Mrad M.²

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS^{1,2}

<na.ti.f_5@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El lupus eritematoso tímido (LET) es una forma poco frecuente del lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC). Clínicamente se caracteriza por presentar placas eritematoedematosas en zonas fotoexpuestas, que pueden desaparecer espontáneamente sin dejar cicatriz y al examen histopatológico se observa un infiltrado linfocitario perianaxial y perivasculares, y un depósito intersticial de mucina, sin alteraciones epidérmicas. Se han descrito algunos casos en niños, los cuales mostraron las mismas características clínicas e histopatológicas que los pacientes adultos. En revisión de casos clínicos de pacientes con LET se observó la presencia concomitante de lupus eritematoso discoide (LED), en algunos de los casos, y el desarrollo de lupus eritematoso sistémico (LES) 4 a 6 meses posteriores al diagnóstico de LET.

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de un paciente pediátrico con LET.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 13 años, sexo femenino, sin antecedentes clínicos, consultó por placas eritematoedematosas en zonas fotoexpuestas. Refirió enfermedad de tres años de evolución, con resolución sin dejar cicatriz de algunas de las lesiones. Sin estudios previos y en tratamiento con corticoide sistémico. Al examen físico presentaba placa eritematoedematosa de bordes definidos y en sectores sobre elevados en región malar. Con el descenso de corticoides se modificó la distribución de las lesiones apareciendo placas de similares características en región supraciliar, frente, orejas y miembros superiores. Se solicitó laboratorio de rutina,

colagenograma y complemento, radiografía de tórax, electrocardiograma, ecocardiograma y fondo de ojo; con resultados normales. La biopsia de las lesiones informó cuadro histológico sugestivo de LET a correlacionar con la clínica.

DISCUSIÓN:

Se realizó diagnóstico de lupus eritematoso tímido por clínica y anatómo patología sugestiva. Posterior al diagnóstico la paciente inició seguimiento y tratamiento con especialista próximo a su lugar de origen. Esta enfermedad es una forma de lupus eritematoso con una clínica particular que lo diferencia de las formas clásicas de lupus eritematoso cutáneo y su presencia obliga a descartar, con investigaciones periódicas, la existencia de LED y LES.



EXPERIENCIA DE EXAMEN CLÍNICO OBJETIVO Y ESTRUCTURADO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA MATERIA PEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

RPD
761

Eymann A.¹; Busaniche J.²; Cacchiarelli N.³; Ceriani Cernadas C.⁴; Puga C.⁵; Wahren C.⁶

HOSPITAL ITALIANO^{1 2 3 4 5 6}

<alfredo.eymann@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El examen clínico objetivo y estructurado (ECO) es una estrategia adecuada para evaluar competencias.

OBJETIVO:

Describir una experiencia de ECO en estudiantes de medicina de la materia pediatría con estudiantes del internado anual rotatorio (IAR) como observadores y actores.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El ECO utilizado consta de cuatro estaciones: 1) anamnesis en lactante sano, 2) anamnesis y examen físico de vías aéreas superiores y obtención de medidas antropométricas, 3) diagnóstico y tratamiento de enfermedad prevalente y 4) evaluación de carné de vacunación y confección de receta de vacunas.

Se realizó la capacitación de estudiantes del internado anual rotatorio como observador o actor. Se realizó una encuesta anónima que evaluaba las siguientes variables: edad, sexo, evaluación de la actividad, percepción como evaluador, percepción de mejora en su propio desempeño como alumno, aspectos positivos y negativos de la experiencia.

Se evaluaron los puntajes de los estudiantes en el ECO (1 a 10), el promedio de prefinal (1 a 10) y una encuesta anónima con las siguientes variables: edad, sexo, evaluación del ECO, las competencias evaluadas corresponden al programa, considera que es un método adecuado, percepción de evaluación de sus competencias, aspectos positivos y negativos.

RESULTADOS:

Los estudiantes evaluados con el ECO fueron 18, mediana edad 25 IQ 24-27, 83,3% sexo femenino, 89% consideraron la evaluación del ECO muy buena o excelente, 72% que evaluó sus competencias y el 100% que evaluó competencias que forman parte del programa y que es un método adecuado.

Los aspectos positivos se agrupan en 4 categorías: se valora ejercer el rol médico, evaluar habilidades y destrezas, divertido y concientizar acerca de las propias dificultades y los negativos en 3 categorías: falta de práctica previa, poco tiempo y estrés.

Los estudiantes del IAR fueron 7, mediana edad 25 IQ 24-26, 86% sexo femenino, 100% consideraron la experiencia muy buena o excelente, 100% se consideraron evaluadores neutrales y que mejorará su futuro desempeño. Los aspectos positivos se agrupan en 2 categorías: conocer la perspectiva del evaluador y reflexionar sobre los errores propios y los negativos en 1 categoría: dificultad para ser objetivos.

Las media de puntaje de la estación 1: $6,6 \pm 2,1$; estación 2: $6,1 \pm 2,6$; estación 3: $7,6 \pm 1,2$; estación 4: $5 \pm 2,9$. La media del puntaje del ECO fue $6,4 \pm 1,8$ y el de contenidos teóricos $8,1 \pm 1,2$. La correlación fue 0,37.

Conclusión: la experiencia de ECO fue satisfactoria tanto para los estudiantes de la cursada como para los estudiantes del IAR. La correlación entre el puntaje del ECO y la evaluación de contenidos teóricos fue baja.

EXPERIENCIA EDUCATIVA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA EN LA SALA DE JUEGOS TERAPÉUTICA

RPD
762

Eymann A.¹; Fojgiel S.²; Igarzabal A.³; Aguirre E.⁴; Cacchiarelli N.⁵; Wahren C.⁶

HOSPITAL ITALIANO^{1 2 3 4 5 6}

<alfredo.eymann@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La sala de juegos terapéutica es una estrategia que permite interpretar las vivencias y facilitar la permanencia de los niños durante la internación. Los estudiantes de medicina que cursan la materia de pediatría pueden comprender el universo simbólico a través del análisis del juego de los niños. Objetivos: se propone describir una experiencia educativa en estudiantes de medicina durante la cursada de pediatría en la sala de juegos terapéutica en un hospital universitario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudiantes de quinto año de la carrera de medicina que cursan la materia pediatría recibieron un taller de capacitación en juego y completaron guía de observación en la sala de juegos terapéutica que se encuentra en la sala de internación. Se evaluaron variables de características socio-demográficas del niño y sus familias, estilos de juegos fuera del hospital y durante la internación, condiciones de la sala de juegos y la percepción de los estudiantes en relación a la actividad.

RESULTADOS:

Se obtuvieron 33 guías de observación, el 54,4% de los niños eran de sexo femenino y 60% tenían hermanos, la edad fue promedio $6,6 \pm 3,9$ años. El motivo de internación predominante en los niños encuestados fue quirúrgico (36,3%). La media de tiempo de internación fue de $6,7 \pm 6$ días. La mayoría concurrían acompañados por sus madres (60%) y modalidad de juego predominante fue la plasticidad (68%). Los estudiantes percibieron la actividad como positiva porque permite el conocimiento de nuevas formas terapéuticas de abordar al niño y su enfermedad y negativa, en cuanto al rol de observador, teniendo la sensación de incomodar al niño y condicionar su comportamiento.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los niños que asistían a la sala de juegos presentaban una enfermedad crónica y conocían la sala de juegos. El estilo de juego que predominó fue tareas creativas y manuales. La experiencia educativa fue percibida como satisfactoria por parte de los estudiantes.



HOSPITAL DE DIA POLIVALENTE DR. FERNANDO BARREYRO MISIONES

Galvan S.¹; Servin J.²; Galvan M.³

HOSP. PEDIATRICO FERNANDO BARREYRO^{1 2 3}

<silviano70@hotmail.com>

POB
764

HOSPITAL DE DIA POLIVALENTE

ENFERMERIA

Comienzo: El Hospital de Día Polivalente abrió sus puertas el 6 de octubre de 2014 en el primer piso del Hospital de Pediatría "Dr. Fernando Barreyro"

Actividades de enfermería: En el hospital de día polivalente brinda cuidados a los pacientes en el período pre y post quirúrgico

Pre quirúrgico: Recepción del paciente, peso y talla, baño pre quirúrgico, control de signos vitales, acondicionarlo.

Post quirúrgico: Recepción del paciente, colocación del niño en decúbito indicado, control de la permeabilidad de la vía venosa y aérea.

Control de signos vitales, prueba de tolerancia oral con líquidos claros, administración de medicamentos según indicación médica, prueba de tolerancia con dieta semisólida, retiro de venopuntura para el alta.

Atención al paciente clínico

Se realizan cuidados de enfermería al paciente con patologías clínicas de resolución rápida, es decir, en el transcurso del mismo día, ya que nuestro servicio permanece abierto desde las seis de la mañana hasta las seis de la tarde.

-Cuidados y adiestramiento a los padres y al niño acerca de los diferentes tipos de ostomías, (colostomía, traqueostomía, nefrostomía, etc.)

-Adiestramiento a niños y padres sobre colocación y cuidados en el sondaje intermitente limpio. Los profesionales de enfermería efectúan: Extracción muestra de sangre para análisis clínico, bacteriológico y dosaje hormonal.-Administración de hormonas.-Administración de gammaglobulina

-Serie de preguntas a la madre que abarca desde el embarazo hasta la enfermedad actual serie de preguntas a la madre que abarca desde el embarazo hasta la enfermedad actual del del niño.

ALERGIA AL LÁTEX EN TRES MÉDICAS RESIDENTES DE PEDIATRÍA

Barbariol S.¹; Eymann A.²; Llera J.³; Perez A.⁴; Mincos P.⁵; Onna N.⁶; Labonia D.⁷; Parisi C.⁸

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<stefania.barbariol@hiba.org.ar>

RPD
765

INTRODUCCIÓN:

Los programas de residencia incluyen el aprendizaje de diversas prácticas que requieren para su bioseguridad el uso de material con látex.

OBJETIVO:

Nos proponemos describir la situación clínica de tres residentes de pediatría con alergia al látex y las estrategias de cuidado en las rotaciones de terapia intensiva pediátrica y neonatal.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se define alergia al látex a: una historia clínica sugestiva de reacción inmediata compatible con hipersensibilidad tipo I en relación a la exposición con productos de látex, acompañado de Ig E específica por prick test o sérica.

Se realizó una encuesta para describir las percepciones de los médicos residentes en relación a las estrategias de cuidado.

ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA DE RESIDENCIA

El programa de residencia contempla en el segundo año dos rotaciones de 4 meses en las unidades cerradas de cuidados críticos en terapia intensiva neonatal y pediátrica respectivamente.

Previo al inicio de las rotaciones se realizaron una serie de reuniones de intercambio para la discusión y revisión de la bibliografía y se decide incorporar guantes de nitrilo para todos los procedimientos y una capacitación de los integrantes de las áreas para disminuir las prácticas con látex. Resultados: tres médicas residentes de 27, 29 y 30 años, dos en primer y la restante en segundo año de residencia, todas presentaban antecedentes de cirugía previa y síntomas de alergia respiratoria. Todas manifestaron

exacerbación de síntomas durante la residencia.

Las tres residentes consultaron al alergista quien con historia sugestiva, prick test e Ig E específica positiva diagnosticó alergia al látex.

Las médicas refirieron como aspectos positivos: sentirse cuidadas, menos cantidad de síntomas y mejor calidad de vida; como aspectos negativos: mala predisposición y resistencia al cambio en algunos compañeros de trabajo; como temores en su desarrollo profesional: exposición accidental en otros sectores del hospital y miedo a que los síntomas empeoren. Cada médica residente realizó la totalidad de las rotaciones en las áreas cerradas sin presentar manifestaciones alérgicas.

CONCLUSIÓN:

Las estrategias dispuestas permitieron que las médicas residentes pudieran continuar su programa de formación.



PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO TÍPICO ENTRE HERMANOS

RPD
766

Eymann A.¹; Raddavero C.²; Coccia P.³; Lafi G.⁴; Ferraris V.⁵; Ferraris J.⁶; Ramirez J.⁷

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

alfredo.eymann@gmail.com

INTRODUCCIÓN:

El SUH es el principal motivo de insuficiencia renal aguda y la segunda de insuficiencia renal crónica en Argentina. Los hermanos de niños con SUH podrían tener mayor riesgo de adquirir la enfermedad y desarrollar una forma más severa.

OBJETIVO:

Evaluar el riesgo y severidad clínica de SUH entre hermanos

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron los datos con diagnóstico de SUH típico desde 1997 a 2012. Se utilizó como criterio de inclusión a parejas de hermanos en edades susceptibles (6 meses a 6 años) que hayan presentado SUH típico. Se confeccionó un puntaje para evaluar la severidad (mínimo 0 y máximo 6)

RESULTADOS:

129 niños presentaron SUH típico, 40 tenían hermanos, de estos, 16 tuvieron diarrea y 4 (10%) desarrollaron SUH típico.

La edad promedio fue de 28,1 (10-47) meses. Cinco niñas y tres niños. La enfermedad mostró mayor severidad en los hermanos que la desarrollaron en segundo lugar.

Puntaje de severidad de los hermanos con SUH típico

Familia	Hermano	Anuria (días)	Hto (%)	Recuento de glóbulos blancos (cel/mm ³)	Compromiso neurológico	Puntaje
1	Primero	0	21	12300	no	0
1	Segundo	6	25	13500	no	1
2	Primero	0	-	-	no	0
2	Segundo	1	29,6	14600	no	0
3	Primero	12	23,6	13840	no	4
3	Segundo	30	31	36190	si	6
4	Primero	0	21,6	13950	no	0
4	Segundo	9	26,6	24540	si	6

CONCLUSIÓN:

El riesgo de desarrollar SUH típico entre hermanos fue de 10% y la evolución clínica del segundo hermano en enfermarse fue más severa. Es importante la vigilancia clínica en familias con hermanos que presentan SUH

UN CASO DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LACTANTE CON FRACTURA DE CÓNDILO MAXILAR

POB
767

Vazquez E.¹; Tohus G.²; Eymann A.³; Campero E.⁴; Iwanyk P.⁵

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

<esteban.vazquez@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas maxilares, representan la segunda causa de fracturas maxilofaciales en pediatría, aunque en menores de 1 año es excepcional.

OBJETIVOS:

Describir un caso de traumatismo craneoencefálico en un lactante con fractura de cóndilo maxilar

CASO CLÍNICO:

Lactante de 5 meses que concurre al centro de emergencias pediátricas por traumatismo craneoencefálico de media hora de evolución. Traumatismo craneoencefálico por caída de 60 cm desde la cama con piso cerámico, sin pérdida de conocimiento, ni vómitos. Al examen físico se encuentra irritable, sin deformidades faciales ni craneales, hematoma frontal izquierdo de 2 x 3 cm, fontanela anterior normotensa, escala de Glasgow 13/15 (llora en brazos de la madre) y resto del examen físico normal.

Se estadifica según riesgo de PECARN y se indica una tomografía axial computada de cerebro que informa que no se observa lesiones craneo-cerebrales agudas. Se evidencia fractura de cóndilo maxilar izquierdo. Se interconsulta con cirugía plástica quien recomienda pautas de alarma, analgesia reglada, succión habitual y seguimiento ambulatorio. Se realiza control con tomografía de macizo facial que informa misma lesión. Se recomiendan ejercicios con mordillos para estimular apertura y cierre bucal con seguimiento trimestral con buena evolución.

CONCLUSIÓN:

Los traumatismos craneoencefálicos en lactantes requieren un elevado nivel de pesquisa, no solamente para las lesiones del encéfalo, sino también, para las lesiones del macizo facial.



BRONQUIOLITIS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Pons M.¹; Gadea A.²; Rearte A.³; Zeraik M.⁴; Neme M.⁵

HIEM^{1,2,3,4,5}

mauriciopons@hotmail.com

RPD
769

INTRODUCCIÓN:

El virus Sincicial Respiratorio es el principal responsable de bronquiolitis. La bronquiolitis origina gran número de internaciones en forma endémica.

OBJETIVO:

Evaluar las características clínicas, epidemiológicas y de laboratorio de la bronquiolitis por VSR.

POBLACIÓN:

Niños con diagnóstico de bronquiolitis por VSR internados entre el 1 de junio y 28 de julio de 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Evalúamos prospectivamente pacientes con diagnóstico de bronquiolitis por VSR. El diagnóstico de este virus se realizó por IFI de secreciones nasofaríngeas. Todos fueron tratados con salbutamol y solución salina al 3% nebulizados.

RESULTADOS:

De 106 pacientes, 42,45% eran mujeres y 57,55% varones. La media de edad fue de 4 meses. El peso de nacimiento de ocho niños era de 2000 gramos o menor. Los días de internación tuvieron una media de 4 días. 12,74% habían tenido una o más internaciones por dificultad respiratoria y 20,58% habían presentado episodios tratados ambulatoriamente. Se evaluó el score de Tal. Se investigaron coinfecciones hallándose en el 10,37%. La media de días de internación de niños coinfectados fue de 4,6. El estado de inmunización contra la gripe fue del 78,57%. Las madres vacunadas fueron el 72%. Se evaluaron hemogramas en 41 pacientes.

Los antibióticos fueron utilizados en 42 de 104 pacientes. Corticoides fueron indicados en el 16,04%

CONCLUSIONES

Leve predominio masculino, con una edad media de 4 meses. Los días de internación tienen una media de 4, la mayoría de los pacientes obtuvo un score de Tal de 5 puntos o menos. Esto puede reflejar internaciones indicadas por otros motivos que lo estrictamente respiratorio. Los pacientes nacidos con menos de 2000 gramos no tuvieron una estadía en el hospital mayor que el resto. Un tercio presentó antecedentes de obstrucción respiratoria, constituyéndose en un elemento predictor de internación. Las coinfecciones estuvieron presentes en algo más que el 10%, no hemos registrado un curso de mayor complejidad en estos niños. Otros virus respiratorios como Bocavirus, Rinovirus y Coronavirus no fueron buscados. Ningún paciente portaba factores de alto riesgo para enfermedad severa como son las cardiopatías y la enfermedad pulmonar crónica. No hubo registros de infecciones bacterianas sobreagregadas como bacteriemias e infección urinaria. Sí se trataron niños con sospecha de neumonía. El mayor uso de antibióticos observado se debió a que 22 pacientes de los 42 medicados tenían una edad de 2 meses o menos. Por último, el uso de corticoides se limitó a niños con antecedentes previos de obstrucción respiratoria baja.

DISMINUCIÓN DE LOS DÍAS DE INTERNACIÓN POR CETOACIDOSIS DIABÉTICA (CAD) EN NIÑOS CON DEBUT DE DIABETES MIELLITUS TIPO 1

Peredo M.¹; Anton K.²; Kabakian M.³; Herrera L.⁴; Avila M.⁵; Abeijón G.⁶; Santucci M.⁷

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

<msoledad.peredo@gmail.com>

POB
771

INTRODUCCIÓN:

La DBT 1 tiene una prevalencia de 3,5% a nivel mundial en la población de menores de 13 años, no hallándose estadísticas de la media de días de internación en el debut. Según epicrisis de nuestro nosocomio y de otros centros donde asistieron nuestros afiliados al momento del debut con cetoacidosis diabética (CAD) y observando que realizaban la educación diabetológica en otros hospitales, prolongando la estadía de internación; se planteó si la intervención de un equipo multidisciplinario en la educación diabetológica del niño y su familia en nuestro hospital podría disminuir los días de internación, otorgando el alta hospitalaria a aquellos compensados clínicamente y con conocimientos básicos de educación adquiridos. Iniciándose dicha intervención en el año 2012.

OBJETIVO:

Demostrar que la intervención precoz del equipo multidisciplinario en la educación diabetológica disminuye los días de internación.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron (n= 29) pacientes afiliados a la obra social que debutaron con CAD en el Complejo Médico Policial Churrucá-Visca (CMPCHV) y en otros nosocomios entre el año 2000 y 2014. A partir del 2012 se realizó intervención educativa en el CMPCHV con 4 módulos y evaluación previa al alta.

RESULTADOS:

El 59% de los pacientes realizó el debut con CAD en nuestro nosocomio y el 41% restante lo hizo en otros centros. La media de días de internación del 2000 al 2011 fue de 10 días en nuestro centro y 15,1 días en otros centros. En el periodo del 2012 al 2014 la media de días de internación en el CMPCHV disminuyó a 5,4 días (46% menos). Siendo 14,7 días en otros centros.

CONCLUSIONES:

Se evidenció que la internación del niño se prolonga sin una intervención precoz en la educación diabetológica y abordaje multidisciplinario, que contienen a la familia y al paciente. A partir del 2012 se logró disminuir la media de días de internación a 5,7 y 4 días respectivamente por año. Esto evita agregarle mayor stress al paciente y a su familia que la internación de un niño y el diagnóstico de "Diabetes" ya causa, también disminuye los costos en salud al bajar la cantidad de días de internación, complicaciones eventuales, el uso innecesario de recursos humanos y materiales y el traslado de los pacientes a hospitales pediátricos para su educación.

MATRONATACION: EXPERIENCIA TRANSGENERACIONAL

Cirigliano P.¹; Equipo D.²

PRIMERA ESCUELA ARGENTINA DE NATACIÓN PARA BEBÉS^{1,2}

<matronatacion@gmail.com>

RPD
772

INTRODUCCIÓN:

En 55 años de ejercicio de Matronatación (MN) Método original, lúdico y holístico para aprender a nadar desde recién nacidos compartimos clases acuáticas con 16.250 diadas/triadas. La experiencia abrió el campo para múltiples investigaciones.

OBJETIVOS:

Estudiar la transferencia generacional del saber psicomotriz incorporado por vivencias infantiles significativas a edad temprana. Probar el efecto prospectivo de sostenimientos maternos confiables como memoria psico-afectivo-motora perdurable y transmisible espontáneamente a la siguiente generación.

POBLACIÓN

Elección al azar 20 adultos (padres/madres) edad 20/35 años y 20 niños edad 0 a 5 años.

Criterio de inclusión: Los adultos aprendieron MN con su madre, completaron su aprendizaje básico y acompañaron a sus hijos a MN hasta completar el propio.

MÉTODO:

Trabajo de campo, restrospectivo, observacional, cuanti-cualitativo. Observación participante/ no participante; según Protocolos (Niño/ Madre/Interacción Diada/Triada) Entrevistas a doble generación Registro de imágenes de Archivo. Actualización Análisis histórico comparativo.

MATERIALES

22 Maniobras Técnicas acuáticas: de Ayuda (12) (sostenimiento, sumersión, transporte, cambio de decúbito,) y Asistencia (10) zambullida, buceo, inmersión conjunta) Criterio de selección: 1--ser imprescindibles para lograr el aprendizaje; 2-necesitar instrucciones y control docente; 3-ser de riesgo (mal ejecutadas) para la salud del bebé (inspirar/tragar agua)4-No ser sostenimientos comunes a la crianza(no-técnicos) Criterio de Calificación Correcto: Capacidad de reverie", control del riesgo, sostenimiento cinético, con impulso, ritmo, altura y distancia adecuados a nivel evolutivo (NE) del niño Respuesta del hijo ; placer y aprendizaje: Incorrecto: Incomprensión de las demandas del hijo, riesgo, sostenimiento cinético inseguro o deficiente; impulso, ritmo, altura o distancia inadecuados a (NE) del niño. Respuesta del hijo: Displacersin aprendizaje.

RESULTADOS:

En MN los padres realizaron con sus hijos, Sostenimientos y Maniobras correctas en forma espontánea en un 90 % de los casos sin recibir instrucciones ni demostraciones,

CONCLUSIÓN

Las vivencias infantiles de conductas maternas de sostenimiento armónico y confiable permitirían mejorar generacionalmente los intercambios afectivos y psicomotores entre padres-hijos desde edad temprana.

RECOMENDACIONES:

Fomentar sostenimientos maternos confiables y seguros en etapas iniciales de la vida como acción preventiva de largo alcance.

A PROPÓSITO DE UN CASO: DOBLE ARCO AÓRTICO

Bichara M.¹; Nacusse M.²

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS^{1,2}

<ourbichara@hotmail.com>

RPD
773

INTRODUCCIÓN:

Los anillos vasculares se presentan cuando la tráquea y el esófago se encuentran rodeados de estructuras vasculares que forman un anillo y producen síntomas de obstrucción traqueal y esofágica. Son defectos vasculares poco frecuentes, representan el 0.8% de las cardiopatías congénitas. Para su diagnóstico se requiere un alto índice de sospecha y generalmente el tratamiento es quirúrgico.

OBJETIVOS:

Describir un caso clínico de Doble arco aórtico. Analizar el plan de estudio ante la sospecha de anillos vasculares en lactantes sibilantes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente varón de 3 meses de edad, con diagnóstico de síndrome bronquial obstructivo recurrente (SBOR), consulta por cuadro clínico de broncoespasmo con mala respuesta a los broncodilatadores. Una infección respiratoria baja pone en evidencia un estridor en ambos tiempos respiratorios, con virológicos de secreciones respiratorias negativos; por empeoramiento clínico requiere de diuréticos y prolongada dependencia de oxígeno, se sospecha compromiso de vía aérea por lo que se inicia plan de estudios. La radiografía de tórax no muestra anormalidad detectable. La videodeglución evidencia a nivel proximal del esófago torácico un estrechamiento de la luz por compresión extrínseca. La fibroscopia constata a nivel de tráquea distal la compresión antero lateral derecha que obstruye un 90% la luz. El Ecocardiograma es normal y la Angioresonancia confirma el diagnóstico de Doble Arco Aórtico. Se ha descrito una estrecha asociación de esta entidad a síndromes genéticos por lo que se

solicita estudio cromosómico, inmunograma, poblaciones linfocitarias y se programa turno quirúrgico. Se realiza la resección de arco aórtico anterior izquierdo presentando buena evolución postquirúrgica. Se encuentra en seguimiento ambulatorio sin presentar recurrencias respiratorias.

CONCLUSIÓN:

La sintomatología provocada por un anillo vascular se presenta en su mayoría durante la lactancia siendo los síntomas principalmente respiratorios. La compresión esofágica produce trastornos en la deglución que se manifiestan por intolerancia a la alimentación agravando los síntomas respiratorios, lo que puede ser confundido con enfermedad por reflujo. Se debe tener en cuenta los diagnósticos diferenciales a plantear ante la frecuente consulta por SBOR en pediatría y el plan de estudios a seguir.



EFFECTIVIDAD DE LA VACUNA PCV13 EN RELACIÓN A LA CARGA DE NEUMONÍA EN 10 HOSPITALES PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA

POB
774

Gentile A.¹; Bakir J.²; Firpo V.³; Casanueva E.⁴; Ensinck G.⁵; Lopez Papucci S.⁶; Lucion M.⁷; Caruso A.⁸; Abate H.⁹; Molina F.¹⁰; Gajo Gane A.¹¹; Cancellara A.¹²; Santillan A.¹³; Fossati S.¹⁴; Ebi G.¹⁵

HTAL DE NIÑOS R.GUTIERREZ^{1,2,7}; HTAL DEL NIÑO JESUS, TUCUMAN³; HTAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO, BS AS⁴;

HTAL DE NIÑOS V. VILELA, ROSARIOS⁶; HTAL DE NIÑOS H. QUINTANA, JUJUY⁸; HTAL PEDIATRICO H. NOTTI, MENDOZA⁹;

HTAL DE NIÑOS O. ALASSIA, SANTA FE¹⁰; HTLA PEDIATRICO JUAN PABLO II, CORRIENTES¹¹; HTAL DE NIÑOS P. ELIZALDE¹²;

HTAL DE NIÑOS E. PERON, CATAMARCA¹³; INEI-ANLIS "DR. CARLOS G. MALBRAN", BS AS¹⁴; ARGENTINA¹⁵

<angelagentile21@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

En Enero/2012 se introdujo la vacuna neumocócica PCV13 al Calendario Nacional de Vacunación en Argentina, con el esquema 2+1 para niños <2 años. Las coberturas fueron 69% y 22,0 % para la 1ra y 3er dosis en el año 2012 y del 96% y 81% para el 2013 respectivamente.

OBJETIVOS:

Evaluar la efectividad de la vacuna PCV13 en relación a la carga de neumonía (N), a través de la vigilancia hospitalaria en centros pediátricos.

Métodos Se compararon las incidencias de casos de Neumonía Consolidante (NC) por 10.000 egresos hospitalarios entre un período prevacunación 2007-2011 (preVN), el año de la introducción (2012) y el período post vacunación 2013-2014 (postVN), en 10 unidades centinelas hospitalarias pediátricas. Se estudió el patrón clínico epidemiológico de la N por *Streptococcus pneumoniae* (NSp) en el período postVN.

RESULTADOS

Se observó una reducción significativa de la incidencia de NC en niños <5 años de 847.84 (preVN) a 627,92 en 2013 y 613.73 en 2014 con una efectividad del 25.94% (IC95% 14.3-36) y 27.61 (IC95% 16.17-37.5) respectivamente.

En el grupo de 12-23 meses la reducción de la incidencia fue de 31.84% (IC95% 10.33-48.19) en 2013 y 37.21% (IC95% 16.8-52.61) en 2014 y en

los niños de 24-59 meses fue del 28.64% (IC95% 6.79-45.37) en 2013 y 32.34% (IC95% 10.99-48.57) en 2014. No se hallaron cambios significativos en la incidencia de NC en el año de la introducción, ni en los pacientes >5 años en el período postVN.

Se estudiaron 310 pacientes con NSp en el período postVN; 60.0% varones, 31.9% <2 años; recibió PCV13 el 44.4% de <2 años con carnet en 2012 y el 84.5% en el período posVN, 53.5% tenía enfermedad subyacente. El 59.4% presentó complicaciones (derrame 63.6%, insuficiencia respiratoria 15.6%, neumonía necrotizante 9.6%, neumotórax 4.0%, atelectasia 3.6%, absceso pulmonar 1.6%, otras 2%). Letalidad 5.5%. R a Penicilina 2.9%, R intermedia a Penicilina 0.6%. . En los <2 años los serotipos incluidos en la vacuna PCV13 disminuyeron del 68.8% (11/16) en 2012 al 42.4% (14/33) en 2013/14, p<0.001.

CONCLUSIONES

Luego de la introducción de la vacuna PCV13, hubo una reducción significativa en la incidencia de casos hospitalizados por neumonía consolidante en niños <5 años en los años 2013 y 2014. No se hallaron cambios significativos en edades mayores. Los serotipos incluidos en la vacuna PCV13 disminuyeron en forma significativa en los <2 años.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA NEURFIBROMATOSIS TIPO 1 EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE UNA CLÍNICA DE SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINARIA

RPD
775

García Coppola M.¹; Savignano M.²; Proca P. C.³

HOSPITAL DE PEDIATRÍA GARRAHAN^{1,2,3}

<virucoppo@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN:

La neurofibromatosis tipo I es una entidad genética, neurocutánea poco frecuente, progresiva, multisistémica. La expresión clínica es muy variable pudiendo manifestarse desde el nacimiento.

OBJETIVOS:

Describir las manifestaciones clínicas de pacientes en seguimiento por neurofibromatosis tipo I en un lapso temporal.

POBLACIÓN:

Pacientes con criterios diagnósticos de neurofibromatosis tipo 1, menores de 18 años de edad en la clínica de seguimiento de Hospital de Día Polivalente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de corte transversal, observacional, descriptivo. Se analizaron historias clínicas de pacientes que concurren a la clínica multidisciplinaria entre enero y diciembre de 2014. Variables: Edad, sexo, criterios diagnósticos y complicaciones.

RESULTADOS:

Se incluyeron 161 pacientes, edad (X): 113 m, edad al diagnóstico (X) 30 m. Sexo femenino 50%, masculino 50%. Familiar afectado 29%. Manchas café con leche 100%, efeloides 93%, neurofibromas plexiformes 27%, nódulos subcutáneos 16%, displasias óseas 24%, nódulos de Lisch 47% y glioma óptico 14%. Complicaciones: Trastornos de aprendizaje 43%, de estos presentaron trastornos del lenguaje 44%, conducta 12%, memoria 9%, sociabilización 7% e hiperactividad 4%. Cefalea 12%, retraso mental 7%, otros tumores 5,6%, escoliosis 18%, afectación endocrina 17%, amaurosis 1.2%, dolor neuropático 3.1%.

CONCLUSIONES:

Las manifestaciones más frecuentes fueron las cutáneas, neurológicas y los trastornos del aprendizaje. El seguimiento en una clínica multidisciplinaria optimiza la detección de manifestaciones clínicas y complicaciones evolutivas de la enfermedad. Dentro de lo observado el dolor neuropático secundario a los neurofibromas plexiformes y la progresión de las lesiones de la vía óptica son las variables que más comprometen la calidad de vida de nuestros pacientes.



ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS MILIAR Y DEL SNC EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, ANTES Y DESPUÉS DEL CAMBIO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN BCG EN EL AÑO 2007 (REFUERZO DE LOS 6 AÑOS)

POB
776

Entenberg M.¹; Cazorla M.²; Fantin L.³; Sarbucci S.⁴

HTAL ELIZALDE^{1,2,3,4}

<micaenten@hotmail.com>

OBJETIVO:

Evaluar si existe diferencia en la incidencia de tuberculosis (TB) miliar y tuberculosis del sistema nervioso central (SNC) en niños argentinos mayores de 6 años con 1 y 2 dosis de vacuna BCG, que fueron diagnosticados en Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) desde el año 2005 hasta el año 2014.

MÉTODOS:

Se desarrolló un estudio retrospectivo de corte transversal, incluyendo pacientes argentinos notificados a la Red de Control de TB de la CABA entre el año 2005 y 2014, mayores de 6 años y menores de 18 años para el momento de la notificación. Se excluyeron pacientes inmunocomprometidos, en tratamiento prolongado con corticoides, con patología de base o enfermedades crónicas. Se consideró como variable de resultado la forma de presentación de TB miliar y de SNC según haya recibido 1 o 2 dosis de BCG.

RESULTADOS:

En el estudio se incluyeron un total de 1843 pacientes, a partir de dicha muestra se conformaron 2 grupos: aquellos que habían recibido 1 dosis de BCG (439 pacientes) y otro con grupo con dos dosis de BCG (1404 pacientes). Presentaron localización pulmonar 1573 casos y 270 casos localización extrapulmonar. Del total de casos estudiados se observa que, aquellos pacientes que recibieron una sola dosis de BCG presentaron formas de localización miliar o del SNC en un 2,7 % en comparación con un 1,1% que recibieron dos dosis de dicha vacuna. OR 2,43 IC 95% (1,14-5,19) p= 0,02, interpretándose como significativo.

CONCLUSIÓN:

Estos resultados preliminares muestran que la exclusión de la dosis de refuerzo de BCG al ingreso escolar, podría representar un mayor riesgo de padecer TB miliar y del SNC.

ENCEFALITIS GRANULOMATOSA AMEBIANA Y OSTEOMIELITIS CAUSADA POR ACANTHAMOEBA SPP, EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO EN PEDIATRÍA

RPD
780

Porta Gamallo S.¹; Brandi M.²; Mercuri B.³; Sanz P.⁴; Rodríguez N.⁵; Rodríguez V.⁶; Justet M.⁷; Uranga M.⁸; Aguirre M.⁹; Saredi N.¹⁰

HOSPITAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}; HOSPITAL GUTIERREZ¹⁰

<soledadportag@gmail.com>

Las amebas de vida libre son consideradas como una causa etiológica poco común de encefalitis, de curso generalmente fulminante y que requieren de un alto índice de sospecha para hacer un diagnóstico oportuno.

La Encefalitis amebiana granulomatosa (EAG) es una infección del sistema nervioso central (SNC), causada principalmente por especies del género *Acanthamoeba*, *Sappinia* o *Balamuthia*, de curso crónico, que afecta principalmente a individuos inmunocomprometidos; sin embargo en los últimos años han aumentado los casos publicados de esta entidad en pacientes sin alteraciones inmunológicas. La mayoría de los casos se diagnostican postmortem y un número limitado de los mismos han informado un tratamiento exitoso usando varias combinaciones de agentes antimicrobianos.

Se presenta a continuación el caso clínico de un niño de 6 años inmunocompetente, con antecedente de abuso sexual infantil con acceso carnal, encontrado inmerso en barro. Evolucionó con síndrome febril prolongado por el cual recibió múltiples esquemas antibióticos, con estudios complementarios negativos. A los 3 meses de internación presentó episodio convulsivo con signos de hipertensión endocraneana. Se realizó TAC de encéfalo que informó ventriculomegalia bilateral e imágenes compatibles con abscesos. Se tomó muestra de LCR la cual resultó positiva para amebas de vida libre del género *Acanthamoeba*. Recibió tratamiento con Miltefosina, Ketoconazol, Rifampicina y Trimetoprima-Sulfametoxazol lográndose con el mismo negativización del LCR y mejoría clínica. Luego de 6 meses se le otorgó el egreso hospitalario. A las 8 semanas el paciente se reinternó con diagnóstico de osteomielitis en tercio proximal

de humero derecho cuya muestra fue positiva para *Acanthamoeba*. Se indicó el mismo esquema terapéutico con buenos resultados siendo las muestras óseas posteriores negativas.

CONCLUSIÓN:

Las amebas de vida libre no deberían considerarse patógenos oportunistas, ya que son responsables de infecciones de SNC tanto en pacientes sanos como en inmunosuprimidos.

La clínica de la EAG es a menudo confundida con la expresada por las meningoencefalitis de origen viral o bacteriano, por lo cual se debería considerar a la infección por ameba de vida libre en el diagnóstico diferencial de un cuadro de encefalitis, independientemente del estado inmunológico del paciente.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DE NIÑ@S INTERNADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. DOS AÑOS DE VIGILANCIA POR UNIDAD CENTINELA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO. HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MAR DEL PLATA

RPD
782

Cepeda M.¹; Dagnino G.²; Rodriguez S.³; Guarino Barrutia A.⁴; Loizaga G.⁵; Azqueta V.⁶; Garcia R.⁷; Brunotto C.⁸; Rearte A.⁹

HIEMI¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

epidemiainfectohiemi@gmail.com

En el invierno, la enfermedad respiratoria aguda representa la principal causa de consulta, internación y mortalidad, constituyendo uno de los problemas de salud pública más importante para la población infantil.

OBJETIVOS

Describir las características clínicas y epidemiológicas de los niños internados por Infección Respiratoria aguda grave (IRAG) en unidades de cuidados intensivos (UCI), HIEMI años 2013-14

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de vigilancia epidemiológica por Unidad Centinela. Población: niños internados por IRAG en UCI en HIEMI.

RESULTADOS

Se internaron 130 pacientes en el periodo estudiado. (Tabla 1)

Tabla 2-Aislamiento viral 2013

VSR	19 (70%)
Influenza A H1N1	5 (11%)
A H3N2	8 (11%)
A sin tipificar	2 (7%)

En 2 pacientes se aisló neumococo y en 2 S. aureus metilicilina resistente
2014 Diagnóstico final: bronquiolitis 31,8%, neumonía 31,2%, IRAG no precisada 27,2%, Apneas 4,4%, síndrome coqueluchoides 3% y sepsis 1,5%

Ingreso directo a terapia: 64,5%. Mediana de internación: 7 días. Rango 1-35 días. Un 35,4% requirió ARM (mediana de 7 días. Rango 1-21 días). Aislamiento de virus respiratorio 60,6%. (Tabla 2)

Tabla 3-Aislamiento viral 2014

VSR	31 (77,5%)
Influenza B	3 (7,5%)
A H3N2	2 (5%)
A sin tipificar	1 (2,5%)
P13	2 (5%)
MPV	1 (2,5%)

Tres pacientes presentaron neumonía a neumococo.

Letalidad: 2013 17,4% 2014 7,40% (Tabla 4)

Tabla 4- Características de los fallecidos 2013-14

Año	Nº casos	Factores de riesgo	Etiología
2013	11	sin FR	3 (27%)
		neurologico	2 (18%)
		rmp/bpeg	3 (27%)
		enfermedad cardiovascular	1 (9%)
		genetico	1 (9%)
2014	5	sin FR	2 (40%)
		neurologico	1 (20%)
		rmp/bpeg	1 (20%)
		genetico	1 (20%)
		Gripe A H3N2	1 (20%)

Conclusiones

La vigilancia centinela permite conocer la epidemiología local y las características clínicas de la población. El FR más frecuente es pretermito o bajo peso al nacer. La mayoría de los casos están asociados a infecciones virales siendo el VSR el predominante.

Tabla 1- Características de los pacientes según año

Año	Nº casos	Sexo masculino	Edad mediana	Incidencia de IRAG internados *1000	Factores de riesgo (FR)	%				
2013	63	55,30%	12,7	120	Sin FR	30,7%				
					Con FR	69,3%				
					-rmp/b bajo peso al nacer	46%				
					-enf. neurológica	17%				
					-enf. cardiovascular	13%				
					-malformaciones o enf. genéticas	9%				
					-enf. respiratoria crónica	9%				
					-otro	11%				
					2014	67	49,20%	14,10	Sin FR	47%
									Con FR	53%
-rmp/b bajo peso al nacer	70%									
-enf. respiratoria crónica	14%									
-malformaciones o enf. genéticas	14%									
-enf. cardiovascular	11%									
-enf. neurológica	9%									

2013: Diagnóstico final: IRAG no precisada 38,3%, bronquiolitis 33,8%, neumonía 20,9%, síndrome coqueluchoides 1,6%, sepsis 3,2% y crisis asmática 1,6%. Ingreso directo a terapia: 64,5%. La mediana de internación: 6 días. Rango: 1-48 días. Un 46,70% requirió ARM (mediana de 6 días. Rango: 1-37 días). Aislamiento virus respiratorio: 42,2%

DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) Y BUEN PRONÓSTICO

POB
783

Coluccio M.¹; Rodriguez J.²; Galan M.³; Pringe A.⁴; Slavsky A.⁵; Selandari J.⁶

SANATORIO GUEMES¹²³⁴⁵⁶

<belcoluccio@hotmail.com>

OBJETIVO

Evaluar si el diagnóstico temprano de AIJ es un predictor aislado de buen pronóstico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes entre 1 y 15 años atendidos bajo el código de consulta "Artritis Reumatoidea Juvenil", desde 1 de enero de 2010 hasta 31 de Marzo del 2014, obteniéndose los datos de la Historia Clínica Electrónica.

Criterios de inclusión:

- 1- pacientes cuyo diagnóstico fue hecho en el Sanatorio Güemes.
- 2- registros disponibles desde su primera consulta.

Se definió como diagnóstico temprano: menos de un año desde el comienzo de los síntomas y se utilizaron los Criterios de Pavia para la evaluación de pronóstico.

RESULTADOS:

Se hallaron 23 pacientes. Se excluyeron 4 con diagnóstico en otros centros, 4 con diagnóstico previo al 2010, 1 con diagnóstico final de Dermatomiositis y 1 con enfermedad de Von Willebrand.

De los 13 incluidos (9 niñas), 4 tenían AIJ Oligoarticular, 8 Poliarticular, 1 con FR+ y 1 Sistémica. Media de edad 6,8 años.

El tiempo desde el comienzo de los síntomas fue entre 1 y 12 meses y desde la primera consulta al pediatra hasta la derivación a reumatología, de tres días a 11 meses.

Se observó remisión en 10 (77%) pacientes, alrededor del año de diagnóstico, todos tratados con metotrexate. De los 3 pacientes sin remisión, 2 eran AIJ poliarticular, 1 monoarticular este último con mala adhesión al tratamiento.

DISCUSIÓN

Fantini y col. evaluó la remisión en una cohorte de 683 pacientes, seguidos por una media de 10 años, correlacionando los diferentes subtipos, la edad de comienzo y el tiempo hasta su derivación al especialista. Observó poca influencia con la edad de comienzo y el sexo, pero que los derivados al especialista con menos de un año de síntomas tenían mayores tasas de remisión independientemente del subtipo. Todos nuestros pacientes fueron referidos con menos de un año, con remisión del 77%, si bien puede estar sesgado por la escasa población y el poco tiempo de seguimiento, la buena evolución coincide con lo publicado por dicho estudio.

CONCLUSIÓN

Esta serie de casos agrega evidencia a favor de la asociación entre diagnóstico/tratamiento temprano de AIJ y mayor tasa de remisión. Es importante que el pediatra como primer contacto con el paciente reconozca esta enfermedad, ya que es la afección reumática crónica más frecuente en la infancia y la derivación precoz es beneficiosa.



DIAGNÓSTICO DE ENCEFALITIS VIRALES POR BIOLOGÍA MOLECULAR EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. HUMBERTO NOTTI

RPD
784

Cuglia N.¹; Manuel A.²; Eibar V.³; Pott Godoy C.⁴; Melonari P.⁵; Grucci S.⁶

HOSPITAL PEDIÁTRICO "DR. HUMBERTO NOTTI"^{1,2,3,4,5,6}

<noeliacuglia@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La encefalitis es un proceso inflamatorio del sistema nervioso central, asociado a una evidencia clínica de disfunción neurológica. Dentro de las causas infecciosas los virus son los agentes etiológicos más frecuentes. Se registran por año unos 20000 casos y su incidencia en la población infantil es mayor que en el adulto. Los niños entre 0-4 años son los más susceptibles, observándose un pico en los menores de 1 año. La encefalitis herpética es la más frecuente en todas las edades en época no epidémica mientras que los agentes causales de encefalitis epidémicas son los Arbovirus. El 85%-90% de los casos corresponden a enterovirus y la mayoría ocurre en climas templados hacia el final del verano y el inicio del otoño. El sexo masculino se afecta 2 a 5 veces más que el sexo femenino.

OBJETIVOS:

Evaluar la etiología viral en pacientes con sospecha de encefalitis en el período 2014-2015. Analizar la distribución etaria, la posible estacionalidad y la distribución por género de la población estudiada.

POBLACIÓN, MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS:

Se incluyeron pacientes de 0-15 años, atendidos en el Hospital Humberto Notti entre enero de 2014 y enero de 2015 con sospecha de encefalitis y a los cuales se les solicitó la realización por parte del departamento de bioquímica de Reacción en cadena de la Polimerasa (PCR) en Líquido cefalorraquídeo (LCR) para Citomegalovirus, Herpes Simplex virus (HSV), Virus Varicela zóster (VVZ), Virus Epstein Barr (VEB), Enterovirus y Arbo-

virus. Se estudiaron los LCR que cumplieron con el algoritmo diagnóstico de encefalitis supervisados por el Servicio de Infectología. Los métodos empleados fueron PCR anidada o retrotranscripción seguida por PCR. Resultados: Se estudiaron un total de 37 pacientes de los cuales el 37,8% resultaron positivos para alguno de los virus estudiados. Del total de positivos el 79% fueron enterovirus y un 7% correspondió a cada uno de los siguientes virus: HSV, VVZ y VEB. Respecto a la distribución por edades se obtuvo entre 0-5 años un 64,3% y específicamente en menores de un año un 18,2%, entre 6-10 años un 28,6% y entre 11-15 años un 7,14%. El 64,3% de los casos correspondió al género masculino. En el análisis de estacionalidad de enterovirus se observó una mayor frecuencia de febrero a junio.

CONCLUSIONES:

Los pacientes menores a 5 años y de sexo masculino resultaron los más afectados. Se observó que enterovirus fue la etiología más frecuente y con una mayor presentación durante el periodo de febrero a junio. Estos datos concuerdan con el patrón epidemiológico observado en la bibliografía, con excepción del pico de enterovirus en menores de un año que no se observó en nuestra población.

Palabras Clave: encefalitis, virus, PCR.

MOTIVOS DE INTERNACIÓN EN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD

POB
785

Shaieb A.¹; Ceraci M.²; Fernández Gago G.³; Zapata V.⁴; Taffi C.⁵; Larroulet R.⁶; Samaruga C.⁷; Basílico H.⁸; Pujol J.⁹;

Servicio De Medicina Interna H.¹⁰

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

<shaguzurdo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Superiora Sor María Ludovica" (HIAEP) es una institución sanitaria asistencial de alta complejidad que recibe pacientes del partido de La Plata, Zona Sanitaria XI y también del resto de la provincia de Buenos Aires. Dispone de 200 unidades de internación general distribuidas en tres sectores: lactantes-hematología, clínica médica y cuidados intermedios. Cuenta además con salas de internación especializadas: traumatología, cuidados intensivos neonatales, cuidados intensivos pediátricos, y recuperación posoperatoria cardiovascular. En el último trienio se ha asistido un promedio anual de 124.664 pacientes e internado 12.331 niños. Las publicaciones oficiales señalan que la prevalencia de la patología de internación en centros similares se ve influenciada por diversos factores, entre ellos la complejidad del primer centro de atención, la semana epidemiológica, edad y comorbilidades de los pacientes.

OBJETIVOS:

Describir los causales de internación en el HIAEP durante el año 2014 con la finalidad de optimizar los recursos físicos y la asistencia de los pacientes para el próximo año epidemiológico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal que evaluó los registros de internación general de pacientes ingresados al HIAEP entre el 05/01/14 y el 03/01/15. Se incluyeron como variables: la etiología, enfermedad de base, edad y motivo de la internación.

RESULTADOS:

El número de pacientes internados durante el año de estudio fue 5.405, siendo 30% (N=1.654) menores de un año y el 13% (N=523) presentaban enfermedad de base. Etiológicamente, 36.6% (N=1.979) correspondieron a patología respiratoria, 22% (N=1.192) infecciosa, y 7.5% (N=406) neurológica. Se evidenciaron dos picos de prevalencia de internaciones entre las semanas epidemiológicas 20 a 25 y 36 a 42, similar a datos publicados por otras instituciones.

CONCLUSIONES:

En la muestra descripta los causales de internación principales fueron la patología respiratoria y la infecciosa, aunque la primera predomina en los dos picos estacionales señalados, en los que también prevalece la edad de los pacientes menores de un año. Es de destacar que, siendo el HIAEP una institución de alta complejidad, solo un 13% de los internados presentaron enfermedad de base, lo que denotaría déficit en los centros del primer y segundo nivel de atención.



HISTOPLASMOSIS, COMO MANIFESTACIÓN DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA

Macció L.¹; Tahuil N.²

HOSPITAL DE NIÑO JESUS - TUCUMAN^{1,2}

<lu_macc@hotmail.com>

RPD
786

INTRODUCCIÓN:

Histoplasmosis es una Micosis Sistémica de amplio espectro clínico, causada por el *Histoplasma Capsulatum*. La enfermedad diseminada ocurre usualmente en pacientes inmunocomprometidos, particularmente durante la infancia. Las IDP representan un grupo amplio de diferentes enfermedades, en su gran mayoría hereditarias. Los defectos responsables de la alteración inmunológica pueden comprometer a cualquiera de los componentes del sistema inmune. Los Defectos Congénitos de los Linfocitos (L) T o los Defectos Combinados de los LT y B son otros factores de riesgo para Histoplasmosis Diseminada (HD).

OBJETIVO:

Describir un paciente con HD, quien presenta una IDP Combinada.

CASO CLÍNICO:

Varón, 4 años, 3er hijo de pareja no consanguínea, sin antecedentes personales y familiares relevantes. Quien al año y 5 meses de vida durante internación por celulitis en tobillo, es derivado a Hospital Garrahan con sospecha de Agammaglobulinemia. Confirmándose dicho diagnóstico y observándose la ausencia de LB (CD19: 0%; IgG 98 mg/dl; IgA 22 mg/dl IgM 29 mg/dl), inicia tratamiento con Gammaglobulina. A los 3 años el niño presenta reagudización de diarrea crónica y lesión en cavidad oral, de 2 meses de evolución, a partir de la cual se realiza el diagnóstico de una seria infección micótica, diseminada (pulmonar, suprarrenal, SNC y digestiva sospechada). Aislándose en sangre, médula ósea y biopsia de lesión de cavidad oral *Histoplasma Capsulatum*; por lo que se replantea su IDP, encontrándose Linfopenia T y NK severa (CD3 99% (293/mm³);

CD16 CD56 0 %) con alteración de la funcionalidad. Realizó tratamiento con Anfotericina e Itraconazol. Actualmente está vivo post trasplante de Precursores Hematopoyéticos.

DISCUSIÓN:

Reportamos un caso de HD en niño con IDP Combinada. En el cual la infección micótica diseminada hizo cuestionar su IDP. Por lo que en pacientes con Histoplasmosis Diseminada, HIV negativos, y sin otros factores de riesgo, las IDP deberán ser estudiadas.

ENDOCARDITIS, UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE EN EL LUPUS ERITEMATOSO JUVENIL (LESJ). A PROPÓSITO DE UN CASO

Sevesi M.¹; Pascuali P.²; Pedernera C.³

HOSPITAL GUTIERREZ^{1,2,3}

<mvsevesi@gmail.com>

RPD
787

INTRODUCCION:

La endocarditis es una complicación infrecuente en el LESJ pero asociada a una elevada tasa de morbimortalidad. La misma puede estar relacionada con la enfermedad de base, el síndrome antifosfolipídico y la endocarditis infecciosa.

OBJETIVO:

- 1-Presentar un paciente con LESJ y endocarditis
- 2- Revisión de la literatura

CASO CLINICO:

Paciente femenina de 13 años de edad, derivada a nuestro hospital con diagnóstico de LESJ. Presenta antecedente de internación reciente por bacteriemia por SAMS (foco cutáneo), inadecuadamente tratada. Al ingreso se la valora en regular estado general, febril, con palidez cutáneo mucosa, soplo sistólico 3/6, en insuficiencia cardíaca y con lesiones violáceas en palma de mano (sugestivas de embolia). Presenta ecocardiograma con absceso de válvula aórtica drenado, perforación de valva mitral anterior, insuficiencia aórtica mínima y mitral moderada, con dilatación de cavidades izquierdas y función sistólica conservada. Se realiza diagnóstico clínico y ecocardiográfico de endocarditis con tres probables etiologías: endocarditis infecciosa, endocarditis de Libman Sacks o endocarditis asociada a síndrome antifosfolipídico. Se solicitan hemocultivos 3/5 positivos para SAMS y anticuerpos anticardiolipinas negativos (1ra determinación). A pesar de iniciar antibioticoterapia

adecuada a rescate microbiológico de forma precoz y con cultivo de control negativo, la paciente continua activa de su enfermedad de base (clínica y serológicamente), evolucionando desfavorablemente con empeoramiento de la función cardíaca con infiltrados pulmonares bilaterales y agregándose compromiso renal (caída de filtrado glomerular y proteinuria en rango nefrótico) y hematológico (anemia hemolítica). Se decide adicionar al tratamiento antibiótico mayor inmunomodulación/inmunosupresión (gammaglobulina y pulsos de esteroides). A las 72 horas se observa mejoría clínica de la paciente. Completa tratamiento antibiótico y se otorga egreso hospitalario con tratamiento inmunosupresor, a la espera de resolución quirúrgica de valvulopatía.

CONCLUSION:

Si bien la ocurrencia de endocarditis es infrecuente en pacientes con LES (datos de revisión de la literatura señalan su prevalencia del 1,3 al 4.9 %), es importante tener en cuenta todos los factores involucrados en su génesis (inflamación, infección y anticuerpos antifosfolipídicos) a fin de instaurar tratamiento apropiado (antibióticos, inmunosupresores y/o anticoagulación).



USO DE SIMULADORES MÉDICOS APLICADOS AL ENTRENAMIENTO DE PEDIATRAS EN FORMACIÓN: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE SUS COMPETENCIAS EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

RPD
788

Opción a premio

Díaz Pumará E.¹; Battolla J.²; Jaureguizar M.³; Firenze L.⁴; Enriquez D.⁵; Elías Costa C.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1,2,3,4,6}; CENTRO DE SIMULACIÓN SIMMER⁵

<estanislao.dp@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La simulación médica es una herramienta docente valiosa para adquirir competencias en medicina, pero aún no ha sido adecuadamente estudiada en nuestra población.

OBJETIVOS:

Evaluar el cambio y el mantenimiento en la autopercepción de competencias en reanimación cardiopulmonar (RCP) en residentes de clínica pediátrica luego de un entrenamiento con simuladores médicos y a los 6 meses de realizada la intervención. Describir si se percibieron competentes para resolver situaciones reales de emergencia luego de la intervención.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo, de intervención, con comparación intrasujeto. Luego de aprobar un examen de opción múltiple, se realizaron dos jornadas de entrenamiento práctico en RCP en un Centro de Simulación Médica. Contestaron un cuestionario de percepción de sus competencias antes, después (pre y post-test) y a los 6 meses de la intervención. Se realizó un cuestionario sobre participación en situación real de emergencia durante los 6 meses posteriores al curso y la percepción de competencia en la misma. Participaron residentes de primer año (R1) y de tercer año (R3) de clínica pediátrica.

RESULTADOS:

67 residentes realizaron la intervención. El aumento en la percepción de competencias, tanto en el dominio cognoscitivo como en el de destrezas psicomotrices, fue estadísticamente significativo ($p < 0.0001$). Este cambio se mantiene de manera significativa a los 6 meses de realizada la intervención.

Categorizando la población en competentes (mediana ≥ 3) y no competentes (mediana < 3) se observa que en el dominio cognoscitivo el 44% de los R1 y el 80% de los R3 se consideraron competentes inicialmente. En el post-test el 100% se consideró competente y esto se mantiene en el mismo valor a los 6 meses. En el dominio de destrezas psicomotrices el 9% de R1 y el 57% de R3 se consideraron competentes inicialmente, en el post-test el 93% de los residentes se consideró competente, y a los 6 meses, si bien este valor se reduce al 71%, sigue siendo estadísticamente significativo respecto del pre-test.

El 65% de los residentes participó en una situación real de emergencia, siendo la ventilación con bolsa y máscara la actividad más frecuente. El 100% de ellos se sintió competente en esta situación.

CONCLUSIONES:

El entrenamiento con simuladores médicos mejoró la percepción de los residentes sobre sus competencias para realizar RCP y se mantiene de manera significativa luego de 6 meses de la intervención.

PSEUDOANEURISMA POSTRAUMÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
789

Menegazzo F.¹; Borrás Iglesias R.²; Caldera N.³; Lizazu L.⁴; Arturi A.⁵; Vinuesa M.⁶; Suarez M.⁷; Menegazzo F.⁸

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DR RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<flormene@hotmail.com>

PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 3 años de edad, que consulta por tumefacción en región posterolateral de pierna izquierda. Como antecedente presentó hace 20 días, herida cortante con vidrio de espejo, que requirió sutura y antibioticoterapia oral.

Al examen físico, presenta tumefacción e induración de 10x10 cm, en región posterolateral izquierda, con signos de flogosis, rodilla en posición antalgica e impotencia funcional. Se decide su internación con diagnóstico presuntivo de infección de piel y partes blandas/ hematoma infectado.

A las 48 horas presenta descompensación clínica y hemodinámica, con descenso brusco de hematocrito, y aumento abrupto del diámetro del miembro afectado, pulsos periféricos conservados. Por sospecha de patología vascular, se solicita ecografía de partes blandas, con técnica Doppler, donde se informa pseudoaneurisma de tibial posterior/ fístula arteriovenosa, por lo cual se deriva al servicio de cirugía vascular de Hospital Gutierrez de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para resolución quirúrgica, con colocación de stent, previa transfusión sanguínea. El diagnóstico postoperatorio fue pseudoaneurisma poplíteo post traumático.

DISCUSIÓN

El aneurisma postraumático de la arteria poplíteo es altamente infrecuente, sin embargo es necesario tener una alta sospecha clínica de dicha patología debido a las complicaciones agudas y/o secuelas graves que pueden acontecer y realizar la oportuna derivación a centro especializado. Dentro de los exámenes complementarios, de elección es la ecografía Doppler color, angio-tomografía y arteriografía siendo éste último el "gold standar".

El tratamiento va a depender del tamaño del aneurisma, en los de pequeño calibre se prefieren conductas conservadoras con seguimiento y control con métodos de imagen. En aneurismas mas grandes o en aquellos que ya presentan complicaciones, la cirugía endovascular es el pilar fundamental.



NEUMONÍA CONGÉNITA POR *NEUMONOCYSTIS* EN RNT INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
790

Valentini I.¹; Ferrari M.²; Marmo J.³; Dudkevich J.⁴; Becerra A.⁵; Junius L.⁶; Giacone M.⁷

HIGA EVA PERON SAN MARTIN^{1 2 3 4 5 6 7}

<ivalentini@hotmail.com>

Introducción:

Pneumocystis jirovecii, es uno de los principales patógenos oportunistas. La vía aérea se supone la forma de transmisión más común, pero recientemente se ha podido comprobar su capacidad de transmisión transplacentaria. En modelos animales la infección por *Pneumocystis* produce disminución de las proteínas B y C del surfactante pulmonar, sustancia tensoactiva cuyo déficit constituye la base del síndrome de distrés respiratorio neonatal.

Esta descripta la neumonía adquirida en pacientes inmunocomprometidos, pero no se encontró bibliografía de casos clínicos similares al de esta presentación.

OBJETIVOS:

Presentación de caso clínico infrecuente de neumonía congénita por *Neumonocystis*, en un RNT inmunocompetente, y los diagnósticos diferenciales planteados a partir de su cuadro clínico.

DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO:

RNT-PAEG, embarazo no controlado, serologías maternas negativas, cesárea, RPM de 24 hs. de evolución, apgar 7/9, meconial, laringoscopia negativa, 39 EG, ingresa a UCIN por dificultad respiratoria; Rx de ingreso con campos pulmonares con infiltrado intersticial bilateral, recibió 2 dosis de surfactante, sin mejoría radiológica, en ARM durante 9 días, medicado con antibióticos desde el nacimiento, sin progreso clínico favorable e hipoxemia. TAC de tórax, con infiltrado alveolar difuso generalizado.

Se plantean como diagnósticos diferenciales; déficit congénito de surfactante, linfangioma pulmonar, infección por *Chlamydia T.*, e infección por *Neumonocystis*. Con aspirado nasofaríngeo para *Neumonocystis* PCR positivo. Estudio inmunológico normal. PCR materna en estudio. Se indica tratamiento con TMS 20 mg/k/d por 21 días y glucocorticoides los primeros 7 días. A partir del tratamiento se observó una mejoría clínica y radiológica del paciente, que llevo al paciente, de estar un mes con oxígeno suplementario, a no requerirlo y permitir su egreso hospitalario.

CONCLUSIÓN:

Nos resulta importante el conocimiento de esta infección en un RNT inmunocompetente, con hipoxemia e imágenes completarias, con compromiso de ambos campos pulmonares desde el nacimiento; Ya que, pensar en el diagnóstico y aplicar el correcto tratamiento, nos hace prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida

PRESENTACIONES ATÍPICAS DE TUBERCULOSIS EN PEDIATRÍA: OSTEOARTRITIS DE CADERA

RPD
792

Labanca V.¹; González N.²; Álvarez Ponte S.³; Calleri B.⁴; González N.⁵

HTAL PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5}

<vanesalabanca@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

A nivel mundial, la tuberculosis del sistema osteoarticular representa alrededor del 3% de las presentaciones extrapulmonares, con mayor compromiso a nivel vertebral y de grandes articulaciones. El diagnóstico es generalmente tardío debido a su baja prevalencia y la posibilidad de ser confundida con otras entidades.

OBJETIVOS:

Describir un caso clínico de osteoartritis como presentación atípica de tuberculosis en Pediatría

CASO CLÍNICO:

Paciente femenina de 14 años, que concurrió al Servicio de Traumatología por dolor e impotencia funcional en articulación coxofemoral derecha de una semana de evolución. Consultó en repetidas oportunidades por cuadro similar a los 9 años, recibiendo tratamiento sintomático con AINES, y luego estuvo asintomática hasta el episodio actual. Se decidió su internación para diagnóstico y tratamiento efectuándose radiografía de caderas, TAC, y RMN con contraste, que mostraron anquilosis de la articulación coxofemoral derecha y cambios erosivos en las superficies óseas. Se realizó centellograma corporal, observándose aumento de la captación en cadera derecha y tercera articulación metatarsal-falángica derecha. La anatomía patológica de la biopsia ósea informó: proceso inflamatorio granulomatoso crónico con células gigantes multinucleadas con focos de necrosis caseosa y tinción Ziehl Neelsen negativa. Al interrogatorio surgió como contacto una prima materna con diagnóstico de tuberculosis años atrás. Presentó Radiografía de tórax normal, PPD negativa y eritrosedi-

mentación de 38 mm/1er hora y PCR de 6.9 mg/l. Se inició tratamiento antituberculoso con Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol y Rifampicina, analgesia y reposo con buena tolerancia.

CONCLUSIONES:

La tuberculosis osteoarticular es una forma grave de de presentación, siendo necesarios 12 meses de tratamiento específico. En el 10 % se pueden encontrar más de una localización ósea. Predomina la vía hematogena de diseminación del microorganismo hacia el sistema osteoarticular, secundaria a un foco pulmonar primario activo o latente. La triada radiológica conformada por osteoporosis yuxtaarticular, erosiones marginales y disminución del espacio articular es sugestiva. La presencia del bacilo en la anatomía patológica se constata en menos del 20 a 30%. Es indispensable una alta sospecha para evitar retrasos en su diagnóstico y secuelas.

ADENOIDECTOMÍA Y AMÍGDALECTOMÍA: NUESTRA EXPERIENCIA Y SU CORRELACIÓN CON LAS INDICACIONES DE LA SAP

**RPD
794***Infante I.¹; Dovis N.²; Perez A.³; Ricart M.⁴; Ortellao L.⁵; Mayo R.⁶*SANATORIO SANTA FE^{1,2,3,4,5,6}

<nacho_388@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La extracción de amígdalas y adenoides es la intervención quirúrgica más frecuente en otorrinolaringología. Según la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), las indicaciones son: Absolutas: 1) Obstrucción crónica de la vía aérea superior: fuera de un cuadro infeccioso/alérgico generando hipercapnia. 2) Cor pulmonare. 3) Absceso periamigdalino: si hay antecedentes de faringoamigdalitis recurrentes. Relativas: 1) Amigdalitis crónicas: cuando se retiene detritus y material putrefacto en la amígdala que cursa con dolor permanente y halitosis. 2) Amigdalitis recurrente documentada: 7 episodios por Streptococo Pyogenes en 1 año; 5 episodios en 2 años consecutivos o 3 episodios en 3 años consecutivos.

OBJETIVO:

Identificar si las cirugías realizadas en nuestro nosocomio se correlacionan con las indicaciones quirúrgicas de amigdalectomía y adenoidectomía que establece la SAP.

POBLACIÓN:

103 niños de ambos sexos de 1-15 años de edad durante el período Septiembre 2012 a Febrero 2015 que se intervinieron quirúrgicamente.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo descriptivo, de pacientes operados por un periodo de 3 años en un sanatorio privado. Se utilizó una planilla para la recolección de datos. Los resultados fueron analizados con el programa EpiInfo.

RESULTADOS:

Se incluyeron 103 pacientes agrupados por edad y sexo, encontrando

61 varones (59%) y 42 mujeres (41%). Se agruparon en 3 segmentos de edades: 1-5 años, 6-10 años y 11-15 años, siendo el primer grupo el que presentó mayor número de casos (44%), con una edad promedio de 3,7 años. No hubo pacientes menores de 1 año de edad.

Los síntomas presentes en orden de frecuencia fueron:

Respiradores bucales	93%	Dislalia	27%
Ronquido	89,3%	Otitis	19%
Babeo	83,5%	Dificultad escolar	15%
Voz nasal	65%	Problemas de conducta	13%
Faringoamigdalitis	64%	Flemón periamigdalino	9%
Halitosis	63%	Sobrepeso	4%
Disnea en ejercicio	34%	Obesidad	3%
SAOS	31%	Cor Pulmonare	0%
Sinusitis-Rinitis	27%		

Destacándose de ello que un 9% presentaron Flemón periamigdalino (en todos los casos asociado a SAOS) y no hubo pacientes con Cor Pulmonare.

CONCLUSIÓN:

Todos los niños operados presentaron indicación de extracción quirúrgica, aunque solo en el 31% eran absolutas. Por lo tanto podemos concluir que hubo correlación con las indicaciones establecidas por la SAP. Sin embargo, debido a que el restante 69% presentaba indicaciones relativas, deberíamos investigar con mayor detenimiento las causas por las cuales se opera a este grupo de pacientes.

PREVALENCIA DE MALFORMACIONES CONGENITAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADO NEONATAL

**RPD
796***Pérez Sierra S.¹; Grosman A.²; Urman J.³; Urman G.⁴*HOSPITAL ESPAÑOL^{1,2,3,4}

<sperez77@hotmail.com>

Los defectos congénitos son un problema de gran importancia que conlleva un alto costo, hacen parte de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal y puede generar cambios negativos al entorno familiar.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio retrospectivo, mediante el análisis de historias clínicas de un período de 3 años. Se consultó el Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGEHOS). Se seleccionaron los recién nacidos que ingresaron a la Unidad de Cuidado Neonatal (UCN) del Servicio de Pediatría y Neonatología con diagnóstico de malformación congénita estructural. Se confeccionó una ficha basada en la del Estudio Colaborativo de Malformaciones Congénitas para Latinoamérica.

RESULTADOS Y DISCUSION:

Se obtuvo 203 historias clínicas. La incidencia de malformaciones congénitas fue de 56 por 1000 nacidos vivos y la prevalencia 24. 22%. El promedio de días de hospitalización fue de 22. La edad materna promedio fue de 28 años. Con respecto a los controles prenatales, el 43% realizó entre 1 y 3, un 16.4% más de 4 y el 44% de las historias no registraba el dato. Un 70% nació por cesárea. Un 57% fue de sexo masculino, 42,4% femenino y 1 caso de genitales ambiguos. Un 19% de las madres no presentaban hábitos tóxicos, consumo de tabaco o drogas en 2% y 79% no registró la información. La comorbilidad asociada fue diabetes mellitus en un 5%. La edad de diagnóstico fue prenatal en 47%, un 36% en las primeras 24 horas y 16% postnatal. El 68% presentó malformaciones aisladas y 32% polimalformados. Las malformaciones aisladas más frecuentes fueron

cardiovasculares 55%, sistema digestivo 14%, sistema nervioso 12%, respiratorias 5%, orofaciales 5%, urológicas 5% y otras 4%. Se realizaron 72 cariotipos, predominando anomalías de tipo numérico 18% y sólo 2,7% de tipo estructural. Un 70% de los pacientes egresó con vida de la UCN (24 derivados, 115 alta, 1 pasó a cuidados prolongados) y el 30% restante falleció. Al comparar los hallazgos con los del Registro Nacional de Anomalías Congénitas se encontraron muchas similitudes, salvo en los datos de prevalencia, lo que se explica por diferencias en la naturaleza de la muestra.

CONCLUSIONES:

Se encontró un gran porcentaje de ausencia de registro de datos en las historias clínicas. La edad de diagnóstico predominante fue prenatal y el medio diagnóstico utilizado fue la ecografía que sigue siendo un medio ideal y económico para el diagnóstico precoz de malformaciones.



MALTRATO INFANTIL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Calleri B.¹; Iparraguirre A.²; Smith S.³; González N.⁴

HTAL ELIZALDE^{1,2,3,4}

<hernancalleri@gmail.com>

RPD
799

INTRODUCCION

El maltrato infantil es un importante y creciente problema de salud, producto de la conjunción de diversos factores de riesgo del individuo, la familia y la sociedad. Muchas veces de difícil diagnóstico, transformándose en un reto para el pediatra clínico.

OBJETIVO

Describir un caso de maltrato infantil.

CASO CLINICO

Paciente de 33 días de vida que ingresa en la sala de internación por fractura de húmero en brazo derecho que, según referencia paterna, se produjo luego de una caída en transporte público.

Como antecedentes de importancia, el paciente tuvo su primera internación a los 12 días de vida por un episodio de aparente amenaza a la vida (ALTE) y una segunda internación a los 26 días de vida por episodio de hemorragia digestiva alta.

En la anamnesis inicial surgen relatos discordantes entre ambos progenitores acerca de los antecedentes del niño y respecto a su enfermedad actual.

Con alta sospecha de maltrato infantil se realiza ecografía abdominal, ecografía cerebral y fondo ojo que resultan normales. Radiografías de todo el esqueleto donde destaca fractura en asa de balde en metáfisis distal de fémur derecho.

Para descartar otras lesiones óseas se realiza centellograma óseo que concluye: hiperfijación del trazador en el húmero derecho, vinculable con antecedente fractuario conocido, imágenes hipercaptantes en parrilla costal anterior derecha, 8va articulación costovertebral derecha y 12 arco costal posterior izquierdo, leve aumento de captación en metáfisis distal del fémur derecho. Ante estos resultados se consulta con servicio de violencia familiar, quienes comienzan a entrevistar a los familiares del niño. Se logra identificar al padre como el agresor, dándose la guarda a tía materna.

CONCLUSION

El maltrato infantil tiene diversas formas de presentación. Su diagnóstico requiere de una alta sospecha clínica donde, además de lesiones características en el examen clínico, cobra gran importancia el interrogatorio.

OTRA CONSULTA POR TOS...

Baratta M.¹; Dra Dicoste S.²; Villa A.³

HOSPITAL DE AGUDOS ENRIQUE TORNU CABA^{1,2,3}

<sanbaratta@intramed.net>

RPD
801

INTRODUCCIÓN:

Paciente de sexo masculino, de 3 años de edad que consulta por tos no productiva de 1 mes de evolución, que aumenta ante el ejercicio y durante la noche, sin antecedentes personales o familiares a destacar. Durante este mes no tuvo fiebre, la madre ha hecho varias consultas por la tos recibiendo diferentes tratamientos sin mejoría.

El examen físico hecho en guardia no revela otros datos.

Se le solicita una radiografía de tórax frente y perfil.

Imagen de condensación homogénea en LSD que desplaza mediastino.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. Neumonía/ Atelectasia
2. Tumores pulmonares
3. Masa de la pared torácica.
4. Masa mediastino medio.
5. Masa mediastino posterior

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

TACAR con contraste informa localización de la masa sino también de su vascularización y extensión ganglionar

- Metabolitos de catecolaminas en orina –ácido vanililmandélico y homovanílico niveles: con valores normales
- Centellograma corporal total con MIGB: no muestra aéreas de fijación anormal del radiofármaco

- Punción/ biopsia de médula: celularidad conservada.

Evaluado por equipo de cirugía y de oncología se decide:

Toracotomía derecha con resección de masa tumoral

DIAGNÓSTICO

Neuroblastoma en diferenciación

Shimada desfavorable.

Técnica de FISH para evaluar status

No se evidencia amplificación del gen N-MYC en células tumorales

Delección de 1p negativo

DISCUSIÓN:

El neuroblastoma es el tumor extracraneal sólido más frecuente en la infancia. Presenta un amplio espectro de comportamiento, desde regresión espontánea y diferenciación a tumor benigno hasta tumores metastásicos muy agresivos. El neuroblastoma puede originarse a lo largo de toda la cadena simpática, pero las localizaciones más frecuentes son el abdomen y el mediastino. Las metástasis más frecuentes son: médula ósea, hueso, hígado y piel. Es característico el descubrimiento casual de una masa abdominal o torácica asintomático en un examen habitual de salud en un lactante. En el niño mayor, es más frecuente el síndrome de "malestar maligno", caracterizado por palidez, anemia, dolor de extremidades y febrícula. La sintomatología depende de la compresión e infiltración de órganos vecinos, de las metástasis y, en ocasiones, de síndromes paraneoplásicos.).



ESTUDIANTES DE MEDICINA COMO EVALUADORES DE EXAMEN CLÍNICO OBJETIVO Y ESTRUCTURADO

RPD
802

Eymann A.¹; Perez L.²; Aguirre A.³; Precerutti J.⁴; Wahren C.⁵

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

<alfredo.eymann@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Estudiantes de medicina avanzados del internado anual rotatorio (IAR) adecuadamente entrenados pueden ser observadores válidos en ECOE.

OBJETIVO:

Evaluar la validez de estudiantes de medicina avanzados como evaluadores de un ECOE de alumnos de la carrera de medicina y su percepción como docentes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudiantes del IAR de la carrera de medicina observaron el desempeño de alumnos de tercer año en estaciones de ECOE. Se entrenaron en forma conjunta con un observador con experiencia docente y completaron una lista de cotejo en forma independiente. Se separaron las observaciones de la lista de cotejo en: dimensión comunicacional y contenido específico. Se analizó la concordancia entre observaciones de estudiantes y observadores experimentados. Se evaluó la percepción de los estudiantes como docentes, aspectos positivos y negativos de la experiencia.

RESULTADOS:

Se evaluaron 6 estaciones, 2 toma de signos vitales (6 observaciones), 2 asesoramientos de métodos anticonceptivos (8 observaciones) y 2 entrevistas para donación de sangre (14 observaciones). A 28 estudiantes de tercer año los evaluaron 6 pares de evaluadores.

El grado de acuerdo entre observadores estudiantes y experimentados fue del 86,4% en la dimensión comunicacional, y del 88,8% en la dimensión contenido específico.

Los 6 estudiantes del IAR consideraron que haber participado como evaluadores contribuiría a su propio rendimiento en los ECOE y todos ellos confirmaron esta afirmación luego de haber rendido su ECOE de fin de carrera. El 100% consideró su evaluación como neutral, cinco calificó la experiencia como muy buena y uno como excelente. Los aspectos positivos mencionados fueron: entender cómo se evalúa, reconocer aspectos de la comunicación y reconocer errores de los alumnos. Los aspectos negativos mencionados fueron: ninguno, reconocer la subjetividad al evaluar y poner bajos puntajes.

CONCLUSIÓN:

Los estudiantes del IAR son observadores válidos para la evaluación de ECOE. Percibieron que haber participado en esta experiencia colaboró a comprender aspectos de la evaluación y mejorar su propio rendimiento.

TUBERCULOSIS: OTRA FORMA DE PRESENTACIÓN

RPD
804

Calleri B.¹; Retamar A.²; López M.³; González N.⁴

HTAL ELIZALDE^{1,2,3,4}

<hemancalleri@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa de alta incidencia a nivel mundial. En pediatría se observan múltiples formas de presentación. Tenerla presente es esencial para un diagnóstico precoz, permitiendo el tratamiento del caso índice y el control de los contactos.

OBJETIVO

Describir una forma de presentación de tuberculosis extrapulmonar.

CASO CLÍNICO

Niña de 15 años, previamente sana, que consulta en guardia por dolor abdominal de intensidad creciente de 24hs de evolución, sin vómitos ni fiebre. Refiere una deposición desligada sin otro síntoma acompañante. Se realiza ecografía que informa imagen compatible con proceso apendicular junto con engrosamiento de las paredes del ileon terminal, ciego y colon ascendente. Se decide su ingreso a quirófano.

Al examen macroscópico se destaca ileon, ciego y apéndice engrosados en su pared con granulaciones de aspecto caseoso y adenopatías en mesoapéndice.

Se reinterroga a la madre quien relata dolor abdominal recurrente de un mes de evolución, sudoración nocturna y pérdida de peso. También refiere haber viajado un año atrás a Bolivia donde tomó contacto con familiar que falleció por tuberculosis.

Se realiza radiografía de tórax, que muestra infiltrado multifocal bilateral, muestras de esputo para cultivo y directo de BAAR, que informa directo positivo.

Se recibe anatomía patológica de ganglio mesentérico y apéndice cecal que informa inflamación granulomatosa caseificante tuberculosa.

Con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y abdominal grave, se comienza con tratamiento antituberculoso.

CONCLUSION

La tuberculosis tiene diversas formas de presentación siendo siempre un desafío diagnóstico para el pediatra clínico. Debido a que en pediatría su identificación suele ser compleja es de suma importancia realizar un exhaustivo interrogatorio donde cobran particular importancia los antecedentes epidemiológicos.



LACTANTE CON MASA MEDIASTINAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

RPD
805

Penecino M.¹; Torrents M.²; Argiró M.³; Janer Tittarelli M.⁴; Limardo P.⁵; Suco Valle S.⁶; Tantera M.⁷; Morales I.⁸; González F.⁹;

Yazde Puleio M.¹⁰; Vacarezza S.¹¹; Sosa R.¹²

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12}

<aguspenecino@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad poco frecuente caracterizada por la acumulación y proliferación de histiocitos, eosinófilos y células con inmunofenotipo de células de Langerhans, que afecta órganos y sistemas de forma aislada o múltiple. El diagnóstico se realiza mediante biopsia de la lesión y la confirmación de la presencia de CD1a y/o CD207 en la misma. Las distintas formas de presentación producen diferentes enfoques pronósticos y terapéuticos; desde formas benignas y autolimitadas con resolución espontánea, hasta otras de curso tórpido o maligno.

OBJETIVOS:

Presentar el caso de un lactante con una presentación atípica de esta enfermedad. Mostrar un diagnóstico para sospechar ante una masa mediastinal anterior en un lactante.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 7 meses concurre al control de salud donde se constata dificultad respiratoria. Antecedentes: RNT/PAEG, embarazo controlado. Se realizan radiografías de tórax de frente y perfil que muestran gran masa en mediastino anterior. La ecografía informa masa sólida, heterogénea, con calcificaciones, en íntimo contacto con vasos. Derrame pericárdico de 10mm. Se interna y se realiza TAC de tórax que informa masa en espacio visceral del cuello que desplaza paquete vascular derecho, compromete mediastino anterior hasta diafragma. Sugestivo de tumor germinal (te-

ratoma). Se realiza dosaje de alfa-feto proteína: 15 y BHCG: 0. Se realiza cirugía en la que se extirpa parcialmente la masa, cuya anatomía patológica informa Histiocitosis de células de Langerhans. Se realiza biopsia de lesiones de piel de cuero cabelludo con igual diagnóstico. Actualmente en tratamiento con Vinblastina y corticoides y buena evolución.

CONCLUSIONES:

La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad que puede producir compromiso local o sistémico cuyas formas de presentación variable determinan ser el diagnóstico diferencial obligado de otras entidades. Es de suma importancia que el pediatra tenga un alto índice de sospecha para realizar el diagnóstico en forma temprana.

NEUMOMEDIASTINO ESPONTANEO

RPD
806

Navarro, Izquierdo J.¹; Bustamante D.²; Martinelli L.³

HOSPITAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO^{1 2 3}

<juliasco108@hotmail.com>

El neumomediastino es la presencia de aire en el mediastino, puede ser traumático, iatrogénico o espontáneo. Es una entidad que fue definida como síndrome clínico específico por Laennec en 1819 en relación al trauma y hasta 1939 que Hamman informa los primeros casos de enfisema subcutáneo asociado a neumomediastino. El neumomediastino espontáneo (NME) o síndrome de Hamman es poco frecuente, de etiología diversa, evolución generalmente benigna, curando espontáneamente. La incidencia es mayor en pacientes jóvenes y los síntomas principales son el dolor torácico, disnea y enfisema subcutáneo. El diagnóstico es clínico y radiológico.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 10 años, previamente sano, con antecedentes personales de BOR hasta los 2 años. Consulta a guardia por presentar dificultad respiratoria, fiebre y accesos de tos por lo cual indican tratamiento sintomático. Evoluciona en 48 hs con progresión de accesos de tos de moderada intensidad, tumoración cervical y empeoramiento clínico por lo cual consulta nuevamente a guardia de nuestro hospital.

Al examen físico presenta regular estado general, fascie dolorosa, taquipneico y respiración superficial, accesos de tos, dolor retroesternal, disfagia, tumoración bilateral en cuello con extensión a parte anterior de tórax, blandos, dolorosos con crepitación a la palpación. A la auscultación buena entrada de aire bilateral, con rales gruesos, crepitantes base derecha, saturando 90%, ruidos cardiacos hipofonéticos. Se realiza RX y TAC tórax que evidencian enfisema subcutáneo a nivel de cuello y tórax, neumomediastino sin evidencia de neumotórax y condensación en base

derecha. A las 48 hs de su ingreso presenta dolor en punta costado, tiraje universal, con requerimiento de oxígeno con máscara de reservorio, sin empeoramiento del enfisema subcutáneo, se realiza nueva RX control sin cambios. Es evaluado por UTIP quienes lo ingresan a su servicio por 72 hs para monitoreo, luego pasa a sala de internación cumpliendo tratamiento con oxígeno suplementario, analgesia y reposo.

Evoluciona favorablemente, con desaparición del enfisema y saturando aire ambiente.

CONCLUSION

NME es una patología infrecuente, benigna y autolimitada. Ante un paciente con dolor torácico, disnea y enfisema subcutáneo, con antecedentes de asma, infección respiratoria o haber realizado alguna maniobra de valsalva, se debe tener en cuenta esta patología y así arribar a un diagnóstico temprano.

MOYA MOYA UNILATERAL EN EDAD PEDIÁTRICA

Tamagnone L.¹; Sciacaluga S.²; Zancocchia N.³; Naville P.⁴

SANATORIO DE NIÑOS, ROSARIO, SANTA FE^{1,2,3,4}

<Luciatamagnone@live.com.ar>

POB
808

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de moyo-moya es una enfermedad vascular encefálica oclusiva progresiva, no inflamatoria, no aterosclerótica. Susuki y Takaku, en 1969, le adjudicaron el término japonés “moyamoya” haciendo alusión a la apariencia en “bocanada de humo” es el resultado de la estenosis progresiva de la porción distal de la ACI, lo que permite el desarrollo de una red de colaterales en torno a ella.

El 60% de los pacientes en edad pediátrica se presenta con crisis convulsivas focales, asociadas a crisis isquémicas transitorias o accidentes vasculares, en un 6%, es cefalea, probablemente secundaria a vasodilatación de vasos colaterales meníngeos que estimularían nociceptores de la duramadre. Un 2 a 4% debutan con hemorragia intracerebral.

OBJETIVO:

Describir un caso clínico con diagnóstico de Moya-Moya unilateral, su diagnóstico, su evolución y su eventual tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis descriptivo y retrospectivo de una historia clínica de un paciente internado en nuestro servicio en el mes de abril del año 2015.

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo femenino, de 4 años de edad, que consulta a nuestro servicio, derivado por pediatra de cabecera, por cuadro de cefalea intermitente de 3 meses de evolución.

La paciente permanece internada 4 días, donde se realizan estudios complementarios: EEG, AngioRMI de cráneo y AngioTAC multislice de vasos de cuello intracraneales, donde se evidencia reducción del calibre de arteria carotídea interna izquierda desde su origen, segmento cervical intracraneano, estrechez constitucional del agujero carotídeo izquierdo. Se realiza angiografía cerebral confirmando el diagnóstico.

CONCLUSIÓN:

La Enfermedad de moyo-moya es una enfermedad de baja prevalencia en paciente pediátricos del hemisferio occidental. La presentación de pacientes con cefalea es frecuente en la consulta pediátrica. Consideramos que es necesario tener en cuenta esta malformación como causa de cefaleas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS DE LOS NIÑOS INTERNADOS POR IRAB EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA

Barria S.¹; Marquez M.²; Bustamante Marroig P.³; Canet Juric T.⁴; Vera Marquez S.⁵; Fasanini M.⁶; Zapata P.⁷; Ruiz A.⁸

HOSPITAL REGIONAL COMODORO RIVADAVIA^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<sandrabarria@uolsinetis.com.ar>

RPD
812

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas bajas constituyen una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro país, siendo el grupo más vulnerable los niños menores de 2 años. Un grupo de estos pacientes, con factores de riesgo, desarrollara una evolución tórpida ante las IRAB.

OBJETIVOS

El objetivo es evaluar las características clínicas y epidemiológicas, tratamiento y evolución de los pacientes menores de 2 años hospitalizados por IRAB en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia desde el 1 de mayo al 30 de septiembre de 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron 315 pacientes de ambos sexos, menores de 2 años hospitalizados entre el 1 de mayo al 30 de septiembre del 2014.

RESULTADOS

Edad de presentación: promedio de edad 7.51 (DS 5.1). 34% (n=107) menores de 3 meses, 49% (n=155) 3 a 12 meses y 17% (n=53) mayores de 12 meses. El 51% (n=160) varones. Eutróficos 94% (n=107). 90% (n=284) lactancia materna. En el 38% (n=120) había tabaquistas domiciliarios, 20% (n=63) vacunación incompleta. Formas de presentación: Bronquiolitis 92,6% (n=292), Neumonía 6,4% (n=20). En 96% de los casos se realizó virológico de secreciones respiratorias por IFI de aspirado nasofaríngeo, 68% VSR, parainfluenza 3 3% y virus influenza A, B, Metaneumovirus y adenovirus 1%. Promedio de días de internación: 8,38 días (DS1-58). La incidencia

más alta de internación fue en el mes de julio, 40%. El 13% (n=41) requirió UTIP y de ellos 66% (n=27) requirió ARM. En este grupo el 52% (n=14) eran menores de 3 meses. El 8.2% VNI. Tratamiento: 95% O2, 92% Salbutamol, 10.7% Bromuro de Ipratropio, 15.5% Adrenalina nebulizada. El 33.3% antibióticos ante la sospecha de infecciones concomitantes y a la espera del resultado del virológico. Mortalidad: 0.63% (n=2) ambos casos con factores de riesgo: enfermedad pulmonar crónica postviral, edad menor a 3 meses al momento de la IRAB.

CONCLUSIÓN

En nuestra población los menores de 3 meses fueron los más afectados, con mayor internación, requerimiento de ARM y mortalidad. El tabaquismo en el hogar y la vacunación incompleta fueron los factores de riesgo predominantes. Se destaca la importancia del diagnóstico etiológico temprano al ingreso con el fin de implementar y evitar medicación en forma innecesaria. Baja mortalidad.



PREVALENCIA DE ASMA EN ADOLESCENTES 13-14 AÑOS DE SAN RAFAEL, MENDOZA

POB
813

Vizcaino M.¹; Nadeo J.²; Luconi N.³; Teijeiro A.⁴

HOSPITAL SCHESTAKOW^{1,2,3}; HOSPITAL PEDIÁTRICO DECORDOBA⁴
<florvizcaino@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El asma es una de las enfermedades respiratorias crónicas más frecuentes en niños y adolescentes. Estudios epidemiológicos como el ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), refieren que la prevalencia del asma es variable en distintas regiones tanto de América Latina como de nuestro país.

No existen en la provincia ni en el departamento, datos de prevalencia de asma ni de gravedad en ningún grupo etario.

OBJETIVOS:

Describir la prevalencia de asma en adolescentes de 13 a 14 años en San Rafael, Mendoza.

Evaluar el comportamiento de esta afección respecto a su severidad (afectación del sueño, en la actividad física).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio transversal descriptivo para la estimación de la prevalencia de asma en niños de 13 a 14 años de edad. El mismo fue ejecutado de marzo a mayo del 2015. El instrumento utilizado fue el video cuestionario ISAAC- fase I, aplicado previo consentimiento informado. Se tomó, en forma aleatoria, la población de niños adolescentes de 13 a 14 años de escuelas públicas y privadas de San Rafael (70% y 30% respectivamente). Los datos fueron obtenidos de la Dirección General de Escuelas. Se utilizó la pirámide poblacional según el censo 2012 del rango de niños de 10 a 14 años (N 16891 niños) para estimar el tamaño muestral con un nivel de confianza del 99% (riesgo $\alpha = 0,01$), la misma fue de 192 alumnos.

Se realizó el análisis estadístico descriptivo de las variables, y posteriormente análisis estadístico inferencial que permitió estimar la prevalencia.

RESULTADOS:

Se obtuvieron 218 encuestas, 53.3% mujeres y 46.7% varones. La prevalencia de asma en dicha población fue del 17,8 % y la presencia de sibilancias durante el ejercicio de 28,4 %, siendo estas más altas que la detectada en la Provincia de Córdoba en el 2006 (13.6% y 18.9%). Del total de pacientes, el 5 % refirió episodios de sibilancias nocturnas coincidiendo con el dato de Córdoba 2006 (4,9%).

CONCLUSIONES:

La prevalencia de asma bronquial es concordante con la referida en otras zonas geográficas de América Latina con metodología semejante, siendo la prevalencia más alta de las publicadas en Argentina.

El conocimiento de estos resultados contribuirá a planificar recursos y estrategias de tratamiento en la provincia.

ABDOMEN AGUDO EN LA PRIMERA INFANCIA. CAUSAS NO FRECUENTES

RPD
815

Lema F.¹; Styk A.²; Pomares M.³; Martínez A.⁴

SANATORIO FRANCHINI^{1,2,3,4}
<flema@asmsa.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

El dolor abdominal es una causa frecuente en la consulta y gran parte resuelve en forma médica. Existen otras, menos frecuentes en la edad pediátrica como la litiasis vesicular: con manifestaciones clínicas muy poco específicas, sobre todo en lactantes. Las malformaciones de la vía biliar son de baja frecuencia siendo el quiste de coledoco el de mayor prevalencia. La infección por ascariis lumbricoides puede dar, trastornos mecánicos como obstrucción intestinal.

OBJETIVO:

Describir tres causas poco frecuentes de abdomen agudo en la primera infancia

MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis descriptivo a partir de tres casos clínicos

DESARROLLO:

Caso 1: Bebe de 3 meses de edad, irritabilidad de 24 hs de evolución. Abdomen doloroso a la palpación profunda sin signos de irritación peritoneal. Eco Abdominal: Vesícula biliar de forma conservada, paredes edematizadas de 5mm aprox, se observa litiasis a nivel del bacinete de 10mm. HMG de bajo riesgo, Transaminasas aumentadas x 3. Lipasa y amilasa normales. Se medica empíricamente con ATB. Se realiza colecistectomía a la s72 hs del ingreso. Buena evolución postquirúrgica.

Caso 2: Colangitis por quiste coledociano. Paciente de 1,5 años, fiebre de 4 días, vomito y dolor abdominal. Hepatomegalia. Eco abdominal: imagen de 40x30mm, adyacente a vesícula biliar. RMN y colangiRMN.

Dilatación de la vía biliar extrahepática de tipo sacciforme con afectación del hepatocolédoco. HMG: normal, transaminasas aumentadas x 3, Bilirrubina (mg/dl) T.3,2; D.2,3; I.1,09. Se medica empíricamente con ATB. Se realiza colecistectomía y resección del quiste al 5to día de internación. Buena recuperación postquirúrgica.

Caso 3: Oclusión intestinal por ascariis lumbricoides, Paciente de 3 años. Distensión abdominal. Cólicos. Abdomen doloroso a la palpación. Rx niveles hidroaéreos. Eco Abdominal: imágenes lineales como rieles de ferrocarril. Recibió Tx médico con albendazol. Buena Evolución.

CONCLUSIÓN:

Las patologías descritas cursan un cuadro de molestias abdominales inespecíficas, por lo que hay que tenerlas presente en el diagnóstico diferencial de todo paciente a pesar del tratamiento de otras patologías con mayor frecuencia. El uso rutinario de ecografía como técnica de estudio ante todo cuadro de dolor abdominal inespecífico ayuda enormemente a orientar al diagnóstico en forma precoz de dichas patologías.



ESPACIO PARA LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN DE SALUD: PRESENTACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

RPD
816

Opción a premio

Medina V.¹; Jolly M.²; Berner E.³

HOSPITAL DR. COSME ARGERICH (CABA)^{1 2 3}

<dravivianamedina@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Gracias a los avances científicos muchos niños sobreviven a enfermedades graves o genéticas, antes incompatibles con la vida, determinando la llegada a la adolescencia /juventud con enfermedades crónicas y pasando a centros asistenciales de adultos para seguimiento y tratamiento. El recurso humano en centros de adultos no está, mayoritariamente, sensibilizado, ni capacitado en la atención integral de adolescentes generando en muchos casos, una incorrecta adherencia al tratamiento.

OBJETIVO:

Presentar nuestra experiencia en el Servicio de Adolescencia del Hospital Dr. Cosme Argerich de la CABA, del Espacio para pacientes con necesidades especiales de atención de salud (NANEAS), capacitado y sensibilizado para contenerlos y acompañarlos, junto a su entorno familiar en esta "Transición."

POBLACIÓN:

N: 98 pacientes de 16 a 23 años en seguimiento desde junio de 2010 a marzo de 2015 con patología crónica (colagenopatías, cardiopatías, trasplantados renales, entre otras)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Habilitación de un consultorio con dos médicas pediatras especialistas en adolescencia trabajando en interdisciplina, con días y horarios definidos, compartiendo el espacio común con otros adolescentes en la sala de espera. Armado de una red de trabajo con especialistas pediátricos y de

adultos. Formalización (ateneos, revista interna) intrahospitalaria de su creación y comunicación a los dos Hospitales Pediátricos cercanos: Dr. Pedro de Elizalde y Prof. Garrahan y planeamiento conjunto de la derivación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Luego de 5 años tenemos nuestras estadísticas que valoran la creación del espacio de Transición para la atención clínico integral de estos adolescentes dando respuestas a su condición de adolescentes y a su enfermedad de base. Armado de la logística de derivación desde los centros pediátricos. Facilitación de la llegada al área de adultos, más amigablemente, mejorando la adherencia y la autonomía. El concepto de "oportunidades perdidas en salud", es nuestro lema para poner el acento en el enfoque y la mirada preventiva en todos los factores de riesgo que actúan sobre esta población. Contención para el grupo familiar

EVALUACIÓN DE LA PREPARACIÓN PARA LA TRANSICIÓN DE LOS ADOLESCENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

RPD
817

Medina V.¹; Jolly M.²; Berner E.³

HOSPITAL DR. COSME ARGERICH (CABA)^{1 2 3}

<dravivianamedina@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La supervivencia de niños a accidentes, enfermedades agudas graves o condiciones genéticas, es una demostración del avance de la medicina, permitiendo una mejoría en los índices de mortalidad neonatal e infantil, pero con un aumento de niños y adolescentes con enfermedades crónicas. El pasaje de la atención pediátrica a centros asistenciales de adolescentes y luego de adultos, denominado transición, es un proceso que debe ser tenido en cuenta por los equipos involucrados. De esta manera se pueden identificar posibles dificultades en los adolescentes, en la continuidad y adherencia al tratamiento

OBJETIVO:

Evaluar el nivel de adaptación al proceso de transición de pacientes adolescentes y jóvenes con patología crónica.

POBLACIÓN:

N 174 adolescentes, entre 16 y 27 años, en condiciones de ser transferidos que eran asistidos en Hospital Juan P. Garrahan de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Es una investigación, descriptiva, transversal, observacional y cuantitativo a partir de una encuesta estructurada. La herramienta utilizada fue un cuestionario desarrollado por G. Sawicki y col., traducido, adaptado y validado para nuestro sistema de salud. Las encuestas fueron realizadas entre el 1 de junio y el 30 de noviembre de 2012.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

La encuesta permitió identificar de manera clara áreas que requieren fortalecimiento, de ese modo, el profesional puede intervenir oportunamente y llevar un seguimiento adecuado mejorando así la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes que inician el proceso de transición.



TALLER DE HABILIDADES RELACIONALES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO

RPD
819

Eymann A.¹; Cacchiarelli N.²; Abramovich N.³; Laszewicki M.⁴; Bruno S.⁵; Flugelman R.⁶; Rodriguez Perez A.⁷

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7}

<alfredo.eymann@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La competencia en comunicación tiene características especiales en el contexto de la práctica pediátrica. El dispositivo de taller es adecuado para la reflexión y aprendizaje de habilidades relacionales.

OBJETIVO:

Reflexión y aprendizaje de habilidades relacionales en estudiantes del internado anual rotatorio

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se invitó a estudiantes que estuvieran cursando pediatría en el IAR. Se les envió por correo electrónico previo al encuentro 4 artículos relacionados con la comunicación y estilos de relación médico-paciente. Cuatro coordinadores separaron a los estudiantes en grupos y utilizaron estrategias de caldeamiento. Cada estudiante narró en su grupo una situación observada de las siguientes áreas: a) comunicar una mala noticia, b) dificultad en la comunicación con padres o paciente y c) estilo de comunicación médico-paciente-familia paternalista, democrático, permisivo, etc. Se eligió una situación por área y representó mediante la técnica de role playing donde se favoreció el intercambio, la discusión y reflexión grupal. Posteriormente, los coordinadores expusieron una presentación de los contenidos bibliográficos enviados. Se compartieron los aprendizajes percibidos como cierre del taller.

Se evaluaron a través de una encuesta anónima las variables: edad, sexo, importancia del tema, utilidad del dispositivo taller y desempeño docente, abordaje de la temática previa, bibliografía, aspectos positivos y negativos.

RESULTADOS:

Participaron 93 estudiantes en grupos de 9 o 10, 64% mujeres, mediana de edad 26 IQ 25-27 años, el 86% consideró muy buena-excelente incorporar la temática comunicación, 75% consideró el uso de dispositivo taller muy bueno-excelente, 90% consideró el desempeño docente muy bueno-excelente, 68% había abordado la temática durante la carrera ocasionalmente o nunca, 65% leyó la bibliografía y el 100% la consideró buena-excelente, los aspectos positivos fueron: compartir experiencias, aprender y reflexionar en grupo, y los negativos: demasiados participantes.

CONCLUSIÓN:

La temática de comunicación fue poco abordada durante la carrera, el dispositivo de taller permitió el aprendizaje y reflexión de los estudiantes.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SELECCIÓN DE RESIDENTES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

RPD
820

Eymann A.¹; Faingold D.²; Reboiras F.³; Durante E.⁴

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

<alfredo.eymann@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las estrategias del proceso de selección para ingresar a una residencia deberían ser válidas y confiables. El sistema de selección analizado requiere un promedio de carrera superior a siete puntos y un examen de selección múltiple de 100 ítems inéditos. Para cada especialidad se selecciona los mejores puntajes del examen para una entrevista personal. La entrevista es conducida por tres profesionales: el director del programa, el coordinador del programa y un profesional de otro servicio.

OBJETIVO:

Estimar la correlación entre el rendimiento académico con el puntaje de la entrevista personal e indagar los factores que los entrevistadores toman en cuenta como determinantes en la entrevista personal para el ingreso a la residencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron los aspirantes que accedieron a la entrevista entre 2008 a 2012. Se definió rendimiento académico al promedio resultante del puntaje de examen (mínimo 0-máximo 100) y el promedio de carrera por 10 (mínimo 70-máximo 100). El puntaje de la entrevista personal resulta del promedio de la puntuación de 3 entrevistadores (mínimo 0-máximo 50). Se analizaron las variables: sexo, universidad de procedencia (Universidad de Buenos Aires, Universidades Nacionales o Universidades Privadas) y perfil de la residencia (clínica, quirúrgica o no clínica ni quirúrgica). Se entrevista a los directores de programas para que definan los aspectos que considera determinantes para elegir el ingreso de residentes.

RESULTADOS:

En el período analizado 1254 aspirantes accedieron a la entrevista y el 59,2% fueron mujeres. El promedio de carrera fue $8,1 \pm 6,6$ y el puntaje de examen $68,1 \pm 7,1$. El rendimiento académico fue $74,9 \pm 5,6$, el puntaje de entrevista $41,6 \pm 6,3$ y la correlación de Pearson 0,2. No hubo asociación significativa por sexo, universidad de procedencia ni perfil de la residencia. Se realizaron entrevistas a los directores de 17 de 30 programas de residencias, el 76,4% fueron hombres y el 64,7% mayor de 55 años. Los directores de programas definieron las siguientes 5 categorías como determinantes para el ingreso: 1) integrarse a un equipo de trabajo, 2) habilidades para comunicarse, 3) motivación para elegir la especialidad e institución, 4) trayectoria académica y las aspiraciones para su desarrollo y 5) intereses no relacionados a la medicina.

CONCLUSIÓN:

La selección de residentes tuvo una baja correlación con el rendimiento académico de los aspirantes y estuvo determinado por la entrevista personal.



A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAHOS) EN UN NIÑO DE SEGUNDA INFANCIA

RPD
821

Limardo P.¹; Suco S.²; Janer M.³; Tantera S.⁴; Penecino A.⁵; Torrents M.⁶; Sosa R.⁷; Vacarezza S.⁸; Morales I.⁹; Yazde Puleio M.¹⁰; Gonzales F.¹¹

HOSPITAL PEDRO ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}

<paulalimardo@gmail.com>

Los trastornos del sueño son un problema frecuente en pediatría. El SAHOS es la aparición de episodios recurrentes de limitación al paso de aire durante el sueño, por alteración anatómico-funcional de la vía aérea superior que conduce a su colapso, provocando descensos de la saturación de oxihemoglobina y microdespertares. Se caracteriza por sueño alterado, ronquido, sudoración excesiva, terrores nocturnos, enuresis, alteraciones neuroconductuales diurnas. Los factores de riesgo: obesidad, hipertrofia amigdalina, alteraciones cráneo faciales, enfermedades neuromusculares. Las comorbilidades incluyen retaso cognitivo, alteraciones del comportamiento, fallo de medro, alteraciones metabólicas y cor. pulmonale. El goldstandar para diagnosticarlo es la polisomnografía nocturna. El tratamiento consiste en adenoamigdalectomía y diferentes modalidades de ventilación no invasiva.

OBJETIVOS:

Describir un caso de SAHOS, diagnóstico y tratamiento.

CASO CLÍNICO:

Niño de 6 años, obeso consulta por dificultad respiratoria durante el sueño y somnolencia diurna. Refiere ronquidos, sudoración al dormir y enuresis nocturna. Antecedentes familiares de obesidad y diabetes. Al examen físico: Peso 54,100 Kg. Pc >97, talla 125 cm Pc 97, IMC 36 Score Z de peso 9,10. Acantosis nigricans e hipertrofia amigdalina grado III/IV. Diagnóstico al ingreso: Sospecha de SAHOS, obesidad mórbida, enuresis nocturna secundaria e hipertrofia amigdalina. Estudios complementarios:

Hemograma normal, laboratorio de síndrome metabólico sólo lipidograma alterado, gases en sangre arterial normales, ECG y ecocardiograma normal. Se realiza polisomnografía nocturna que informa hipoxemia sostenida agravada en decúbito supino asociada a elevado IMC. Síndrome de hipoventilación alveolar secundario a obesidad (S.O.H) y signos de aumento de resistencia de vía aérea superior asociados. La ventilación no invasiva nocturna, con BiPAP produce franca mejoría sintomática y de los parámetros ventilatorios al dormir. Se instauro dicho tratamiento nocturno en sala.

CONCLUSIÓN:

Los trastornos del sueño repercuten en la vida diaria de los niños, en su comportamiento, y capacidad de aprendizaje. El ronquido y el sobrepeso pueden no motivar la consulta médica, por lo que el pediatra debe pesquisar y conocer la patología, en la cual se requiere un marco multidisciplinario para su seguimiento y tratamiento, incluido servicio social dado el alto costo del mismo.

ENFERMEDAD DE ADDISON EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

POB
824

Arcucci M.¹; Morale P.²; Lange M.³; Ariovich A.⁴; Mermelstein C.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1 2 3 4 5}

<soledadarcucci@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Addison se define como la oferta insuficiente de hormonas corticoadrenales debida a la destrucción bilateral de la corteza suprarrenal. El 13% de los casos son de etiología autoinmune, siendo la causa más frecuente de Enfermedad de Addison en niñas entre 3 y 14 años.

La enfermedad de Addison puede estar enmarcada en los síndromes poliglandulares autoinmunes. El tipo 2 es el más frecuente y su fenotipo más habitual asocia dicha enfermedad a diabetes tipo 1 o a tiroiditis crónica.

OBJETIVO

Presentación de un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años con diagnóstico de diabetes tipo 1 insulino dependiente desde los 8 años con buena adherencia al tratamiento. Comienza en el último año con registros de hiper e hipoglucemia, algunos sintomáticos, con convulsiones, vómitos, deshidratación y requerimiento de internación. La niña refiere mal rendimiento escolar, pérdida de la relación con el grupo de pares y además realiza colecho con la madre. Al año de comenzar con dichos síntomas se interna en este hospital por vómitos e intolerancia a la vía oral. Se interpreta el cuadro como cetoacidosis leve.

La paciente presenta hiperpigmentación cutánea generalizada, bajo peso, baja talla y amenorrea de 7 meses.

Dada la fuerte asociación de enfermedades autoinmunes y la presentación compatible con insuficiencia suprarrenal, se realiza dosaje de cortisol: 0.2ug/dl (valores normales: 6-21 ug/dl) y de anticuerpos antiadrenales siendo positivos. Se hace diagnóstico de enfermedad de Addison autoinmune asociado a diabetes tipo 1 insulino dependiente, englobando a la paciente dentro del síndrome poliglandular autoinmune tipo 2. La paciente presenta resto de perfil inmunológico dentro de límites normales. Se inicia tratamiento con hidrocortisona y continúa con tratamiento para el control de su diabetes; mejora significativamente la hiperpigmentación, el peso y los controles de glucemia, sin nuevos episodios de hipoglucemias sintomáticas.

CONCLUSIÓN:

La insuficiencia suprarrenal es un cuadro poco frecuente en pediatría. Sus síntomas son inespecíficos y eso dificulta el diagnóstico temprano, pero si no es reconocida a tiempo, puede generar a largo plazo consecuencias deletéreas e incluso aumentar la mortalidad ante la aparición de crisis adrenales. Es importante sospecharla, realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, sobre todo en pacientes con enfermedades de base autoinmunes, debido a su fuerte asociación.



SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ CON SEVERO COMPROMISO SENSITIVO, A PROPÓSITO DE UN CASO

POB
825

Suco Valle S.¹; Castro N.²; García Pitaro L.³; De Lillo L.⁴; González A.⁵; Mazzeo C.⁶

INTERNACIÓN CLÍNICA PEDIÁTRICA - CEM 5 - HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6}

<mdsofiasuco@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una enfermedad autoinmune caracterizada por debilidad simétrica, rápidamente progresiva, de comienzo distal. Predomina en niños entre 5-9 años y adolescentes, con más incidencia en varones. En 2/3 de los casos se constata antecedente de una infección respiratoria o gastrointestinal 15 días previos, siendo el germen más vinculado el *Campylobacter jejuni*. Clásicamente se presenta como una polineuropatía motora ascendente precedida de síntomas sensitivos como parestesias o entumecimiento distales, que se acompaña de arreflexia o hiporreflexia, dolor en miembros y/o espalda que puede ser tan intenso que domine la clínica. El diagnóstico es clínico y se complementa con estudios de líquido cefalorraquídeo, donde típicamente se observa disociación albúmino-citológica al séptimo día del comienzo de la enfermedad. Los estudios neurofisiológicos como el electromiograma muestran una disminución de la velocidad de conducción en 80% de los casos. El tratamiento consiste en gammaglobulina endovenosa y eventual plasmaféresis.

OBJETIVO:

Describir el caso de SGB con una presentación poco habitual de difícil manejo del dolor.

CASO CLÍNICO:

Niño de 4 años que inicia 72 hs previas con dolor en miembros inferiores, trastorno de la marcha e impotencia funcional progresiva. No refiere antecedentes patológicos personales. Es evaluado por guardia donde se interpreta como SGB y se interna para pasaje de gammaglobulina.

Durante su internación pese al tratamiento, permanece con el miembro inferior izquierdo en flexión, dolor 10/10, impotencia funcional e hiporreflexia patelar, sin progresión de la parálisis ni alivio del dolor. Al día siete de iniciada la clínica se realiza punción lumbar con líquido límpido, incoloro, sin elementos, glucorraquia 69 mg/dl (glucemia de 126 mg/dl), proteinorraquia 2.3 g/l, con lo que se confirma el diagnóstico. Por persistir con dolor se inicia tratamiento con pregabalina, tramadol y kinesioterapia motora. Se realiza RMN de columna lumbosacra con gadolinio que informa polirradiculopatía desmielinizante aguda. Se repite pasaje de otras dos dosis de gammaglobulina. Persiste con impotencia funcional, con buena respuesta analgésica.

CONCLUSIÓN:

La forma de presentación sensitiva con dolor agudo en el SGB es frecuente en pediatría, detectándose hasta en un 45% de los casos. La variante sensitiva motora puede dejar secuelas y requiere a veces de un intenso tratamiento analgésico.

ENFERMEDADES MITOCONDRIALES. CASOS CLÍNICOS EN PEDIATRÍA

POB
826

Pereyra M.¹; Gatica C.²; Dri J.³; Gamboni M.⁴; Carbajal C.⁵; Elescano A.⁶; Szlago M.⁷

HOSPITAL PEDIÁTRICO DR NOTTI^{1 2 3 4 5 6}; FESEN⁷

<marcela_pereyra@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Presentación de 4 casos con Enfermedad Mitocondrial seguidos en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo de un Hospital Pediátrico.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS:

Caso 1: varón nacido el 18/02/05. No consanguinidad. Una hermana melliza. Hipoacusia neurosensorial bilateral (HNSB), debilidad muscular y ptosis palpebral. RMN cerebro hiperintensidad de ganglios de la base. Acidosis láctica, ácidos orgánicos y acil-carnitinas compatibles con trastorno mitocondrial. Biología Molecular: Delecciones grandes únicas del ADN mt. S^o Kearns Sayre. Audífonos, oftalmoplejía externa progresiva (OEP). Bloqueo cardíaco: marcapasos. Fallece a los 8 años.

Caso 2: mujer de 10 años, melliza. Retraso de crecimiento desde nacimiento. Alimentación por SNG intermitente. Acantosis, debut diabético a los 5a. Acidosis láctica, ácidos orgánicos y acil-carnitinas compatibles con trastorno mitocondrial. Sospecha de S^o Kearns Sayre. HNSB, audífonos, miopatía, ptosis palpebral, retinitis pigmentaria, mal control metabólico. RMN cerebro: Hiperintensidad de ganglios de la base. Biología Molecular: por MLPA en sangre normal. Pendiente biopsia muscular.

Caso 3: mujer de 18 años, nacida el 11/05/97, adoptada, sospecha de consanguinidad familiar. RCIU y posnatal, desarrollo acorde. HNSB con implante coclear. Miopía progresiva, infecciones respiratorias, trastorno deglutorio progresivo. Debut diabético 14a. TAC cerebro hipodensidad de Núcleos Lenticulares. Biología Molecular: MLPA en sangre compatible con S^o Kearns Sayre. Bloqueo cardíaco con marcapasos. Mal control metabólico, debilidad muscular progresiva y mialgias.

Caso 4: mujer de 12 años, nacida el 21/09/02. RNPT. Epilepsia. RM. Desnutrición crónica. Hipomimia facial, ptosis palpebral. Infecciones respiratorias. Hipertricosis. Acidosis láctica. TAC cerebral: hiperdensidad en núcleos basales, hipodensidades en SB e hipotrofia hemisferios cerebrales. Antecedentes: ACV de la mamá y 2 hermanas. Biología Molecular: MLPA en sangre compatible con MELAS.

CONCLUSIONES:

Las enfermedades mitocondriales son errores congénitos del metabolismo (ECM) producidos por deficiencia en la biosíntesis del ATP. Causadas por alteraciones en el ADN mitocondrial y nuclear, con distintos patrones de herencia (materna o mendeliana). Gran variabilidad fenotípica, diagnóstico complejo que requiere participación interdisciplinaria. Individualmente poco frecuentes pero en su conjunto son las más comunes dentro de los ECM.



EDEMA AGUDO HEMORRAGICO DEL LACTANTE O ENFERMEDAD DE FINKELSTEIN

RPD
827

Contreras S.¹; Porra C.²

HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO^{1,2}

<sncontreras@hotmail.com>

OBJETIVOS:

Dar a conocer sobre esta tipo de patología para poder brindar un tratamiento adecuado, evitando la confusión con otros diagnósticos diferenciales. Introducción: El Edema Agudo Hemorrágico del Lactante (EAHL) es una forma poco frecuente de vasculitis aguda leucoclastica, de pequeños vasos, caracterizada por FIEBRE, LESIONES PETEQUIALES y EQUIMOSIS DOLOROSAS QUE SE TORNAN EDEMATOSAS Y ADOPTAN LA FORMA DE HALO DE DISTRIBUCION CENTRIFUGA .Afecta a lactantes menores de 2 años con historia reciente de infección de vía aérea alta, fármacos o vacunas.Su evolución es benigna con recuperación espontánea en 1 a 3 semanas, sin dejar secuelas. Aparición frecuente en meses de invierno. El laboratorio puede cursar o no con leucocitosis, trombocitosis, linfocitosis y eosinofilia.

CASO CLINICO:

Niño de 9 meses de vida derivado con diagnostico de síndrome purpúrico que ingresa a nuestro Hospital por presentar irritabilidad y lesiones tipo purpúrico-petequiales. A la exploración destacaba: lesiones hemorrágicas purpúrico-edematosas localizadas en miembros inferiores y superiores, que no desaparecían a la vitropresion, edema facial y de miembros inferiores acompañados de dolor, asociado a faringe congestiva. En su 2º día de Internación presentó un nuevo brote de características similares. Se realizó interconsulta con dermatología llegando al diagnóstico de EAHL. Permaneció en observación con controles de tensión arterial y tratamiento sintomático. Se realizaron estudios complementarios descartando otros diagnósticos. Resolución del cuadro en 10 días.

CONCLUSION:

Se destaca la necesidad de estar alerta y ampliar la búsqueda de diagnósticos diferenciales ante aquellos pacientes menores de 2 años que presenten sintomatología y resultados de laboratorio compatible con esta patología para realizar un diagnostico precoz, tratamiento oportuno y poder así garantizar a la familia un pronóstico adecuado.

A PROPOSITO DE UN CASO: ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN UN PACIENTE DE 5 AÑOS

RPD
829

Olea M.¹; Narchi A. S.²

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS¹; HOSPITAL ELIZALDE DE BUENOS AIRES²

<ceciconc@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Síndrome febril prolongado es fiebre durante más de 21 días de causa indeterminada luego de 7 días de investigación. Las causas más frecuentes son infecciosas, colagenopatías y neoplasias. Dentro de estas la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) es un grupo de entidades caracterizadas por artritis de origen desconocido, que comienza antes de los 16 años y que dura más de 6 semanas.

OBJETIVOS:

Presentar una forma atípica de AIJ y mostrar que para llegar al diagnóstico se requiere estudiar al paciente de forma interdisciplinaria.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Varón de 5 años, sin antecedentes de relevancia; comenzó con gonalgia derecha e impotencia funcional, seguido de un período asintomático de 3 meses, iniciando con episodios febriles diarios durante 2 meses. Se acompañó de rash cutáneo, artralgias de forma aislada; se interna para estudio. Buen estado general. Eutrófico, Lesiones de rascado en tronco. Hidroartralgia leve en rodilla derecha. Presenta Bicitopenia, (anemia y plaquetopenia), con neutrofilia. PCR yVSG de 35mg/d. Se descartaron causa infecciosa por serologías negativas, no se aislaron gérmenes en hemocultivos, urocultivos e hisopado de fauces, Rx de tórax y Tomografía cerebral normales. Se realizan hematológicos confirman bicitopenia. PAMO (2) normales. Se descarta neoplasia. Inmunología: Inmunograma normal. Se descartaron síndrome de activación macrofágica, inmunode-

ficiencia primaria. Se estudia causa sistémica: Ecografía abdominal y TAC toraco-abdominal con Hepatoesplenomegalia, estarevelaserositis pleural y pericárdica. Nuevos laboratorios demostraron aumento de Ferritina (395 ng/ml) y VSG >120 mm/hora. Anticuerpos Anti DNA positivo 1/160. FAN positivo 1/640. Se realiza el diagnóstico de artritis sistémica, realizando tratamiento con Metilprednisona, con buena evolución.

CONCLUSIÓN:

El caso presentado reúne los criterios para AIJ sistémica, lo habitual es encontrar trombocitosis, nuestro paciente se acompañó de plaquetopenia y Anticuerpos positivos (no es típico en esta enfermedad).



DETECCIÓN DE INFECCIÓN POR *TRYPANOSOMA CRUZI* EN VECTORES Y POBLACIÓN DE ÁREAS DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICO DEL GRAN MENDOZA. ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL

POB
830

Sarcillo A.¹; Cargnelutti. D.²; Salomón C.³; Carrizo L.⁴

FCM- UNCUYO1 2 ; LABORATORIO DE REFERENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. DR. EMILIO CONI3 ; FCM- UNCUYO4
<carrizolilianac@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Chagas es un problema grave de salud pública. INCO-SUR (2011) incluyó a Mendoza en el grupo de provincias con alto riesgo de transmisión vectorial. En estudios en escuelas urbanomarginales detectamos 0,74% de niños con serología positiva para la infección por *Trypanosoma cruzi*.

OBJETIVO GENERAL:

Según el Departamento de Epidemiología de Mendoza entre los casos de Chagas notificados entre 2007 y 2013, existe un significativo porcentaje de menores de 14 años de edad que presentan la infección en el periodo asintomático (15% aproximadamente) sin considerar el subregistro existente. Esto demuestra la necesidad de realizar la "búsqueda activa" de estos casos factibles de ser tratados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Detectar casos positivos de infección por *Trypanosoma cruzi*, y
- Determinar la situación epidemiológica de los habitantes de las zonas próximas a las escuelas previamente estudiadas.

METODOLOGÍA:

Tipo de Estudio: descriptivo transversal.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

41 individuos (edades: 11 meses a 49 años. 9 varones; 32 mujeres). En las áreas definidas para el estudio se realizó:
Búsqueda activa de *Triatoma infestans* (hora/hombre).
Encuestas de riesgo epidemiológico.
Encuesta serológica (HAI, ELISA, IFI).

RESULTADOS:

Situación serológica: 4 de las 41 muestras estudiadas fueron positivas para *T. cruzi*, (1 niño de 12 años, 3 mayores de 19 años).
Situación epidemiológica: se evaluaron 14 viviendas y se determinó que el 100% eran viviendas mixtas. En ninguna de ellas se encontró el vector o sus rastros, tampoco gallineros. En 10 de las viviendas encuestadas tenían perros y/o gatos.

CONCLUSIÓN:

Tradicionalmente las áreas urbanomarginales son consideradas de bajo riesgo epidemiológico de infección por *T. cruzi*. En el presente estudio detectamos un importante número de casos positivos, entre los que destacamos un niño de 12 años, sin diagnóstico previo. Estos hallazgos, acompañados de una situación de riesgo epidemiológico, reafirman la importancia de la búsqueda activa de esta infección, principalmente en niños en los que el tratamiento es muy efectivo.

INSUFICIENCIA CARDÍACA SECUNDARIA A SAHOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO

RPD
831

Fernandez Rivas M.¹; Gestoso R.²; Perez M.³; Alarcón A.⁴; Herves A.⁵
HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4,5}

<maxi_085@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de apneas-hipopneas obstructivas del sueño consiste en la aparición de episodios recurrentes de limitación al paso del aire durante el sueño, como consecuencia de una alteración anatómico-funcional de la vía aérea superior que conduce a su colapso, provocando descensos de la saturación de oxihemoglobina y microdespertares. Este síndrome tiene múltiples formas de presentación entre las cuales algunas pueden ser graves para la salud y poner en compromiso la vida, como la insuficiencia cardíaca.

OBJETIVO:

Describir un caso clínico de SAHOS cuya forma de presentación fue insuficiencia cardíaca.

Materiales y métodos: descripción de un caso clínico de un paciente de 4 años con insuficiencia cardíaca por SAHOS internado en un hospital pediátrico.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 4 años de edad que es llevado a la consulta por presentar dificultad respiratoria, hemoptisis y edema de manos y miembros inferiores de 7 días de evolución. Al examen físico se encuentra con compromiso del estado general, taquicárdico y taquipneico con saturometría de 89 % con aire ambiente, hipertrofia amigdalina, hepatomegalia, dedos en palillo de tambor, edema en miembros inferiores y manos godet positivo, rales crepitantes bibasales.

Se solicitó ecocardiograma que reveló: normoconexión de cámaras y vasos, dilatación de aurícula y ventrículo derecho, hipertrofia moderada de VD, alteración de la función del VD, dilatación de arteria pulmonar, signos indirectos de hipertensión pulmonar moderada.

Con la sospecha clínica de SAHOS se realizó una polisomnografía: EEG s/p. Numerosos episodios de descenso de la saturación de la oxihemoglobina en el marco de una acentuada incidencia de HIPOAPNEAS y en menor medida de APNEAS obstructivas. Estos patrones se destacan especialmente en decúbito dorsal y flexión cefálica, concomitantemente con incremento de los ronquidos.

Se realizó diagnóstico de INSUFICIENCIA CARDÍACA SECUNDARIA A SAHOS.

CONCLUSIÓN:

La insuficiencia cardíaca como forma de presentación del SAHOS es poco frecuente pero pone en compromiso la vida del paciente, más frecuente en pacientes con cardiopatías congénitas. Sin embargo, no se debe perder de vista que, sin amenazar la vida, muchas de las complicaciones de este síndrome disminuyen la calidad de vida diaria afectando la actividad física y mental así como el crecimiento y desarrollo. Aumentar la sospecha de SAHOS en los controles de salud permitirá hacer un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.



LEUCEMIA MIELOMONOCITICA JUVENIL.A PROPOSITO DE UN CASO

Gerez M.¹; Caronna G.²

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS^{1,2}

<mvgs3@hotmail.com>

RPD
832

INTRODUCCIÓN:

La leucemia mielomonocítica juvenil (LMMJ) es una neoplasia hematológica agresiva, infrecuente en niños muy pequeños, y el trasplante de médula ósea (TMO) parece ofrecer la mejor opción curativa.

OBJETIVO:

Presentar un caso de LMMJ en un niño de difícil diagnóstico hematológico.

CASO CLÍNICO:

Varón de 1 año de edad, sano, inmunitarios incompletos. Consultó por cuadro de 72 hs de evolución con tos y catarro de vías aéreas. Ingresó con palidez cutaneomucosa, eritema en tronco, petequias y hematomas generalizados, adenopatías inguinales y hepatoesplenomegalia. Pancitopénico, se realizó punción aspiración de médula ósea (PAMO) con 8% de elementos inmaduros. Se investigaron infecciones asociadas, con PCR + para Citomegalovirus (CMV), se interpretó como freno medular de origen viral, recibió 4 dosis de gammaglobulina y se externó. Reingresó pancitopénico por intercurencia con infección respiratoria por metaneumovirus y gastroenteritis por rotavirus. Permaneció internado 1 mes en plan de estudios, se realizó segunda PAMO (normal). Serologías Epstein Barr virus (EBV) y Parvovirus B19 +, recibió 3 dosis de gammaglobulina. Poblaciones linfocitarias normales. Resolvió cuadro infeccioso y se externó. Se internó nuevamente pancitopénico con altos requerimientos

transfusionales, marcada hepatoesplenomegalia y dermatitis generalizada. Se realizó tercera PAMO (muestra insuficiente). Se derivó a centro de mayor complejidad en donde se realizó cuarta PAMO diagnosticándose finalmente LMMJ; y además biopsia de piel que informó dermatitis papuloerosiva de Jacquet. Inició tratamiento con hidroxiurea con buena respuesta, retornó a provincia de origen para seguimiento de tratamiento.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico de la LMMJ en este paciente se realizó a los 3 meses de iniciados los síntomas a pesar de alta sospecha de enfermedad hematológica e inmunosupresión asociado a la presencia de infecciones con rescate microbiológico y PAMO que no fueron concluyentes. Actualmente el niño se encuentra en recuperación nutricional, recibiendo tratamiento quimioterápico con azacitidina en la espera de resultados de histocompatibilidad en plan de TMO.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

HC 759444. Archivo HNJ.

Neoplasias mielodisplásicas. Tratamiento. Instituto Nacional del Cáncer. Protocolo 1SMD 2000. Estudio prospectivo para el diagnóstico y tratamiento de los SDM en niños. Bone Marrow Transplant. 2000.

SÍNDROME MALFORMATIVO MÚLTIPLE EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE EXPOSICIÓN LABORAL MATERNA AL LINDANO DURANTE EL EMBARAZO.

Ortiz Araya V.¹; Fantín S.²; Garrido J.³; Negro M.⁴; Castagna A.⁵; Fraga M.⁶; Slavsky A.⁷; Selandari J.⁸

SANATORIO GÜEMES^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<vale1585@hotmail.com>

RPD
833

INTRODUCCIÓN:

El lindano es un insecticida organoclorado que se utiliza con fines agrícolas y en otras industrias. También tiene uso como ectoparasiticida en animales y humanos. El riesgo de producir malformaciones fetales por exposición durante el embarazo es controvertido.

OBJETIVO:

Reportar un caso de un paciente con múltiples malformaciones, hijo de madre con antecedente de exposición laboral al lindano durante la gestación.

Revisar la información existente sobre efectos teratogénicos del lindano.

CASO CLÍNICO:

G5/P2/C2/Ab1 (espontáneo). RNT/PAEG. Cesárea por cesárea previa, embarazo controlado sin patología. Madre de 38 años, sana. Se desempeñaba durante el embarazo en una empresa textil, debiendo sumergir telas en solución que contenían lindano como proceso de descontaminante previo a su manufacturación. No contaba con ningún elemento de protección. Niega ingesta de medicamentos así como otras exposiciones tóxicas. Diagnóstico posnatal de síndrome malformativo múltiple, con dismorfias faciales, déficit severo de miembros (hipoplasia bilateral de fémur y agenesia bilateral de peroné), hemivértebras dorsales y riñón en herradura. Esoforia de ojo derecho. Audición conservada. Cariotipo 46,XX.

Evoluciona con microcefalia adquirida y retraso madurativo global severo. Presenta crisis de ausencias, medicada con levetiracetam y ácido valproico. Apneas centrales y trastorno deglutorio con síndrome aspirativo. Actualmente oxígeno dependiente. Requiere cirugía de Nissen y gastrotomía. En plan de traqueostomía. En régimen de internación domiciliaria.

CONCLUSIONES:

Múltiples estudios en animales reportan incremento de distintas malformaciones, abortos y retraso del crecimiento fetal por exposición gestacional al lindano. También se informa acerca de su efecto disruptor del sistema endocrino.

No hay evidencia concluyente de teratogenia en humanos, aunque hemos encontrado reportes aislados de aumento de diversas malformaciones en poblaciones expuestas ambientalmente.

Las características fenotípicas de la paciente coinciden con las de una embriopatía tóxica y la exposición materna sostenida al lindano ocurrió durante el período de organogénesis, por vía transdérmica e inhalatoria. Teniendo en cuenta la imposibilidad de realizar ensayos clínicos aleatorizados con sustancias potencialmente teratogénicas, creemos importante la comunicación de este caso, ya que la sumatoria de reportes similares puede contribuir a establecer causalidad.



LUPUS NEUROPSIQUIÁTRICO EN EDAD PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Fernandez M.¹; Quintana C.²; Clavijo M.³; Dericco A.⁴; Frenkel S.⁵; Garcia A.⁶; Muñoz Tacan A.⁷

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR A. POSADAS^{1,2,3,4,5,6,7}

<mvictoriafernandez@hotmail.com>

RPD
835

INTRODUCCIÓN:

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica con una amplia variabilidad clínica, evolución crónica y pronóstico variable. Las manifestaciones neuropsiquiátricas (MNP) se presentan en aproximadamente 20-45% de los niños y adolescentes con LES. En 75-80 % de los pacientes hay afectación del sistema nervioso central durante el primer año tras el diagnóstico siendo infrecuente como síntoma inicial de la enfermedad. Las MNP son diversas e incluyen: cefalea; disfunción cognitiva, convulsiones; lesión vascular hemorrágica y trombótica; trastornos del movimiento; enfermedad desmielinizante daño inflamatorio, incluyendo meningitis no infecciosa y mielitis transversa.

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo femenino de 12 años de edad, sin antecedentes de importancia es admitida por convulsión tonicoclónica generalizada para estudio. Se realizaron estudios complementarios incluyendo imágenes. Con EEG patológico inicia tratamiento con carbamacepina. Resto de estudios dentro de límites normales. Un año después consulta por cuadro

respiratorio febril de 72 hs de evolución. Al examen físico: rash malar con compromiso pabellones auriculares, fotosensibilidad, úlceras orales y nasales, artritis de ambas rodillas por lo cual se interna. Se evidencia en exámenes complementarios reactantes de fase aguda elevados, FAN + patrón homogéneo 1/1280, Anti DNA +; hipocomplementemia. Anticardiolipinas + títulos bajos. Orina normal. La niña reunió Criterios Clasificación de LES por lo cual inicio tratamiento inmunosupresor con corticoides, hidroxicloroquina y modificación a clobazán.

CONCLUSIÓN:

En la evaluación de pacientes con convulsiones debe considerarse el diagnóstico diferencial de enfermedades autoinmunes como LES, vasculitis y Síndrome antifosfolípido. La supervivencia del LES ha mejorado en la última década gracias a su diagnóstico y tratamiento precoz, sin embargo, su pronóstico continua siendo grave si presenta afectación renal, neurológica, hipertensión arterial y edad temprana al diagnóstico.

PIOVENTRICULITIS POR *ESCHERICHIA COLI* EN PACIENTE CON MIELOMENINGOCELE (MMC) CON VÁLVULA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL (VDVP). A PROPÓSITO DE UN CASO

Patterson A.¹; Amoretti M.²; Tamashiro C.³

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

<aguspatterson@gmail.com>

RPD
836

INTRODUCCIÓN:

Al menos un 90% de los pacientes con MMC presentan hidrocefalia y requieren derivación de la misma en forma precoz. Dentro de las complicaciones de las VDVP la más frecuente es la infección del sistema de derivación (pioventriculitis). Los agentes patógenos causales son en la mayoría gérmenes Gram positivos (St. Coagulasa negativo, St. Aureus) y secundariamente Gram negativos (Pseudomona, Klebsiella, E.Coli).

OBJETIVO:

Presentar un caso de pioventriculitis por E. Coli en una paciente con MMC y VDVP.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 5 años, con MMC, VDVP y vejiga neurogénica consulta por presentar dolor abdominal difuso, vómitos y fiebre de 24 hs de evolución. Sin signos de foco, pulsor valvular elástico, sin clínica de hipertensión endocraneana. Por intolerancia a la vía oral se decide internar. Al 2º día persiste febril, con reacción peritoneal generalizada. Se realiza ecografía abdominal que informa aumento de la ecogenicidad en fosa ilíaca derecha y perivesical adyacente al psoas, manteniendo conducta expectante. Al 3º

día por continuar con la misma clínica se realiza laparotomía exploratoria observando pared intestinal hiperémica con placa de fibrina y adherencias en la zona perivalvular. Se retira y cultiva el dispositivo abdominal y se exterioriza el trayecto a nivel del tórax. Ingresan muestras de LCR, líquido peritoneal y fibrina de la zona peritoneal para cultivo. Se amplía esquema antibiótico a Meropenem y Vancomicina a dosis meningéas. La paciente evoluciona de forma favorable, afebril y mejorando la clínica abdominal. Al 5º día se reciben resultados de cultivo de LCR, punta de catéter, líquido peritoneal y fibrina todos positivos para E.Coli. Con diagnóstico de pioventriculitis se realiza extracción del sistema valvular, cumpliendo antibiótico con cefotaxime ajustado a sensibilidad por 21 días. Al finalizar dicho tratamiento, con tres cultivos de LCR negativos, se recoloca válvula de derivación ventrículo atrial con buena evolución.

CONCLUSIÓN:

En pacientes con VDVP que se presentan con dolor abdominal, intolerancia alimentaria y signos clínicos de peritonitis se debe descartar disfunción del catéter distal. Confirmada la pioventriculitis el tratamiento de elección es extraer el sistema de derivación, completar esquema antibiótico y con cultivos negativos recolocar nuevo sistema.



ASOCIACIÓN ENTRE EL BAJO PESO AL NACER Y EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MATERNA EN ARGENTINA EN 2013

RPD
837

Bossio J.¹; Arias S.²; Armando G.³

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONTI"^{1,2,3}

<jcbossio@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

El bajo peso al nacer (BPN) se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad infantil. El estudio de sus determinantes contribuirá a identificar posibilidades de prevención.

OBJETIVOS:

Describir la ocurrencia de BPN en nacidos vivos de 37 a 45 semanas de gestación y su asociación con el nivel de instrucción materno en Argentina. POBLACIÓN: Nacidos vivos (NV) de 37 a 45 semanas de gestación registrados en 2013.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio transversal de la base de datos de NV de la Dirección de Estadísticas de Salud (DEIS) para 2013. Se seleccionaron los NV entre 37 y 45 semanas de gestación y se estratificaron según intervalo de peso al nacer y máximo nivel de instrucción alcanzado por la madre. Se calculó el porcentaje de BPN, menos de <2500 gramos, total y según nivel de instrucción de la madre, con su intervalo de confianza al 95%. Se compararon los porcentajes utilizando el test de diferencia de proporciones y la significación estadística se expresó con el valor del p. Se emplearon los programas Excel 2013 y EpiDat 3.1.

RESULTADOS:

De 754.603 NV en 2013, 11.462 (1,52%) no tenía registrado el tiempo de gestación al nacer. De los 743.141 NV restantes, 678.601 (91,32%) tuvo de 37 a 45 semanas de gestación y 675.524 (99,55%) tuvo registro del peso al nacer.

El BPN fue 2,94% (2,91; 2,98) y este valor fue mayor entre las madres con menor nivel de instrucción.

El mayor porcentaje de BPN se registró en madres sin instrucción: 4,04% (3,24; 4,83); cifra 54,8% mayor que con ciclo terciario o universitario incompleto ($p < 0,0001$): 2,61% (2,46; 2,75), que fue el menor porcentaje: 2,61% (2,46; 2,75).

El BPN fue mayor en las madres sin instrucción que en las madres con primario completo o mayor nivel de instrucción ($p < 0,0099$), y no hubo diferencia estadísticamente significativa con las madres con escolaridad primaria incompleta ($p = 0,0735$): 3,34% (3,15; 3,53).

En madres con escolaridad primaria incompleta, el BPN fue mayor que en madres con escolaridad primaria completa o mayor nivel de instrucción ($p < 0,0256$). También hubo diferencias estadísticamente significativas entre madres con escolaridad primaria completa, 3,11% (3,02; 3,20) y con escolaridad secundaria incompleta o mayor nivel de instrucción ($p < 0,0315$); y entre madres con secundario incompleto, 2,97% (2,89; 3,06) y con secundario completo o mayor nivel de instrucción ($p < 0,0001$). No se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,1417$) entre madres con secundario completo, 2,73% (2,66; 2,81) y con terciario o universitario incompleto: 2,61% (2,46; 2,75); pero sí entre ambos grupos y con nivel terciario o universitario completo, que tuvo BPN mayor: 2,92% (2,81; 3,03); $p = 0,0054$ y $p = 0,0009$, respectivamente.

CONCLUSIONES:

El BPN afecta a 2,94% de NV no prematuros en Argentina y la proporción aumenta en madres con menor nivel de instrucción. La diferencia estadísticamente significativa en el BPN entre las madres con primaria incompleta o menor nivel de instrucción respecto del resto de los grupos debiera servir de indicador para fortalecer el control de sus embarazos.

DESARROLLO DE UN PROGRAMA MASIVO DE CAPACITACIÓN EN RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA- UNIDAD ACADÉMICA

RPD
838

Vassallo J.¹; Prudencio C.²; Rocatagliata, G.³; Rodriguez Perez A.⁴; Buamscha, D.⁵; Gonzalez, C.⁶; Bravo, N.⁷; Gomez, S.⁸; Rios M.⁹; Farizano, M.¹⁰; Bossi, L.¹¹; Villois, F.¹²; Caceres, L.¹³; Rodriguez, S.¹⁴

HOSPITAL DE PEDIATRÍA GARRAHAN^{1,2,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14}; HOSPITAL DE PEDIATRÍA GARRAHAN- FACULTAD DE MEDICINA UBA³; FACULTAD DE MEDICINA UBA⁴

<jcvassallo@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

La reanimación cardiopulmonar (RCP) se considera una de las competencias imprescindibles de los alumnos del último año de medicina que cursan el Internado Anual Rotatorio (IAR). El Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la UBA, el Programa ERA de la SAP y el Hospital Garrahan implementaron una innovadora propuesta de capacitación, adaptada esta gran población de estudiantes.

OBJETIVOS:

Evaluar la factibilidad, desempeño y satisfacción de un programa de capacitación masiva en RCP básica, desobstrucción de la vía aérea con cuerpo extraño (OVACE) y uso de Desfibrilador Automático Externo (DEA), para la totalidad de los alumnos del IAR de manera obligatoria, certificable y gratuita. Material y métodos. Ámbito: CeSim - Centro de Simulación del Hospital Garrahan. Se generó un curso de 2 horas de duración, con material bibliográfico específico disponible en la web, de alto contenido práctico, presencial, supervisado y con evaluación teórica – práctica final; el mismo está basado en recomendaciones con demostrada efectividad en proveer competencias adecuadas en RCP de alta calidad, Ventilación con Bolsa y Mascarilla, Resolución de OVACE y Uso de DEA.

RESULTADOS:

Se realizaron 24 cursos desde el inicio en marzo del 2011, hasta mayo 2015, con un total de 4.635 alumnos. El 96% de los alumnos completo y aprobó el curso; En opinión de los alumnos, el 98% lo consideró excelente o muy bueno; con relación al material bibliográfico, el 98% lo consideró excelente o muy bueno. El 85 % consideró suficiente la duración del curso. Con respecto a la participación en las diferentes actividades prácticas, el 99% lo consideró excelente o buena. Con respecto a las estaciones de OVACE y el uso de DEA el 90% las consideró excelentes o buenas.

CONCLUSIONES:

Implementar y dar continuidad a un programa de capacitación de características masivas en RCP básica, con entrenamiento en desobstrucción de la vía aérea con cuerpo extraño (OVACE) y uso de Desfibrilador Automático Externo (DEA) en un Hospital Público, de manera obligatoria y gratuita para la totalidad de los alumnos de medicina del IAR de la UBA, es factible y sustentable en el tiempo. El programa de capacitación se realizó en más de 4500 alumnos, con éxito en relación a la incorporación de estas competencias, de manera evaluable y certificable, y con amplia aceptación por parte de los usuarios.



DÉFICIT DE VITAMINA B12 POR HIPOAPORTE SEVERO EN LACTANTE

RPD
839

Saus E.¹; Dupuy A.²

HOSPITAL DE NIÑO JESUS TUCUMAN^{1,2}

<elisasaus@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La deficiencia de Vitamina B12 presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas. Estas han sido mayoritariamente descriptas en series de casos de lactantes de mujeres con depósitos insuficientes, ya sea de causa endógena (anemia perniciosa) o nutricional (vegetarianas). Un hijo de madre deficiente en Vitamina B12 puede nacer con la deficiencia o presentarla después, si recibe lactancia materna exclusiva

OBJETIVO:

Reportar un caso para concientizar a médicos pediatras sobre la etiología del déficit de Vitamina B12 y las implicancias clínicas del mismo.

Descripción del caso: Paciente de 5 meses de edad alimentada con lactancia materna exclusiva. Sin antecedentes patológicos de relevancia, consulta por convulsión, diarrea y vómitos. Presentaba enfermedad de 20 días de evolución con hipotonía generalizada con pérdida de pautas madurativas ya adquiridas (sostén cefálico, sonrisa social). Se interno por deshidratación secundaria a gastroenteritis, síndrome convulsivo y pancitopenia con neutropenia febril, acompañado de acidosis metabólica

con gap aumentado e hiperamoniemia. Se sospechó acidemia orgánica (acidemia metilmalónica) vs déficit de vitamina B12, se tomo muestra de sangre y orina para dosaje de ácidos orgánicos, hallándose ácido metilmalónico en orina. Se realizó dosaje de vitamina B12 constatándose un déficit severo. Inicio tratamiento con hidroxocobalamina y carnitina y se midió vitamina B12 a la madre. Se determinó déficit severo de Vitamina B12 en sangre materna y antecedentes de anemia crónica no estudiada. Se diagnóstico déficit de Vitamina B12 por hipoaporte severo. La paciente recupero pautas madurativas, cesaron las convulsiones y continuo con aportes de vitamina VO e inicio alimentación complementaria a los 6 meses.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN:

La deficiencia de Vitamina B12 no es frecuentemente sospechada por el pediatra en lactantes previamente sanos. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y el deterioro del desarrollo psicomotor es progresivo. Es importante siempre realizar a la madre una anamnesis nutricional y de enfermedades previas para el diagnóstico precoz de esta patología.

PRESENTACION ATIPICA CRISIS LUPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
840

Cruz L.¹; Zapata P.²; Bustamante Marroig P.³

HOSPITAL REGIONAL DE COMODORO RIVADAVIA^{1,2,3}

<drveracruz@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad inflamatoria crónica de naturaleza autoinmune, de etiología desconocida en la que hay un daño celular y tisular por auto anticuerpos y que cursa con amplio espectro de manifestaciones clínicas.

La enfermedad multisistémica al principio pueda afectar a un solo un órgano, siendo afectación articular 80%, eritema malar 55%, lupus discoide 15%, afectación renal 28%, fenómeno de Raynaud 24%, serositis 36%. En el 90% afecta a mujeres en edad fértil, aunque puede presentarse en la infancia. Su frecuencia en la infancia es de 0.53 a 0.6 por 100.000 habitantes.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de un paciente con presentación y evolución atípica de Lupus Eritematoso Sistémico.

CASO

Niña de 6 años con antecedente ITU por Escherichia Coli, que cumple con tratamiento adecuado. A las 72 hs comienza con dificultad respiratoria, fiebre, edemas, oligoanuria y astenia. Se constata derrame pleural

bilateral colocándose tubo de drenaje pleural evoluciona rápidamente a insuficiencia respiratoria aguda. Ingresó en ARM, termodinámicamente inestable, derrame pericárdico, ascitis e insuficiencia renal. En el laboratorio de ingreso presenta anemia y déficit de factores de coagulación K dependientes, creatinina y urea en aumento, ionograma normal. A las 48 hs pancitopenia, eritrocitos crenados, hipoalbuminemia, hipocomplementemia, proteinuria trazas, líquido pleural trasudado, cultivos negativos. Se solicita Ac para colagenopatías que informa: valores normales para cardiolipina y títulos altos para lupus (FAN 1/1280, Anti Ro Anti La, Anti RNP positivos, Anti Sm cut-off, Anti DNA 1051UI/ml) lo cual inicia con pulsos de metilprednisolona con leve mejoría de la función renal.

Al retirar la sedoanalgesia, no hay respuesta a estímulos dolorosos se realiza TAC ecéfalograma que informa ACV hemorrágico con múltiples focos y el ECO doppler cerebral presenta ausencia flujo arterial compatible con muerte encefálica.

CONCLUSIÓN

Actualmente, la crisis lúpica tiene alta mortalidad sin un tratamiento adecuado. Ante la sospecha clínica de Lupus Eritematoso Sistémico se deberá iniciar tratamiento temprano para disminuir la morbimortalidad.



PRUNAPE: PESQUISA DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD (NIVEL II)

POB
841

D^oagostino M.¹; Acosta L.²

HTAL DR. PEDRO CHUTRO/ HTAL ESTELA DE CARLOTTO¹; HTAL DR. PEDRO CHUTRO²

<vivianadagostino@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La detección temprana de los problemas en el neurodesarrollo es de suma importancia para el bienestar de los niños y sus familias, ya que permite acceder a un diagnóstico y tratamiento oportuno. La PRUNAPE identifica a los individuos presuntamente enfermos en una población aparentemente sana.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo se realizó durante el período 03/02/13 al 20/12/2013, con pacientes de consultorios externos del Hospital Materno Infantil Dr Pedro Chutro. Se administró la PRUNAPE a 305 niños de 18 m de edad, que concurrían a los controles de salud. La presencia de enfermedad crónica asociada con retraso del desarrollo y enfermedades agudas el día del examen, fueron criterios de exclusión. Los niños que aprobaban la prueba continuaban su atención en el Centro de Salud. Quienes no pasaban la prueba eran recitados. Aquellos niños que fracasaban en dos pruebas eran derivados para ser evaluados en forma interdisciplinaria por: neurólogo, oftalmopediatra y ORL; y posterior seguimiento de acuerdo a las necesidades terapéuticas.

RESULTADOS

Los principales resultados obtenidos: una prevalencia del 10,81% en fracasos de la PRUNAPE. Pudiéndose detectar que los factores de riesgo asociados son: sexo masculino, bajo nivel de educación materna OR= 5,44 (IC: 2,65-11,17) y embarazo patológico. De los 33 pacientes derivados para su diagnóstico y tratamiento, 6 pacientes fueron encontrados normales, 6 presentaron algún trastorno del desarrollo; y 21 pacientes no concurren a la derivación o no completaron los estudios solicitados.

CONCLUSIÓN

El valor porcentual del fracaso de la PRUNAPE, puede deberse a la baja prevalencia de trastornos en el grupo etario estudiado. Existen limitaciones en la representatividad de la muestra; ya que se implementó cada 15 días y en niños de 18 meses de edad. El resultado que más preocupa es el 63% de niños que no cumplió con la derivación hospitalaria, que no concurren o que no completó los estudios: un porcentaje demasiado alto. Es necesaria la participación del servicio social para reforzar el cumplimiento de la derivación. Podemos decir que el programa de pesquisa implementado fue eficaz; se pudieron detectar niños con problemas del desarrollo inaparentes, actualmente en seguimiento, a pesar de tratarse de un grupo etario con escasas alteraciones en el desarrollo.

TUBERCULOSIS EN ADOLESCENTES. ESTUDIO DE CONTACTOS EN UNA COMUNIDAD CERRADA

POB
843

Squassi I.¹; Soloaga L.²; Lopez D.³; Villagran M.⁴; Segovia J.⁵; Urquiza N.⁶

HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ¹; LICEO MILITAR GENERAL SAN MARTIN^{2,3,4,5,6}

<isquassi@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION:

En Argentina se diagnostican más de 9000 casos de Tuberculosis(TBC)por año, con una incidencia de 21/100.000 habitantes(2013). Los bacilíferos son 72%, lo que se refleja en la aparición de casos de TBC en niños. La mayoría ocurren en edades jóvenes y reproductivas de la vida. La TBC en adolescentes difiere a la del niño. Su presentación es pulmonar, aunque puede asociarse a extrapulmonar. El diagnóstico es más tardío, por falta de sospecha clínica y consulta del paciente. Es contagiosa y se disemina a los contactos. Factores como pobreza, hacinamiento, migraciones y el aumento del HIV son la base epidemiológica actual de esta patología

OBJETIVOS:

Presentar un brote de TBC pulmonar en una comunidad cerrada y el estudio de sus contactos

POBLACION:

Adolescentes de 14-18 años y adultos que conviven en una institución educativa cerrada en la cual se diagnostica paciente con TBC bacilífera

MATERIAL Y METODOS:

Estudio retrospectivo transversal descriptivo

CASO CLINICO:

Paciente de 16 años que consulta por hemoptisis. Se realiza radiografía de tórax(Rx tx) observándose imagen cavitaria en lóbulo superior izquier-

do. Antecedentes de tos de 4 meses de evolución, astenia y pérdida de peso. Se solicita esputo para BAAR: +++, inicia tratamiento con 4 drogas de 1º línea.

Se da aviso a las autoridades escolares y se inicia catastro de los contactos: alumnos, profesores, preceptores y familiares del caso índice. Se realizan examen clínico, Rx Tx, baciloscopia y PPD.

Del catastro surge: Caso secundario de TBC pulmonar, 16 años, asma moderado, con Rx Tx: imagen cavitaria en lóbulo superior izquierdo, baciloscopia +++. Ambos casos luego de 1 mes de tratamiento, mejoría clínica y baciloscopia -, se reincorporan a sus actividades. Del control de contactos surgen muchos prejuicios: de las autoridades, padres, alumnos, docentes y comunidad médica. Se estudiaron 20 compañeros de aula, 50 compañeros de habitación, profesores y preceptores inmunosuprimidos y familia: abuelos(a cargo) y hermano de 11 años. El 16% de la población inicia quimioprofilaxis por viraje o PPD + y no surgen más casos secundarios

CONCLUSIONES:

Es fundamental realizar control de contactos ante un paciente bacilífero para descartar casos secundarios y TBC latente.

Se deben emplear todas las medidas que acerquen a la población a los centros de salud y ayuden a tomar conciencia de la importancia del catastro, aseverando que es una enfermedad tratable y prevenible.



NEFRITIS LÚPICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO JUVENIL SISTÉMICO (LES) EN UN ADOLESCENTE VARÓN

RPD
844

Basso M.¹; Maccari Y.²; Coluccio M.³; Rodriguez J.⁴; Alonso M.⁵; Perez Y Gutierrez G.⁶; Pringe A.⁷; Slavsky A.⁸; Selandari J.⁹

SANATORIO GUEMES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<mauribasso_88@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El LES es una enfermedad crónica, inflamatoria, multisistémica y multiorigénica. En pediatría suele ser más grave. Pico de presentación 12.2 años. Lapso entre inicio de síntomas y diagnóstico de 4 meses. Más común en mujeres (4:1 en la segunda década de vida y 9:1 adultos). 2 de cada 3 niños tienen afectación renal desde el inicio.

OBJETIVO:

Reportar un caso de nefritis lúpica en un adolescente varón como primera manifestación de LES.

Jerarquizar la importancia del dolor lumbar y torácico como síntomas de enfermedad sistémica.

CASO CLÍNICO:

Paciente varón de 12 años que concurre a guardia para realizar urocultivo de control una vez finalizado tratamiento de pielonefritis.

Antecedentes: consultó en otro centro 15 días previos por dolor lumbar donde refiere que por sospecha de infección urinaria (IU) le indicaron tratamiento con Cefalexina durante 10 días.

Sin antecedentes de IU previas.

Dolor lumbar y torácico de un mes de evolución, por lo que consultó en reiteradas oportunidades en otros centros.

Datos positivos al examen físico: palidez mucocutánea, dolor esternal leve, TA 160/110 mm/Hg.

Laboratorio: Hto 26.5 %, Hb 9 mg/dl, GB 3500 /mm³ (59/0/0/33/8), plaquetas 166000 /mm³, Urea 24 mg/dl, Crea 0.6 mg/dl, ESD 59 mm/h, PCR 6.1 mg/l. Orina completa: microhematuria. Ecografía renal: aumento leve de la ecogenicidad. Telerradiografía de tórax: derrame pleural izquierdo. Se decide junto a nefrología su internación para diagnóstico y tratamiento. Durante la internación se constata rash en alas de mariposa, fotosensibilidad, edema en tobillos, dolor torácico y lumbar e HTA refractaria al tratamiento con enalapril y amlodipina. Fondo de ojo y ecocardiograma normales, pancitopenia progresiva, hipocomplementemia, FAN+1/132, ESD: 60 mm/h y PCR: 10 mg/l. Con sospecha de LES juvenil se realiza biopsia renal: diagnóstico de nefritis lúpica grado III.

El paciente recibió Metilprednisolona 30mg/kg/dosis 3 días totales, luego continuó con metilprednisona a 60 mg/día, suplemento vitamínico y cálcico.

Evolucionó con proteinuria (-), hematuria en descenso, mejoría clínica y de laboratorio, con controles de TA normales, por lo que se otorga egreso sanatorial. Se encuentra en seguimiento interdisciplinario cumpliendo tratamiento inmunosupresor.

CONCLUSIÓN:

Frente a cualquier síntoma persistente, en este caso dolor lumbar/torácico, la anamnesis completa y el examen físico prolijo detectan la enfermedad sistémica, incluso en pacientes en quienes es infrecuente (varón con LES).

LESIONES NO INTENCIONALES POR SINIESTROS VIALES: DE LA LESIÓN A LA PREVENCIÓN. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO.

POB
845

Canle S.¹; Mendez Castells L.²; Rodriguez Alcantara V.³; Llorenz V.⁴; Ferreyra R.⁵; Dusse P.⁶; Rodriguez E.⁷; Reina P.⁸;

Quiriconi M.⁹; Garate Delgado L.¹⁰; Noguera N.¹¹; Gonzalez C.¹²; Wessolowski E.¹³; Duarte R.¹⁴; Canle S.¹⁵

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA RIO PARANA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15}

<rioparana@sap.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones por siniestros viales son una causa frecuente y prevenible de morbimortalidad en la población pediátrica. La SAP establece que los menores de 12 años no deben ser transportados en motovehículos ni viajar en el asiento delantero de un automóvil y que los niños deben utilizar sistemas de retención infantil (SRI)/booster/cinturón de seguridad según su edad y altura. La Ley de tránsito 24449 no especifica la edad permitida para acompañantes en motocicletas ni hace referencia a los SRI, estableciendo en menores de 10 años la prohibición de viajar en asiento delantero.

OBJETIVOS:

Evaluar la situación de traslado de menores internados por lesiones ocasionadas en siniestros viales, las características demográficas de este grupo, la utilización de medidas de prevención de lesiones y la morbimortalidad ocasionada.

POBLACIÓN:

Pacientes menores de 15 años internados en el HMISR por lesiones secundarias a siniestros viales ocurridos en la ciudad de Paraná y alrededores (hasta 50 km) en el período comprendido del 01/02/14 al 30/06/2014.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo prospectivo mediante encuestas voluntarias al adulto a cargo del paciente, sobre modalidad de traslado y medidas de

prevención de lesiones utilizadas al momento del siniestro. Base de datos y análisis estadístico en SPSS.

RESULTADOS:

La muestra quedó conformada por 44 pacientes (tasa de respuesta 100%). La mediana de edad fue de 10 años, con predominio sexo masculino (56,8 %) El 79,5% de los siniestros ocurrió entre las 18 y las 06 hs y en el casco urbano. El 56,8 % de los lesionados se trasladaban en motovehículos y solo el 15,9% en automóviles., correspondiendo el 20,5% a peatones y el 6,8% a ciclistas. En relación a los niños se detectaron las siguientes situaciones de riesgo: en automóvil, el 72% no usaba medidas de sujeción adecuadas; en moto, el 43% de los lesionados eran menores de 12 años, el 32% fue transportado delante del conductor, el 70% no usaba casco, el 12% conducía el vehículo y en el 52% de los casos se trasladaban en la moto más de dos personas. En su evolución, el 14% requirió internación en UTIP, el 11,6% ARM, el 48,8% cirugía y el 14% transfusiones. La estadía media fue de 4 días (rango 1-43). El 43,2% egresó con secuelas y el 4,5% falleció.

CONCLUSIONES:

Ante la situación de riesgo evidenciada, los pediatras no debemos perder la oportunidad de abordar esta temática en la consulta y realizar intervenciones educativas en la comunidad, exigiendo normativas adecuadas y mecanismos de control sostenidos en el tiempo.

**LESIONES NO INTENCIONALES POR SINIESTROS VIALES: DE LA LESIÓN A LA PREVENCIÓN. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO COMPARATIVO POST-INTERVENCIÓN****POB
846***Canle S.¹; Mendez Castells L.²; Rodriguez Alcantara V.³; Llorenz V.⁴; Ferreyra R.⁵; Dusse P.⁶; Rodriguez E.⁷; Reina P.⁸; Quiriconi M.⁹; Garate Delgado L.¹⁰; Noguera N.¹¹; Gonzalez C.¹²; Wessolowski E.¹³; Duarte R.¹⁴; Canle S.¹⁵*SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA RIO PARANA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15}

<rioparana@sap.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

La morbimortalidad por siniestros viales es un problema mundial. Los niños son particularmente vulnerables a este flagelo siendo importante el abordaje estatal. En 2014, SAP local, realizó un trabajo de investigación en siniestros viales, condición de traslado y uso de medidas de prevención. Con los resultados obtenidos, se planeó un trabajo intersectorial (Municipalidad Paraná, Ministerio de Salud, Policía Entre Ríos), iniciando en septiembre la campaña de control. Efectuándose luego una 2ª etapa de análisis para evaluar el impacto de la intervención.

OBJETIVOS:

Comparar pre/post-intervención: Modo de traslado de menores internados por lesiones causadas en siniestros viales, características demográficas, utilización de medidas de prevención y morbimortalidad ocasionada.

POBLACIÓN:

Pacientes internados en el HMISR por lesiones secundarias a siniestros viales ocurridos en Paraná y alrededores (hasta 50 km); del 15/10/14 al 15/03/2015.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo prospectivo mediante encuestas voluntarias sobre modalidad de traslado y medidas de prevención de lesiones, al momento del siniestro. Base de datos y análisis estadístico SPSS.

RESULTADOS:

Comparando datos pre/post-intervención: el número de internados se redujo (44 a 12), no observándose cambios en: mediana de edad (10 años), predominio de género (masculino 79 al 67%); rango horario (18/24) y lugar de siniestro (urbano). Se observó que post-intervención disminuyó el número de siniestros en horario nocturno, aumentando en el vespertino. El mayor porcentaje de niños lesionados se trasladaba en moto en ambas etapas (57/50%), siguiendo peatones (20,5/34%) y autos (16%), no habiendo ciclistas lesionados en 2ª etapa. Respecto a situaciones de riesgo, pre-intervención en auto, no se usaron medidas de sujeción adecuadas (72%) y post-intervención (50%); en moto en 1ª etapa, 43% de lesionados eran menores de 12 años, en la 2ª 66%. Pre-intervención 33% se trasladaba delante del conductor, no observándose esto en la 2ª etapa; no se observó variación en el uso de casco (70/67%); en la 1ª, 12% de niños conducía la moto; en la 2ª, no hubo niños conductores lesionados. Se redujo el porcentaje de casos en los que se excedía el número permitido de pasajeros (52-33%).

CONCLUSIONES:

De la comparación entre ambas etapas se evidencia un efecto positivo de la intervención para reducir las lesiones por siniestros viales en niños. La misma debe ser sostenida, con educación, control y sanción de infracciones.

HIDROCELE COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE MESOTELIOMA DE TÚNICA VAGINAL EN UN ADOLESCENTE**RPD
849***Caballero E.¹; Murray M.²; Arguello S.³; Do Santos S.⁴; Cabana J.S.; Merodio E.⁶; Novoa M.⁷; Ferrara E.⁸; Yamahachi C.⁹*HOSPITAL MATERNO INFANTIL^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<emilseandrea@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El hidrocele se define como una colección anormal de líquido seroso en el espacio de las tunicas vaginal y parietal como consecuencia de un desbalance entre la producción y la reabsorción. Es una patología que ocurre aproximadamente en 90% de niños menores de 1 año, rara en adolescentes siendo adquirida o idiopática.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 14 años de edad con un hidrocele quístico, intervenido quirúrgicamente con resección de la túnica vaginal; anatomía patológica sin alteraciones. Al año consulta con masas duras, adheridas a planos profundos inguinales homolaterales al hidrocele. Se realiza resección quirúrgica con diagnóstico anatomopatológico de mesotelioma. Se realiza estadificación con TAC detectándose metástasis de aspecto quístico a nivel hepático y peritoneal. Recibió tratamiento con quimioterapia:

Pemetrexed-Cisplatino con escasa respuesta luego de 4 ciclos con lo cual se agrega Bevacizumab al esquema terapéutico con buena respuesta. Luego de 16 ciclos continuó con Bevacizumab cada 21 días con una sobrevida libre de eventos de 80 meses. Cumplidos los 18 años el paciente decide abandonar el tratamiento, continua vivo con enfermedad diseminada, sin tratamiento por elección personal, con una sobrevida desde el diagnóstico de 7 años.

CONCLUSIÓN:

El MESOTELIOMA es un tumor maligno agresivo de serosas, pleural o peritoneal. Han sido reportados menos de 100 casos de mesotelioma de túnica vaginal, 10% en menores de 25 años, presentándose como hidrocele o hernia inguinal. La hidrocelectomía sin orquidectomía está asociada a recurrencia y un 38% de los pacientes mueren por progresión de la enfermedad.



FASCITIS POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE MULTIRESISTENTE SECUNDARIA A VENOPUNCIÓN EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

RPD
850

Wachenfeld A.¹; Camacho G.²

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS^{1,2}

<andreaw@outlook.es>

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones intrahospitalarias constituyen un serio problema y significan un verdadero desafío para el personal de salud, debido a la multiplicación y variedad de factores que contribuyen a su aparición y mantenimiento. A su vez, la utilización "intensiva" de antibióticos distorsiona gravemente la microflora endógena del paciente, favoreciendo la colonización e infección con gérmenes multiresistentes.

OBJETIVO:

Presentar un caso clínico de fascitis por *Klebsiella Pneumoniae* multiresistente a partir de sitio de venopunción, en un ambiente hospitalario.

CASO CLÍNICO:

Niña de 1 año y 6 meses, que presentó cuadro de gastroenteritis de 5 días de evolución por lo que consulta y se decide su internación en Hospital de Simoca. Al 5° día presentó disentería, por lo que es derivada a éste nosocomio ingresando en buen estado general. Se realiza frotis de materia fecal, coprocultivo, urocultivo y se medica con Ceftriaxona, sin rescate posterior de germen, por lo que se suspende tratamiento antibiótico. Al 8° día de internación se observó celulitis en miembro inferior derecho,

coincidente con sitio de venopunción, e inició tratamiento con Clindamicina. Al 10° día presentó fiebre. Se tomaron hemocultivos y punción aspiración de la lesión y se rotó tratamiento antibiótico empíricamente a Vancomicina y Ceftazidima. El cultivo de lesión resultó positivo para *Klebsiella Pneumoniae* multiresistente sensible a Imipenem, Meropenem y Amikacina. Se ajustó esquema antibiótico según antibiograma. Se drenó lesión con fasciotomía del área comprometida y se constató ausencia de compromiso óseo. Se continuó con cura plana de la lesión y se cumplieron 21 días con Imipenem, con respuesta favorable del cuadro. Se externó la paciente, con seguimiento ambulatorio y control por servicio de traumatología.

CONCLUSIÓN:

La paciente prolongó su estadía hospitalaria más allá del tiempo necesario para resolver el motivo de internación inicial. El fracaso de las medidas de bioseguridad ocasionaron el cuadro de infección en sitio de venopunción por flora intrahospitalaria multiresistente, aumentando significativamente la morbimortalidad, calidad de vida y los costos hospitalarios.

INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN NIÑOS INTERNADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL PERIODO DE 2012-2014

RPD
851

Araoz Olivos R.¹; Aguado A.²; Ramos H.³; Holzer N.⁴; Vallejos R.⁵

HP DR AVELINO CASTELAN^{1,2,3,4,5}

<angelitargentina@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La ingestión de cuerpos extraños muy frecuente en la práctica médica habitual, constituye la segunda causa de indicación de endoscopia urgente en pediatría y puede considerarse un problema de salud pública francamente prevenible.

OBJETIVOS:

Determinar la frecuencia, edad, sexo, y etiología de las ingestas de cuerpo extraño en vía digestiva alta, para posteriormente elaborar planes de prevención.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se recogieron los datos de pacientes pediátricos cuyo rango de edad comprende de 1 mes a 13 años, que fueron admitidos en el servicio de guardia y emergencia de un hospital de referencia de la provincia del Chaco, entre el periodo 2012-2014. Se determinaron frecuencia de casos, sexo, edad y etiología de las ingestas de cuerpo extraño, requerimiento de intervención endoscópica y complicaciones.

RESULTADOS:

Se evaluaron 151 pacientes pediátricos (n= 151) con diagnóstico de ingestas de cuerpo extraño en vía digestiva superior de los cuales 82 eran varones y 64 mujeres. La media de edad fue de 2 años de edad (rango 1 mes a 13 años). La localización más frecuente de los cuerpos extraños fue en tercio medio de esófago. Las causas en orden decreciente fueron: monedas (43%), espina de pescado (10%), hueso de pollo (10%) semillas (8%), pilas (5%). Requirieron de intervención endoscópica el 90 % de los pacientes y de internación solo un 5,1% debido principalmente a lesiones en mucosa y a mediastinitis.

CONCLUSIONES:

Padres y pediatras son los pilares del cuidado y prevención respectivamente de los pacientes pediátricos. Los primeros evitando que los objetos estén al alcance de los niños, y que sean llevados a la boca. Los segundos educando a padres, escolares y adolescentes para que no tiendan a utilizar la boca como reservorio de objetos.



PSEUDO BARTTER COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE FIBROSIS QUÍSTICA (FQP) EN LACTANTE CON PESQUISA NEONATAL NORMAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
852

Raddavero C.¹; Blazquez J.²; Almeida Esparza J.³; Heras A.⁴; Iparraguirre A.⁵; Vazquez Marcaccini E.⁶; Coccia P.⁷

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES¹; SERVICIO DE NEFROLOGÍA INFANTIL, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES.^{2,3,7}; SERVICIO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES.^{4,5,6}

<claudia.raddavero@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

La FQP es la enfermedad hereditaria autosómica recesiva más frecuente en la raza caucásica, con incidencia en nuestro país de 1:6000 recién nacidos. Se produce por mutación del gen que codifica la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la FQP (CFTR). Clásicamente se manifiesta como enfermedad pulmonar crónica asociada a deficiencia pancreática, con pérdidas elevadas de electrolitos por sudor. No resulta habitual su presentación inicial como forma monosintomática que simula Síndrome de Bartter (Pseudo Bartter).

Objetivo: Presentación de paciente de 4 meses de vida con pesquisa neonatal normal, en quien se sospecha FQP por cuadro de deshidratación (DHT) grave asociada a alcalosis metabólica hipoclorémica severa cloro sensible.

CASO CLINICO.

Lactante de 4 meses de vida previamente sano, sin antecedentes familiares de relevancia.

Recién nacido de término de peso adecuado para edad gestacional. Pesquisa neonatal normal. Adecuado crecimiento ponderoestatural y madurativo.

Comienza 24hs previas a su internación con decaimiento, irritabilidad y mala actitud alimentaria. Vómito aislado de contenido gástrico. Ingresa

por guardia en mal estado general, con DHT severa. Se realiza laboratorio y se indica expansión con solución fisiológica.

Resultados: hemograma normal; uremia 80 mg/dl; creatinemia 0.7 mg/dl; EAB pH 7.66/pCO₂ 36 mmHg/HCO₃⁻ 41 mEq/L; ionograma (mEq/L) Na⁺ 119/K⁺ 2.8/Cl⁻ 59; ionograma urinario (mEq/L) Na⁺ 22/K⁺ 49/Cl⁻ 16. Se realiza corrección lenta con cloruro hipertónico.

Se efectúa diagnóstico de pseudo bartter por presentar alcalosis metabólica severa sensible a cloro, asociada a hiponatremia e hipokalemia, con ionograma urinario donde no se evidencian pérdidas significativas de electrolitos.

Durante su internación evolución favorable. Normalización de medio interno. No se constata poliuria.

Se plantea como posible diagnóstico FQP: test del sudor con resultado dudoso en 2 oportunidades; heterocigota para mutación 1717-1G de FQP. Actualmente paciente de 9 meses de vida, sin nuevas interurrencias, con adecuado desarrollo ponderoestatural y madurativo.

CONCLUSIÓN:

En pacientes con DHT asociada a alcalosis metabólica hipoclorémica sensible al cloro, sin pérdidas concurrentes significativas, debe plantearse FQP como diagnóstico diferencial.

SEGUIMIENTO HASTA LOS 6 MESES DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS AL NACER DEL HOSPITAL DELICIA CONCEPCIÓN MASVERNAT

RPD
853

Mazurier V.¹; Alegre P.²; Seminario Gomez B.³; Lemo P.⁴; Aracama G.⁵

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

<v_mazurier@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En la práctica clínica frente al caso particular de un recién nacido a término que ha sufrido un episodio de hipoxia-isquemia tenemos dificultades en realizar un pronóstico sobre la evolución del niño. El examen neurológico temprano puede ser orientador del pronóstico primario. En el presente trabajo nos propusimos evaluar nuestra población con el examen neurológico sistematizado y analizar si existen en la historia clínica de los pacientes factores asociados a peor pronóstico en la evolución.

OBJETIVO:

Describir la evolución neuropsicomotriz al mes, a los 3 y a los 6 meses pos alta de los niños recién nacidos con diagnóstico de asfisia perinatal que ingresaron al servicio de terapia Neonatal del Hospital Delicia Concepción Masvernata y se controlaron en consultorio de seguimiento de Neonatología y ver los factores asociados a mal pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo tipo serie de casos retrospectivo. Ámbito: Consultorio de seguimiento de Neonatología, HDCM; desde Agosto 2014 a Mayo 2015. Análisis estadístico: Se describen las variables categóricas con porcentaje

y las variables continuas con mediana y su rango. Resultados: De 23 RN deprimidos en el año 2014, se siguen en consultorio de Neonatología 12 (51,47%). Proporción varón/mujer: 9/3. Cesárea 7/12 (58,33%); de ellas 5/7 (71,42%) por HTA (1 por HTA y DBT materna). Apgar menor a 7 a los 5 minutos 6/12 (50%). 4/12 (33,33%) presentaron tono bajo en tronco y aumentado en miembros en la evolución (de ahora en más "mala evolución"), 1 de ellos PBO asociada y otro no pasó OEAS OI. 2 desarrollaron convulsiones y ellos 2 tuvieron mala evolución a los 6 meses desde los neuropsicomotriz. La ecografía cerebral fue normal solo en 3 de los 12 pacientes pero ellos 3 tuvieron buena evolución a los 6 meses.

CONCLUSIONES:

El examen neurológico y el seguimiento sistematizado y temprano como elemento predictor constituye una herramienta fácil y disponible en la práctica clínica. En nuestra población se describen que el hecho de ser varón, antecedente de cesárea por HTA y presentar convulsiones parecería que tuvieron peor pronóstico. Por otro lado tener ecografía precoz (dentro de las 120 hs) normal se asoció a buena evolución. Sin embargo, habría que corroborarlo con una serie de más pacientes.



HIDROCEFALIA CONGENITA ASOCIADA AL SÍNDROME DE DANNDY WALKER Y HOLOPROSENCEFALIA. REPORTE DE UN CASO

POB
854

Tarrazó Barranco M.¹; Coelho N.²; Aste C.³; Merlo D.⁴

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

<florcepau@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION:

El síndrome de Dandy Walker es una malformación del IV ventrículo e hipoplasia de vermis cerebeloso que ocurre durante la embriogénesis. Puede asociarse a Holoprosencefalia, malformación congénita en la cual no se desarrolla adecuadamente el cerebro ni se divide en hemisferios, presentando daño cerebral severo, malformaciones faciales y alteraciones hormonales. Estos pacientes sufren retraso y/o ausencia en la adquisición de pautas madurativas. Su incidencia es de 1 en 25 a 35 mil embarazos. Se estima que aproximadamente un 5 a 10 por ciento de hidrocefalias corresponden a esta patología y la mayoría fallecen durante el primer año de vida.

OBJETIVO:

Reportar un caso de Hidrocefalia severa secundaria a Síndrome de Dandy Walker asociado a Holoprosencefalia.

CASO CLINICO:

Paciente de sexo masculino nacido de 34 semanas con diagnóstico prenatal de hidrocefalia congénita en 12ª semana de gestación, con embarazo controlado y serologías negativas. Luego de realizar tomografía de cerebro se arriba a diagnóstico de Síndrome de Dandy Walker asociado a Holoprosencefalia, sin malformaciones faciales. A los diez días de vida se realiza valvulación ventriculoperitoneal. El paciente ingresó a la sala

de Pediatría a los 45 días de vida, no presentaba sonrisa social ni reflejo de succión, se alimentaba exclusivamente por SNG. Con estimulación se logró inicio alimentación por succión. Luego del alta hospitalaria se realiza seguimiento, constatando progreso en adquisición de pautas madurativas, presentando sonrisa social, sostén cefálico inestable y se logra alimentación exclusiva por succión al 6º mes de vida y al 8º mes se inicia alimentación con semisólidos. Al 7º mes el paciente presenta convulsiones tónico-clónicas generalizadas por lo que fue medicado. El paciente permanece en seguimiento multidisciplinario presentando un retraso neuromadurativo severo pero habiendo adquirido pautas que inicialmente no se esperaban.

CONCLUSION:

El Síndrome de Dandy Walker se caracteriza por hidrocefalia por expansión quística del cuarto ventrículo en la fosa posterior, cuyo pronóstico varía según las anomalías asociadas. El caso presentado manifiesta características no habituales por no presentar malformaciones faciales y adquirir progreso en sus pautas madurativas, gracias a estimulación temprana.

Si bien el diagnóstico inicial presenta un pronóstico sombrío en cuanto a su neurodesarrollo, en este caso podemos percibir la adquisición de pautas madurativas.

TRABAJO EN EQUIPO Y HABILIDADES COMUNICACIONALES DE PEDIATRAS EN FORMACIÓN DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR UTILIZANDO SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD. ESTUDIO DESCRIPTIVO

RPD
855

Díaz Pumará E.¹; Battolla J.²; Firenze L.³; Jaureguizar M.⁴; Lamborizio M.⁵; Enriquez D.⁶; Elías Costa C.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1,2,3,4,5}; CENTRO DE SIMULACIÓN SIMMER⁶; HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ⁷

<estanislodp@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El trabajo en equipo es considerado una competencia central en la formación médica. La simulación de alta fidelidad es una herramienta de gran valor para su entrenamiento. Se proponen distintas aproximaciones para su evaluación, una combinación de ellas puede ayudar a obtener un panorama más completo de este fenómeno.

OBJETIVO:

Describir el trabajo en equipo de un grupo de pediatras en formación durante una situación de reanimación cardiopulmonar utilizando simulación de alta fidelidad.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, prospectivo y observacional. Participaron residentes de 1º y 3er año, quienes recibieron material de estudio sobre el trabajo en equipos de reanimación y, luego de aprobar un examen teórico, asistieron a dos jornadas de entrenamiento práctico en resucitación cardiopulmonar (RCP) pediátrica básica y avanzada. En la segunda jornada se realizaron evaluaciones sobre el trabajo en equipo en tres escenarios clínicos utilizando dos herramientas: escala CATS (del inglés communication and teamwork skills), realizada por dos evaluadores independientes por observación directa a través de cámara Gesell; y la escala MHPTS (del

inglés *Mayo High Performance Team Work Scale*), autoadministrada al finalizar cada uno de los casos.

RESULTADOS:

Se evaluó a 75 residentes agrupados en equipos de 5-6 individuos durante 13 jornadas. Se observó un desempeño global de los equipos de reanimación de 57/100 (rango intercuartilo: 49,5-65) utilizando la escala CATS y de 21 puntos sobre un total de 32 (65%) utilizando la escala MHPTS (rango intercuartilo: 19,5-22). Con ambas escalas se observa una mejoría en la media de desempeño de los grupos en los sucesivos casos clínicos, siendo este aumento estadísticamente significativo con la MHPTS ($p < 0,05$) y no significativo en el caso de CATS ($p = 0,2$). Entre las diferentes categorías evaluadas a través de la escala CATS se observa la mayor calificación en "diagnóstico de situación" (66/100) y la menor en "coordinación" (38/100).

CONCLUSIÓN:

El desempeño global promedio de los equipos de reanimación es de 57% y 65% de la calificación de las escalas. Se observa una mejoría en la calificación con los sucesivos casos clínicos de los equipos de reanimación. La experiencia posibilitó reconocer fortalezas y debilidades que permitirán generar estrategias para lograr mejoras esta competencia esencial de la práctica pediátrica.



MENINGITIS ASINTOMÁTICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
856

Ortega M.¹; Padilla E.²; Dartiguelongue J.³; Cheistwer A.⁴; Iriart E.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5}

<mariquitaceleste@hotmail.com>

INTRODUCCION

La enfermedad invasiva por H. Influenzae comprende meningitis, bacteriemia, epiglotitis, neumonía, artritis séptica, celulitis, osteomielitis y pericarditis, siendo el serotipo B (Hib) el principal responsable. La población en mayor riesgo de padecerla son los pacientes entre los 6 y los 12 meses de edad, sobre todo aquellos con vacunación incompleta. La meningitis es la manifestación clínica más frecuente, presenándose hasta en el 52% de los casos. La gravedad de dicha entidad está dada por su elevada morbimortalidad.

CASO CLÍNICO

Niño de 9 meses de edad con vacunación incompleta (HBV 1 dosis y BCG), 10 días luego de haber sido dado de alta de una internación en UCIP por sepsis con foco respiratorio sin rescate de germen, consultó por impotencia funcional de ambos miembros inferiores de 2 días de evolución. Se lo valoró en regular estado general, afebril, en posición antálgica, con dificultad para la movilización activa y pasiva de las dos caderas. La ecografía informó derrame articular en ambas caderas. El paciente se internó con diagnóstico de artritis séptica de cadera bilateral. Se realizó drenaje quirúrgico, hemocultivos x 2, cultivo de líquido articular y comenzó tratamiento empírico con vancomicina y ceftriaxona a dosis

sepsis. Con cultivo positivo de material purulento de cadera derecha para Hib, se suspendió la vancomicina. Por considerarse enfermedad invasiva por Hib y a pesar de que el paciente no presentó signo sintomatología de compromiso meníngeo, se realizó punción lumbar que informó: proteínas 67 mg/dl, glucorraquia 28 mg/dl (glucemia 110 mg/dl) recuento celular 190 leucocitos/mm³ (90% mononucleares), con cultivo negativo. Se asumió como meningitis y se aumentó a dosis meníngeas la ceftriaxona por 10 días, cumpliendo un total de 17 días de tratamiento antibiótico endovenoso. El resto de los cultivos fueron negativos.

El paciente se mantuvo afebril durante toda la evolución, con buena respuesta clínica al tratamiento antibiótico y sin signos de compromiso neurológico. Se otorgó el egreso hospitalario completando tratamiento de forma ambulatoria.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta la frecuencia y la gravedad de la meningitis en la enfermedad invasiva por Hib en pacientes con vacunación incompleta y el elevado neurotropismo del germen, el compromiso del sistema nervioso central debe ser evaluado en el contexto de esta enfermedad, aún sin signos clínicos de compromiso meníngeo.

ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO Y EMPIEMA PLEURAL COMO COMPLICACIÓN DE APENDICITIS PERFORADA

RPD
857

Ortiz Araya V.¹; Maccari Y.²; Alonso M.³; Morano P.⁴; Fraga J.⁵; Rodriguez J.⁶; Valverde S.⁷; Slavsky A.⁸; Selandari J.⁹

SANATORIO GUEMES^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<vale1585@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El porcentaje de complicaciones de la apendicitis aguda, sobre todo en aquellas que presentan perforación, varía entre el 15 y el 30%. Entre estas, la más frecuente es la infección en herida quirúrgica, seguida de la peritonitis y de los abscesos en la cavidad abdominal. La aparición de un absceso intrahepático es una complicación excepcional al igual que el empiema pleural.

OBJETIVO:

Reportar un caso de absceso intrahepático y empiema pleural, como complicaciones infrecuentes de una apendicitis con peritonitis generalizada.

CASO:

Paciente de 14 años, previamente sano, cursando 6to día post operatorio de peritonitis generalizada secundaria a apendicitis gangrenosa perforada, en tratamiento con Ampicilina-Sulbactam. Comienza con fiebre permaneciendo en buen estado general, sin signos de infección en herida quirúrgica y resto del examen físico normal. Se realiza ecografía que evidencia imagen hiperecogénica a nivel del segmento 6/7 hepático que es confirmada por TC de abdomen con doble contraste. Tras per-

manecer 48hs febril se realiza toma de hemocultivos por 2 (-) y se rota antibioticoterapia EV a Piperacilina-Tazobactam. Por persistir febril al 9no día de tratamiento (17 días de tratamiento antibiótico totales) se realiza drenaje percutáneo de colección con cultivo positivo para Escherichia Coli. A los 2 días del drenaje comienza con dificultad respiratoria progresiva e hipoxemia. Radiografía de tórax: evidencia derrame pleural derecho. Se coloca tubo de avenamiento pleural enviándose muestra para cultivo con rescate para Escherichia Coli. Permaneció 5 días con drenaje hepático y 9 días con tubo de avenamiento pleural. Recibió 19 días de Piperacilina-Tazobactam (27 días totales de antibioticoterapia EV). Por buena evolución clínica se otorga egreso sanatorial con tratamiento antibiótico vía oral con Ciprofloxacina y seguimiento por Pediatría, Infectología y Cirugía.

CONCLUSIÓN:

Ante un paciente que permanece febril en el postoperatorio de peritonitis, considerar también el absceso hepático y el empiema pleural como posibles complicaciones.



DESCRIPCIÓN DE LA PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS EN PACIENTES INTERNOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

RPD
858

Chavez R.¹

CePSI "EVA PERÓN", Santiago del Estero¹
<ritacha_vez79@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

El servicio de Terapia Intensiva, es una unidad polivalente, que se categoriza como UTIP Nivel I de alto riesgo, integrada en un Hospital Nivel III, la misma cumple con las normativas de "organización y funcionamiento de Cuidados Intensivos Pediátricos", del Ministerio de Salud de la Nación y que cuenta con los estándares de calidad pretendidos, en relación a su infraestructura y organización, permitiendo un cuidado eficaz, eficiente y efectivo al paciente pediátrico críticamente enfermo, con el objetivo prioritario de disminuir la morbimortalidad de los mismos. Cuenta con 12 unidades de internación. Las úlceras por presión (UPP), constituyen un problema relevante de salud, enmarcándose entre uno de los problemas que surgen entorno a la seguridad del paciente. En nuestro servicio (UTI) no contamos con datos duros que nos permitan dimensionar esta problemática, así como establecer específicamente la existencia o no de la relación entre las características clínicas del paciente y la aparición de UPP.

OBJETIVO

Describir la prevalencia de UPP y las características clínicas relacionadas a las mismas, en pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva, de Enero a Diciembre del 2014.

Obtener indicadores epidemiológicos que permitan dimensionar la problemática de las UPP.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se analizaron Historias Clínicas (HC), junto con otros indicadores de calidad. Resultados parciales: se analizaron 256 HC en el periodo comprendido enero hasta la fecha en curso, de las que se excluye 95 ya que no cuentan con los criterios de inclusión, de las mismas de un 37% presento UPP, un 59% esta representados por el sexo masculino y 41% femenino, el periodo de estadía mas relevante es de más de 25 días con un índice de 32%, la edad afecta son los lactantes representado por un 59,1%, zona topográfica que predomina es la occipital con un 68%, seguidas por auriculares en un 18%.

No se referencia conclusiones ya que se continua trabajando en la tabulación y procesamiento de datos.

APLICACIÓN DEL MÉTODO INSURE Y CPAP PROFILÁCTICO EN RECIÉN NACIDOS MENORES DE 1500 G

POB
859

Quinteros G.¹; Gonzalez C.²; Carlos C.³; Villa F.⁴

HOSPITAL PABLO SORIA^{1,2,3,4}

<gabrielaquinteros1973@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

El SDR (Enfermedad de membrana hialina) es el trastorno respiratorio mas frecuente en recién nacidos prematuros. Su incidencia aumenta a medida que disminuye la edad gestacional. Se debe fundamentalmente a inmadurez pulmonar y déficit de surfactante que llevan a aumento en la tensión superficial de la vía aérea y colapso alveolar. Su abordaje a mejorado gracias al uso de corticoides, terapia de reemplazo con surfactante exógeno, seguido del método de presión positiva en la vía aérea (CPAP). En nuestra población se aplicó el método INSURE (intubación, surfactante, CPAP nasal) a prematuros entre 750 y 1250 g en los primeros 30 minutos de vida y CPAP profiláctico y surfactante de rescate en los RN entre 1251 y 1500 g.

OBJETIVOS

Disminuir el ingreso a Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM)
Identificar los cambios en la morbilidad en ambos grupos con respecto al año anterior

MATERIAL Y MÉTODOS

Los sujetos de estudio fueron los Recién Nacidos (RN) prematuros entre 750 y 1500 g nacidos en el año 2014 en el Hospital Pablo Soria de San Salvador de Jujuy. Se dividieron en 2 grupos:

Protocolo N°1: RN entre 750 y 1250 g: Intubación-Surfactante-Extubación (INSURE) - CPAP nasal a burbuja. Se realiza intubación con TET N°2 y se coloca surfactante natural modificado alfa poractant (porcino) antes de los 30 minutos de vida y se coloca en CPAP nasal a burbuja.

Protocolo N°2: RN entre 1251 y 1500 g: CPAP profiláctico y surfactante de rescate. Se coloca en CPAP nasal a burbuja y se valora indicación de surfactante (bovino) de acuerdo a clínica y requerimientos de FIO2 y PEEP. Criterios de exclusión: malformaciones neurológicas mayores, patologías nasales extensas, trastornos neuromusculares, corioamnionitis, hipoxia al nacer, derivados de otras instituciones.

Fracaso: se considera fracaso si no se logra extubación en los primeros 5 días de vida.

RESULTADOS

Del total de 128 niños nacidos en el año 2014, ingresaron a protocolo n=112 (87,5%). Excluidos n=16 (12,5%).

De los RN con peso al nacer entre 750 y 1250 g, en año 2013 ingresó en ARM 88%, descendiendo durante el año del protocolo (2014), a 25,8%. RN con peso al nacer entre 1251 y 1500 g, en el año 2013 ingresaron a ARM el 81%, descendiendo durante el año de protocolo a 6,2%. Se constata disminución en la morbilidad de los pacientes que ingresaron a protocolo en lo que respecta a HIV grave a 6,3%, ROP con Laser a 7%, DBP a 20% y DAP tratado a 11% contra 9,6%, 12%, 19,2% y 21% respectivamente del año 2013.

CONCLUSIONES

Observamos un marcado descenso en el número de RN que requirieron ARM en ambos grupos. Hubo mejorías en la morbilidad en lo que respecta a HIV graves, ROP con laser, DAP tratado y no hubo diferencias en DBP.

**PREVENCIÓN DE LA HEPATITIS A EN ARGENTINA: VAMOS POR EL CAMINO CORRECTO?****POB
860***Espul C.¹; Benedetti L.²; Linares M.³; Lo Castro I.⁴; Cuello H.⁵; Manzur A.⁶; Huoillon G.⁷; Rasuli A.⁸*PROGRAMA HEPATITIS VIRALES, MINISTERIO DE SALUD, MENDOZA¹; PROGRAMA PROVINCIAL DE INMUNIZACIONES, MINISTERIO DE SALUD, MENDOZA^{2,3}; SECCIÓN VIROLOGÍA, HOSPITAL CENTRAL, MINISTERIO DE SALUD, MENDOZA^{4,5,6}; SANOFI PASTEUR, LYON, FRANCIA^{7,8}
<carlosespul@gmail.com>**INTRODUCCIÓN**

La vacunación universal contra el virus de la hepatitis A (HAV), instaurada en Argentina desde el año 2005, sin lugar a dudas ha tenido un muy importante impacto sanitario en la población pediátrica. Se conoce que un esquema de vacunación de dos dosis otorga una memoria inmunológica que provee protección. Sin embargo, en la actualidad con la implementación del esquema de una sola dosis para HAV, se desconoce si la inmunidad adquirida puede brindar una inmunidad a largo término. También sabemos que la transmisión de la hepatitis A está asociada a falta de agua salubre y a un saneamiento deficiente. Estrategias adecuadas de prevención pueden evitar consecuencias económicas y sociales graves en las comunidades.

OBJETIVOS:

1. Establecer a 5 años de aplicada una dosis de vacuna anti-HAV cuál es el estado de protección de niños sanos de la provincia de Mendoza
2. Evaluar la presencia del HAV en aguas cloacales. Población: 546 niños vacunados con al menos una dosis de Avaxim® 80U Pediátrica entre los 11-23 meses de edad.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Anticuerpos IgG anti-HAV fueron determinados por ensayo inmunoenzimático cuantitativo comercial (HAV 2.0, AXSYM, Abbott®). Muestras de aguas cloacales de plantas de tratamiento de Mendoza, fueron estudiadas

por métodos moleculares, retrotranscripción y reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR).

RESULTADOS:

Se asignaron 2 grupos: 1 dosis (Grupo 1) o 2 dosis (Grupo 2). Concentraciones de anticuerpos IgG anti-HAV fueron evaluados en cada visita anual. De los iniciales participantes, 441 (80,8%) y 412 (75,5%) fueron seguidos hasta 4 y 5 años después de la vacunación, respectivamente. La media geométrica de las concentraciones de IgG anti-HAV disminuyó en ambos grupos a 5 años después de la vacunación, pero sin dejar de estar siempre por encima de los umbrales de protección (10 mUI/ml). La presencia de HAV en 32 muestras de aguas cloacales arrojó 3 (15,6%) muestras positivas.

CONCLUSIÓN:

La inmunidad humoral con una dosis única de vacuna anti-hepatitis A inactivada puede persistir durante por lo menos 5 años. Estos resultados también apoyan recomendaciones en favor de una ventana de tiempo flexible para un posible booster de vacunación. La presencia de virus en aguas cloacales evidencia la persistente circulación de este agente a 10 años de comenzada la vacunación universal. Consideramos muy importante el acompañamiento de estrategias sanitarias con políticas adecuadas de prevención, control y mejoras de saneamiento.

SÍNDROME DE LYELL (NET)**POB
861***Marín C.¹; Rua W.²*HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL^{1,2}
<cloclomarin1581@gmail.com>

Entidad dermatológica grave conocida desencadenada por fármacos que cursa clínicamente con exantema maculopapular que evoluciona a la formación de ampollas, necrosis de epidermis y desprendimiento. Mortalidad 30%.

Paciente de etnia chorote, nacido de término/AEG, con esquizoencefalia y VDVP al nacer.

El día 10/4/15 presentó convulsiones, fue asistido y recibió fenobarbital (100mg/día). El día 24/4/15 comienza con edema bípalo-pebral con erupción maculo papular, con lesiones ampollares que luego se generaliza, lo derivan a este hospital con sospecha de farmacodermia. Ingresó el 29/4 niño deshidratado grave, hemodinámicamente inestable, irritable, edematizado con gran compromiso cutáneo mucoso con signo de Nikolsky(+), eritema multiforme, zonas ampollares destechadas, con lesiones necróticas purpúricas, se asume como gran quemado (80%), se inicia Galveston, se corrige medio interno, se administra inotrópicos agregándose hidrocortisona por presentar shock refractario a catecolaminas. Se inicia curación diaria con gasas furazinas y envaselinadas cubiertas

durante 2 días con moltoprem. Al 3er día el niño evoluciona con piel brillante (Zrío a vaselina) con lesiones costrosas sin despegamiento y sin signos de infección. En las áreas ampollares destechadas, se aplican cremas re-epitelizantes y en las demás zonas se dejan gasas furazinas con vaselina. Al descubrir parcialmente las zonas, se inicia con fototerapia (FPS 35), se optimiza hidratación cutánea y se inicia con aporte de Vitaminas A, E, D y K, Sulfato de ZN, gammaglobulina más antibióticos. El día 6/5 comienza con descamación de piel dejando ver piel eritematosa con zonas hipercromicas.

En conjuntivas presentó congestión y ampollas despulidas iniciándose con colirio oftálmico más vaselina con vitamina A.

Niño que requirió ARM por 7 días y, por convulsiones, lorazepam.

Consideramos que el diagnóstico precoz, la suspensión del fármaco, uso de gammaglobulina fueron claves en el pronóstico y supervivencia. En este caso se enfatizó en la reposición hidroelectrolítica, evitando pérdidas excesivas por piel, optimizar el aporte nutricional y sobre todo en el tratamiento conservador de las lesiones con el aporte de antioxidantes.



PREVALENCIA DE PROBLEMAS DEL NEURODESARROLLO EN LOS PRIMEROS 3 AÑOS DE VIDA DE LOS PREMATUROS EXTREMOS DE MUY BAJO PESO AL NACER EN SEGUIMIENTO DEL HOSPITAL DELICIA CONCEPCIÓN MASVERNAT

RPD
862

Mazurier V.¹; Alegre P.²; Seminario Gomez B.³; Lemo P.⁴; Aracama G.⁵
HOSPITAL MASVERNAT^{1,2,3,4,5}

<v_mazurier@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los prematuros < 32 semanas de gestación y/o < de 1500 gr. al nacer presentan un elevado riesgo de presentar problemas en su neurodesarrollo: por la corta gestación se pueden ver afectados eventos neuro ontogénicos así como mielinización. Se pueden agregar patologías que comprometen aún más el SNC; la más común y más importante causante de daño cerebral es la leucomalacia periventricular. También las terapias y el estrés repetido que viven en la internación influyen en el neurodesarrollo. En consecuencia es de gran importancia la vigilancia del neurodesarrollo en esta población con el fin de detectar tempranamente los retrasos y desviaciones y establecer las intervenciones apropiadas para cada caso.

OBJETIVOS:

Describir la prevalencia de retraso en nuestra población de prematuros menores de 32 semanas en seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Ámbito: Consultorios de Neonatología, del HDCM desde mayo 2013 a febrero 2014. Población: Pacientes nacidos en Hospital desde julio del 2010 a julio 2012 < 32 semanas: 100 niños. Evaluación: pacientes que concurrían al CAR: 25 de 100. Se incorporaron 23 niños que tuvieran edades entre 1 y 3 años < de 32 semanas de gestación al nacer a quienes previamente se clasificó en presencia o ausencia de PC. Instrumentos: test de pesquisa:

CAT/CLAMS. Se considera normal un puntaje de 85 o más; entre 70 y 84 sospechoso y < 70 retraso. Variables: edad gestacional, peso al nacer, presencia o ausencia de PC; presencia o ausencia de ROP, DBP y/o HIC. Muestreo: por conveniencia, consecutivo según asistían a la consulta.

RESULTADOS:

Relación Mujer/Varón 10/13. Mediana de EG 30 semanas (RI 29-32) Mediana de PN 1450 gr RI 1200-1620 gr. Mediana de CD 96 RI 85.8-100 Retraso No 75% (18/23) sospecha 13% 3 retraso 8,69% 2 % HIV 34,8 % (8/23). Al comparar ROP por no retraso 5,6% vs sospecha 0% y retraso 33% no hubo diferencias significativas p=0,26 Al comparar HIV por no retraso 22.2% vs sospecha 100% y retraso 66,7% hubo diferencias significativas p=0,042. Al comparar DBP por no retraso 16,7% vs sospecha 0% y retraso 66,7% no hubo diferencias significativas p=0,11.

CONCLUSIÓN:

Para el grupo SEGUISIBEN ante la ausencia de 3 factores de riesgo: DBP, HIC, ROP la posibilidad de PC o retraso cognitivo, sordera severa o ceguera bilateral fue del 18%. Con 1 sólo de éstos Factores de Riesgo aumenta a 42%; con 2 de ellos a 62 % y con los 3 llega al 88 % respectivamente. Nuestra población de pacientes en seguimiento comparada con la bibliografía tiene un bajo porcentaje de problemas del desarrollo hasta el momento: 13% sospecha y 8,69% retraso. Todos ellos con al menos 1 factor de riesgo conocido. El 80% con HIV.

A PROPOSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFAGICA

RPD
863

Ritorto Piera L.¹; Dra Soledad H.²
HOSPITAL DE NIÑO JESÚS^{1,2}

<loretapiera@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una complicación grave de las enfermedades inflamatorias sistémicas, principalmente de la artritis idiopática juvenil sistémica. Tanto su incidencia como su causa son desconocidas. Se cree que se debe a la activación y proliferación excesiva de linfocitos T y macrófagos.

OBJETIVOS:

Presentar el caso de un SAM como hallazgo clínico en el contexto de un síndrome febril prolongado sin causa aparente, resaltando la importancia de la sospecha clínica y del diagnóstico temprano.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 7 años consulta por fiebre prolongada, dolor de cadera, de rodilla, halux de pie y dolor abdominal. Se realiza laboratorio (leucocitosis con desviación a la izquierda), policultivos, Rx de tórax y pelvis, ecografía de cadera y abdomen (normales). Se inicia tratamiento con antibiótico. Aspecto infectológico: PPD (no reactiva), serologías positivas para parvovirus y para toxoplasmosis, resto negativas. Lavado gástrico para BAAR, serología para dengue y leptospirosis (negativos), cultivo de secreciones respiratorias (cándida). Aspecto reumatológico: estudios serológicos e

inmunológicos para conectivopatías (normales). Por sospecha de SAM se solicitan marcadores para el mismo (ferritina, procalcitonina, transaminasas elevadas y coagulación alterada) y PAMO (hipercelularidad). Se inicia Gamaglobulina, pulso de metilprednisolona e hidrocortisona sin respuesta por lo que se realiza exanguineotransfusión. Aspecto hematológico: pancitopenia. Presenta mala evolución con dificultad respiratoria, derrame pleural y ascitis. Manifiesta síndrome de Stevens Johnson (atribuido a Reacción adversa medicamentosa). Presenta Falla Multiorgánica, con requerimiento de ARM e inotrópicos. Recibe politransfusiones y diálisis peritoneal. A los 24 días de internación presenta paro cardiorespiratorio y óbito.

CONCLUSIÓN:

El médico debe tener en cuenta que tanto los procesos infecciosos y ciertos medicamentos pueden desencadenar un SAM. Por lo general el diagnóstico es tardío y retrospectivo a partir de un antecedente reumatológico, empeoramiento brusco de la enfermedad, un síndrome febril prolongado de origen desconocido o un proceso infeccioso identificado. Las pruebas que contribuyen al diagnóstico son inespecíficas. Su curso clínico es variable y fatal por lo que es imperativo un tratamiento inmediato.



MIOCARDITIS, HEPATITIS Y POLISEROSITIS POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD
864

Busemi M.¹; Bruno D.²; Maccari Y.³; Coluccio M.⁴; Rodriguez J.⁵; Ronchetti M.⁶; Vera F.⁷; Stratico R.⁸; Slavsky A.⁹; Selandari J.¹⁰

SANATORIO GÜEMES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<maru_busemi@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La miocarditis es la inflamación y necrosis de los miocitos; producida por procesos infecciosos, del tejido conjuntivo, granulomatosos, tóxicos o idiopáticos. Se desconoce la verdadera incidencia en niños, por subdiagnóstico. Las manifestaciones son muy variadas desde shock cardiogénico, insuficiencia cardíaca, arritmias, hasta formas asintomáticas pudiendo desencadenar una miocardiopatía dilatada. El diagnóstico se realiza con enzimas cardíacas, Rx de tórax, ecocardiograma y estudios serológicos. En la mayoría de los casos el tratamiento es de sostén. Los agentes etiológicos más frecuentes son los virus Coxackie B y Echovirus y raramente Mycoplasma pn.

La enfermedad extrapulmonar por Mycoplasma pn. se debe a invasión directa o por mecanismos autoinmunes. Los pacientes con o sin síntomas respiratorios pueden presentar afectación de piel, SNC, sangre, corazón, tracto gastrointestinal y articulaciones. Siendo la mayoría de estas de baja prevalencia.

OBJETIVO:

Comunicar un paciente con miocarditis, hepatitis y poliserositis como forma infrecuente de presentación de una infección por Mycoplasma pn.

CASO CLÍNICO:

Varón de 13 años, obeso, consulta por diarrea, vómitos y fiebre de 7 días de evolución. Ingres a taquicárdico, con deshidratación moderada y dolor abdominal en fosa ilíaca derecha. Se interna por intolerancia a la vía oral con diagnóstico de hepatitis (TGP 4371 UI/l y TGO 3331 UI/l). Se evidencia taquicardia desproporcionada respecto al grado de deshidratación, palpitations y disnea. Tele Rx de tórax: índice cardioraxico aumentado (0,55). ECG: 150 lpm, BIRD y alteración difusa de la repolarización. Por sospecha de miocarditis infecciosa se solicitan enzimas cardíacas: elevadas; Ecocardiograma con FA 20% y derrame pericárdico G II-III; C3, C4 y FAN (-) y serologías pendiente resultados al momento. Inicia tratamiento con furosemida 1mg/k/día y AAS 2gr/día. Por mala evolución con derrame pleural bilateral, ascitis y aumento del derrame pericárdico, se agrega espirolactona 1,5mg/k/día, con buena respuesta. Al quinto día se otorga el egreso sanatorial. Posteriormente se recibe IgM (+) para Mycoplasma pn. confirmándose el diagnóstico etiológico.

CONCLUSIÓN:

Mycoplasma pn. es un germen que puede afectar múltiples órganos, aún sin manifestaciones respiratorias, generando diversos síntomas poco específicos y muy frecuentes en pediatría, pudiendo ocasionar retrasos en el diagnóstico y tratamiento.

EVALUACIÓN DE CONDUCTAS SALUDABLES EN ADOLESCENTES DE LA PROVINCIA DE MENDOZA

RPD
865

Houdek A.¹; Abate H.²

PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR¹; SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA - FILIAL MENDOZA²

<ana_houdek@hotmail.com>

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

Habitualmente los adolescentes están informados de la importancia de los hábitos saludables, pero muchas veces no se traduce en sus conductas.

OBJETIVO:

Evaluar conductas saludables en un grupo de adolescentes escolarizados, a través de una encuesta personal, voluntaria y anónima.

POBLACIÓN:

Alumnos de ambos sexos, de 24 colegios estatales y privados, de área urbana y rural que cursan 6° grado de nivel primario y 1° año de nivel secundario.

Se obtuvo consentimiento de la Dirección General de Escuela y de los padres.

Variab es evaluadas: Calidad de alimentos consumidos, consumo de tabaco, alcohol y drogas, actividad física extracurricular, actividad sexual, salud mental y prevención de lesiones. En 6to grado, no se autorizó incluir preguntas sobre consumo de alcohol, drogas, tabaco y actividad sexual. Tipo de estudio: Transversal, descriptivo y analítico. Análisis estadístico Open Epi

RESULTADOS:

Total de alumnos evaluados 945: 377 (40%) de 6° grado, con una media de edad 12 años (rango 11-14) y 568 (60%) de 1° año, md 14 años (rango 12-17 años). 768 (81,3%) colegios estatales y 177 (18,7%) privados, 842 (89,1%) urbanos y 103 (10,9%) rural. Relación varón: mujer 0,85
6 to grado: Colegios urbanos vs. rurales: consumen frutas y verduras

3-4 veces por día 56/282 (19,8%) y 12/95 (12,6%) , comidas rápidas 3-4 veces por semana 18/282 (6,4%) y 30/95 (31,6%), actividad física extracurricular 51/282(18,1%) y 38/95 (40%), más de 3 hs frente a pantallas 26/282 (9,2%) y 20/95 (21%), pensar en el suicidio en algún momento 21/282 (7,4%) y 9/95 (9,5%).

1 er año: Colegios urbanos vs. rurales: consumen frutas y verduras 3-4 veces por día 134/487 (27,5%) y 21/81 (25,9%) ,comidas rápidas 3-4 veces por semana 36/487 (7,4%) y 5/81 (6,2%), actividad física extracurricular 395/487 (81,1%) y 17/81 (21%), más de 3 hs frente a pantallas 298/487 (61,2%) y 22/81 (27,2%), pensar en el suicidio en algún momento 115/487 (31,8%) y 19/81 (23,4%), relaciones sexuales 56/487 (11,5%) y 12/81 (14,8%), consumo de alcohol 234/487 (48%) y 53/81 (65,4%), drogas 48/487 (9,8%) y 5/81 (6,2%).El 240/568 (42,2%) no se realizó el test del VIH.

Se observa que entre zona rural y urbana, en escolares de 6to grado, el consumo de alimentos, tiene un valor de $p < 0.05$ y un X2 de 2,51; horas frente a pantallas un valor de $p < 0,002$ y X2 de 0,002.

En alumnos de 1 er año, el consumo de alcohol tiene valor $p < 0,018$ y X2 8,39; y actividad física: $p < 0,0000001$ X2 126 y suicidio un valor de $p < 0,0000001$ y X2 0,49.

CONCLUSIONES:

Es importante recalcar en estos grupos etáreos, la importancia de tener hábitos saludables para evitar la aparición de enfermedades en la edad adulta.



CONTAMINACIÓN AMBIENTAL Y LA ESCUELA

Afazani A.¹; Picado M.²; Seoane M.³; Vacirca S.⁴

HOSPITAL ELIZALDE¹; PROGRAMA SALUD ESCOLAR MINISTERIO SALUD GCBA²; PROGRAMA SALUD ESCOLAR MINISTERIO SALUD CABA^{3,4}
<afazani@gmail.com>

RPD
867

La “salud ambiental” es un término relativamente reciente, que se ha usado para definir tanto una condición que afecta a la salud humana como, una disciplina profesional. La contaminación del aire, el agua, suelo, alimentos, la contaminación sonora y el manejo de los residuos domiciliarios, son algunos de los temas incluidos en la enseñanza escolar. Con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento, conductas y prácticas realizadas desde las aulas en la concientización de la contaminación ambiental, desde el Programa de Salud Escolar del GCABA (SE), se realizó una encuesta a docentes de las escuelas públicas dependientes del GCABA durante el año 2014:

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre agosto y diciembre de 2014 se realizó una encuesta autoadministrada y anónima a docentes de los niveles inicial, primario y educación media de las escuelas públicas del GCABA. La encuesta constó de 8 preguntas y 1 ítem abierto.

RESULTADOS:

Fueron encuestados 341 docentes de 17 de los 21 distritos escolares. El 35% pertenece al nivel Inicial; el 39% al nivel Primario y el 26% al nivel Medio. El 95% de los docentes encuestados considera que tanto la contaminación sonora, la del aire, agua y alimentos y el manejo de residuos domiciliarios impactan en gran medida sobre la salud humana. En

cuanto a la frecuencia con que el docente desarrolla temas ambientales en las aulas, solo el 58% lo hace más de 4 veces al año, en tanto que un 8% no aborda el tema. El 94% manifiesta interés en su abordaje en las aulas, considerando que el tema relacionado con la contaminación del agua y alimentos es el de mayor impacto (42%). El 97% de los docentes expresa interés en ampliar sus conocimientos en el tema ambiental y su relación con la salud, considerando como de mayor utilidad para su capacitación el material gráfico (49%) y los cursos a distancia (37%). Los docentes encuestados consideraron que los proyectos de salud y ambiente pueden promover en gran medida cambios favorables en el hogar (41%) y en la escuela (51%).

CONCLUSIONES:

La mayoría de los docentes incluye esta temática en las aulas, pero pocos lo hacen con una frecuencia mensual. Existe interés de los docentes en ampliar sus conocimientos en el tema ambiental, siendo los medios elegidos el material gráfico y los cursos a distancia.

PROPUESTAS:

Incorporar en la currícula escolar la problemática de Salud Ambiental. Desarrollo de cursos a distancia y de material gráfico sobre esta temática para docentes.

CORRELACIÓN ENTRE ALBUMINURIA DE 24 HRS. E ÍNDICE ALBUMINURIA/CREATININURIA EN PACIENTES CON SUH

Ventiades L.¹; Masso D.²

HOSPITAL POSADAS^{1,2}
<leonardo-ventiades@hotmail.com>

POB
868

INTRODUCCION:

De los pacientes con SUH aproximadamente el 40% evolucionan hacia la insuficiencia renal crónica, el 5% durante el periodo agudo mientras que el 35% restante lo hace en un tiempo variable, estos últimos presentan proteinuria/albuminuria como marcador de hiperfiltración y como un predictor de enfermedad renal progresiva. Se sabe que la medición en orina de 24 horas es el “gold standard” para su cuantificación, pero debido a la dificultad en su recolección en niños, se ha propuesto el uso del índice albúmina/creatinina en una muestra aislada de orina (VN entre 10 y 30 mg/g de creatinina).

OBJETIVO:

Predecir albuminuria en orina de 24 hs a partir del índice albúmina/creatinina en la primera orina de la mañana.

MATERIAL Y METODOS:

Criterios de Inclusión: Paciente con SUH < 19 años y evolución >1 año. Criterios de Exclusión: Daño renal previo al SUH, diabéticos, incapacidad de recolección orina de 24 hrs. Variables: Edad, albuminuria (AU) en orina de 24 horas (VN <30 ug/min/1,73), índice albúmina/creatinina (IA/C) en la primera de orina de la mañana (VN 0,03 mg/mg). Método: Se recolectó orina de 24 horas, y por separado la primera orina de la mañana, de la

cual se tomaron 10 ml para realizar el IA/C y el restante se incluyó en la recolección total. El dosaje de AU se efectuó por nefelometría cinética en instrumento IMAGE Análisis estadístico: Regresión lineal simple entre AU de 24 hrs e IA/C y regresión lineal múltiple entre albuminuria de 24 hrs. e índice albúmina/creatinina según la edad. DISEÑO: Estudio observacional, transversal, de correlación.

RESULTADOS:

35 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. Dado que se tomó como valor de corte para la correlación el rango de AU <100 ug/min/1,73 se excluyeron 3/35 por superar el rango de AU. y se analizaron 32 pacientes. En el análisis estadístico, se observa que la asociación lineal es globalmente significativa (P< 0,0001) con tendencia lineal creciente (r 0,718), explicando el 54,2% de la variabilidad de AU, entonces el modelo ajustado es: MicroalbCorr (microgr/min) = 0,547 [índice A/C (mr/gr)]. Existe ausencia de asociación lineal entre AU y Edad (-0,029 según el coeficiente de Pearson), por lo que no se incluye en el modelo.

CONCLUSIONES:

Se observó una correlación lineal significativa entre AU de 24 hrs e IA/C lo cual nos permitiría utilizar este IA/C en la población de pacientes con SUH para predecir la AU.



MUCORMICOSIS RINOCEREBRAL EN ADOLESCENTE CON DIABETES TIPO I -DEBUT- A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
869

Tagliaferro G.¹; Rodríguez J.²; Maccari Y.³; Navarro G.⁴; Parma G.⁵; García C.⁶; Derembaun L.⁷; Miauro J.⁸; Rivello G.⁹; Corazza R.¹⁰; Slavsky A.¹¹; Selandari J.¹²

SANATORIO GÜEMES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12}

<drstein083@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La mucormicosis es una enfermedad de muy baja frecuencia, causada por hongos saprofitos aeróbicos, afectando generalmente a pacientes con compromiso del sistema inmune. Se adquiere por inhalación de esporas, las que colonizan los senos para nasales y nasofaringe.

OBJETIVO:

Reportar una patología oportunista poco frecuente como desencadenante de un debut diabético en un adolescente.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 13 años, con antecedente de autismo, derivado con diagnóstico de cetoacidosis diabética -debut-.

Ingresa en regular estado general, requiriendo tratamiento según el protocolo de atención de la cetoacidosis diabética.

A las 72 hs, ya con diabetes compensada sin acidosis, se observa edema y eritema bpalpebral derecho progresivo, con movimientos oculares conservados y un registro febril. Con diagnóstico presuntivo de celulitis preseptal, se realizan hemocultivos por 2 (-) y se medica con Ceftriaxona y Clindamicina. 12 hrs posteriores, presenta convulsión con desviación de la mirada hacia la derecha, movimientos atetósicos de hemicuerpo

derecho, se administra lorazepam, cediendo el episodio. Posteriormente evoluciona con deterioro del sensorio progresivo y mala mecánica respiratoria, requiriendo ingresar en ARM. Al examen físico, pupilas asimétricas a expensas de midriasis derecha fija. TC de SNC y macizo craneofacial: colección heterogénea con presencia de neumoencéfalo en topografía frontal derecha. Colapso del asta frontal del ventrículo lateral derecho. Burbujas aéreas en región posterolateral del tejido graso intraconal de la órbita derecha. Solución de continuidad en lámina lateral externa etmoidal derecha. Se interconsulta con ORL e Infectología y se decide su ingreso a quirófano de urgencia para toma de biopsia y cultivo. Se indica anfotericina liposomal.

Posteriormente, continuó con pupilas anisocóricas y ausencia de respuesta a estímulos, se realiza EEG (plano), el cual se repite en 24 hrs, confirmando diagnóstico de muerte encefálica.

Informe de cultivo: Mucor, variedad Rhizopus.

CONCLUSIÓN

Compartir con la comunidad médica un caso poco habitual de presentación de un debut diabético e incluirlo dentro los diagnósticos diferenciales y las decisiones terapéuticas.

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA REFRACTARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

POB
870

Fusoni M.¹; Ronchetti M.²; Rodríguez J.³; Maccari Y.⁴; Coluccio M.⁵; Parias R.⁶; Slavsky A.⁷; Selandari J.⁸

SANATORIO GÜEMES^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<flor_fusoni@hotmail.com>

OBJETIVO:

Reportar un caso de Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) refractaria al tratamiento, haciendo hincapié en las diferentes opciones y en las nuevas terapéuticas.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 15 meses, consulta en guardia por epistaxis, gingivorragia, hematomas y petequias de 24 horas de evolución. Antecedentes: PTI a los 9 meses por lo que requirió internación durante 48 hs y gammaglobulina 1gr/kg EV, con buena respuesta. Alta hematológica 6 meses después.

Examen físico: hematomas en tronco y miembros superiores, petequias en miembros inferiores, lesión purpúrica en tórax, gingivorragia y epistaxis.

Se realiza laboratorio: 3000 plaquetas/mm³ por frotis, sin alteración de otras series. Se interconsulta con Hematología Infantil y se interna. Inmunoglobulinas y reticulocitos normales, prueba de Coombs (-), grupo y factor (A+) y serologías para Herpes, Citomegalovirus, Parvovirus, Hepati-

tis B y HIV negativas. Comienza tratamiento con Gammaglobulina 2gr/kg. Por falta de respuesta al tratamiento, se realiza PAMO que informa hiperplasia megacariocítica e inicia Metilprednisona 2mg/kg/día (7 días). Persiste con 11000 plaquetas/mm³, epistaxis y hematomas. Se realiza interconsulta con Hematología Infantil e indica Gammaglobulina Anti RH 50mg/kg/dosis EV. Por presentar mala respuesta se decide iniciar Rituximab 375mg/m², previo a nueva PAMO.

El paciente presenta franca mejoría, con recuentos de plaquetas en ascenso (240.000/mm³), otorgándose el egreso sanatorial luego de 49 días de internación.

Completó tratamiento con Rituximab en forma ambulatoria.

Se encuentra en seguimiento por hematología infantil, persistiendo con valores normales de plaquetas a la fecha.

CONCLUSION:

En este trabajo se revisarán las opciones terapéuticas para la PTI refractaria, incluyendo las usadas en este caso más otras opciones existentes.



ARTERITIS DE TAKAYASU PRESENTACIÓN DE UN CASO

Huaman Rios M.¹; Pasteris L.²

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS^{1,2}

<mhr_8573@hotmail.com>

RPD
871

INTRODUCCIÓN:

La Arteritis de Takayasu es una enfermedad inflamatoria, crónica, que afecta los grandes vasos, como la Aorta y sus ramas. En edad pediátrica es la tercera vasculitis en frecuencia, después de Púrpura de Schonlein-Henoch y Enfermedad de Kawasaki. Su debut se presenta con manifestaciones inespecífica, con un inicio cerebral solo en un 10%; el cual libera dramática expresión clínica de acuerdo a los territorios vasculares involucrados.

OBJETIVOS:

Reportar un caso clínico de Arteritis de Takayasu en un paciente de edad pediátrica, que consulta al servicio de emergencias del Hospital de Niños Jesús.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Niña de 12 años de edad con antecedentes de episodios recurrentes de

cefaleas inespecíficas, mareos, apatía. Consulta en una oportunidad por hemiparesia de recuperación paulatina, pulsos asimétricos e hipertensión arterial. A partir de ello y mediante exámenes complementarios se confirma sospecha diagnóstica de Arteritis de Takayasu. Posteriormente internada por un cuadro oclusivo vascular cerebral, con secuelas neurológicas severas, tras abandono de tratamiento corticoideo.

CONCLUSIÓN:

Si bien su presentación es infrecuente, la Arteritis de Takayasu deber ser tenido en cuenta como diagnóstico diferencial en niños con signos clínicos de Accidente isquémico Transitorio (AIT) y Stroke. Su reconocimiento tardío, diagnóstico y tratamiento, desencadenarían secuelas neurológicas importantes.

TUMORES NEUROENDÓCRINOS EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fontana Stiglich Y.¹; Graiver J.²; Fiscella G.³; Mayada V.⁴

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

<yaninfs@hotmail.com>

POB
875

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de los gastrinomas resulta dificultoso dada su baja frecuencia en el paciente pediátrico, correspondiendo a menos del 5% de todos los tumores. Se manifiesta principalmente entre los 5 y 16 años, localizándose el 80% en páncreas y duodeno. Clínicamente caracterizado por el Síndrome de Zollinger-Ellison, resultado de la hipergastrinemia, con múltiples úlceras pépticas recurrentes y de localización atípica, diarrea secretora y esofagitis. El diagnóstico se basa en la identificación de niveles de gastrina en ayunas elevados y el tratamiento en el uso de inhibidores de la bomba de protones y, en algunos casos, la resección quirúrgica.

OBJETIVO

Presentar un caso de gastrinoma, patología poco frecuente en pediatría, convirtiéndose en un desafío diagnóstico para el equipo médico.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 15 años, previamente sano que consulta por dolor, distensión abdominal y vómitos esporádicos de un año de evolución que

requirió dos internaciones por abdomen agudo quirúrgico con hallazgo de zonas de estrechez y dilatación de intestino delgado y síndrome suboclusivo con perforación intestinal.

Con diagnóstico presuntivo de Enfermedad de Crohn se interna por esteatorrea y descenso de peso de 2 meses de evolución para nutrición enteral exclusiva y revaloración diagnóstica con buena respuesta al tratamiento con omeprazol. Se realiza VEDA y VCC que evidencian múltiples úlceras duodenales hallándose en biopsia de antro gástrico lesión compatible con tumor neuroendocrino, con sospecha de gastrinoma.

CONCLUSIÓN

Si bien los gastrinomas son tumores poco frecuentes en pediatría, tienen manifestaciones clínicas similares a los adultos. Deben ser tenidos en cuenta ante la presencia de dispepsia, pérdida de peso y úlceras de localización inusual, empleando para arribar al diagnóstico una combinación de bioquímica, imágenes y análisis histológico.



ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO, UNA FORMA DE PRESENTACIÓN QUE ARAÑA NO SOLAMENTE LA PIEL

RPD
876

Corona R.¹; Jimenez C.²; Soria A.³

CEPSI EVA PERÓN^{1,2,3}

<rominacorona@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Linfadenitis regional benigna y autolimitada producida por Bartonella Henselae que ocurre tras la inoculación cutánea del bacilo ya sea, a través del arañazo o mordedura de gato o traumatismos por astillas de maderas. Sin embargo hay formas atípicas en un 10% que enmascaran su diagnóstico y presentan una mortalidad del 2%

OBJETIVO:

Presentación de un caso clínico

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de historia clínica

DESCRIPCIÓN:

Niño de 6 años de edad de Santiago del Estero con cuadro clínico que comienza hace 6 meses con disminución de peso, astenia, hiporexia, adinamia. Fiebre diaria de 38.5-39°C desde hace 4 días a predominio vespertino y nocturno, dolor tipo cólico en hemiabdomen superior. Al examen físico regular estado general, se observa pérdida brusca de peso (P/E 3; P/T 3), palidez cutánea mucosa, quejoso, con adenopatías inguinales de 2 cm, indolora no adherida a planos profundos. Abdomen distendido, tenso, doloroso, hepato esplenomegalia. Al ingreso hemograma normal; transaminasas, LDH, VSG elevadas, hipoproteinemia e hipoalbuminemia. Ecografía abdominal colecistitis alitiásica, esplenomegalia, ecogenicidad

a nivel de la cabeza de páncreas, hepatomegalia con parénquima heterogéneo con múltiples nódulos hipocogénicas en ambos lóbulos, adenitis en hilio hepático. Inicia tratamiento con ceftriaxona y gentamicina y se solicitó serologías para HIV, Hepatitis B; Chagas, Toxoplasmosis; PPD, RK 39 con resultados negativo. Biopsia de ganglio inguinal que muestra hiperplasia sinusal, sin atipias

Por la forma de presentación se sospecha EAG y se reitera la anamnesis con resultado positivo porque la mamá recuerda contacto con gatos cachorros y se solicita IgG e IgG para Bartonella Henselae.

A los doce días por fiebre persistente y por la fuerte sospecha de EAG se inicia tratamiento empírico con azitromicina observándose franca mejoría del estado general y ausencia de fiebre a las 24hs.

Se recibe IgM + 1/64 confirmando el diagnóstico de Enfermedad por Arañazo de Gato

CONCLUSIÓN:

Conocer que si bien la Bartonelosis es una enfermedad benigna y autolimitada hay formas de presentaciones atípicas y complejas con compromiso de órganos internos, presentándose solo 0.7% enfermedad hepatoesplénica por lo que es trascendente mirar al paciente con ojos nuevos en todos sus aspectos que, en conjunto con una anamnesis exhaustiva, nos permite aproximarnos al diagnóstico en un 80% de los casos y así instaurar un tratamiento adecuado.

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA NO HABITUAL DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

RPD
879

Camerano M.¹; Atach R.²; Bacigalupo G.³; Noriega G.⁴; Sosa C.⁵; Lavergne M.⁶; Dondoglio P.⁷; Monaco A.⁸

HTAL ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<cameranomarina@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una infección causada por un bacilo Gram negativo conocido como Bartonella henselae. Esta entidad es una causa común de adenitis regional en niños. Se observa el antecedente de contacto con gatos hasta en el 90% de los casos y suele comportarse de forma benigna y autolimitada sin precisar tratamiento. Sin embargo en un 5-10% se describen presentaciones atípicas que pueden afectar cualquier órgano y fiebre prolongada con repercusión sistémica.

OBJETIVO:

Presentar el caso de una niña de 12 años de edad con diagnóstico de EAG de presentación clínica y epidemiológica no habitual.

DESCRIPCIÓN:

Paciente de 12 años, previamente sana, con síndrome febril prolongado y dolor abdominal, con resultados de laboratorio y ecográficos iniciales normales. Hemocultivos y urocultivo negativos. Por persistencia de este cuadro se realizó laparotomía explorada sin hallazgos de relevancia. En la 3ª semana de evolución se practicó una nueva ecografía abdominal

que demostró múltiples microabscesos esplénicos por lo que se indicó empíricamente piperazilina-tazobactam y vancomicina. Luego de 14 días de tratamiento la paciente no presentó mejoría clínica ni ecográfica. Se planteó la realización de una esplenectomía. Se sospechó infección por Bartonella Henselae por la convivencia con perros domésticos y se medicó con TMS-rifampicina, con posterior confirmación del diagnóstico por serología (IgM título mayor 1/20 e Ig G título mayor 1/200). La niña evolucionó afebril en una semana, con mejoría clínica y regresión progresiva de las lesiones esplénicas.

COMENTARIOS:

El diagnóstico clínico de las formas atípicas de la EAG es difícil cuando no existen adenopatías periféricas o no se refiere el antecedente de contacto con gatos. Sin embargo el compromiso esplénico debe sospecharse en pacientes con síndrome febril prolongado, dolor abdominal y compromiso sistémico. Tener presente esta entidad y valorar la utilización de técnicas de imagen puede evitar la realización de técnicas invasivas (laparotomía y/o esplenectomía) como en el caso presentado.



ABSCESO DE PSOAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Camerano M.¹; Atach R.²; Appendino I.³; Bacigalupo G.⁴; Noriega G.⁵; Sosa C.⁶; Lavergne M.⁷

HTAL ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7}

<cameranomarina@hotmail.com>

RPD
880

INTRODUCCIÓN

El absceso del psoas (AP) es una entidad poco frecuente, que requiere para su diagnóstico un alto índice de sospecha. Se clasifican en primarios, cuando no se conoce otro foco infeccioso, o secundarios, si se encuentra comprometido un órgano adyacente desde el que se pueda propagar la infección. El germen identificado con más frecuencia en los AP primarios (88%) es el *Staphylococcus aureus*, siendo en los secundarios los microorganismos entéricos. En nuestro caso se trata de un absceso primario, que es la forma predominante en la infancia.

OBJETIVO

Presentar un paciente con AP por ser una entidad poco frecuente y de interés debido a la dificultad diagnóstica.

CASO CLÍNICO

Niño de 11 años, con antecedente de neurofibromatosis tipo 1, que fue evaluado en guardia en dos ocasiones por presentar lumbalgia de 15 días de evolución; con estudios iniciales normales (hemograma, orina completa y rx abdominal). En la tercera semana de evolución consultó por persistir con dolor lumbar y presentar fiebre. Al examen físico se constató regular estado general, dolor a la palpación profunda en flanco derecho y al realizar flexión del muslo sobre la cadera homolateral. Sin

reacción peritoneal. Estudios al ingreso: GB 15.900/mm³ (86% PMN), VSG 120 mm/1° h, PCR 123 mg/dl. Ecografía abdominal: engrosamiento focal heterogéneo (masa) del músculo psoas derecho, de 65 x 45 mm, con escasa vascularización y desplazamiento del riñón homolateral. Se realizó TAC abdominal que confirmó el diagnóstico de absceso de psoas, indicándose tratamiento con ceftriaxona-clindamicina. Por presentar evolución tórpida se realizó drenaje quirúrgico, obteniendo abundante material purulento + SAMR. HMCX2 negativos. Se adecuaron los antibióticos a vancomicina-rifampicina. Afebril al 10° día de internación, con reducción progresiva de la colección. Permaneció internado durante 25 días, continuando con antibioticoterapia ambulatoria.

CONCLUSIONES

El AP es una patología infrecuente en niños que requiere una alta sospecha clínica debido a su presentación insidiosa e inespecífica. De ahí la necesidad de realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías. El diagnóstico se confirma por ecografía o TAC. El tratamiento se basa en antibióticos y drenaje quirúrgico en los casos con evolución tórpida, recidivas y/o abscesos únicos. El diagnóstico y tratamiento oportunos determinarán una menor morbimortalidad en estos pacientes.

SÍNDROME DE TÓRAX AGUDO EN PACIENTE CON DREPANOCITOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Camerano M.¹; Atach R.²; Arana M.³; Bacigalupo G.⁴; Noriega G.⁵; Sosa C.⁶; Lavergne M.⁷

HTAL ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7}

<cameranomarina@hotmail.com>

RPD
884

INTRODUCCIÓN

La drepanocitosis es una anemia hemolítica congénita causada por la sustitución del ácido glutámico por valina en la sexta posición de la cadena B de la hemoglobina. Esta mutación deforma los eritrocitos con crisis vaso-oclusivas que provocan complicaciones graves. El síndrome de tórax agudo (STA), por neumonía y/o infarto pulmonar, se presenta entre el 40 al 50% de los casos y es una causa importante de morbimortalidad.

OBJETIVO

Describir la forma de presentación, la evolución clínica y la terapéutica del STA en una paciente con drepanocitosis.

CASO CLÍNICO

Niña de 12 años con diagnóstico de drepanocitosis desde los 2 años. En tratamiento con ácido fólico, penicilina e hidroxiurea. Presentó algunas internaciones por episodios de dolor muscular. En julio del 2013 fue internada por presentar crisis de dolor en miembros superiores que requirió PHP y opioides endovenosos por 48 hs. Las rx de miembros superiores y tórax fueron normales. A las 24 horas del egreso hospitalario, consultó por fiebre, dolor en brazo izquierdo y precordio. Al examen físico presentaba hipoventilación global. Se realizó HMG: GB 18500/mm³ (75% PMN), Hb 9 g/dl, plaquetas 370000/mm³. Rx de tórax: imagen de consolidación

basal izquierda. ECG: trazado normal. Se medicó con antibióticos de amplio espectro y opioides. Tras 72hs de internación, persistió febril, con mayor compromiso respiratorio y requerimiento de oxígeno por máscara simple. Una nueva rx de tórax mostró imagen de consolidación bibasal. HMC y VSNF negativos. Por empeoramiento del cuadro respiratorio y de la anemia se decidió iniciar terapia transfusional, con mejoramiento clínico progresivo.

CONCLUSIONES

El STA es una complicación frecuente en la drepanocitosis. Su etiología puede ser multifactorial: infecciosa (más frecuente en pediatría), por embolia grasa, infarto pulmonar o hipoventilación por dolor. El diagnóstico exige un alto índice de sospecha, debido al cuadro clínico inicial inespecífico y a la frecuente normalidad del estudio radiológico inicial. La rápida evolución y la alta morbimortalidad demandan actuar en forma precoz. Al no poder diferenciar clínicamente un cuadro infeccioso de un cuadro puramente vaso-oclusivo, es necesario el tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro. La transfusión en la crisis aguda sería una terapéutica beneficiosa; la exanguinotransfusión se reserva para situaciones graves. El objetivo es disminuir la concentración de HbS y mejorar las propiedades circulatorias.



COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POR INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
885

Camerano M.¹; Stadelmann A.²; Piccolo A.³; Matarasso M.⁴

HTAL ELIZALDE^{1,2,3,4}

<cameranomarina@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La ingestión de cuerpos extraños (CE) es un accidente evitable que se observa principalmente en niños menores de 3 años. Aun cuando todo CE es potencialmente peligroso, pocos requieren una conducta terapéutica activa. Los CE en el esófago son dos veces más frecuentes que los bronquiales. La ingestión de monedas ocupa el primer lugar. Los signos y síntomas típicos son irritabilidad, sialorrea, vómitos, odinofagia y dificultad para la alimentación. También pueden causar síntomas respiratorios, como disnea, tos, sibilancias o estridor por compresión o por irritación traqueal secundaria microaspiración de saliva. Si el paciente se encuentra sintomático debe procederse a la extracción endoscópica inmediata del CE. Las complicaciones ocurren por lo general cuando se demora el diagnóstico o se trata de objetos grandes, afilados o potencialmente tóxicos, como la pila botón.

OBJETIVO

Presentar un paciente con complicaciones respiratorias por ingesta de CE, cuyo diagnóstico fue tardío.

CASO CLÍNICO

Niña de 5 meses de edad, que consulta a la guardia por presentar tos y estridor de dos meses de evolución, sin fiebre. Antecedente de dos

episodios de bronquiolitis de tratamiento ambulatorio un mes previo a la consulta. Al examen físico presentaba estridor inspiratorio, sibilancias aisladas e hipoventilación en campo pulmonar superior derecho. Se realizó radiografía de tórax anteroposterior donde se constató atelectasia del LSD e imagen radiopaca redonda central en la región superior del tórax compatible con moneda. La proyección de perfil confirmó la presencia de la misma en el esófago y la compresión de la vía aérea. Reinterrogando, surgió relato de introducción de monedas en la boca de la paciente por su hermano de 4 años y radiografías de tórax previas similares, no jerarquizadas en otros centros asistenciales. Se decidió la internación de la paciente para la extracción endoscópica del CE.

CONCLUSIONES

En muchos casos de ingestión de CE sólo existe el relato de los padres, ya que puede no haber sintomatología ni hallazgos físicos específicos, siendo determinante en el diagnóstico el alto nivel de sospecha clínica. El retraso de este último empeora el pronóstico con posibles complicaciones digestivas (perforación o estenosis esofágica) y respiratorias. Es fundamental la educación de los padres y cuidadores del niño para evitar estos accidentes.

(ABSCESO RETRO-OCULAR POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE PROVENIENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR-CO))

RPD
887

Camerano M.¹; Atach R.²; Bacigalupo G.³; Noriega G.⁴; Sosa C.⁵; Lavergne M.⁶; Dondoglio P.⁷; Monaco A.⁸

HTAL ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<cameranomarina@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

En la última década se ha observado un sostenido aumento de las infecciones por SAMR-co, con un notable impacto en pacientes sanos pediátricos. A su vez, se ha reportado un incremento de las infecciones causadas por este germen a nivel ocular, tales como dacriocistitis, conjuntivitis, endoftalmitis, y celulitis preseptal y orbitaria. En muchos casos estas infecciones son subdiagnosticadas, dando lugar a evoluciones tórpidas y con secuelas irreparables, que pueden llevar a la pérdida de la visión. Debido a su gravedad es fundamental el diagnóstico precoz y la pronta adecuación antibiótica.

OBJETIVO:

Presentar el caso de un niño con celulitis orbitaria y absceso retro-ocular.

DESCRIPCIÓN:

Niño de 10 años, derivado de Formosa, por proptosis ocular derecha, ausencia de motilidad y edema bpalpebral. Sin antecedentes traumáticos de relevancia, al examen físico sólo se constató una pequeña excoiación en el párpado superior derecho. Subfebril al ingreso. TC de cerebro:

proptosis del globo ocular derecho con tejido sólido en sector superior y posterior de la grasa intraorbitaria retroocular con compromiso del nervio óptico. La RMN cerebral confirmó estos hallazgos. No presentó compromiso a nivel óseo. Senos paranasales libres. Se medicó empíricamente con ceftriaxone-vancomicina y se realizó abordaje quirúrgico, con drenaje de abundante material purulento, con cultivo positivo para SAMR-co. HMC x2 negativos. Se adecuó el tratamiento a vancomicina y rifampicina, y luego de 4 semanas EV continuó el tratamiento por VO con TMS y rifampicina. El paciente evolucionó con escasa recuperación de la motilidad ocular y pérdida de agudeza visual del ojo derecho.

COMENTARIOS:

La celulitis orbitaria es una patología grave, que requiere de un diagnóstico precoz, siendo SAMR de la comunidad una causa cada vez más frecuente. El manejo es multidisciplinario, requiriendo el uso de antibióticos sistémicos, y del abordaje quirúrgico en aquellos casos en los que existan abscesos que comprometan el nervio óptico o estructuras óseas.



TUMOR ÓSEO DE CÉLULAS GIGANTES EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Camerano M.¹; Atach R.²; Bacigalupo G.³; Noriega G.⁴; Sosa C.⁵; Lavergne M.⁶; Amaral D.⁷

HTAL ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7}

<cameranomarina@hotmail.com>

RPD
888

INTRODUCCIÓN:

El tumor de células gigantes representa el 20% de los tumores óseos benignos. Se origina a partir de las células mesenquimáticas indiferenciadas de la médula ósea. Se localiza en la región epifisaria de los huesos largos siendo la rodilla el sitio de afectación más frecuente seguida por la región proximal del húmero, fémur y región distal de la tibia.

OBJETIVO:

Presentar el caso de un paciente con sospecha clínico radiológica de tumor óseo maligno con diagnóstico anatomopatológico de tumor óseo de células gigantes que recibió anticuerpos monoclonales (Denosumab) como tratamiento neo-adyuvante.

CASO CLÍNICO:

Paciente femenina de 17 años que consulta al servicio de traumatología por presentar dolor e impotencia funcional de miembro superior derecho secundario a traumatismo menor. Se realiza: rx de la región afectada presentado lesión osteolítica expansiva en región humeral derecha, TAC

y RMN con compromiso de partes blandas y centellograma óseo corporal total con captación localizada en región afectada. Se realiza hemograma y laboratorio completo dentro de parámetros normales. Se interna para manejo del dolor y biopsia quirúrgica. Luego del diagnóstico comienza tratamiento médico con Denosumab.

CONCLUSIONES:

El tumor de células gigantes aunque es considerado una patología con curso benigno es localmente agresivo y tiende a la recidiva. Entre el 5-10% de los mismos se malignizan pudiendo ser metastásico en el 2% de los pacientes. Es una patología poco frecuente en la población pediátrica. Los principales diagnósticos diferenciales son el osteosarcoma telangiectásico y el quiste óseo aneurismático. Son necesarios la biopsia y el estudio histológico para determinar la clasificación del tumor y la agresividad del mismo. El uso del denosumab permite que los pacientes eviten la cirugía radical y previene la recurrencia del mismo

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN MIOPATÍAS A TRAVÉS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

Martínez Perea M.¹; Nieto G.²; Ezquiaga D.³; Adamec D.⁴; Prost J.⁵

HOSPITAL B RIVADAVIA^{1,5}; SERVICIO DE NEUROLOGÍA. HOSPITAL B RIVADAVIA^{2,3};

SEC. NEUROFISIOLOGÍA. HOSPITAL B RIVADAVIA⁴

<mdeposadas@gmail.com>

POB
891

INTRODUCCION:

Las miopatías no adquiridas, de etiología genética, tienen una presentación fenotípica similar, consistente en debilidad muscular, pero con características específicas. Las nuevas tecnologías como la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) representan un método no invasivo que contribuye al diagnóstico específico, al evidenciar los sectores de mayor compromiso lesional y orientar la selección del músculo a biopsiar.

Material y Métodos: Se presentan 10 casos clínicos (masculinos 6, femenino 4), afectados de: Distrofia Miotónica (n=3), Miopatía Centro nuclear (n=1), Miyoshi (n=2), Miositis (n=1), FascioEscapulo humeral (n=1), Intolerancia al ejercicio físico (n=2). Se realizaron: Biopsias musculares, y RMN de los grupos musculares.

RESULTADOS:

La biopsia muscular se efectuó en 7 pacientes, y la RMN se realizó en los 9 pacientes. Los pacientes que presentaron compromiso distal y proximal fueron 4 y 6 respectivamente. Las biopsias musculares fueron sugestivas

de dichas patologías en: central core, polimiositis, acumulo de glucógeno, y facioescapulo humeral. En 2 pacientes la biopsia evidenció deficiente proteína disferlina y en 4 de ellas se confirmó por estudio molecular.

RESULTADOS:

La biopsia muscular se efectuó en 5 pacientes, y la RMN se realizó en los 9 pacientes evaluados. Los pacientes que presentaron compromiso distal y proximal fueron 4 y 4 respectivamente. Compartiendo uno de ellos afectación distal y proximal, (miositis). Las biopsias musculares fueron sugestivas de: central core, polimiositis, acumulo de glucógeno, y facioescapulo humeral. En 2 pacientes la biopsia evidenció deficiente proteína disferlina.

CONCLUSIONES:

La RMN es un método efectivo no cruento con evidencia de alta sospecha clínica para arribar al diagnóstico de miopatías. Los Algoritmos publicados contribuyen a orientar el compromiso muscular compartamental anterior/ posterior, proximal/distal permitiendo mayor aproximación diagnóstica.



DEFICIT DE GALACTOCEREBROSIDASA : LEUCODISTROFIA DE CELULAS GLOBOIDES (LCG) INFANTIL - ENF. DE KRABBE- Y TARDIA JUVENIL

POB
892

Martínez Perea M.¹; Yancovich S.²; Prost J.³; Romano C.⁴; Cattaino A.⁵; Taboada Carrillo E.⁶; Pugliese N.⁷; Pedemonte S.⁸; Osorio A.⁹; Blanco S.¹⁰; Adamec S.¹¹; Nagel D.¹²

HOSPITAL B RIVADAVIA¹; SERVICIO DE NEUROLOGÍA. HOSPITAL B RIVADAVIA^{2,3}; SEC. NEONATOLOGÍA. HOSPITAL B RIVADAVIA⁴; CONSULTORIO EVOLUTIVO. HOSPITAL B RIVADAVIA⁵; ÁREA DE NEUROLOGÍA INFANTIL. HOSPITAL B RIVADAVIA⁶; FONOAUDILOGÍA. SERV. ORL. HOSPITAL B RIVADAVIA⁷; SERV. PEDIATRÍA. HOSPITAL B RIVADAVIA^{8,9}; NEUROLOGÍA. HOSPITAL B RIVADAVIA¹⁰; SEC. NEUROFISIOLOGÍA. HOSPITAL B RIVADAVIA¹¹; ESTADÍSTICA. HOSPITAL B RIVADAVIA¹²
<mdeposadas@gmail.com>

INTRODUCCION :

La enfermedad de Krabbe o Leucodistrofia de células globoides (LCG) es una enfermedad poco frecuente (EPOF) autosómica recesiva de acumulación lisosomal por déficit de Galactocerebrosidasa (Gals), con desmielinización del sistema nervioso central y periférico. Esta enfermedad mapea en el cromosoma 14q31, se presenta en 1 cada 100.000 nacidos vivos. La forma neonatal es más frecuente y evoluciona rápidamente hacia la muerte. La presentación juvenil es rara, de progresión lenta y evidencia de alteraciones neurológicas, con síntomas psicóticos. El 60 % de los pacientes presentan neuropatía periférica.

OBJETIVO:

Sugerir este diagnóstico en los casos infantiles de Leucodistrofias, donde existe un tratamiento precoz y sospecharla en pacientes juveniles con trastornos psiquiátricos.

MATERIAL Y METODOS:

2 pacientes de sexo masculino, con síntomas de compromiso del Sistema Nervioso Central: J.O con forma infantil-FI- y paciente I.Q con forma juvenil-FJ-; en este último caso se agregó afección del sistema nervioso periférico. JO Ingresó a Neonatología a los 11 días de vida por hipotermia, convulsiones tónicas clónicas generalizadas e irritabilidad persistente. IQ ingresa a Neurología por síntomas psicóticos desde

los 16 años con involución de funciones motoras, psicocognitivas, con hemiparesia braquiocrural izquierda, diplopía y trastornos lenguaje. Se observaron anomalías en estudios neurofisiológicos, Tac de Cerebro, RMN y estudios de búsqueda de sulfátidos en orina y dosaje de actividad enzimática lisosomal.

RESULTADOS:

Las Neuroimágenes evidenciaron: agrandamiento ventricular, hipodensidades bilaterales y simétricas en lóbulo parietotemporal, compatible con enfermedad desmielinizante. En el caso juvenil, a los 10 años de evolución se observa disminución de agudeza visual, dificultad en la comprensión de su lenguaje, debilidad facial asimétrica y disminución del tono muscular de orbicular de los labios, masticatorios y velares, con fasciculaciones linguales y Neuropatía periférica. En ambos pacientes las enzimas lisosomales evidenciaron dosajes de Arilsulfatasa Normales y actividad ausente para G cerebrosidasa, con presencia de sulfátidos en orina, siendo compatible con Enf de Krabbe, (estudio molecular pendiente).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

La enfermedad de Krabbe es una enfermedad típica de la población pediátrica siendo mucho más frecuente que en los adultos, pero se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades neurodegenerativas, en especial en adolescentes con patología psiquiátrica.

EXPOSICIÓN AL DISRUPTOR ENDÓCRINO BISFENOL A EN EMBARAZADAS DE BUENOS AIRES

POB
893

Aragone S.¹; Ferloni A.²; Pereiro N.³; Cruz M.⁴; Kandel Gambarte P.⁵; Cambiaso O.⁶; Vasques M.⁷; Mendez M.⁸; Uicich R.⁹; Gimenez M.¹⁰; Vidal F.¹¹; Otaño L.¹²; Figar S.¹³

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13}
<soledad.aragone@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

El Bisfenol A (BPA) se utiliza como aditivo en envases de alimentos y bebidas. El 95% de la población está expuesta a esta sustancia. El BPA es un disruptor endocrino, posiblemente vinculados a los eventos adversos reproductivos y del desarrollo neurológico. En población argentina no existen datos sobre niveles de BPA.

Objetivo: Determinar la presencia y concentración de BPA en orina de embarazadas.

MÉTODOS:

Corte transversal en embarazadas mayores de 18 años del Hospital Italiano de Buenos Aires con una edad gestacional menor a 16 semanas. Muestreo: 154 embarazadas por muestreo aleatorio simple. Durante la consulta en el hospital firmaron consentimiento informado y completaron encuesta sobre hábitos. La muestra se recolectó en envase de polipropileno sin BPA en su composición. El BPA se determinó en GC/MS, cromatografía gaseosa y espectrometría de masa, se trabajó con material de vidrio y con reactivos que tenían menor presencia de BPA. Las concentraciones de BPA en orina se ajustaron por gramo de creatinina en orina para evitar efectos de dilución.

RESULTADOS:

Ingresaron 154 muestras de orina, se analizaron 149 muestras. Límite de cuantificación: 2 ng/ml y límite de detección: 0,8 ng/ml. 99 muestras 66,4% (IC95% 58,2-74,0) tuvieron una concentración mayor o igual al límite de cuantificación y 31 muestras 20,8 (IC95% 14,6-28,2%) una concentración superior al límite de detección. 19 muestras 12,8% (IC95% 7,9-19,2%) quedaron por debajo del límite de detección. La mediana de BPA urinario ajustado por creatinina fue de 4,3 ng/ml (rango intercuartilo 3,2-6,7) en las 99 muestras con valores superiores al límite de cuantificación. Media de edad: 32,1 años (DS 5,3). Trabajan actualmente: 81% (IC95% 73,9-86,9%). El 83,7% (IC95% 76,7-89,1) tenía nivel universitario y/o posgrado.

CONCLUSIONES:

Los resultados reflejan la presencia del BPA en embarazadas y muestran un valor de media superior al reportado en otras investigaciones.

Palabras claves: Bisfenol A, Embarazadas, Orina, Disruptor Endocrino, Epidemiología, Salud y Ambiente.



SINDROME DE AICARDI

Mazzeo A.¹; Calleri H.²; Gonzalez N.³

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3}

<anabella.mazzeo@hotmail.com>

RPD
894

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Aicardi es muy infrecuente. Se caracteriza por la tríada de: espasmos infantiles asimétricos; agenesia del cuerpo caloso y lesiones oculares (coriorretinopatía lacunar).

Afecta principalmente a niñas, siendo letal en los varones.

Poseen un desarrollo normal hasta los tres meses de edad, momento en el que comienzan con espasmos infantiles de diversos tipos y de difícil control terapéutico.

Otras manifestaciones que pueden observarse son las anomalías vertebrales (en mariposa, hemivértebras), hipotonía generalizada, telangiectasias, deformidades de la cabeza y tórax, asimetrías faciales, hemangiomas cutáneos, hipoplasia del quinto dedo y orejas de implantación baja.

El pronóstico es siempre malo, no existiendo un tratamiento estándar. La resonancia magnética cerebral es el método diagnóstico de elección.

OBJETIVOS:

Describir un caso clínico de una paciente con Sme de Aicardi

CASO CLÍNICO:

Paciente femenina de 20 días de vida con asimetría facial secundaria a ptosis palpebral izquierda que muestra, en su primer control de salud, espasmos en flexión de miembro superior e inferior izquierdos de 2 a 3

segundos de duración. Se realiza ecografía cerebral que informa dismorfia de astas frontales de los ventrículos laterales y agenesia parcial/disgenesia del cuerpo caloso, es evaluada por neurología y se decide internación para diagnóstico y tratamiento.

Se realiza electroencefalograma obteniéndose trazado de tipo hispiarritmico a predominio izquierdo.

RNM de cerebro: Hipoplasia de cuerpo caloso en su tercio posterior y esplenio. Dismorfia de las cavidades ventriculares laterales, que además, se presentar asimétricas, a predominio del lado izquierdo.

Fondo de ojo que evidencia 2 lesiones coriorretinales hipopigmentadas. Radiografías de parilla costal y columna cervical informadas como normal. Durante la internación presentó múltiples episodios convulsivos, de distintas características, que no respondieron a ninguna terapéutica, incluyendo tratamiento con ACTH intramuscular.

CONCLUSIÓN:

Si bien el síndrome de Aicardi es una patología poco frecuente, es necesario incluirlo dentro de los diagnósticos diferenciales de convulsiones refractarias.

Es crucial continuar investigando dicho síndrome genético, probablemente ligado al x, para facilitar consejo genético y futuras terapéuticas.

ABSCESOS MUSCULARES PROFUNDOS: REPORTE DE 4 CASOS

Distefano V.¹; Rosso M.²; Martín G.³; Saretto C.⁴; Gutierrez M.⁵; Canteloro C.⁶; Picadaci M.⁷; Cuitiño M.⁸; Fjellerup A.⁹; Marzano M.¹⁰

CLINICA LA PEQUEÑA FAMILIA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

<verod7@hotmail.com>

RPD
895

INTRODUCCIÓN

La piomiositis es una infección aguda bacteriana que afecta al músculo estriado, generalmente causada por *Staphylococcus aureus*, que suele acompañarse de la formación de abscesos. Es más frecuente en varones sanos y, aunque aparece en todos los grupos de edad, su incidencia aumenta entre los 2 a 5 años y entre los 35 y 40 años.

La piomiositis pueden afectar a músculos superficiales o profundos. Las áreas comprometidas con mayor frecuencia son los grandes músculos de las extremidades inferiores, especialmente el cuádriceps femoral y los glúteos, y los músculos del tronco. Identificar abscesos superficiales no genera dificultades diagnósticas. Los abscesos musculares profundos son menos frecuentes, tienen cuadro clínico inespecífico contribuyendo al diagnóstico tardío, y ocasionando complicaciones locales y sistémicas. El objetivo de este trabajo es describir 4 casos de piomiositis.

CONCLUSIONES

La piomiositis es una infección poco frecuente que suele generar dificultades en el diagnóstico. Los diagnósticos diferenciales más frecuentes suelen ser con otras infecciones que afectan a la fascia y músculos (fascitis necrotizante, gangrena gaseosa, etc), con enfermedades vasculares (TVP), enfermedades osteoarticulares (artritis séptica, osteomielitis, enfermedad de Perthes) y tumores (sarcoma de tejidos blandos).

Los casos presentados tuvieron fiebre e impotencia funcional de miembros inferiores, con valores elevados de ERS y PCR. La RMN fue diagnóstica en los 4 casos.

Con fiebre persistente, impotencia funcional de miembros, elevación de ERS y PCR, luego de excluir los focos osteoarticulares, es necesario evaluar el diagnóstico de piomiositis. Para ello son importantes los métodos diagnósticos como la RMN y los hemocultivos.

DESCRIPCION DE LA POBLACION DE PACIENTES NEONATALES CON MIELOMENINGOCELE EGRESADOS DE LA NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA GARRAHAN ENTRE 2011-2012

RPD
896

Naccache M.¹; Campany L.²; Burek C.³; De Castro Perez F.⁴; Agrimbau J.⁵

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

soledadnaccache@hotmail.com

El mielomeningocele (MMC) es la forma más frecuente y grave de espina bífida. Se define como la herniación de las envolturas meníngeas, y de la médula espinal y/o raíces nerviosas a través de un defecto óseo en la columna vertebral. La localización más frecuente es la región lumbosacra y el compromiso neurológico depende del nivel y la extensión de la lesión.

El Registro Nacional de Anomalías Congénitas (Renac-Ar) informa una prevalencia de espina bífida en nuestro país de 6.4 (IC 95% 5.5 -7.4) cada 10.000 recién nacidos ([i]).

REFERENCIAS

[i] Registro Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina (RENAC). Reporte anual 2012 (años 2009-2011)

Ministerio de Salud de la Nación.

Nuestro hospital, recibe e incorpora al seguimiento ambulatorio, entre 60 y 80 nuevos pacientes con MMC por año. La edad de estos pacientes al ingreso varía entre 0 y 15 años; y entre 10 y 12 pacientes proceden de la Unidad de Neonatología. La atención urológica que estos pacientes vienen recibiendo al momento del ingreso es heterogénea y muchos de ellos (a pesar de ingresar a una edad media de 4 años) nunca completaron su evaluación, ni recibieron tratamiento adecuado.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo

Describimos las características de la población neonatal, nacida entre el 2011 y 2012, derivada para cierre del defecto en el Hospital Garrahan.

Se incluyeron 22 pacientes (n22), 15 pacientes (68.18%) Masculinos y 7 femeninos (31.82%), el 63.64% (14) pacientes derivados de centros de GBA y el resto CABA. 59.09%, (13 pacientes) contaban con Obra Social, la edad materna promedio al ingreso fue 26 años, con Nivel de instrucción que correspondía a Secundario incompleto o nivel inferior, 63.64%.

15 pacientes 63.68% tenían diagnóstico prenatal de Mielomeningocele 7 pacientes 31.82% no tenían diagnóstico prenatal.

Tipo de diagnóstico prenatal	Cantidad pacientes	%
Hidrocefalia	5	33.33%
DCTN	6	40.00%
No especificado	4	26.67%

El cierre del defecto se produjo en el 72.73% (16 pacientes) dentro de las primeras 24 hs de vida.

Evaluación de los pacientes

Completa	20	100.00%
Parcial	0	0.00%
Sin Evaluar	2	
Tiempo promedio	10.15	
Ecografía	22	100.00%
Tiempo promedio	0.41	
Urodimamia	9	40.91%
Tiempo promedio	4.78	
Cistouretrografía si	10	45.45%
Cistouretrografía no	-	0.00%
Cistouretrografía no requiere	-	0.00%
Tiempo promedio	3.50	
Videourodinamia	11	50.00%
Tiempo promedio	5.91	
Videourodinamia / Urodinamia	20	90.91%
Tiempo promedio	5.40	
Centellograma	21	95.45%
Edad promedio	0.24	
Tiempo promedio	2.71	

El 100% de los pacientes egresaron de la neonatología realizando Cateterismo intermitente Limpio, con un tiempo de implementación promedio de 3 días.

El 80.95% de los pacientes se indicó Oxibutinina (17 pacientes).

La prevalencia de Reflujo Vesicoureteral fue del 22.73% (5 pacientes).

La prevalencia de ERC fue del 20% (4 pacientes) todos en Estadio 1.

NEUMONIA COMPLICADA Y PICORNAVIRUS: UN CASO CLÍNICO

RPD
899

Visco G.; Visco R.; Vallejo E.; Gamboa J.

HOSPITAL CENTRAL DE PEDIATRIA DR. CLAUDIO ZIN -BUENOS AIRES -ARGENTINA.

gasparvisco@gmail.com

OBJETIVO:

Presentación de un caso clínico de Neumonía de evolución tórpida, con IFI positivo para Picornavirus en aspirado de secreción nasofaríngea.

INTRODUCCION:

Las complicaciones de las neumonías, conforman un grupo muy importante dentro de los niños con patología torácica. La extensión de estas, del parénquima pulmonar a la pleura, modifica radicalmente el curso clínico de la enfermedad. La circulación de los Picornavirus, ha aumentado en los últimos años, y se han relacionado con infecciones respiratorias bajas graves.

CASO CLÍNICO:

Paciente femenina de 1 año y 10 meses de edad, es derivada a nuestro nosocomio en febrero del 2015; por fiebre de 3 días evolución, sin otra sintomatología asociada; Laboratorio de ingreso: GB 28500 (Neu. Seg :66%) Hcto 22% Hb 7.5 mg/dl; Radiografía(Rx) tórax: neumonía de base y campo medio derecho. Se inició tratamiento con Ampicilina EV y transfusión de Glóbulos Rojos a 15 ml/kg. A las 48 horas, por persistencia de fiebre (39º) y empeoramiento de cuadro respiratorio; se realiza ecografía pleural derecha: imágenes hipocóicas sugestivas de cavitación y derrame pleural mínimo. Se decide buscar en aspirado de secreción nasofaríngea: PCR Mycoplasma y Bordetella, PCR e IFI para Virus Respiratorios; Se

realiza Tomografía (TAC) de Tórax contrastada: imagen multilobulada, con paredes engrosadas que compromete lóbulo superior derecho, compatible con neumonía necrotizante. Se realiza rotación antibiótica a Ceftriaxona y Clindamicina EV. Luego de 5 días, con buena evolución clínica, sin requerimiento de oxígeno, afebril; con HMCx2 negativos e IFI para secreción nasofaríngea positivo para Picornavirus; se decide su egreso hospitalario.

A los 26 días pos egreso, reingresa por dificultad respiratoria progresiva. Se realiza Rx. de tórax de control: silueta cardiaca desplazada hacia la izquierda, con imagen radiolúcida delimitada en vértice derecho, compatible con Bulla vs Neumotórax. Es valorado por servicio de Cirugía Infantil quien indica TAC de tórax: Neumotorax Grado III, con colapso pulmonar. Se colocó Tubo de Avenimiento Pleural derecho (TAP) y paso UTIP.

A los 17 días de internación con evolución tórpida clínica/radiológica; persistencia esfuerzo respiratorio; se realizó decorticación pleural derecha. A los 5 días, post operatorio, por evolución satisfactoria, se decide su alta médica.

CONCLUSIÓN:

En nuestro medio, el Picornavirus presenta un aumento de circulación endemo-epidémico, durante el otoño. En los últimos años, el desarrollo de la técnica de PCR e IFI permitió reevaluar y actualizar el papel de estos virus en la etiología de la IRA complicada