

A PROPOSITO DE UN CASO: HEPATITIS LUPICA

Dávila MC, Brusco MI, Quintana C, Cao G, Pringe A, Cuttica RJ

Sección Reumatología Hospital de Niños Pedro de Elizalde. Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es la enfermedad autoinmune con mayor espectro de presentación clínica y serológica.

La hepatitis lúpica es una forma de presentación inusual de esta enfermedad, con reportes en la literatura de menos del 5% en dicha patología, que debe ser diferenciada de la Hepatitis Autoinmune y que coincide con nuestros datos clínico.

OBJETIVO Comunicar el caso clínico de una paciente con LES juvenil quien presentó compromiso multisistémico que dificultó el abordaje terapéutico inicial.

CASO CLÍNICO Paciente de sexo femenino de 12 años de edad previamente sana que comienza su cuadro clínico 2 meses previos a la consulta con astenia, hiporexia, coluria, pérdida de peso y lesiones en piel. Inicialmente el compromiso cutáneo se manifestó con lesiones eritematosas y posteriormente costrosas generalizadas.

Al examen físico se constata paciente en regular estado general, adelgazada, ictericia franca, lesiones costrosas queratósicas generalizadas; con aspecto verrugoso en codos y rodillas y otras de aspecto pelagride en pliegues. Hepatoesplenomegalia y bocio.

Se plantean como diagnósticos diferenciales: LES, Pelagra, Toxidermia, Hepatitis autoinmune. Exámenes complementarios: Anemia normocítica normocromica, linfopenia, ERS elevada, hiperbilirrubinemia a predominio directo, transaminasas elevadas, hipergammaglobulinemia. Serologías: hepatitis A, B y C: negativas. HIV no reactivo. Examen de orina: proteinuria y microhematuria. TSH aumentada con anticuerpos microsomales y tiroglobulina positivos. FAN positivo patrón homogéneo, anti-DNA, FR, Rnp y Sm positivos con hipocomplementemia. Ro, La, ASMA actina, LKM, AMA, Anca P y C negativos. Rx de tórax normal con PPD >10 mm. Biopsia de piel: vasculitis de pequeños vasos. Biopsia de riñón: Nefropatía Lúpica difusa proliferativa segmentaria. Biopsia Hepática: hepatitis crónica activa colestásica. SLEDAI: 17. Dado el severo compromiso multisistémico con afección hepática se decide indicar tratamiento con 3 pulsos de Metilprednisolona y metilprednisolona oral a 2 mg/kg/día postergando el inicio de la quimioprofilaxis por su TBC latente. Presenta buena respuesta clínica a la medicación y luego de normalizarse la función hepática, se agrega profilaxis con isoniazida, previo al inicio del tratamiento con ciclofosfamida que actualmente recibe con buena tolerancia.

CONCLUSIÓN El compromiso hepático en LES puede deberse a toxicidad por fármacos, superposición con otras enfermedades o lesión propia del LES. A pesar de la creencia de que el LES por sí mismo no produciría daño hepático severo, se ha descrito la existencia de una infrecuente forma de hepatitis lúpica, que se considera manifestación inusual pero distintiva de LES, que debe ser diferenciada de la Hepatitis Autoinmune. En nuestra paciente la presencia de criterios diagnósticos clínicos y serológicos de LES, la ausencia de antimúsculo liso y la positividad de anti-RNP, nos orientan en el diagnóstico de hepatitis lúpica.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL Y RITUXIMAB. EFECTOS SOBRE**LA INMUNOCOMPETENCIA**

Gómez Sosa J, Quintana C, Marcantoni M, Galán M, Cervetto V, Brusco MI, Pringe A, Gaddi E, Balbaryski J, Cuttica RJ.

Sección Reumatología e Inmunología. Hospital de Niños P. de Elizalde. Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN El Rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal anti CD20 que ha surgido como una importante opción terapéutica en enfermedades autoinmunes como el LES, donde la disregulación inmune afecta principalmente la función de los Linfocitos B (LB) y Linfocitos T (LT).

OBJETIVO Evaluar la inmunidad innata y adquirida de pacientes con LES juvenil tratados con Rituximab.

POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS Análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico de LES (ACR 97) en seguimiento en el Servicio de Reumatología del Hospital de Niños Pedro de Elizalde.

Se analizaron variables demográficas, actividad de la enfermedad (SLEDAI), determinación de subpoblaciones linfocitarias (citometría de flujo, anticuerpos monoclonales), inmunoglobulinas (nefelometría) y recuento de glóbulos blancos (métodos automatizados) al inicio del tratamiento, durante el mismo y en la última consulta.

RESULTADOS Previo pasaje de RTX 3/5 pacientes presentaron altos niveles de LB CD19+. Los niveles de LB CD20+ se encontraban entre 4-61% (mediana 29%) en todos los pacientes comprobándose su negativización a la semana de la primera infusión. En el seguimiento longitudinal (media 9.6 meses) los niveles de LB CD20+ fluctuaron entre 4 y 7% en 2 pacientes mientras que continuaron indetectables en los restantes.

Los niveles de NK (CD16/56+) no se modificaron durante el tratamiento. Los LT activados HLA DR+ se encontraban aumentados en 4/5 pacientes antes de RTX y dichos niveles descendieron en forma no significativa durante el tratamiento. El tratamiento con RTX no provocó neutropenias.

Todos los pacientes presentaron niveles séricos de inmunoglobulinas ligeramente elevados previo al tratamiento con RTX. Posterior al tratamiento solo los niveles de Ig M sufrieron un descenso significativo: IgM pre RTX: 178.4 ± 61.7 mg/dl; IgM post RTX: 89.4 ± 60.9 mg/dl (P < 0.05); observándose un descenso más importante en pacientes con enfermedad multisistémica severa, requiriendo una paciente la administración de gammaglobulina endovenosa.

CONCLUSIONES Los LB CD19+ mostraron un comportamiento similar a los LB CD20+ luego del tratamiento con RTX y esto fue asociado con el control de la enfermedad. Los LT activados HLA DR+ no cambiaron significativamente. Los niveles de IgM disminuyeron significativamente luego del tratamiento. Las variables analizadas de la inmunidad innata no mostraron cambios, siendo necesario realizar estudios con mayor número de pacientes para validar estas observaciones.

PANCREATITIS AGUDA COMO COMPLICACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) JUVENIL

Galán M, Cervetto V, Quintana C, Gómez Sosa J, Brusco I, Pringe A, Cuttica RJ.

Sección Reumatología Hospital de Niños Pedro de Elizalde. Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN Según la bibliografía reportada el desarrollo de pancreatitis en LES es una condición poco frecuente, más aún en la población pediátrica y como parte de la manifestaciones iniciales de la enfermedad.

OBJETIVO Comunicar un paciente pediátrico con reciente diagnóstico de LES juvenil que desarrolla una pancreatitis aguda.

CASO CLÍNICO Niña de 12 años de edad que inicia su enfermedad un año previo al diagnóstico con poliartritis, rigidez matinal, sin reactantes de fase aguda y con laboratorio inmunológico negativo. Se define diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil poliarticular e inicia tratamiento con metotrexate y AINES con buena respuesta inicial. Durante la evolución presenta intercurencias respiratorias infecciosas y por aumento de enzimas hepáticas suspende metotrexate. Al año, requiere ser admitida en nuestro hospital con un cuadro de fiebre, poliartritis, úlceras orales, dificultad respiratoria, debilidad muscular simétrica, caída del cabello, hepatomegalia, reactantes de fase aguda elevados, linfopenia, anemia, transaminasas elevadas, hipergammaglobulinemia, FAN, Anti-DNA, Ro, La y antiSm positivos. Presenta además proteinuria en rango patológico. Al ingreso cursa con distress respiratorio, IRA pre-renal y distensión con dolor abdominal severo que irradia, ausencia de ruidos hidroaeréos, amilasa elevada (615 U/L), leucocitosis, anemia, PCR elevada. La TAC y eco abdominal confirman el diagnóstico de Pancreatitis Aguda. Recibe 3 pulsos de metilprednisolona y continúa con esteroides a 70mg/día con regular respuesta. Por mala evolución se realiza laparotomía exploradora, drenando líquido serohemático con alto contenido de amilasa. La paciente presenta una progresión tórpida, con sangrados masivos, plaquetopenia severa, requerimiento de ARM indicándose esteroides en pulsos, gammaglobulina iv, transfusiones de plasma, GRD y Rituximab. Se descarta por PAMO SAM. Evolución con compromiso abdominal, amilasa sérica y peritoneal elevadas (> 1000U/L). Presenta varios episodios de infecciones que requirieron múltiples esquemas antibióticos. A 2 meses de su internación se constata en TAC abdominal páncreas aumentado de tamaño y colección abdominal. Se realiza laparotomía retirando material necrótico peripancreático. Finalmente evoluciona favorablemente persistiendo con colección peritocólica y drenaje al exterior que resuelve espontáneamente. Actualmente a 5 meses del alta la paciente se encuentra asintomática desde el punto de vista abdominal, pero con persistencia de amilasemias muy elevadas (2200 U/L). Presenta signos de reactivación de su enfermedad de base.

CONCLUSIÓN La pancreatitis es complicación poco frecuente en LES pudiendo revestir importante gravedad. El tratamiento debe ser amplio, agresivo y contemplar la posibilidad quirúrgica. Nuestra paciente no tenía antecedentes de medicación que pudiera relacionarse con el desarrollo de pancreatitis como se plantea en la bibliografía.

CORRELACIÓN CLÍNICA-SEROLÓGICA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Quintana C, Brusco MI, Galán M, Gómez Sosa J, Dávila C, Pereyra M, Cervetto V, Marcantoni M, Arrese D, Pringe A, Gaddi E, Balbaryski J, Cuttica R J.

Sección Reumatología e Inmunología. Hospital de Pediatría Pedro de Elizalde. Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN La determinación de autoanticuerpos en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una herramienta útil en el diagnóstico y seguimiento de la actividad de la enfermedad.

OBJETIVO Evaluar la relación entre los autoanticuerpos, las manifestaciones clínicas y actividad de la enfermedad en pacientes con LES juvenil en el momento de la determinación serológica.

POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes en seguimiento en el Servicio de Reumatología del Hospital Elizalde durante el período enero 2006 - abril 2009 con diagnóstico de LES que cumplan criterios de clasificación ACR (1997).

Se analizaron variables demográficas, clínicas, actividad (SLEDAI), laboratorio general y serología. Determinaciones realizadas: FR, C3 y C4 (nefelometría), ANA (IFI- Hep2), anti DNA (IFI Crithidia Luciliae), y Antígenos Extraíbles Nucleares (Sm; Rnp; La y Ro) ELISA.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO Test de Fisher, chi 2 (SPSS).

RESULTADOS Se incluyeron 59 pacientes: 51 (86.5%) correspondían al sexo femenino y 8 (13.5%) sexo masculino, con una relación 6,4/1. Edad media al inicio enfermedad 13.4 años (Mn 5.8-Mx 17.8). Características clínicas: rash malar 41.5%, renal 40%, artritis 39%, fotosensibilidad 39%, úlceras orales 17.1%, pulmón 12%, neurología 12%, serositis 11.4% y eventos trombóticos 0.8%. Características laboratorio: linfopenia 49.6%, anemia hemolítica 25.2%, leucopenia 20.3%, trombocitopenia 11.4%. Determinaciones serológicas: ANA positivo en 100% de pacientes; anti DNA nativo en 56%; anti Sm 52%; anti-Ro 39%; anti-La 20% y anti-RNP 52%. El análisis de asociación evidenció compromiso articular, fotosensibilidad y renal con Sm (p=0.018, p=0.018 y p=0.008 respectivamente); anti-La con úlceras orales (p=0,015) y anti-RNP con fotosensibilidad (p=0.049).

Se constató asociación estadísticamente significativa entre el título positivo de anti DNA y compromiso renal con p=0,001.

La actividad severa de la enfermedad (SLEDAI ≥ 8) se asoció a títulos positivos de antiDNA (p<0.001), Sm (p<0.001), RNP (p=0.007) y FAN en títulos altos (p=0.004).

CONCLUSIÓN Si bien desde el punto de vista clínico existen manifestaciones que permiten monitorear la evolución de los pacientes con LES, ciertos parámetros de laboratorio, en particular serológicos pueden correlacionarse con un compromiso orgánico determinado y diversos grados de actividad de la enfermedad.

PACIENTES QUE CONSULTAN POR PRIMERA VEZ EN UN CENTRO DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA ¿QUÉ CAMBIO?

Galán M, Quintana C, Gómez Sosa M.J, González M, Pereyra M, Dávila MC, Cervetto V, Arrese D, Marcantoni M, Brusco MI, Pringe A, Cuttica R.J.

Sección Reumatología. Hospital de Niños Pedro de Elizalde. Buenos Aires

INTRODUCCIÓN Según algunos estudios, el dolor musculoesquelético es motivo de consulta en el 6% de pacientes pediátricos en atención primaria siendo las artralgias el motivo de derivación más común al Reumatólogo Pediatra. En la Sección Reumatología del Hospital de Niños Dr. Pedro de Elizalde se atiende un promedio de consultas superior a las 4800 por año, de las cuales aproximadamente un 10% constituyen pacientes de primera vez.

OBJETIVOS Realizar un análisis retrospectivo-descriptivo de las consultas de primera vez al Servicio de Reumatología del Htal. Pedro de Elizalde y comparar los resultados con los obtenidos en un estudio similar realizado hace 10 años en el mismo centro (datos no publicados).

POBLACION, MATERIALES Y METODOS Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes que consultaron en nuestro servicio por primera vez, durante el período comprendido entre junio de 2008 y mayo de 2009. Se confeccionó una planilla Excel donde se incluyeron datos demográficos, motivo de consulta, diagnóstico final y tiempo transcurrido. Los resultados fueron analizados mediante estadísticas descriptivas. Para el diagnóstico definido de las enfermedades de tejido conectivo se utilizaron los criterios del American College of Rheumatology (ACR).

RESULTADOS En el período establecido del estudio se evaluaron 488 pacientes de primera vez: 58.8% niñas y 41.2% niños. 72.4% correspondían al conurbano bonaerense, 14.7% a capital federal, 10.6% al interior del país y el 2% restante extranjeros. Los motivos de consulta más frecuentes: artralgias (29.4%); lesiones en piel (16.9%); dolor o debilidad muscular (14.9%); artritis crónica (6.9%); aguda (6.1%); derivaciones con diagnóstico previo (14.7%); otras causas 11.1% (valores de laboratorio interpretados como patológicos (3.4%), sd febril prolongado, antecedentes familiares de enf. reumática, patología oftalmológica, antecedente de traumatismo). Los diagnósticos definitivos observados con mayor frecuencia: enfermedad del tejido conectivo 43.8%, patología no orgánica 18.6%, otros diagnósticos 22.7%. Un 10.2% quedó sin diagnóstico definido (pacientes que no regresaron a la consulta o no completaron estudios) y un 4.7% no presentaban patología al momento de la consulta (antecedentes familiares o alteraciones de laboratorio). El error diagnóstico de la derivación fue estimado en un 13.8%. El tiempo de demora diagnóstica entre la primera consulta al pediatra y el diagnóstico definitivo fue de 117 días. Hace 10 años se observó un error diagnóstico del 30% y derivaciones debidas a datos de laboratorio 12%.

CONCLUSIONES Con respecto a lo observado previamente, encontramos una disminución de consultas por interpretaciones erróneas de los valores de laboratorio, así como un menor porcentaje de error diagnóstico. Todo esto indica que en 10 años se ha establecido una mayor interrelación entre el pediatra clínico y el reumatólogo infantil que ha permitido optimizar el estudio y el diagnóstico de estos pacientes.

RITUXIMAB EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO JUVENIL

Quintana C, Galán M, Gómez S J, Cervetto V, Brusco MI, Pringe A, Gaddi E, Balbaryski J, Cuttica R.J.

Sección Reumatología e Inmunología. Hospital de Pediatría Pedro de Elizalde. Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN Se han desarrollado nuevas estrategias de tratamiento en Lupus Eritematoso Sistémico (LES) orientadas a las manifestaciones clínicas con bases fisiopatológicas y celulares de la enfermedad. El Rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico dirigido contra el receptor CD 20 de los linfocitos B y la depleción de dichas células es un objetivo terapéutico en el manejo de enfermedades autoinmunes.

OBJETIVO Comunicar nuestra experiencia de tratamiento con anticuerpos monoclonales anti-CD 20 (Rituximab) en una serie de pacientes con LES juvenil.

POBLACION, MATERIALES Y METODOS Análisis prospectivo de pacientes seguidos en el Servicio de Reumatología del Hospital de Pediatría Pedro de Elizalde que cumplían criterios de clasificación LES (ACR 97) con enfermedad activa que recibieron terapia con Rituximab. Se analizaron variables demográficas, clínicas, serológicas y de actividad de enfermedad (Score SLEDAI) al inicio del tratamiento, durante y en la última consulta.

Se determinaron efectividad mediante la mejora de parámetros clínicos y de laboratorio, seguridad con la evaluación de efectos adversos y la duración de depleción de células B.

RESULTADOS Se evaluaron 5 pacientes con LES juvenil, 3 mujeres (60%) con una media de edad al diagnóstico de 12,6 años (Mn 5-Mx 16 años). Tiempo medio de seguimiento post tratamiento fue de 17,2 meses.

Las indicaciones para la infusión de Rituximab fueron compromiso hematológico (n=3), compromiso renal GN IV (n=2), compromiso SNC, GN IV, hematológico y pulmonar (n=1). Una paciente requirió segundo curso de Rituximab al presentar afectación renal. En los pacientes con compromiso renal se logró proteinuria de 0 g/24 hs.

La Media de puntuación del Score SLEDAI disminuyó de 20 (r 39-9) a 4.8 (r 0-6).

En todos los pacientes se logró disminuir la dosis de corticoides sistémicos orales.

Tiempo medio de reaparición en sangre periférica de CD 20 fue de 7.6 meses.

Un solo paciente suspendió el tratamiento debido a reacción alérgica durante la infusión.

El resto de los pacientes no presentó efectos adversos.

CONCLUSIONES El tratamiento con anticuerpo monoclonal anti CD20 resultó altamente efectivo y bien tolerado constituyendo una alternativa terapéutica que debe ser tenida en cuenta incluso en la relación costo beneficio con respecto al uso de la gammaglobulina EV. Futuros estudios son necesarios para evaluar eficacia y seguridad del Rituximab en la edad pediátrica.

EPISODIOS DE AMENAZA APARENTE A LA VIDA: FACTORES ASOCIADOS A SU RECURRENCIA.

Vinelli N, Chindemi A, Giugno H, González G, Ramella M, Afazani A.

Departamento de Urgencias del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN Se define como episodio de amenaza aparente a la vida (ALTE, por su sigla en inglés: apparent life-threatening event) a un episodio que alarma al observador y que está caracterizado por alguna combinación de pausa respiratoria, cambio de coloración, cambio en el tono muscular, ahogos o arcadas. En ocasiones el observador experimenta la sensación de estar ante una muerte inminente. El evento puede revertir espontáneamente o requerir estimulación vigorosa o resucitación cardiopulmonar (RCP). Se estima que la incidencia de ALTE es del 0.5 al 6%. La mayoría de los niños presentan un solo episodio, del cual sobreviven con un desarrollo neurológico normal.

OBJETIVOS Evaluar la recurrencia de ALTE de acuerdo a la presencia o no de factores de riesgo. Describir los diagnósticos de egreso de pacientes internados por ALTE.

POBLACION El ámbito del estudio fueron las salas de internación de Clínica Pediátrica y Neonatología en el Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde. Se incluyeron todos los pacientes menores de un año que ingresaron con diagnóstico de ALTE entre el 1º de Febrero y el 30 de junio de 2005. Se excluyeron los pacientes que requirieron ventilación asistida dentro de las primeras 72 horas de internación.

MATERIALES Y MÉTODOS Se realizó un seguimiento de los pacientes durante 6 meses. Se definió como ALTE de alto riesgo a pacientes con: episodios recurrentes, empleo de RCP, historia de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) en hermanos, episodios durante el sueño y peso al nacer menor a 2500 g. Los datos se procesaron utilizando el programa SPSS 10.0. Se tomó como significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS Se evaluaron 31 pacientes, con una media de edad de 2,28 meses. Dieciséis pacientes fueron del género masculino (51,6%), 20 (64,5%) cumplían criterios de ALTE de alto riesgo. De ellos, 10 presentaron episodios durante el sueño (32,2%), 5 nacieron con un peso menor a 2500g (16,1%), 4 requirieron RCP (12,9%), y uno presentaba hermano con SMSL (3,2%). Repitieron episodios 9 pacientes (28,8%). Sólo repitieron episodios los pacientes incluidos en el grupo de alto riesgo ($p=0,038$). Los diagnósticos de egreso fueron reflujo gastroesofágico (48,4%), trastornos deglutorios (3,2%), fistula traqueoesofágica (3,2%), síndrome de Munchausen (3,2%) y bronquiolitis (3,2%). No se halló un diagnóstico etiológico en el 38,7%. La media de duración de la internación fue de 10,7 días. Uno de los pacientes falleció.

CONCLUSIONES Los pacientes considerados como de alto riesgo repitieron episodios con mayor frecuencia. El diagnóstico de egreso más frecuente fue el reflujo gastroesofágico.

LA DIETA HIPERSODICA EN RATAS NORMALES INDUCE HIPERTOFIA GLOMERULAR ASOCIADA AL ESTRÉS OXIDATIVO

Navacchia D¹, Cao G^{1,2}.

¹División Patología. Htal. Gral. de Niños "Dr Pedro de Elizalde"

²Laboratorio de Medicina Experimental. Htal. Alemán.

INTRODUCCIÓN La hipertrofia glomerular compensatoria es la vía más común para el desarrollo de disfunción renal progresiva, asociándose generalmente a la hiperfiltración y posterior glomerulosclerosis, signo histológico de maladaptación. Estos cambios han sido descriptos en la glomerulopatía diabética, en el síndrome metabólico y en la glomerulopatía asociada a la obesidad mórbida. Las especies reactivas del oxígeno (ERO) se encontrarían relacionadas con los procesos hipertróficos, pero su rol en la sobrecarga dietaria de sal ha sido poco explorada.

OBJETIVOS Analizar los cambios tanto en el volumen glomerular como en la expresión inmunohistoquímica de HIF-1 α (marcador de hipoxia), en ratas normales sometidas crónicamente a una sobrecarga dietaria de sal.

MATERIAL Y MÉTODOS Se emplearon 30 ratas Sprague-Dawley de entre 5 a 6 semanas de vida, distribuidas en 3 grupos: NS (control): con dieta normosódica (0.4% NaCl); HS: con dieta hipersódica (8% NaCl); HS+T: con dieta hipersódica más Tempol (mimético de la superóxido dismutasa, agente antioxidante) en el agua de bebida (1 mM). Luego de 3 semanas, los animales fueron sacrificados previa recolección de orina y sangre para el cálculo del índice de filtrado glomerular (IFG) junto con los registros de presión arterial media (PAM). Se extrajo el riñón izquierdo, el cual fue seccionado, fijado en formol-buffer al 10% y procesado rutinariamente para obtener cortes histológicos los que fueron inmunomarcados con un anticuerpo monoclonal anti-HIF-1 α (dilución 1:1000). Para el cálculo del volumen glomerular medio (VGM) se empleó el método de Hirose K et al., expresado en μm^3 . La marcación glomerular para HIF-1 α fue expresada como porcentaje sobre un total de 100 glomérulos por animal. Todos los resultados fueron enunciados como media \pm DS y se empleó ANOVA para la comparación entre grupos, considerándose significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS El grupo HS observó un incremento significativo de la PAM (107 ± 3 mmHg) con respecto al grupo NS (96 ± 2 mmHg) e HS+T (95 ± 3 mmHg). El IFG demostró un aumento significativo en el grupo HS+T (3.09 ± 0.69 ml/min) al compararlo con los grupos NS (1.62 ± 0.12 ml/min) e HS (1.48 ± 0.09 ml/min). El VGM alcanzó un valor similar en los grupos NS ($0.78 \times 10^6 \mu\text{m}^3$) e HS+T ($0.79 \times 10^6 \mu\text{m}^3$), mientras que el grupo HS evidenció un incremento significativo del parámetro ($0.94 \times 10^6 \mu\text{m}^3$). Asimismo, el porcentaje medio de glomérulos inmunomarcados con HIF-1 α fue significativamente superior en el grupo HS ($43.78 \pm 9.5\%$) con respecto a los grupos NS e HS+T ($12.7 \pm 4.1\%$ y $14.8 \pm 1.3\%$, respectivamente).

CONCLUSIONES Tempol, como agente antioxidante, reduce tanto el VGM como la expresión de HIF-1 α a dicho nivel, lo cual sugiere que las ERO cumplen un importante rol en la hipertrofia glomerular luego de la sobrecarga dietaria crónica de sal en ratas normales.

CAVERNOMATOSIS DE LA VENA PORTA COMO CAUSA DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO

Ybarra E, Anastasio V, D'Ambrosio L, Bacigalupo G, Balestracci A, Sosa C, Guaita E, Fioravanti A*

* Departamento de Urgencias del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

* División Diagnóstico por Imágenes. Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN La consulta por hemorragia digestiva (HD), presenta una prevalencia de 0.24 casos cada 1000 atenciones/año. Ante un paciente con HD deberá valorarse su estado hemodinámico, descartar una pseudohemorragia. La HD se puede clasificar en alta o baja. Una de las causas de HD alta son las varices esofágicas secundarias a hipertensión portal (HTP).

OBJETIVO Comunicar una niña de 11 años que consulta en guardia por sangrado digestivo agudo.

CASO CLÍNICO Niña de 11 años que consulta por presentar un vómito sanguinolento. Previamente sana. Al ingreso se encuentra vigil, decaída, con coloración pálida-ictérica de piel. Afebril. FC 100 x', Compensada hemodinámicamente. TA 120/65 mmHg. Fr 20 x'. Abdomen blando con leve dolor difuso a la palpación. Hígado no palpable y bazo aumentado de tamaño. Presentó una deposición melénica. Se administró O2 y solución fisiológica a 20 ml/kg. Por sonda nasogástrica se obtuvo débito hemático lo que orientó a origen alto del sangrado. Se indicó ayuno, ranitidina 5 mg/kg/día y omeprazol a 20mg dosis c/12h. Se solicitaron estudios de imágenes y laboratorio.

Ecografía abdominal: hígado disminuido de tamaño, con aumento de ecogenicidad periportal e imágenes anecoicas tubuliformes agrupadas, a nivel del hilio sin poder identificar rama principal de la porta, compatible con cavernoma de la porta. Vía biliar no dilatada. Vesícula biliar con contenido líquido, pared de 6 mm (engrosada). Esplenomegalia homogénea 130x65mm con imágenes sugestivas de circulación colateral venosa e índices indirectos de HTP. Vena esplénica tortuosa y de calibre aumentado. Relación AO/epiplón 3:1 (aumentado). Resto normal. Laboratorio: GB 3.000 (0-56-8-0-34) mm³, Hb 5.2 g/dl, Hto 19.4%, Plaquetas 79.000 mm³, Quick 65%, KPTT 28", EAB e ionograma normal. Glucemia 121 mg/dl, urea 39 mg/dl. Se transfundió con glóbulos rojos desplazmatizados y plaquetas. Se internó con diagnóstico de HD alta secundaria a HTP y pancytopenia por hipersplenismo. Durante la internación se realizó ligadura de varices esofágicas, con buena evolución posterior. Con diagnóstico de cavernoma de la porta se da de alta 1 semana después con propranolol 20 mg/día, hierro y ácido fólico.

CONCLUSIÓN El pediatra de guardia al recibir un niño con HD debe estabilizarlo hemodinámicamente, determinar el nivel de la hemorragia y considerar sus diagnósticos diferenciales. La obstrucción de la vena porta secundaria a cavernomatosis, estenosis, trombosis o compresiones extrínsecas representa a un tercio de los casos de hipertensión portal. La edad promedio al diagnóstico es de 3.4 años y suele haber antecedente de canalización umbilical, onfalitis, cirugía abdominal o deshidratación en sólo 1/3 de los casos. Debe considerarse el diagnóstico de cavernomatosis de la vena porta en todos los niños que consultan al servicio de emergencias con HD alta asociada a pancytopenia, aún en aquellos sin antecedentes patológicos.

ARANCELAMIENTO HOSPITALARIO. COMPARACIÓN 2008-2009

Casella E, Barrera MA, Bonfil AR, Díaz C, Sánchez H, Sgrignieri S.

División Arancelamiento del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN El arancelamiento de las prestaciones brindadas a los pacientes con cobertura médica es una de las áreas menos conocidas de la Administración Sanitaria, pero que, sin embargo, provee recursos económicos para el Sistema de Atención de la Salud.

OBJETIVOS

- Poner en conocimiento de la Comunidad Hospitalaria el estado en que se encuentra el arancelamiento de las prestaciones.
- Demostrar su fundamento.
- Explicar sus fortalezas y sus debilidades.

POBLACIÓN Las historias clínicas de todos los pacientes con cobertura médica que egresaron entre enero y julio de 2008 y el mismo período de 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS El documento fundamental es la Epicrisis. Debido a que estos formularios suelen estar incompletos se cuenta con la historia clínica para completar lo faltante. Se realizó el arancelamiento de las prestaciones. Se registraron y archivaron los resultados en una base de datos de la División Arancelamiento. Se efectuó el análisis crítico de la información.

RESULTADOS

Aunque mejoró la captación de pacientes con cobertura en los últimos años, disminuyó en 2009 con respecto a 2008.

En el período enero-julio de 2008 se arancelaron 1.653 egresos lo que significó un monto facturable de \$ 1.865.187.

En el mismo período de 2009 se arancelaron 1.104 egresos que representan un monto facturable de \$ 3.272.835.

Los mayores importes corresponden a Cirugía y Neonatología.

El importe facturable promedio por egreso pasó de \$ 1.128,36 en el período 2008 a \$ 2.964,52 en 2009.

Los mayores montos promedio por egreso corresponden a las Áreas Críticas.

CONCLUSIONES

- La cantidad total de egresos arancelados disminuyó un 33,2 % que es un porcentaje mayor de lo que descendió la captación (21,3 %); la diferencia se supone causada por un menor cumplimiento de los trámites requeridos al ingreso del paciente.
- El aumento en los montos facturables, tanto absolutos como promedio por egreso, se deben al cambio del Nomenclador de Prestaciones de Salud del Ministerio de Salud del GCBA, el cual no solamente incrementó los montos de sus módulos sino que incorporó más prestaciones facturables.
- Los defectos que atentan contra la recuperación de gastos a partir del proceso de arancelamiento/ facturación se encuentran en todos los niveles de trabajo, por lo que es necesario que se aboque a su resolución todo el personal interviniente.
- No se aprovecha una de las funciones de la División Arancelamiento y Auditoría como es la de ayudar a los prestadores a corregir las falencias.
- Fortalezas: estructura formal e informal con recursos dedicados al proceso de arancelamiento / facturación. Respaldo normativo.
- Debilidades: grado variable de desconocimiento de las funciones de la División Arancelamiento. Incumplimiento de las formalidades documentales.

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA INTRODUCCIÓN TEMPRANA DEL USO DEL CHUPETE EN LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LACTANTES SANOS.

Laba NI, Atchian K, Vinelli NF

Departamento de Urgencias del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN En 1989 la OMS y UNICEF introducen los 10 pasos para una lactancia materna exitosa. El ítem 9º especifica, no dar a los niños alimentados a pecho chupadores o chupetes artificiales; suponiendo que su introducción temprana llevaba al conocido síndrome de confusión de pezón y a un destete precoz. El uso del chupete es muy frecuente entre los lactantes y niños pequeños. Varios estudios relacionaron al uso del chupete con el acortamiento de la lactancia materna, mientras que otras investigaciones indican que su uso disminuiría la incidencia de síndrome de muerte súbita del lactante.

OBJETIVOS Establecer si el inicio del uso del chupete en forma temprana está asociado a menor frecuencia de lactancia materna exclusiva. Establecer la prevalencia del uso de chupete en forma temprana, y de lactancia materna exclusiva.

POBLACIÓN Se incluyeron recién nacidos de término (RNT) sanos que concurren a un centro de atención primaria en la provincia de Buenos Aires, con madres con intención de amamantar. Se excluyeron a madres con patología que contraindica la lactancia materna, a madres o niños con enfermedad que requiriera internación, y recién nacidos gemelares.

MATERIAL Y MÉTODOS Se recolectaron datos mediante encuestas a las madres, de enero a diciembre de 2008, en los controles correspondientes a la semana de vida, 1, 4 y 6 meses. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se definió lactancia materna exclusiva (LME) a niños alimentados exclusivamente con leche materna. Las madres decidieron libremente si ofrecían al niño el chupete. Se consideró como introducción temprana del chupete al inicio de su uso dentro de la primera semana de vida. Se analizaron los datos con el programa Epi Info 3.5.1. Se tomó como significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS El 46,3% de los pacientes inició el uso del chupete en forma precoz. En la primera consulta, la prevalencia de LME en el grupo con introducción temprana del chupete fue de 54,8%, y en el grupo sin introducción temprana del chupete fue de 83,3% ($p=0,01$). Al mes, fue de 32,2% en el grupo con chupete, y de 83,3% en el grupo sin inicio precoz de su uso ($p=0,000023$). A los 4 meses de 16,1% y de 61,1% respectivamente ($p=0,00017$). A los 6 meses, de 3,2% y de 27,8% en cada grupo ($p=0,006$). La prevalencia de LME en todos los pacientes en la primera consulta fue de 70,1%, al mes de 59,7%, a los 4 meses de 40,3% y a los 6 meses de 16,4%.

CONCLUSIONES El inicio del uso del chupete en forma temprana se asoció a menor frecuencia de lactancia materna exclusiva. La prevalencia del uso de chupete en forma temprana fue del 46,3%. La prevalencia de lactancia materna exclusiva en la población estudiada fue baja.

PIEBALDISMO. UN LACTANTE CON FAMILIARES AFECTADOS.

Catanzaro C, Rodofile C, Rueda M, Gutiérrez M, Valle LE.

Unidad Dermatología Pediátrica. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN El piebaldismo es un trastorno hereditario de la pigmentación debido a mutaciones en el gen KIT que se transmite en forma autosómica dominante y presenta hipopigmentación localizada de la piel y pelo por la ausencia congénita de melanocitos en esas zonas.

Se caracteriza por un mechón de cabello blanco (80-90%) asociado con hipopigmentación de la piel subyacente. Las máculas hipopigmentadas son de color blanco tiza, con bordes irregulares y frecuentemente rodeadas por un borde hipermelanótico. En el interior de las lesiones hay máculas normo o hiperpigmentadas de pequeño tamaño. Se distribuyen en forma asimétrica en la zona medio-frontal del cuero cabelludo, zona medial de las cejas, cara anterior de las extremidades y cara ventral del tronco. Son lesiones persistentes y no se repigmentan. El desarrollo mental y físico es normal.

CASO CLÍNICO Presentamos un varón 3 meses de edad. Antecedentes familiares: G5 C4 A1, la madre cursó infección urinaria durante el embarazo, familiares con piebaldismo. Antecedentes Personales: internación en UTI por bronquiolitis al mes de vida donde solicitan interconsulta a Dermatología.

Al examen físico presenta una lesión acrómica triangular en frente con poliosis. Máculas acrómicas con islotas pigmentadas y simétricas en tronco anterior y ambos miembros inferiores. Madre: mechón blanco y máculas acrómicas con islotas pigmentadas en ambas piernas.

Se realiza otomicroscopía y otoemisiones acústica (OEA), fondo de ojo y ecografía renal normales.

INTERÉS DEL CASO Se trata de una patología de escasa frecuencia en la cual se observan familiares afectados. Su curso es permanente y estático, son personas sanas, al margen de los signos cutáneos produciendo un alto impacto psicosocial. Es importante diferenciarlo de otros desórdenes hereditarios de la pigmentación, especialmente el síndrome de Waardenburg y trastornos adquiridos tales como el vitiligo.

VARICELA. COMPLICACIONES DERMATOLÓGICAS QUE JUSTIFICARON INTERNACIÓN.

Vallejo V.; Barabini L. Valle L.E.

Unidad Dermatología Pediátrica Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN La varicela es una afección exantemática, contagiosa y aguda, que se presenta en los niños de corta edad y en oportunidades en adultos. Es producida por el virus varicela zóster (VVZ). El curso clínico habitualmente es autolimitado y benigno, sin embargo pueden aparecer complicaciones dermatológicas que justifiquen ingreso hospitalario para su tratamiento y control.

CASUÍSTICA Durante los meses de noviembre 2008 y febrero 2009, tuvimos oportunidad de realizar el seguimiento y tratamiento, en internación, de 10 pacientes cursando varicela con complicaciones dermatológicas.

Los pacientes: 5 (50%) pertenecían al sexo masculino y 5 (50%) al femenino. Con respecto a la edad 5 pacientes (50%) tenían 1 año, el resto se distribuía: 2 pacientes de cinco años de edad (20%) y luego el resto de 2 años, 4 años y 11 años respectivamente. En 6 (60%) casos constatamos contacto familiar; 4 (40%) pacientes habían recibido ibuprofeno como terapéutica anterior; 9 pacientes tenían su calendario de vacunación completo, ninguno de los pacientes había recibido la vacuna para varicela. Todos los pacientes eran inmunológicamente competentes con serología negativa para HIV.

RESULTADOS

Días de exantema: mínimo 2 días - máximo 10 días (media 4,8 días).

Días de fiebre: mínimo 1 día - máximo 6 días (media 3 días).

Días de internación: mínimo 5 días - máximo 23 días (media 11,7 días)

Lesiones dermatológicas: celulitis (6 casos), edema facial (1 caso), eritrodermia (3 casos), lesiones hemorrágicas (1 caso), impétigo ampollar (4 casos).

La terapéutica se adecuó a cada paciente en particular, se utilizó aciclovir endovenoso, antibioterapia (cefalexina, clindamicina) antihistamínicos (difenhidramina) y tratamiento local.

CONCLUSIÓN La complicación dermatológica más frecuente de la varicela es la sobreinfección bacteriana, la cual en lo habitual se controla en la Consulta Externa.

Nos pareció interesante realizar esta presentación al observar complicaciones clínico dermatológicas importantes, las cuales afectaban el estado general de los pacientes; que requirieron internación y un manejo en equipo con el clínico y/o terapeuta para una resolución favorable; (uno de los pacientes permaneció internado en terapia intensiva 4 días).

LA PRESENCIA DE LA FAMILIA EN EL ABORDAJE MUSICOTERAPÉUTICO DEL HOSPITAL ELIZALDE

Pierini M.E., Mc Cormick M., Millenperier G., Rosano N., Sal Moyano C., Solarz G

Sección Salud Mental del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN La paulatina elaboración de un estudio retrospectivo nos permitió observar como dato más relevante, la presencia del apego y sostén afectivo de la familia, cómo se registra en el vínculo sonoro, y la modificación del mismo a partir del abordaje musicoterapéutico.

"La familia constituye la matriz básica con que se estructura todo sujeto para afrontar los problemas de su existencia. Esta particular matriz se estructura desde el nacimiento mismo, y aún desde antes, constituyendo un lugar de pertenencia que conforma las particularidades de cada persona, acompañándola y nutriéndola, sobre todo en las primeras etapas de su vida, garantizándole formar parte de una cultura y el acceso al lenguaje de la misma" (Pellizari, Rodríguez).

Nuestro propósito estuvo avocado a poder analizar qué es lo que sucede en los casos de riesgo psicosocial y qué lugar ocupamos nosotros desde la Musicoterapia en aquellos en los cuales el sistema de apoyo está desmembrado o incluso es inexistente.

MATERIAL Y MÉTODOS El equipo de musicoterapia realizó un relevamiento y análisis retrospectivo de 39 pacientes internados y 14 de consultorio externo atendidos entre febrero y agosto del 2009 utilizando un diseño en formato Excel, basado en las H.C. y seguimiento.

El objetivo primero fue analizar y comparar:

- Aspectos que implican la dinámica de interacción familiar y la existencia de sostén afectivo interno.
- El entorno psicosocial.
- La función del abordaje musicoterapéutico en las conductas disfuncionales y para el reestablecimiento de la subjetividad y el apego necesario para el bienestar del paciente.

Se tuvieron en cuenta datos filiatorios del paciente y acompañante, su entorno psicosocial y afectivo.

Datos concernientes para musicoterapia como: Ambiente sonoro musical en la casa, antecedentes musicales de la familia, estilo musical del paciente y compartido. Modalidad de participación familiar en la sesión, y la actitud de los padres a partir de la musicoterapia.

RESULTADOS Luego del trabajo con los niños y padres, se modifica la comunicación intrafamiliar que se refleja en el juego sonoro, la ejecución instrumental, el canto y la audición compartidos, ayudando a establecer un vínculo más adecuado, generar un cambio en el estado emocional que redunde en la mejoría psicoafectiva, biológica y en la conformación de la subjetividad del niño.

DEMANDA EN LA GUARDIA DE SALUD MENTAL DE UN HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS

di Lorenzo D, Fernandez P, Panigueti M, Revelli V.

Sección Salud Mental del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN Considerando la necesidad de cubrir las emergencias psicosociales y psiquiátricas en niños, es que hace dos años se abrió la guardia de Salud Mental en el Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde (HGNPE). En la actualidad la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) cuenta con tres hospitales que reciben emergencias psiquiátricas Infanto-Juveniles, de los cuales uno es monovalente. Tanto en el ámbito local como internacional existen pocos reportes acerca de las características de las consultas en esta población.

OBJETIVO Analizar las variaciones producidas en la demanda de la guardia de salud mental en el Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde" (HGNPE) desde su implementación, durante un período de 24 meses.

MATERIALES Y MÉTODOS Se utilizaron datos de libros de guardia del Servicio de Emergencias del HGNPE desde Julio 2007 hasta Junio 2009, registrando la cantidad de consultas y el tipo de demanda, según sea de origen interno o externo. En este último caso se consideró la fuente de derivación. Se registró la variable tiempo en semestres para facilitar su análisis.

RESULTADOS El análisis semestral arroja los siguientes datos: 57% de consultas externas en Julio-Dic 07, 53% en Enero-Junio 08, 76% en Julio-Dic 08 y 65% en Enero-Junio 09. Demanda espontánea 26%, 26%, 32% y 34%. Derivación de otras instituciones 6%, 6%, 4,5% y 5% respectivamente. En total se registraron 2158 consultas, el 38,3% internas y el 61,7% externas.

CONCLUSIONES Se observó un leve aumento en las consultas externas y la demanda espontánea durante los últimos semestres analizados, no siendo estadísticamente significativo y probablemente relacionado tanto con la integración y el conocimiento de nuestra tarea por parte de la comunidad que asiste al hospital como por resto de los profesionales de la Institución. También se observa escasa derivación proveniente de centros zonales y otras instituciones de la CABA.

REPARACIÓN TRANSUMBILICAL DE UN CONDUCTO ONFALOMESENTERICO PERMEABLE. UNA TÉCNICA SEGURA Y CON EXCELENTE RESULTADOS ESTÉTICOS.

Berger M, Arriaga V, Gimenez J, Giambini D

Departamento Cirugía del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN La persistencia del conducto onfalomesentérico es una de las formas de presentación más raras de los restos embrionarios derivados de esta estructura. Se presenta el caso de un niño de 2 meses de vida en el que se constata salida de contenido entérico a través del ombligo.

OBJETIVOS Reportamos el caso de un lactante de 60 días de vida que consulta por salida de material entérico a través del ombligo.

CASO CLÍNICO Paciente de 60 días de vida que concurre a la demanda espontánea por presentar descarga por ombligo que en consultas anteriores fue interpretada como granuloma de ombligo y tratada con topicaciones sin mejoría clínica. Se realiza diagnóstico de conducto onfalomesentérico permeable por fistulografía y se decide cirugía reparadora.

CIRUGÍA Resección y anastomosis terminal transumbilical con umbilicoplastia.

CONCLUSIONES Dentro del diagnóstico de ombligo húmedo la entidad más frecuente es el granuloma. De persistir el mismo por más de 2 semanas deben plantearse otras enfermedades como el uraco permeable y el conducto onfalomesentérico persistente.

En el caso presentado, la reparación transumbilical es una técnica segura con excelentes resultados estéticos puesto que no extirpa la lesión "en bloque", dejando una región umbilical de apariencia normal.

EVENTRACIÓN TRAUMÁTICA ATASCADA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE UN TRAUMATISMO CERRADO DE ABDOMEN. REPORTE DE UN CASO.

Berger M., Prodan S., Arcidiacono G., Ramírez A., Fioravanti A., Giambini D.

Departamento Cirugía y Radiodiagnóstico del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN Según el National Pediatric Trauma Registry, el 8 al 12 % de los niños con trauma abdominal cerrado presentan lesión de un órgano. De estos, el 90 % sobrevive, y solo el 25 % es pasible de reparación quirúrgica. En la enorme mayoría de los casos es un órgano sólido el comprometido, siendo la víscera hueca el blanco del daño en solo un 3.2 % de la casuística. Le lesión mas común es el aplastamiento contra la espina dorsal, seguido por los hematomas y laceraciones y por ultimo por los desgarros. En el 100 % de los casos los pacientes tienen síntomas inmediatos.

OBJETIVOS Reportamos un caso de efracción del peritoneo con un asa de ileon incarcerationada, que se presento una semana después de un traumatismo cerrado de abdomen (manubrio de bicicleta), con un síndrome oclusivo intestinal bajo.

CASO CLÍNICO Paciente de 10 años de edad que presenta siete días antes de la consulta un traumatismo cerrado de abdomen con el manubrio de su bicicleta a causa luego de una caída a alta velocidad. Consulta por vómitos incoercibles de tipo gástrico y dolor abdominal tipo cólico de 24 horas de evolución seis días después del evento. Al examen físico se hallaba en buen estado general, observándose en el sitio del traumatismo (FID) una tumoración fluctuante, que a la palpación gorgoteaba y era dolorosa. La piel por encima de dicha lesión se hallaba indeme. El abdomen se encontraba ligeramente doloroso y tenso, con ruidos hidroaéreos (RHA) presentes.

CIRUGÍA Se realizó laparotomía exploradora hallándose a 20 cm de la válvula ileocecal una efracción de peritoneo, coincidente con el sitio de la lesión, por donde se herniaba y atascaba un asa de ileon terminal, causante del síndrome oclusivo. La misma se libero y se suturo el defecto. El paciente comenzó con tránsito a las 48 horas y fue dado de alta al cuarto día post-operatorio, con buena evolución posterior y sin recidivas en los controles.

CONCLUSIONES El síndrome oclusivo intestinal como consecuencia de un traumatismo cerrado de abdomen es una rara complicación que debe ser tenida en cuenta por el cirujano de guardia como diagnóstico diferencial.

No hallamos en la literatura ningún caso de trauma abdominal cerrado con lesión única del peritoneo con un síndrome oclusivo como primera manifestación tardía, puesto que en el 100 % de los casos la sintomatología es inmediata.

PANCREATITIS NECROHEMORRÁGICA CON FÍSTULA PANCREÁTICA PERSISTENTE COMO COMPLICACIÓN DE UNA CRISIS LÚPICA. REPORTE DE UN CASO.

Berger M., Iglesias B., Cusumano H., Giambini D.

Departamento Cirugía y Radiodiagnóstico del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN El tratamiento de la pancreatitis aguda grave durante las primeras fases de la enfermedad es en la mayoría de los casos de resorte médico, con el objeto de mantener la estabilidad hemodinámica y cardiovascular del paciente. El desarrollo de la infección en la necrosis pancreática es el principal determinante de la morbilidad y mortalidad en las fases tardías de la enfermedad. Las complicaciones oclusivas, la mala evolución clínica y el deterioro del cuadro son las principales indicaciones de exploración quirúrgica.

OBJETIVOS Reportamos un caso de fístula pancreática persistente, que presentó una evolución de 90 días luego de la laparotomía exploradora, en una niña de 12 años con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) complicado con pancreatitis autoinmune grave con compromiso multisistémico.

CASO CLÍNICO Tratada por Reumatología con diagnóstico de poliartitis en estudio.

En Agosto de 2008 concurre por decaimiento, astenia y mialgias generalizadas, alopecia y leve ictericia y hepatomegalia. En el laboratorio presentaba marcada elevación de transaminasas, anemia, linfopenia y hematuria. Se interpreta como LES por colagenograma compatible y clínica.

Presenta como intercurencia cuadro de dolor y distensión abdominal. Se recibe amilasemia de 1504 y se interpreta como pancreatitis asociada al cuadro reumatológico (autoinmune).

CIRUGÍA Se realiza laparoscopia exploradora sin hallazgos significativos y evoluciona con ileo prolongado por lo que comienza con nutrición parenteral.

Por persistencia del cuadro de distensión abdominal se decide colocar 2 drenajes a cavidad por punción directa, uno de los cuales perfora inadvertidamente el colon transverso. Se deja el mismo colocado durante 2 semanas retirándose sin necesidad de otra intervención.

Persiste con marcada distensión abdominal y clínica de oclusión intestinal por la cual entra en ARM en dos ocasiones. Por cuadro oclusivo persistente, y episodios repetidos de sepsis por microorganismos de probable origen abdominal se decide laparotomía exploradora. El día 24-10 (50 días después del comienzo de su enfermedad) ingresa a quirófano. En el intraoperatorio se encuentra gran cantidad de citosteatonecrosis que se reseca y se drena una gran colección retroperitoneal. Se realiza pancreatectomía corporocaudal. Se colocaron 3 drenajes al espacio parietocólico izquierdo, al espacio de Douglas y a la lodge pancreática que se exteriorizan por fosa iliaca izquierda (FI).

EVOLUCIÓN Favorable desde la cirugía, con recuperación paulatina del tránsito intestinal.

Del orificio residual en FI comienza a salir líquido espeso, amarillado, que según pasan los días se aclara hasta ser transparente e inodoro. Se solicita amilasa de dicho líquido cuyo valor es de 10000 UI x mL. Se interpreta como fístula pancreática persistente. Se decide tratamiento expectante, observándose disminución del débito hasta su cese completo en 3 meses.

CONCLUSIONES La fístula pancreática es una rara complicación de una pancreatitis y debe ser tenida en cuenta por el cirujano pediátrico. Su tratamiento en la mayoría de los casos puede ser expectante.

TUMOR INTRACARDÍACO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Guedes V, D'Ambrasio L, Fatica A, Lonegro L, Zerba M, Soto A, Fioravanti A, Rinaldi A, Rodriguez A, Zamora S, Vargas F, Cafferata C, Benitez E.

División Diagnóstico por Imágenes del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN Los tumores primarios de corazón son una patología muy poco frecuente en la edad pediátrica. Los más frecuentes son los rabdomiomas y su asociación con Esclerosis Tuberosa (ET) alcanza el 50% de los casos.

OBJETIVO Presentar un paciente con una masa intracardiaca de diagnóstico neonatal y realizar una actualización sobre la utilidad de los estudios de diagnóstico por imágenes en los tumores intracardiacos.

CASO CLÍNICO Paciente de sexo masculino de 2 meses de edad quien es derivado para su evaluación por el servicio de cardiología por presentar masa intracardiaca.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- NT / APEG - Madre diabética.
- Síndrome de distress respiratorio prolongado con hipertensión pulmonar persistente que requirió 1 mes de oxigenoterapia.
- Convulsión tónico-clónica generalizada al 6° día de vida.
- Miocardiopatía hipertrófica diagnosticada por ecocardiogramas seriados en hospital de origen.

Al ingreso se realiza:

- Ecocardiograma: Imagen de tumor en cara lateral anterior de ventrículo izquierdo sin obstrucción del tracto de salida. Mínimo derrame pericárdico con función sistólica conservada.
- Ecografía cerebral: Agenesia parcial de cuerpo caloso.
- Ecografía abdominal: Sin particularidades
- Tomografía Computada (TC) de cerebro: Signos indirectos compatibles con agenesia de cuerpo caloso.
- TC de tórax con contraste: Masa ocupante ubicada en ventrículo izquierdo
- Interconsulta dermatología: Múltiples máculas hipocrómicas.
- Ic con genética: Múltiples estigmas genéticos.

En el contexto de los hallazgos clínicos y por imágenes se diagnostica ET. Diagnóstico reafirmado por el informe de anatomía patológica: rabdomioma intracardiaco.

DISCUSIÓN La incidencia en el diagnóstico de tumores cardiacos ha aumentado en las últimas décadas gracias a los avances en los estudios por imágenes.

Actualmente la ecocardiografía es el estudio diagnóstico de elección. También son de suma utilidad la ecografía obstétrica que permite realizar diagnóstico prenatal de esta patología, la resonancia magnética nuclear y la tomografía computada los cuales aportan otros datos al diagnóstico.

Los tumores primarios más frecuentes en la edad pediátrica son los rabdomiomas.

Frente a un paciente con una masa intracavitaria, el rabdomioma debe ser el primer diagnóstico diferencial. Son benignos y su regresión espontánea ocurre en más del 50% de los casos. Se asocia con ET en al menos un 50% de los casos por lo cual a todos los pacientes se les debe efectuar una evaluación integral multidisciplinaria siendo los estudios por imágenes complemento esencial en el diagnóstico y seguimiento.

ENFERMEDAD MULTISISTÉMICA CON MANIFESTACIÓN DERMATOLÓGICA ATÍPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Vedia Y, Arias Cau C, D'Errico C, Fanego C, Nakab , Piazza C, Ruggiero S, Sosa C

Hospital de Día y CEM 6. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad con diferentes formas de comienzo y de afectación multiorgánica.

El LES más frecuentemente se presenta con fiebre, astenia, artralgias o artritis y erupción cutánea malar o en alas de mariposa.

OBJETIVO Presentar un paciente con inicio atípico de LES en Pediatría.

MATERIAL Y MÉTODO Niña de 11 años sin antecedentes patológicos de relevancia que dos meses previos a la consulta comienza con lesiones cutáneas eritemato-escamosas generalizadas, astenia, artralgias, alopecia y pérdida de peso.

Se interna por ictericia, síndrome de impregnación y desnutrición. Se constatan hepatitis y anemia al ingreso.

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS Síndrome de impregnación, de causa infecciosa, reumatológica, neoplásica - Hepatitis a confirmar etiología - Anemia - Desnutrición grave - Deficiencia de vitaminas: pelagra - Porfirio - Enfermedad del colágeno: LES, EMTC.

Durante la internación se descarta causa infecciosa crónica y neoplásica. Se diagnostica tiroiditis autoinmune, por lo que aumenta sospecha de colagenopatía. Se constata afectación renal y pulmonar.

RESULTADOS Se reciben:

FAN (+) 1/1280, FR 321, anti-DNA 1/160, anti-Sm y anti-Rnp (+).

Biopsia de piel: vasculitis de pequeños vasos, depósito de IgG intensa granular y C3 intenso.

Biopsia hepática: hepatitis colestásica crónica activa.

Biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa difusa y segmentaria (grado 4).

TSH 26,56 T4 9,3 T4L 0,92 T3 1,2 , anticuerpos antiitroglobulina y antimicrosomales (+) 1/25600

Espirometría: Restricción leve.

Se llega así a diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con compromiso dermatológico, renal, hepático, endocrinológico y pulmonar.

CONCLUSIÓN Las enfermedades autoinmunes pueden tener diversas formas de presentación y es importante sospecharlo cuando dos o más órganos están comprometidos, aunque no sea la forma típica de presentación.

INTOXICACION AGUDA POR COMPUESTOS FENOLICOS EN PEDIATRIA. PRESENTACION DE DOS CASOS CLINICOS

Barzini M, Nieto M, Crocinelli M, Olivera V, Yanicelli M, Fernández M
Unidad Toxicología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN Los fenoles son intermediarios de síntesis química, que se obtienen de fuentes naturales, como pigmentos de flores, lignina de la madera, alquitrán mineral, o mediante reacción de sustitución nucleofílica aromática.

Tienen múltiples usos, a nivel industrial, farmacéutico y cosmético.

Se comporta como un agente cáustico, causando disrupción de la pared celular, desnaturalización proteica y necrosis de coagulación. Es también un estimulante del SNC.

OBJETIVOS La intoxicación por derivados fenólicos en pediatría no es un evento frecuente, sin embargo las consecuencias sobre la salud de los niños puede tener implicancias severas. El objetivo del trabajo es poner de manifiesto estas implicancias a fin de tomar las medidas preventivas adecuadas.

MATERIAL Y MÉTODOS Presentación de dos casos clínicos: dos hermanas de 10 y 32 meses de edad, que ingresan al hospital por intoxicación aguda con derivados fenólicos, como consecuencia de una exposición accidental intradomiciliaria, producida por el contacto con un fluido de uso industrial, compuesto por polifenoles, nafta y excipientes que utilizaba el abuelo:

Orto fenil fenol 1,2%, 4 Cloro 3 metil fenol 0,8%, Bencil 4 cloro fenol 0,4%, Nafta y excipientes csp 100%.

Caso 1: Niña de 10 meses, derivada de otro hospital, que presenta al ingreso depresión de sensorio, acidosis metabólica y dificultad respiratoria.

Además se observan lesiones dérmicas extensas maculares de coloración parda oscura, rodeadas por un halo eritematoso, indoloras distribuidas en miembros inferiores, glúteos y periné.

Caso 2: Niña de 32 meses portadora de Síndrome de Down que presenta al ingreso lesiones dérmicas extensas de iguales características, que afectan mitad derecha cara, y otras de menor tamaño en abdomen, miembros superiores e inferiores en forma de gotas sin compromiso sistémico.

CONCLUSIONES Dadas las graves consecuencias sobre la salud que puede ocasionar la exposición a este tipo de compuestos, es importante conocer su peligrosidad e intensificar las medidas preventivas al respecto.

ANGIPLASTIA EN COARTACION DE AORTA NATIVA VERSUS POST QUIRURGICA

De Dios A, Pontecorbo E, Olive A, Granja M, Damsky Barbosa J, Vargas J, Martínez I, Steffler C, Biancolini F.

Unidad Cardiología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

OBJETIVO Evaluar los resultados inmediatos y la evolución alejada post procedimiento, ante angioplastia en coartación de aorta (Co Ao).

MATERIAL Y MÉTODO Retrospectivo en 47 pacientes (p) post-angioplastia (BAV) de Co Ao, Severidad: leve <20 mmHg, moderada 20 a 40 mmHg, severa >40 mmHg. Edad al diagnóstico, debut clínico (con o sin insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial), extensión (localizada, extensa, con o sin hipoplasia istmo), asociaciones, tratamiento inicial (hemodinámico o quirúrgico), y evolución alejada. Análisis Estadístico: multivariable. Significación $p < 0.05$.

RESULTADOS 47 pacientes (p) con BAV por Co Ao; diagnosticada: 11 pacientes (p) <1mes, 17p 1-2 años, 13p >2 años.

Edad Angioplastia: Mediana 8 ± 8 meses.

Clínica: 19 con insuficiencia cardíaca (IC) + 8 Hipertensión arterial (HTA); 1paciente con HTA sin IC.

ECG: con HVD en 13p, HVI en 11p; asociaciones: CIV 13p (5p perimembranas, 7p musculares, 1p subaórtica), 8p ductus, 1p estenosis mitral, 3p insuficiencia mitral, 3p insuficiencia aórtica, 1p subclavia derecha aberrante.

Tipo anatómico de CoAo: 41p localizada: 6p membranosa y 35p fibromuscular, 1 extensa; 7/47 hipoplasia de aorta transversa.

Severidad al diagnóstico: 18 moderadas, 29 severas.

BAV: 52 procedimientos sobre 47p; en 44p una BAV, 4p dos BAV (2p Co Ao nativa y posquirúrgica), 1p: 4 BAV, 1p Stent.

Eficaz en 38/47 (80.8%); no eficaz en 8p, 1p fallece en Shock cardiogénico durante el procedimiento.

Respecto al gradiente: disminuyo de 50 ± 18 mmHg a 14 ± 10 (p; 0.00),

Re coartación: 17/30p Co Ao nativas (65%), fue temprana 12 meses ± 10 . Todos menores 1 año con IC al momento del procedimiento, 2p presentaron aneurismas saculares pequeños.

4/17p Co Ao posquirúrgica re-coartación (23%), 1 requirió stent y 3 otra BAV.

CONCLUSION La Angioplastia un método eficaz para resolver las formas complicadas o en "emergencia" en lactante pequeño (formas localizadas, sin hipoplasia del istmo) pero presenta alto índice de re Co Ao (57%) y aneurismas saculares (4.2%).

LA SEVERIDAD DE LA INSUFICIENCIA AORTICA EN LA AORTA BICUSPIDE POST VALVULOPLASTIA PUEDE PREVERSE

De Dios A, Flores E, Granja M, Trentacoste L, Damsky Barbosa J, Martínez I, Steffler C
Unidad Cardiología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN La estenosis aórtica (EAo) es una malformación de la válvula aórtica, de carácter progresivo, que produce una obstrucción al flujo de salida del ventrículo izquierdo, la incidencia es del 3 al 5% de las CC.

La válvula puede ser unicuspidé (típica de la estenosis crítica del recién nacido, en la que la válvula se parece más a una masa nodular gelatinosa, que genera una obstrucción severa); bicúspide (la mas frecuente); y tricúspide, cuyas valvas sigmoideas pueden ser asimétricas. Generalmente las valvas son gruesas, con fusión de alguna comisura, o con diferentes grados de malformación. La EAo puede clasificarse en leve: gradiente instantáneo < 50 mmHg o gradiente medio Doppler < 40 mmHg, (siendo muy leve: gradiente pico instantáneo <25 mmHg) moderada: gradiente instantáneo de 50-75mmHg y severa: cuando el gradiente es de + de 75 mmHg o gradiente medio Doppler > 60 mmHg.

La valvuloplastia aórtica (BAV) suele ser el procedimiento de primera elección ante estenosis aórtica severa, y se sabe que los resultados obtenidos con BAV son equivalentes a los de la valvulotomía quirúrgica, sin embargo la valvuloplastia no esta exenta de riesgo, la aparición de significativa insuficiencia es del 5% al 13% los pacientes tratados con BAV tienen mayor tendencia a presentar insuficiencia Aórtica y esta puede incrementarse con el tiempo.

OBJETIVOS

■ Evaluar y definir la evolución de los pacientes portadores de estenosis aórtica severa sometidos a valvuloplastia aórtica, mediante cateterismo con balón.

■ Evaluar si la evolución de la patología y de las complicaciones tiene relación la con la anatomía previa de la válvula aórtica.

■ Evaluar la angioplastia con balón como método de tratamiento de primera elección para estos pacientes.

■ Evaluar si puede preverse la severidad de la IAo post procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO Se seleccionaron 34 pacientes (p) con VALVULA AORTICA BICUSPIDE y EAo severa que fueron evaluados por ecocardiografía (eco), antes y después de la valvuloplastia aórtica (BAV).

Edad: 1 día a 19 años (X: 3.03 ± 5 años).

Seguimiento: 6.58 ± 5.65 años.

Eco en vistas de eje largo paraesternal y eje menor: para determinar el lugar de fusión de cúspides aórticas, prolapso y/o integridad anular y de las hojuelas valvulares.

La insuficiencia aórtica fue graduada usando doppler pulsado y color.

EVOLUCIÓN ALEJADA POSQUIRURGICA SINDROME FALLOT

De Dios A, Zarlega B, Olive A, Flores J.E, Damsky Barbosa J, Martínez I, Steffler C, Zampach M

Unidad Cardiología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN Síndrome Fallot es la cardiopatía congénita cianótica más frecuente. Los problemas posquirúrgicos alejados más severos dependen de la insuficiencia pulmonar severa y la distensión ventricular derecha.

OBJETIVO a) evaluar la evolución alejada de los pacientes operados de tetralogía de Fallot que continúan siendo asistiendo Servicio de Cardiología del Hospital Elizalde. b) rol de la ecocardiografía como instrumento para su seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO Edad, sexo, patología asociada, procedimientos quirúrgicos paliativos, procedimientos quirúrgicos correctores, cateterismos, ECG posterior, Rx. tórax, Holter, Ergometría, síntomas clínicos mas relevantes, y ecocardiografía doppler color para evaluar estenosis residual (leve< 20 mmHg, moderada 20 a 40 mmHg y severa < a 40 mmHg), insuficiencia pulmonar (IP) y tricúspidea (IT).

RESULTADOS 13 pacientes (p) 8 hombres (61.5%) y 5 (38.5%) mujeres. Estos pacientes fueron operados de Tetralogía de Fallot entre los años 1980 y 2001, con media de edad de 60 ± 40 meses. 10p (69%) con Fallot típico, 1p con situs inversus, 1p agenesia de válvula pulmonar y 1p con otras malformaciones (monorreno y microcefalia). De los 13p, 6p (46%) anastomosis sistémico-pulmonar (ASP), 2p (15%) 2 ASP, y 5p (38%) corregidos sin ASP. La cirugía correctora con parche transanular en 3p y en 1p requirió tubo de Rastelli. Ningún paciente complicaciones iniciales ni re-intervenciones; CIV residual en 2p (15.3%) e Insuficiencia aórtica leve en 4p (30.7%) seguimiento alejado 11p no incapacidad, 2p presentan incapacidad de Grado I. Respecto a la cardiomegalia en RX: 5p (38.5%) no significativa y 8p cardiomegalia moderada (61.5%). ECG 4p trazado normal y 9p BCRD ninguno supera la duración del QRS los 0.18mseg., de esos 9p tienen BCRD y un caso bloqueo AV 2:1. Solo 2p con RNM ambos agrandamiento del VD con insuficiencia pulmonar severa y volumen regurgitante que supera el 55%, y VFD del VD que supera los 120 ml/m². Por ecocardiografía de los 13 p solo 3p (23%) presentan tamaño normal del VD acorde a su edad y 10p (77%) presentan dilatación del VD y del TSVD; movimiento septal normal en 6p (46.1%), 2p (15.3%) SIV disquinético y 5p (38.4%) con movimiento paradójal, en 5p (38.4%).

La EP leve en 9p (69.2%), moderada 2p (15.3%) y severa 1p (7.6%), 1p no presenta EP, con EP de ramas en 4p (30.7%).

IP ausente o no significativa solo en 1p (7.6%), leve en 2p (15.3%) moderada 1p (7.6%) y severa 9p (69 %). IT fue no significativa en 4p (30.7%), leve 9p (69.2%), moderada y severa ningún caso.

CONCLUSIONES El ecocardiograma objetivo la falla del VD y correlacionado con el grado de deterioro clínico. La Ecocardiografía, ha demostrado ser una herramienta fundamental en la evaluación del funcionamiento del VD, en prever y evaluar su falla y su necesidad de re intervenciones La RMC es el método de investigación más seguro para la decisión terapéutica.

ANTICUERPOS IGA ANTI-TRANSGLUTAMINASA Y BIOPSIA DUODENAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA.Cao G⁽³⁾, Leonardelli A⁽¹⁾, Cañadas C⁽¹⁾, Salgueiro S⁽¹⁾, Silvestro J⁽¹⁾, Quintana C⁽²⁾, Navacchia D⁽³⁾¹División Laboratorio Central; ²Sección Gastroenterología; ³División Patología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN Los anticuerpos IgA anti-transglutaminasa (aTGA) son habitualmente expresados en los pacientes con enfermedad celíaca (EC) y considerados marcadores específicos de tal condición. Sin embargo existen pocas referencias que vinculen su nivel serológico con la severidad de la enteropatía observada en la biopsia duodenal.

OBJETIVO Comparar el grado de enteropatía de la biopsia duodenal con el título de anticuerpos IgA aTGA en pacientes con EC.

MATERIAL Y MÉTODOS Se analizaron retrospectivamente 83 pacientes pediátricos que contaban con la determinación serológica de anticuerpos IgA aTGA y la biopsia duodenal, no mediando entre ambos procedimientos más de 30 días. Los mismos fueron divididos en grupos según el grado de severidad de la enteropatía observada histopatológicamente (EPG), la cual siguió los criterios establecidos por la Sociedad Argentina de Pediatría. Posteriormente se analizó y comparó el nivel alcanzado por los anticuerpos IgA aTGA expresados en unidades de densidad óptica (DO) en cada uno de los grupos de pacientes, para lo cual se empleó el test paramétrico de ANOVA con pos-test de comparación múltiple de Student-Newman-Keuls. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS 12 pacientes (14.5%) presentaron una EPG 2, 43 (51.8%) demostraron una EPG 3, mientras que los 28 restantes (33.7%) observaron una EPG 4. En el primer grupo, la DO para los anticuerpos IgA aTGA fue de 2.1 ± 1.6 , en el segundo fue de 3.5 ± 2.1 y en el tercero fue de 3.9 ± 2.2 . Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los valores medios de DO de los grupos con biopsias duodenales que demostraron EPG 2 y EPG 3 ($p < 0.05$) y EPG 2 y EPG 4 ($p < 0.05$), no sucediendo lo mismo entre los grupos con EPG 3 y EPG 4.

CONCLUSIONES Los pacientes pediátricos con títulos elevados de anticuerpos IgA aTGA, expresados en unidades de DO, se asocian a una atrofia vellositaria franca y a un daño más extenso del epitelio absorbivo en sus biopsias duodenales, según lo definido histopatológicamente en las EPG 3 y 4. La similitud observada en las DOs de éstos dos grupos sugiere que deberían ser considerados pertenecientes a una misma población de individuos en futuras investigaciones.

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA COMPLEJA NEONATAL: EVALUACIÓN DEL NEURODESARROLLO

Bokser V, Giúdice L, Ferrario C, Califano G.

División Promoción y Protección de la Salud. Seguimiento del Paciente de Alto Riesgo Neonatal. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN Anualmente ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de nuestro hospital 330 neonatos; 15 al 20% requieren cirugía compleja neonatal (CC). No hay informes en nuestro país acerca del Neurodesarrollo (ND) en estos pacientes.

OBJETIVOS Evaluación del desarrollo cognitivo de los pacientes con antecedentes de CC.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo, observacional, longitudinal, prospectivo.

Población: todos los pacientes con antecedentes de CC asistidos en el Programa de Seguimiento (PS) entre el 1º/4/08 y 31/3/09.

Criterio de inclusión: antecedente de CC.

Criterio de exclusión: pacientes mayores de 3 años de edad. Test de pesquisa de Neurodesarrollo: CAT/CLAMS. Se consideró valor normal de Cociente de Desarrollo Cognitivo (CDC) al puntaje ≥ 85 . Se realizaron a cada paciente dos evaluaciones con 6 meses de intervalo entre cada una de ellas.

Procesamiento de datos: Análisis estadístico: programa Stata 8.00.

RESULTADOS En 65 pacientes a quienes se realizó la primera evaluación de ND se encontró un valor de Mediana del CDC CAT/CLAMS de 77 puntos; 33% de la población (21/65) presentó valor normal de CDC. La segunda evaluación se realizó a 51 pacientes (los restantes en su mayoría habían cumplido la edad de exclusión) encontrándose un valor de Mediana del CDC CAT/CLAMS de 80 puntos; 38% de la población (19/51) presentó valor normal de CDC. El mayor compromiso se presentó en el componente CAT (capacidad de resolución de problemas visomotores o *Cociente de Desarrollo viso motor*). Sobre 44 pacientes con valor anormal en la primera evaluación 8 (18%) tuvieron valor normal en la segunda pesquisa.

CONCLUSIONES Se encontró Cociente de Desarrollo Cognitivo normal en 33% de los pacientes luego de la primera evaluación neuromadurativa, ascendiendo a 38% en la segunda evaluación. Hubo normalización del CDC en 8 pacientes (18%).

Comentario: este trabajo motivó el inicio de una serie de acciones pre y postalta con el objetivo de mejorar los resultados a largo plazo.

Proyecto realizado en el marco de la beca "Laboratorios Roemmers en homenaje al Académico Andrés Stoppani". Academia Nacional de Medicina. 2007-2008.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA COMPLEJA NEONATAL: EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO PONDERAL

Bokser V, Giúdice L, Eiben F, Ferrario C, Califano G.

División Promoción y Protección de la Salud. Seguimiento del Paciente de Alto Riesgo Neonatal. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN En los niños con antecedente de Cirugía Compleja neonatal (CC) la prevalencia de bajo peso al ingresar al Programa de Seguimiento (BPIS) es alta; es preciso caracterizar la evolución y los factores que influyen en la recuperación ponderal (RP).

OBJETIVOS Determinar la proporción de BPIS; analizar la asociación del bajo peso para edad gestacional (BPEG), BPIS extremo, reinternaciones y/o falta de seguimiento regular con el fracaso en la RP.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio analítico, observacional, longitudinal.

Población: pacientes con antecedentes de CC asistidos en el Programa de Seguimiento (PS) entre 1º/11/03 y 31/3/09. Se excluyeron los niños con menos de dos meses de asistencia a PS.

Variables: BPEG ($P \leq 3$); BPIS: puntaje Z entre -2 y -2.5 y BPI extremo: < -2.5 ; Reingreso hospitalario; Seguimiento regular; RP: alcan-zar puntaje Z ≥ -1.1 .

Análisis estadístico: frecuencias simples de las características de pacientes. Probabilidad de RP durante el seguimiento: curva de Kaplan Meier y tablas de sobrevida. Para factores asociados a RP (BPEG, BPI, seguimiento regular, reinternaciones): modelo de regresión múltiple de Cox y análisis de proporcionalidad de variables. Significación estadística: $p < 0.05$.

Procesamiento de datos: Análisis estadístico: programa Stata 8.0.

RESULTADOS Ingresaron 136 pacientes con antecedente de CC; excluidos 15 por no cumplir 2 meses de asistencia. Incorporados al estudio: 121 pacientes; 51 (42%) presentaron BPIS; 53% (27/51) logró RP, 50% lo hizo antes de los 162 días de seguimiento (media de recuperación: 151 días). Análisis multivariado: hubo asociación estadísticamente significativa entre falta de RP con BPIS extremo y presencia de reinternaciones durante el seguimiento (Hazz. Ratio 3.6 IC 95% 1.29-10.03; H.R. 3.08 IC 95% 1.21-7.78 respectivamente).

CONCLUSIONES La mitad de la población con antecedentes de CC presentó BPIS. 53% de los BPIS logró la recuperación ponderal. Presentar BPI extremo o reinternaciones produjo tres veces más riesgo de no recuperarse ponderalmente, independientemente del BPEG y la regularidad en el seguimiento.

Proyecto realizado en el marco de la beca "Laboratorios Roemmers en homenaje al Académico Andrés Stoppani". Academia Nacional de Medicina. 2007-2008.

EXPERIENCIA DE 15 AÑOS EN PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA (PTI)

Lavergne M, Elena G, Veber S, Galimberti, G, D'Alai K, Morici M, Atach R, Carli G.

Unidad Hematología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN La PTI es la causa más frecuente de síndromes hemorrágicos en la infancia. Es de etiología inmune, la mayoría secundario a infecciones virales, con un pico de frecuencia entre los 2-5 años, caracterizada por recuento plaquetario menor a $100.000/mm^3$, en ausencia de enfermedad infecciosa o sistémica concomitante, autolimitada en el 80% de los casos incluso sin mediar tratamiento. Diseño: estudio observacional, retrospectivo, analítico y transversal.

OBJETIVO Describir la experiencia en nuestro hospital de PTI en los últimos 15 años.

MATERIAL Y MÉTODOS Se analizaron 435 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de síndrome purpúrico trombocitopénico seguidos en nuestro hospital desde el año 1993.

RESULTADOS Del total de 435 pacientes (p), el 74% (321p) tenían una probable etiología única 270 pacientes: 88% (238p) viral, 6% (16p) post vaccinal, 3% (8p) tóxico medicamentosa, 3% (8 p) colagenopatías; y más de una etiología 51 pacientes; en el 26% restante (114 p) no se halló causa probable. Alcanzaron la remisión el 85% (369 p) de los niños, en forma espontánea el 38% (140 p), con tratamiento el 62% (229 p) con un único tratamiento 79% (180 p) y con más de un tratamiento 21% (49 p). El 15% de los pacientes evolucionaron a la forma crónica (66 p). El 87% de los pacientes que recibieron tratamiento único fue con corticoides y un 13% recibieron gammaglobulina.

Variables analizadas: Edad media al diagnóstico: 56 meses, Tratamientos instituidos: 157 pacientes recibieron prednisona sola, 23 recibieron gammaglobulina sola, y 36 pacientes se esplenectomizaron, 3 recibieron anti D, 4 Interferon gama, 1 paciente Anti CD 20, y 5 pacientes recibieron ciclos combinados y/o alternativos de Prednisona más gammaglobulina. Respuesta al tratamiento: % de remisión espontánea y con tratamiento, mortalidad 0%.

CONCLUSIONES La PTI continúa siendo una patología prevalente en nuestro medio, en los últimos años las nuevas terapéuticas y modalidades de tratamiento instituidas no han mejorado en forma considerable la respuesta a esta enfermedad, continuando el mismo porcentaje de remisiones espontáneas y con igual % de niños que evolucionan a la cronicidad.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A CAVERNOMA DE LA PORTA:**REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.**

Mansilla A, Rombolá V, Debaisi G.

Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN Se denomina cavernoma portal a la transformación de la vena porta en una masa angiomatosa formada por numerosos vasos responsables de la hipertensión portal (HTP) pre-hepática. Etiopatogenia desconocida. Aunque infrecuente, es una de las principales causas de HTP y hemorragia digestiva alta (HDA) en pediatría.

OBJETIVO Reportar un caso clínico de hemorragia digestiva alta secundaria a cavernoma portal.

CASO CLÍNICO Paciente de 11 años, sexo femenino, que ingresa a la guardia por presentar hematemesis y melena. Hemodinámicamente compensada, presenta al ingreso Hto 19, Hb 5 GB 3000 plaq 79000. La ecografía abdominal informa: imágenes anecóicas tubuliformes periportales compatibles con cavernoma portal; signos de hipertensión portal. Ante un nuevo episodio hemorrágico, se interna en unidad de terapia intensiva. Se transfunden glóbulos rojos, se coloca sonda nasogastrica, PHP y se medica con octreótide 5 mcg/kg/h. Se realiza endoscopia digestiva alta, visualizándose várices esofágicas y gástricas. Se realiza banding de várices esofágicas. Luego es medicada con propranolol, evolucionando favorablemente.

DISCUSIÓN Se piensa que el cavernoma portal sería secundario a un trombo en la vena porta, el cual se recanaliza. En un tercio de los pacientes hay antecedentes de cateterización umbilical, deshidratación grave, sepsis neonatal y onfalitis. Responsable de un tercio de los casos de HTP en pediatría. Se presenta clínicamente como hemorragia digestiva alta secundaria a várices esofágicas. El 50% de los sangrados cesan espontáneamente; 8 % son exanguinantes. El 30-40% puede resangrar. El diagnóstico es ecográfico. Para el diagnóstico y tratamiento de la HDA se debe realizar endoscopia en las primeras 12 horas. Se prefiere el tratamiento combinado de las várices esofágicas: por endoscopia por medio del banding, y farmacológico con octreótide o somatostatina, para prevenir el resangrado. Ante un episodio de HDA se debe indicar profilaxis con beta bloqueante no cardioselectivo, como el propranolol, que reduce a un 15% el riesgo de resangrado.

CONCLUSIÓN Se debe pensar en esta patología ante un episodio de hemorragia digestiva alta, aún sin antecedentes. Se debe internar al paciente, iniciar tratamiento farmacológico y realizar endoscopia digestiva dentro de las primeras 12 horas.

FASCITIS NECROTIZANTE: REPORTE DE UN CASO FATAL.

Rombolá V, Mansilla A, Bolasell C, Debaisi G, Murúa A.

Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN La fascitis necrotizante es definida como una infección rápidamente progresiva, que afecta la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y ocasionalmente, la profunda, que produce necrosis hística y severa toxicidad sistémica. El diagnóstico es eminentemente clínico corroborado por los hallazgos operatorios.

OBJETIVO Describir el caso clínico de un paciente con diagnóstico de fascitis necrotizante.

CASO CLÍNICO Paciente de sexo masculino, 11 años, eutrófico. Consulta a la guardia de una clínica privada, por presentar dolor en muslo y cadera derecha, el cual comienza durante un partido de fútbol. El internado con empeoramiento del cuadro y dificultad respiratoria, y evaluado por servicio de traumatología. Ante el aumento del M.I.D., y con la sospecha de un síndrome compartimental, ingresa a quirófano. Durante la exploración quirúrgica se observa desvitalización de tejidos blandos y fascias, realizándose debridación de los mismos. Evoluciona en mal estado general, hipotenso, requiriendo inotrópicos y ARM. Se solicita derivación a terapia intensiva, ingresando a nuestro hospital, y medicándose con ATB. Los hemocultivos son positivos para *S. aureus* meticilino resistente. Con mala evolución, el paciente progresa a un fallo múltiple de órganos y finalmente fallece.

DISCUSIÓN La fascitis necrotizante es una infección grave. Su etiología es polimicrobiana, o por *Streptococo* beta hemolítico grupo A o por *Estafilococo*. El diagnóstico es clínico, las manifestaciones sistémicas son tardías. Tratamiento: Exploración precoz de la herida o sitio sospechoso, para confirmar el diagnóstico y establecer la extensión del compromiso de partes blandas. Terapia antimicrobiana de amplio espectro. Elevada mortalidad: entre el 14 y el 80%.

CONCLUSIONES Se requiere una pronta sospecha diagnóstica y un tratamiento agresivo y precoz para esta patología poco frecuente.

ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA EN UN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO

Aguilar D, Sosa C, Santarcangelo SC, Candi M, Moradei C.

CEM 6 Hospital Federal de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN La Aspergilosis pulmonar invasiva es una infección oportunista producida por inhalación de esporas de *Aspergillus fumigatus*. (80%).

Los factores de riesgo más importantes son: neutropenia en enfermedades hematológicas malignas, disfunción neutrófila y trasplantes de médula ósea y pulmón. El compromiso pulmonar es la principal afectación, siendo otras localizaciones menos frecuentes (Senos paranasales, otitis, endoftalmítis, diseminación vascular). Se estima una incidencia del 0.5-5% luego del tratamiento citotóxico, con una mortalidad > 80% en niños, asociada en gran parte al diagnóstico tardío.

Esta entidad constituye un desafío por la dificultad en el diagnóstico y escasa efectividad de los tratamientos.

La histopatología y los cultivos dan el diagnóstico "probado", pero la sensibilidad de estos últimos es baja. (30%). Es necesario tomar en cuenta: factores de riesgo, criterios clínicos, si bien inespecíficos, imágenes de alta resolución, detección de antígeno fúngico (galactomanano) o PCR para determinar secuencia genómica.

OBJETIVOS

1. Presentar un paciente con leucemia mieloblástica aguda (LMA), neutropenia febril de alto riesgo (NFAR) con Aspergilosis pulmonar invasiva.
2. Enfatizar la necesidad de contar con TAC de alta resolución y detección de antígenos como métodos indirectos para realizar diagnóstico precoz.
3. Considerar alcances y limitaciones de la determinación de galactomanano en el diagnóstico de Aspergilosis invasiva.

MATERIAL Y MÉTODOS. CASO CLÍNICO. Paciente de 12 años, sexo masculino, peso 52 Kg. Se interna por presentar LMA de 1 ½ años de evolución, M3, en recada, con neutropenia febril de alto riesgo.

El examen físico reveló: fiebre y mucositis. Presentó shock séptico en su evolución.

Laboratorio: Pancytopenia. Plaquetas 20.000/mm³. Hb: 9.2 g % Hto 27%. GB 1.500/mm³. L:100%.

Se inició esquema ATB con Imipenem + Vancomicina + Amikacina.

Hemocultivos: 1 + *Staphilococo epidermidis*.

Por persistir febril al 3er día se estudiaron focos profundos: Ecografía cardíaca y abdominal, Fondo de ojo, TAC de senos paranasales: normales. Se asoció Anfotericina al esquema.

Lisis-C para Candida negativa.

TAC de tórax de alta resolución: nódulo subpleural en segmento posterior de LII, y nódulo subpleural en segmento anterior de LID. Galactomananos +: 1.2. (ELISA doble sandwich).

El paciente estuvo afebril al 5º día de tratamiento con Anfotericina y recuperó la neutropenia al 10º día: GB 4.600- N: 1.200. Continuó tratamiento con Itraconazol por 6 meses. TAC control: normal.

CONCLUSIONES

1. En el paciente con factores de riesgo, criterios clínicos y Rx de Aspergilosis, la detección de galactomanano aumenta la probabilidad del diagnóstico de certeza.
2. Los falsos + fueron desestimados en el caso presentado.
3. Sería aconsejable la detección seriada durante la neutropenia.

COMPOSICIÓN CORPORAL Y TENSIÓN ARTERIAL AL AÑO DE EDAD SEGÚN PESO AL NACER Y PATRONES DE ALIMENTACIÓN TEMPRANA

Botta A, Duran P, Grand J, Martins A, Raitano P, Valera M.

Residencia Clínica Pediátrica del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN El crecimiento prenatal y postnatal ha sido asociado a sobrepeso y otras enfermedades en etapas posteriores de la vida.

OBJETIVO Describir los patrones de crecimiento en niños sanos durante su primer año. Analizar la asociación entre estado nutricional y tensión arterial (TA) al año de vida, según peso para edad gestacional (EG), lactancia materna e incorporación de alimentación complementaria.

MATERIALES Y MÉTODOS Estudio prospectivo, observacional, descriptivo y analítico.

Tamaño muestral: 120 niños.

Criterios de inclusión: Niños de 6 meses en seguimiento entre 10/07 y 3/08 en el Hospital P. de Elizalde.

Criterios de exclusión: Niños con patologías que alteren el crecimiento, padres que no presten consentimiento.

Criterios de eliminación: Niños que no concurren a los controles o a los que se les diagnostique patologías que alteren el crecimiento. Se valoró Sexo, EG, Peso, Talla e Índice de masa corporal (IMC) a los 6, 9 y 12 meses según OMS; Perímetro braquial (PB) y TA a los 12 meses y duración de lactancia materna (LM).

RESULTADOS Se incluyeron 155 niños, de los cuales 35 fueron eliminados. La media de peso al nacimiento fue 3315 gr. Un 8,3 % pesó menos de 2.500 g. La media de EG fue de 39,1 semanas y 9% fue menor a 37 semanas. El 15,48% presentó bajo peso para su EG. La media de PB fue de Z 0,42, de TA sistólica de 79 mmHg y diastólica de 46 mmHg. La media de IMC fue de 0,71. El 98,1 % se alimentaron con LM desde el nacimiento y el 17,4% lo suspendió a los 6 meses.

La ganancia de peso entre los 6-12 meses fue el principal predictor para IMC (p 0.006), PB (p 0.008), y TA (p 0.02) al año de edad. La interacción entre duración de la LM y peso para EG constituyó el principal protector de ganancia de peso entre 6-12 meses (p < 0.001).

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN A HOSPITAL DE DÍA

Piazza C, D'Errico G, Makab A

Hospital de Día del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN La valoración del grado de satisfacción de los usuarios de servicios de salud constituye una herramienta de suma utilidad a fin de valorar la calidad de los servicios desde la óptica de la población.

La Organización Mundial de la Salud define como calidad:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- El uso eficiente de los recursos.
- Mínimo riesgo para el paciente.
- Alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Resultados finales en la salud.

El desafío de los servicios de salud es poder encontrar la forma de satisfacer las necesidades de los demás, en nuestro caso de los familiares de los pacientes, entendiendo por satisfacción estar a gusto, conforme, complacido y contento.

OBJETIVO Describir el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes que concurren al hospital de día polivalente del Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde" del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, basado en su funcionamiento.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO Se realizaron 105 encuestas autoadministradas a los familiares a cargo de los pacientes internados en el hospital de día durante el mes de junio 2008.

Se cargaron los datos en planilla Excel, evaluando estadía en el sector, atención médica, cambios en la enfermedad, horario de las distintas actividades, beneficio con esta modalidad, calidad de permanencia y comodidad del lugar físico.

La encuesta constaba de 7 preguntas de elección múltiple, todas ellas cerradas.

Cuestionario de satisfacción:

Del familiar (cliente externo).

- 1) La propuesta del Hospital de Día le resultó.
- 2) Cree que ha hecho cambios en su enfermedad.
- 3) La atención por parte de los profesionales ha sido.
- 4) El lugar físico-edificio, le resultó.
- 5) El horario de las distintas actividades le resultó.
- 6) Cree Ud. que se ha beneficiado con esta modalidad de atención.
- 7) Cómo calificaría la permanencia en el Hospital de Día.

RESULTADOS A todos los respondientes les resultó la propuesta de hospital de día muy interesante (79%) o interesante (20,9%). La gran mayoría (64,7%) experimentó cambios en la evolución de la enfermedad y el 34,2% manifestó poco o nada de cambios, mientras que 5 de los encuestados no contestó dicha pregunta. Con respecto a la atención médica, el lugar edilicio, el horario de actividades, la modalidad de atención y la estadía en el sector, al 100% de los encuestados le resultó muy adecuado o adecuado.

EVALUACIÓN DEL PENSAMIENTO ANALÍTICO EN LA CLÍNICA SEGÚN DIFERENTES GRADOS DE FORMACIÓN EN PEDIATRÍA

Baño GA, Di Lalla SE, Dominguez PA, Seoane MM, Wainsztein RE, Ossorio MF, Ferrero F.^{1,2}

¹Docencia e Investigación, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

²Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

INTRODUCCIÓN El proceso de razonamiento para la resolución de problemas clínicos es fundamental en la práctica médica. Existirían diferencias en el mismo según grado de entrenamiento profesional: aquellos con mayor experiencia establecerían sus hipótesis más rápidamente y con mayor precisión. El MATCH (Measuring Analytical Thinking in Clinical Health Care) ha sido utilizado para evaluar este proceso.

OBJETIVO Evaluar el desempeño de sujetos con diferente nivel de formación en pediatría, examinados por medio de MATCH, valorando si existe asociación entre mayor nivel de formación en pediatría y mejor resultado en el mismo.

MÉTODOS Se aplicó el MATCH a 85 sujetos: 23 alumnos de la materia pediatría, 28 residentes de Clínica Pediátrica de primer año, 17 residentes de Clínica Pediátrica de tercer año y 17 médicos de planta con más de 5 años desde la finalización de la residencia.

El MATCH administrado consistió en 2 bloques (nefrología y neumonología) con 5 patologías afines y 5 ítems (anamnesis, examen físico, laboratorio, imágenes, tratamiento), cada uno. Los sujetos debían elegir entre 7 opciones de cada ítem la opción más adecuada para cada patología. Se valoró el puntaje obtenido y el tiempo utilizado para resolver el examen. Se evaluó asociación entre resultado de la prueba y tiempo requerido con grado de entrenamiento por medio de ANOVA. Las diferencias entre los grupos fue evaluada por medio de la prueba de t para muestras independientes. Además, se calculó la correlación (Spearman) entre el nivel de formación y cada una de las variables de resultado. Valor de significación $p < 0,05$.

RESULTADOS El puntaje promedio obtenido fue $37,4 \pm 6,0$ puntos, y el tiempo requerido para completar la prueba fue de $25,2 \pm 8,5$ minutos. Las diferencias entre grupos tanto para puntaje ($p < 0,001$) como para tiempo ($p < 0,001$) fueron estadísticamente significativas.

Conclusión: El MATCH mostró que los sujetos con mayor experiencia y grado de formación en pediatría obtuvieron mejores resultados en la resolución del examen. Su empleo para la evaluación de razonamiento médico permitiría ampliar las técnicas utilizadas habitualmente.

GRANULOMA PIÓGENO

Valerio A, Ramirez Z, Barros D, Fernández M.

División Otorrinolaringología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN El granuloma piógeno es una lesión hiperplásica inflamatoria, no infecciosa; motivada por una irritación local de origen traumático, factores hormonales o asociada a drogas.

Predomina su aparición en la segunda década de la vida y en el sexo femenino. Representa el 1,85 al 7% de las biopsias de las lesiones en la boca.

Realizamos esta revisión bibliográfica por la presentación inusual en nuestro caso clínico.

CASO CLÍNICO Paciente de sexo masculino, de 11 años de edad sin antecedentes patológicos previos, que consulta por presentar un tumor en tercio medio lateral derecho de lengua de 2 meses de evolución. Al examen se observa un tumor de 10 mm de diámetro, lobulado, pediculado, de superficie irregular y consistencia duro elástica. Color rojo vinoso con áreas rosa pálidas y zonas de queratosis. En contacto con la lesión, se observa caries con importante pérdida coronal.

Se realiza exéresis quirúrgica completa previa extracción del molar afectado y estudio anatómico patológico.

DISCUSIÓN Es una respuesta histica inflamatoria excesivamente exuberante a una irritación menor. El término piógeno es desorientador porque la lesión regularmente no produce un exudado purulento.

Esta lesión afecta más frecuentemente a mujeres púberes o embarazadas. La etiología es variable desde una irritación crónica local por traumatismo, factores hormonales o asociados a drogas (ciclosporina). El granuloma piógeno asienta principalmente en la mucosa gingival (61%-75%), labios (14%), lengua (9%) y mucosa oral (7%). La lesión característica es un tumor exofítico, pediculado o más frecuentemente sesil (66%), de tamaño variable, rojo y de consistencia duro elástica. La superficie es lobulada, irregular, a veces sangrante cubierta de fibrina y los colores varían de rosa, rojo o púrpura, dependiendo del tiempo de evolución. Su crecimiento es frecuentemente lento, asintomático e indoloro, en algunos casos puede crecer rápidamente. El síntoma más común es la presencia del tumor. Los diagnósticos diferenciales fueron con: fibroma traumático, fístula periapical, hemangioma, sarcoma de Kaposi, hemolinfangioma y granuloma de células gigantes. El diagnóstico de certeza es anatomohistopatológico. El tratamiento definitivo es la exéresis quirúrgica completa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Josephson G, Division of Pediatric Otorhinology-Head and Neck Surgery, Nemours Children's Clinic, 807 Nira St. Jacksonville. Diagnosis and Discussion. Pyogenic Granuloma of the tongue
- 2- Jafarzadeh H, Sanatkhan M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. Journal of oral science, Vol. 48. No. 4. 167-175. 2006.
- 3- Ramos O, Cartez AY, Vazquez PF, Herrera JC, Carrillo N. Pyogenic granuloma. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006; 11:E351
- 4- Thiers B. Clínicas dermatológicas Vol 2 1996. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana

REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS: UNA FORMA GRAVE DE PRESENTACIÓN.

Del Valle M, Dicembrino M, Espelt I, Hernandez M, Vely A, Cairoli H, Potasznik J.
Clínica Pediátrica Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN El síndrome DRESS (Reacción a Drogas con Eosinofilia y Síntomas Sistémicos) constituye una grave reacción adversa a drogas que se manifiesta con rash, fiebre, eosinofilia y compromiso multisistémico, con curso fatal en un 30% de los casos.

OBJETIVO Presentación de un paciente con exantema y fiebre asociado al uso de anticonvulsivantes.

CASO CLÍNICO Paciente de 8 años, medicada con carbamazepina hace 20 días por epilepsia temporal, consulta por exantema febril cefalo-caudal máculopapular de 7 días de evolución. Al examen físico presenta linfadenopatías y hepatomegalia. Ante sospecha de síndrome de DRESS se realiza laboratorio que evidencia leucocitosis con linfocitos estimulados (36000 GB) y elevación de transaminasas hepáticas (GOT 112, GPT 271). Se solicitan serologías para Parvovirus (PV), Epstein-Barr (E-B), Citomegalovirus (CMV) y HIV que resultaron negativas. Se decide su internación con suspensión del anticonvulsivante y control clínico y de laboratorio seriado. Presenta sedimento urinario y examen cardiológico normal. Recibe tratamiento con dexametasona y difenhidramina presentando mejoría clínica y de laboratorio al quinto día de internación.

DISCUSIÓN El síndrome de DRESS es una severa reacción a drogas de presentación rara en niños. Aparece 1 a 8 semanas luego de la administración de fármacos anticonvulsivantes aromáticos, antiretrovirales, sulfonamidas, alopurinol, entre otros. La fisiopatogenia no está totalmente aclarada, podría deberse a reacciones idiosincrásicas o a interacciones del fármaco con infecciones virales, como CMV, E-B, PV o HIV. Los criterios diagnósticos descriptos son: 1) Exantema 2) Alteraciones hematológicas: eosinofilia y/o linfocitosis atípica. 3) Compromiso sistémico: adenopatías, hepatitis, nefritis o neumonitis intersticial y/o carditis. 4) Fiebre de 39°- 40°. El compromiso hepático es una de las principales causas de muerte, pudiendo progresar a pesar de la suspensión del medicamento desencadenante. La gravedad del cuadro no se relaciona con el estado del exantema. El tratamiento se realiza con corticoides aunque su eficacia es controvertida.

CONCLUSIÓN El síndrome de DRESS es una reacción a drogas que puede comprometer la vida del paciente, por lo cual es de gran importancia su sospecha clínica y tratamiento precoz para evitar así un desenlace fatal.

CONVULSIÓN FEBRIL ATÍPICA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE MENINGOENCEFALITIS HERPÉTICA

Del Valle M, Dicembrino M, Espelt J, Hernandez M, Vely A, Schenone N, Potasznik J.
Clínica Pediátrica Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN El virus herpes es responsable de la mayoría de las encefalitis agudas fatales. Su alta morbimortalidad disminuye con el diagnóstico y tratamiento oportuno.

OBJETIVO Presentación de un paciente con convulsión febril atípica como síntoma inicial de meningoencefalitis herpética.

HISTORIA CLÍNICA Paciente de 7 meses de edad, sin antecedentes, consulta por convulsión febril focal derecha de segundos de duración. Se interna con diagnóstico de convulsión febril atípica con examen físico, laboratorio y ecografía cerebral normal. Por reiterar convulsión focal se realiza punción lumbar (citoquímico normal), se solicita cultivo, PCR para herpes y Enterovirus, impregnándose con difenilhidantoina. El paciente persiste febril, reitera episodios convulsivos focales por lo que inicia tratamiento con Ceftriaxona 100mg/Kg/día y Aciclovir 60mg/Kg/día endovenoso. A las 48 hs, por mala evolución clínica se realiza TAC cerebral que evidencia hipodensidad en ambos lóbulos temporales a predominio izquierdo y nueva punción lumbar que muestra alteración citoquímica en líquido cefalorraquídeo (LCR). Se recibe PCR POSITIVA para herpesvirus 1. A los 21 días de tratamiento se suspende aciclovir con citoquímico normal y PCR NEGATIVA en nueva punción lumbar.

DISCUSIÓN La meningoencefalitis herpética es causada en un 90% por el herpesvirus tipo 1 y en un 10% por tipo 2. Los síntomas precoces son alteración de la conciencia, fiebre, cefalea, convulsiones, irritabilidad y hemiparesia. El electroencefalograma evidencia alteraciones inespecíficas en el 45% de los pacientes. El LCR suele presentar linfocitosis, glóbulos rojos e hiperproteínoorraquia; pero puede ser normal al inicio del cuadro clínico, como en el paciente presentado. La RNM tiene mayor utilidad que la TAC para detectar alteraciones precoces. La PCR para herpesvirus en LCR es el gold standard para confirmar el diagnóstico (sensibilidad=94%, especificidad=98%), existiendo falsos negativos las primeras 24-48 horas o luego de 10-14 días del inicio de la clínica. El uso de Aciclovir disminuye la mortalidad de un 60% a un 10-30%. A pesar de esto los pacientes presentan secuelas como convulsiones (45%), retraso mental (25%) y hemiplejía (15%); las cuales disminuirían con la implementación del antiviral dentro de los 4 días del comienzo del cuadro.

CONCLUSIÓN Las convulsiones focales pueden ser el único síntoma de presentación de meningoencefalitis herpética, aún en ausencia de alteración del sensorio y del citoquímico de LCR.

MIASTENIA GRAVIS JUVENIL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Rombolá V, Maroni J, Mansilla A, D'Alessandro M, Danzi E, Debaisi G.
Unidad Terapia Intensiva del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune con la presencia de autoanticuerpos que provoca fatiga y debilidad muscular fluctuante.

OBJETIVO Presentar a un paciente con MG, diagnosticada y tratada en nuestro hospital.

CASO CLÍNICO Paciente de 12 años con diagnóstico previo de retraso madurativo y convulsiones que ingresa por dificultad respiratoria grave. Se interna en UTIP permaneciendo en ARM varios días. Se pancultiva, se toma EAB, hemograma, y se medica con ceftriaxona y claritromicina. Evoluciona favorablemente desde el punto de vista infectológico y ante los reiterados fracasos en la extubación por fatiga muscular se realiza prueba de neostigmina, resultando positiva para MG: Confirmando el diagnóstico comienza el tratamiento con piridostigmina recuperando fuerza muscular. Se logra su salida de ARM.

Presentando 2 nuevos ingresos a UTI requirió ARM en forma prolongada. Recibió corticoides en altas dosis y gammaglobulina en 3 oportunidades. Ante la imposibilidad de extubaciones exitosas, se decide traqueostomizarla.

DISCUSIÓN La MG juvenil se manifiesta antes de los 15 años de edad. Los músculos oculares, faciales y bulbares son los más frecuentemente afectados.

El diagnóstico se corrobora si al administrar un inhibidor de la acetilcolinesterasa (IACE) se restituye la función de los músculos afectados. El diagnóstico de certeza se realiza mediante la presencia de anticuerpos contra receptores de acetilcolina (ACRA) en el 80% de los casos. El resto no lo presentan (MGJ seronegativa). Entre el 31% y 41% de estos pacientes seronegativos tienen anticuerpos contra la proteína quinasa específica muscular (MUSK). También se puede confirmar por electromiografía. El tratamiento es sintomático y a largo plazo con IACE. En las formas generalizadas se usan además, agentes inmunosupresores como esteroides, azatioprina, ciclosporina, ciclofosfamida y gammaglobulina endovenosa. La timectomía, sigue siendo empleada en pacientes post puberales seropositivos a pesar de que su eficacia no ha sido demostrada. Durante crisis miasténicas, la plasmáferesis seguida por gamma globulina IV sigue siendo la mejor elección.

CONCLUSIÓN Ante un cuadro de fatiga y debilidad muscular acompañada de trastornos en la deglución, debe sospecharse una MG. Subrayamos el seguimiento de estos niños de manera multidisciplinaria.

PREVALENCIA DE LA PRESENCIA DE LOS PADRES DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS.

Rombolá V, Esquivel MY, Ybarra ME, Manjarin M.
Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN A pesar de la idea generalizada del beneficio en los pacientes de la presencia de los padres en procedimientos invasivos, este tema sigue siendo motivo de controversia. A mayor complejidad del procedimiento, mayor negativa de los profesionales a permitir la presencia. Nos planteamos conocer la situación actual en un hospital de niños, tomando como referencia al Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (HGNPE).

OBJETIVO PRIMARIO Evaluar si es práctica habitual de los médicos permitir la presencia de los padres durante procedimientos invasivos en HGNPE.

OBJETIVO SECUNDARIO Determinar si la edad, sexo años de profesión, presencia de hijos se comportan como factores predictores, para que los médicos permitan la presencia.

POBLACIÓN Médicos de planta y residentes del HGNPE.

Diseño: estudio transversal observacional, realizado mediante una encuesta anónima, voluntaria, autoadministrada.

MATERIAL Y MÉTODOS Criterios de inclusión: Médicos residentes (de clínica y cirugía), que se encuentren realizando sus actividades en guardia y salas de internación, los médicos de guardia externa de clínica, médicos de terapia intensiva y médicos cirujanos, que se encuentran ejerciendo en el Hospital en cuestión en la fecha contemplada en este estudio.

RESULTADOS De 115 encuestas entregadas, se recuperaron 106 (92%), el 71% eran femeninas, el 65% no tenían hijos, las edades estaban comprendidas entre 25 y 62 años, con una media de 34,5. Los años de profesión iban desde los 2 a los 38 años, con una media de 8,9. El 60% eran residentes de clínica médica, 4% residentes de cirugía, 6% médicos de planta de cirugía, 14% médicos de terapia intensiva y 24% médicos de guardia externa de clínica. De los 85 médicos que realizan extracción de sangre/colocación de vía periférica, el 69% permitió a los padres presenciar el procedimiento.

De 67 que realizan suturas, el 89% permitió la presencia de padres. De 100 médicos que realizan punción lumbar/pleural, el 86% no permitió la permanencia de los padres. El 51% de los encuestados consideró útil la presencia de los padres, solo el 47% de los mismos preguntaron a los padres si desean estar presentes.

CONCLUSIÓN Se permite más la presencia de los padres cuando se considera que el procedimiento es poco invasivo. No se encontraron factores predictores estadísticamente significativos.

NEFROPATÍA SEVERA POR PÚRPURA DE SCHÖNLEIN HENOCH

Toledo F, Balestracci A, Corti S, Careaga M, Gogorza C, Alvarado C, Martín S, Cao G, Wainsztein R

¹Unidad Nefrología ²División Anatomía Patológica Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es la vasculitis sistémica más frecuente en pediatría. El 50% de los pacientes presenta compromiso renal que puede manifestarse con hematuria, proteinuria, síndrome nefrítico o nefrótico, insuficiencia renal aguda e hipertensión arterial. El 5% de las formas severas de nefritis evolucionan a insuficiencia renal crónica (IRC) y la presencia de proteinuria masiva es un marcador de mal pronóstico de sobrevida renal.

OBJETIVO Presentar a un paciente con PSH con proteinuria en rango nefrótico.

RESUMEN Niña de 12 años, previamente sana, que comenzó en Junio de 2009 con dolor abdominal, macrohematuria y síndrome purpúrico. Presentaba púrpura palpable en abdomen, glúteos y miembros inferiores, FC 120 x', FR 20 x', T 36,5 C° y TA 110/70 mmHg (<Pc90). Diuresis conservada. Peso 56 kg y talla 158 cm. Se diagnosticó Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH), evolucionó con función renal y presión arterial normales, con microhematuria sin proteinuria a la semana del debut de la enfermedad.

Al mes presentó recaída de la enfermedad con nuevas lesiones purpúricas, artritis de tobillos y dolor abdominal. Laboratorio: Hto 41%, Hb 13,3 g/dl, glóbulos blancos 11300/mm³, plaquetas 355.000/mm³, ESD 60 mm/hora. EAB: pH 7,41, Pco2 36 mmHg, HCO3 23 mEq/L, Sodio 146 mEq/L, potasio 3,9 mEq/L, cloro 103 mEq/L, proteínas totales 7,9 g/dl, albúmina 3,8 g/dl, urea: 21 mg/dl, creatinina 0,77 mg/dl (índice de Schwartz 112 ml/min/1,73m²). Orina: densidad 1010, pH 6, proteínas +++, hematies 6-8/cpo, leucocitos 6-8/cpo. Proteinuria de 24 hs: 390 mg/día (7 mg/kg/día). Ecografía renal normal.

Se plantea el diagnóstico de PSH con proteinuria significativa y se solicitó C3, C4 y ASTO normales. A los 2 meses de evolución presentaba proteínas totales 7,2 g/dl, albúmina 3,8 g/dl, colesterol 1212 mg/dl, urea 31 mg/dl, creatinina 0,94 mg/dl (índice de Schwartz 92 ml/min/1,73m²) y proteinuria de 120 mg/kg/día. Normotensa, sin edemas y con mejoría de las lesiones de piel. Por presentar PSH con proteinuria masiva se realizó punción biopsia renal (PBR) e inició tratamiento con metilprednisona a 60 mg/m² (80 mg/día), enalapril 0,17 mg/kg/día, vitamina D y calcio.

La PBR presentó 12 glomerulos, 4 con esclerosis segmentaria con adherencias capsulares, 2 con microfocos de necrosis mesangial con depósitos de fibrina, 2 con semilunas celulares, 8 con exudación leucocitaria, 4 con proliferación endocapilar segmentaria. Túbulos en sectores necróticos y aisladamente atroficos. Intersticio con leve a moderado infiltrado mononuclear perivascular y periglomerular. Inmunofluorescencia: Ig A y C3 +++/+++ e Ig M ++/+++.

El diagnóstico fue glomerulopatía por IgA grado IV Debido a la severa lesión histológica se realizaron 6 pulsos de metilprednisona 20 mg/kg/dosis para continuar con metilprednisona 60 mg/día y pulsos mensuales de ciclofosfamida de 1 gr, sumado a losartan 1 mg/kg/día y enalapril a 0,25 mg/kg/día. A 3 meses de tratamiento se encuentra normotensa con función renal normal pero persiste con proteinuria masiva.

CONCLUSIÓN El compromiso renal suele aparecer dentro de los 12 meses del inicio del cuadro clínico y su gravedad puede variar entre cada brote. Nuestra paciente presentó compromiso leve en el primer brote (hematuria) y severo en el segundo (proteinuria masiva). Pese a que con el tratamiento no hubo mejoría, enfatizamos en el control periódico de función renal, orina y TA en niños con PSH para detectar precozmente formas severas de nefritis que pueden evolucionar a IRC sin tratamiento.

NEUMOPERITONEO DE CAUSA EXTRAABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Debaisi G, Maroni J, Alvarez R, Aprea V, Mansilla A.

Unidad Terapia Intensiva Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN El neumoperitoneo es habitualmente. Una complicación de patología severa abdominal

Las causas son en su mayoría por una lesión en vísceras Ra huecas.

OBJETIVO Es la presentación de un caso clínico en el cual la causa de neumoperitoneo no es de origen abdominal(a).

MATERIAL Y MÉTODOS Paciente de 5 meses, 5 kilos que ingresa por un síndrome de dificultad respiratoria presentando una evolución tórpida con distress respiratorio grave (ards a vsr. A los 30 días de internación, estando en arm, desarrolla neumotorax hipertensivo el cual es evacuado, al día siguiente presenta distensión abdominal súbita con descompensación hemodinámica. Ante la sospecha de neumoperitoneo se realizan Rx abdominal (frente y tangencial) observándose gran acumulación de aire el cual producía un severo síndrome compartimental. Se procede a colocar un abocath n° 16 en fosa iliaca izquierda obteniéndose gran cantidad de aire.

RESULTADOS Ante la presencia de un neumoperitoneo lo primero que hay que descartar es lesión de víscera hueca. Se realizan Rx y una ecografía abdominal llegando hasta la laparotomía exploradora si fuera necesario, pero en este caso llamaba la atención la gran cantidad de aire acumulado. Por ello se sospecho que el origen del mismo era extra(a) recayendo sobre el aparato pulmonar como el causante del mismo. En este caso el aire diseca el espacio peri cava y aorta (a) encontrando un escape a nivel (a) así al provocar una hipertensión (a) produce un síndrome compartimental que se expresa con un severo desequilibrio hemodinámico y aumento de los parámetros de arm.

CONCLUSIONES Un neumoperitoneo de origen extrabdominal es poco frecuente (10%) y que produzca un síndrome compartimental es excepcional. El rápido drenaje del mismo es el tratamiento de elección optimizando la pre y post carga.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Gary A,MD;Michael West MD.Abdominal Compartment Syndrome. Crit. Care. Med 2008 Vol 36 N° 4 pag 1304-1310
- 2- Mularski R; Sippel J;Osborne M, Pneumoperitoneo:a review of nonsurgical causes.Crit.Care-Med.2000 Vol 28 N°7 pag 2638-2644

SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO EN UN PACIENTE CON CÁNCER: ¿TÍPICO O ATÍPICO?

Toledo I¹, Balestracci A¹, Mancuso R², Candi M³, Anderson M³, Wainsstein R¹

¹Unidad Nefrología ²Unidad Hemato-Oncología ³CEM G. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN Las complicaciones de la quimioterapia incluyen mielosupresión, que puede presentarse con anemia y plaquetopenia, y nefrototoxicidad. Más raramente puede producir síndrome urémico hemolítico (SUH). Dichas complicaciones tienen características similares por lo que el diagnóstico diferencial es dificultoso.

OBJETIVO Analizar los diagnósticos diferenciales en un paciente oncológico con anemia, plaquetopenia e insuficiencia renal aguda (IRA).

RESUMEN Niña de 10 años con sarcoma sinovial que consulta por fiebre, dolor abdominal y diarrea con sangre de 48 hs de evolución. Hermanos con diarrea. Se encontraba en regular estado general, T Ax 38 °C, FC 130 x', FR 26 x', TA 100/60 mmHg. Peso 30 kg, talla 147 cm. Normohidratada con diuresis conservada. Había recibido inducción con carboplatino y etoposído 7 días antes.

Laboratorio: Hto 32%, Hb 11g/dl, glóbulos blancos 8900 mm³ (45% Linfocitos), plaquetas 341.000 mm³, EAB: pH 7.44, pCO₂ 35 mmHg, HCO₃ 22.5 mEq/l. Na 133 mEq/l, K 3.8 mEq/l, Cl 97 mEq/l, Ca 8.8 mg/dl, P 2.9 mg/dl, urea 27 mg/dl, creatinina 0.9 mg/dl (índice de Schwartz 90 ml/min/1.73m²). Se internó por sospecha de tiflitis y se indicó ceftriaxona, metronidazol, ibuprofeno e hidratación endovenosa.

Al 3° día de internación presenta Hto 20%, Hb 7.2 g/dl, glóbulos blancos 7700 mm³ (45% Linfocitos), plaquetas 41.000 mm³, LDH 2625 UI/l, EAB: pH 7.28, pCO₂ 30 mmHg, HCO₃ 14 mEq/l. Na 140 mEq/l, K 3.5 mEq/l, Cl 107 mEq/l, Ca 9.7 mg/dl, P 4.4 mg/dl, ácido úrico 5.3 mg/dl, urea 108 mg/dl, creatinina 3.5 mg/dl (índice de Schwartz 22 ml/min/1.73m²). Orina: densidad 1010, pH 5, proteínas +++, hemáticas >50/cpo, leucocitos 10/cpo. Hemocultivo, urocultivo y coprocultivo negativos. Debido a la presencia de anemia, plaquetopenia e IRA. Se plantearon como diagnósticos diferenciales SUH típico o secundario a quimioterapia, glomerulonefritis difusa aguda e IRA por nefrototoxicidad. Ecografía: riñones hiperecogénicos de tamaño normal. Complemento normal. Se solicitó frotis donde se observaron esquistocitos lo que confirmó el diagnóstico de SUH. Se realizó coprocultivo, búsqueda de verotoxina en materia fecal y anticuerpos antiverotoxina en plasma. Se mantuvo normotensa con diuresis conservada y requirió 2 transfusiones de glóbulos rojos normalizando la creatinina a los 10 días. Egresó con Hto 22%, Hb 7.1 g/dl, glóbulos blancos 2100 mm³, plaquetas 40.000/mm³, creatinina 0.75 mg/dl (índice de Schwartz 107 ml/min/1.73m²) y proteinuria de 10 mg/kg/día.

La búsqueda de *E. coli* (coprocultivo, verotoxina en materia fecal y anticuerpos antiverotoxina) fue negativa. Coprocultivos de hermanos negativos. A 3 meses del alta presenta función renal normal sin proteinuria y con presión arterial normal.

CONCLUSIÓN Considerando el pródromo diarreico y la evolución favorable suponemos que se trató de un SUH típico, pese a no constatarse la etiología infecciosa. El SUH asociado a cáncer tiene una mortalidad del 75%, siendo mayor cuando el diagnóstico es tardío. Como ocurrió en nuestro paciente, la superposición de hallazgos entre toxicidad y SUH por quimioterapia suele dificultar el diagnóstico diferencial de estas entidades. La presencia de anemia, plaquetopenia e IRA en el paciente oncológico obliga a descartar el desarrollo de SUH atípico por quimioterapia.

TOXOCARIASIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO DE FORMA POCO FRECUENTE

Macha E, Piraino MC, Alvarez Ponte S, Noriega G, Gonzalez N.

CEM 3 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN La toxocariasis es una parasitosis que afecta con mayor frecuencia a los niños menores de 5 años.

Los pacientes infectados, en su mayoría, se encuentran asintomáticos ó, presentan una de las dos formas clínicas conocidas como larva Migrans Visceral y Larva Migrans Ocular.

Se presenta un paciente con fiebre y masa solitaria hepática como única y atípica manifestación de la enfermedad.

OBJETIVOS

- Presentar mediante un caso clínico, una forma poco frecuente de toxocariasis.
- Evaluar diagnósticos diferenciales de masa hepática.

CASO CLÍNICO Paciente de 5 años proveniente de Chacabuco, derivado del hospital zonal por síndrome febril de 14 días de evolución y tumoración hepática; adjunta ecografía abdominal y tomografía (TAC) compatibles. Se interna para diagnóstico y tratamiento.

Al ingreso, paciente clínicamente estable, febril y pálido. Se solicitó ecografía abdominal que informa imagen sólida heterogénea en lóbulo derecho del hígado de 45*35 mm isocogénico con el parénquima hepático con vascularización periférica. En TAC de abdomen se observó hepatomegalia leve, imagen semejante a ecografía, de bordes definidos con captación de contraste de forma heterogénea, que realza centro hipodenso,

En el laboratorio se evidenció eosinofilia severa y anemia; se realizaron estudios de laboratorio a fin de determinar etiología obteniéndose los siguientes resultados: Serologías para Chagas, HIV, VDRL, brucella, hidatidosis, bartonella, hepatitis B, C; negativas. Marcadores tumorales (bHCG, CEA, alfafetoproteína) dentro de límites normales, PPD 0 mm. Parasitológico de materia fecal positivo a títulos altos. Al ingreso se solicitaron interconsultas con los servicios de infectología, oncología, oftalmología y cardiología.

RESULTADOS Luego de haber descartado otras causas, teniendo serología positiva para toxocara, imágenes compatibles con la patología se concluyó que el diagnóstico definitivo era toxocariasis hepática. Se inició tratamiento específico con albendazol, A los dos meses se realizó control ecográfico y de laboratorio observando disminución del tamaño de la masa hepática (15*12 mm) y de la eosinofilia.

CONCLUSIONES El seguimiento el paciente evidenció la buena evolución clínica y de laboratorio luego de haber cumplido tratamiento específico para esta forma de presentación infrecuente de toxocariasis.

Debido a que la toxocariasis puede presentar diferentes formas de compromiso hepático se plantea la necesidad de incluir dentro de los diagnósticos diferenciales de masa tumoral hepática a la toxocariasis.

TUMEFACCIÓN FACIAL EN PEDIATRÍA CORRELACIÓN CLÍNICO RADIOLÓGICA

Lonegro L, Rinaldi A, Zerba M.

División Radiodiagnóstico del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN La tumefacción facial en niños es una causa frecuente de consulta y puede deberse a múltiples causas. Es útil al radiólogo infantil, conocer datos de la clínica y antecedentes del paciente, para decidir que método de diagnóstico por imagen estaría más indicado.

OBJETIVOS Plantear diagnósticos diferenciales, relacionando la historia clínica del paciente y la localización de la tumoración en cara. Según estos datos se decide que método de imagen sería el más apropiado para el estudio de la tumefacción facial. Por último se describen los hallazgos en las imágenes.

POBLACIÓN Todos los pacientes con tumefacción facial en edad pediátrica, que consultaron en el Servicio de Radiodiagnóstico, durante el periodo 2008/2009.

MATERIAL Y MÉTODOS Revisamos 15 casos de tumefacción facial que concurren al Servicio de Radiodiagnóstico, durante 2008 y 2009, estudiados con ecografía y TC, encontrando predominio de patología maligna. Se contrastó con los resultados de revisión bibliográfica según la localización y las causas de tumoración en cara en Pediatría.

RESULTADOS Los pacientes se pueden clasificar en 4 grupos según sus manifestaciones clínicas.

1° grupo: Tumefacción aguda con inflamación: es la forma más común, siendo la linfadenitis la causa más frecuente, seguido de sinusitis, infección odontogénica y abscesos. El ultrasonido con doppler color es útil para la linfadenitis y parotiditis.

2° grupo: Engrosamiento facial no progresivo: es típico de las anomalías congénitas de la línea media como encefalocele frontoetmoidal, glioma nasal, quiste nasal dermoide o epidermoide. La TC y la RM representan a estas lesiones

3° grupo: Engrosamiento facial lentamente progresivo. Puede ser por una masa previa como Neurofibromatosis, o a malformación vascular o linfática, hemangioma o enfermedad ósea como la displasia fibrosa.

4° grupo: Engrosamiento facial rápidamente progresivo. Se debe incluir a Rabdomiosarcoma, Histiocitosis, Sarcoma de Ewing, MTT de Neuroblastoma.

CONCLUSIONES Los antecedentes clínicos, como la localización y la evolución del engrosamiento facial en niños son elementos importantes para el radiólogo infantil, para decidir el método de examen según presunción diagnóstica.

El uso de TC y RM, esta dirigido a determinar la presencia de la lesión, su extensión y para poder planificar su tratamiento.

COLESTEATOMA COMPLICADO CON LABERINITIS

Barros MD, Cohen D, Escobar G, Pisa V.

División Otorrinolaringología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN Las otitis medias crónicas, sobre todo las colesteatomas, pueden presentar complicaciones intratemporales (mastoiditis aguda, parálisis facial, petrositis y laberinitis). Estas complicaciones pueden aparecer aisladas, e incluso en ocasiones son la primera manifestación de la enfermedad.

Las otitis crónicas colesteatomas, son las más graves y las que presentan más complicaciones.

Las laberinitis se manifiestan mediante signos cocleares y vestibulares deficitarios: hipoacusia, acúfenos y vértigos acompañados de síntomas neurovegetativos como náuseas, vómitos, palidez, taquicardia y sudoración.

CASO CLÍNICO Paciente de 11 años de edad de sexo masculino, que consulta al servicio de ORL de este Hospital en el mes de julio de 2009, por presentar otorrea de más de un año de evolución. Se diagnostica colesteatoma, se solicita AT, TAC de hueso temporal y se da fecha quirúrgica.

En septiembre de 2009 consulta por vómitos y mareos. Al examen: pálido, taquicárdico, sudoroso, se realizan maniobras constatando la presencia de síndrome vertiginoso, oído izquierdo normal, oído derecho colesteatoma. Se interna con PHP, antibióticos parenterales y se solicita TAC de hueso temporal encontrándose velamiento de densidad de partes blandas en todas las cavidades mastoideas y oído medio. Se decide tratamiento quirúrgico. Se opera a las 48hs extrayéndose colesteatoma atical extendido. Luego de la cirugía el paciente evoluciona favorablemente desapareciendo todos los síntomas. Actualmente se mantiene en seguimiento por Nuestro Servicio.

DISCUSIÓN Las otitis crónicas colesteatomas se complican con frecuencia (58,3%); dentro de las complicaciones intratemporales se encuentran la mastoiditis, parálisis facial, petrositis y laberinitis.

Las laberinitis son clásicamente serosas y se deben a la alteración del oído interno por las toxinas de las bacterias, las mismas pueden difundir del oído medio hacia el laberinto membranoso a través de la membrana de la ventana redonda o por defectos óseos congénitos o adquiridos (colesteatoma).

Las fistulas laberínticas complican aproximadamente el 10% de las otitis crónicas colesteatomas.

Las pruebas de diagnóstico por imagen resultan indispensables para descartar otras hipótesis diagnósticas. En la RM, las laberinitis se traducen por una hipersignal en el oído interno.

La existencia de fistulas laberínticas se estudia mediante TC en cortes axiales y coronales; pero no siempre pueden visualizarse y aparecen como hallazgo durante la intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Complicaciones de las otitis medias agudas y crónicas. 2005 Elsevier SAS. Encyclopédie Médico-Chirurgicale.
- 2- Manejo clínicoquirúrgico de la otitis media crónica colesteatomatosa en el niño. Hospital Pediátrico Docente William Soler, Cuba. Quintero Noa; Alvarez Lam, I.
- 3- Labyrinthitis. Polensek SH. ed. Ferri's Clinical Advisor 2008: 1st ed. Philadelphia, Mosby Elsevier; 2008.
- 4- Incidencia de complicaciones de otitis media. M. E. Zernotti, C. Casarotto. Servicio de Otorrinolaringología. Argentina.
- 5- Otorrinolaringología y afecciones conexas 3ed, Buenos Aires. Editorial El Ateneo, 2004. Diamante.

TAQUICARDIA INCISIONAL, MÚLTIPLES OPCIONES TERAPÉUTICAS

Vidal M, Vaccari M, Levantini F, Gonzalez G, Carugati R, Scaglione J, de Dias A.

Unidad Cardiología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN La taquicardia incisional (TI) o por reentrada intraauricular es una arritmia que presenta circuitos de macro-reentrada alrededor de una cicatriz quirúrgica producida por el abordaje auricular. Es causa importante de morbimortalidad en pacientes operados de cardiopatías congénitas.

Se describen 3 casos de este tipo de arritmia que requirieron diferentes abordajes terapéuticos.

Caso 1: Paciente de 15 años de edad con atresia tricuspídea (AT) con by pass total de ventrículo derecho (VD) por cirugía de Fontán que en postoperatorio alejado evoluciona con TI sin descompensación hemodinámica. Se inicia tratamiento con amiodarona y digoxina con buen control de la frecuencia ventricular permaneciendo con diferentes focos activos auriculares.

Caso 2: Paciente de 4 años con síndrome de Down y canal aurículo-ventricular (CAV) completo corregido quirúrgicamente a los 5m de vida. Luego de 3 años de la corrección quirúrgica presenta TI con bloque aurículo ventricular variable por lo cual se decide cardioversión eléctrica y luego tratamiento con amiodarona, lográndose buen control de frecuencia cardiaca con ritmo auricular de al menos 2 focos que alternan durante todo el registro de Holter.

Caso 3: Paciente de 15 años de edad, con tetralogía de Fallot corregida quirúrgicamente por vía transauricular. En post operatorio alejado presenta TI con insuficiencia cardiaca. Recibe tratamiento con drogas anti arritmicas (amiodarona y digoxina) con respuesta parcial. Se intenta ablación de dicha arritmia de forma fallida, posteriormente se coloca cardiodesfibrilador (CDI) doble cámara. En el seguimiento presenta reiterados episodios de TI que son sensados por CDI como taquicardia ventricular recibiendo terapia de choque. Se decide con posterioridad realizar ablación de nódulo aurículo ventricular con lo que se controla el cuadro clínico.

CONCLUSIONES La taquicardia incisional acompaña frecuentemente a pacientes portadores de cardiopatías congénitas en los cuales se realizó cirugía correctora o paliativa con abordaje auricular.

Las características electrofisiológicas varían constantemente en un mismo paciente, con distintos ciclos y morfología de la onda p, simulando un aleteo auricular.

Se presenta clínicamente como taquiarritmia con o sin descompensación hemodinámica. Su tratamiento es difícil, dado que los antiarrítmicos pueden resultar poco eficaces y potencialmente proarrítmicos.

La ablación por radiofrecuencia con análisis de mapeo espacial se plantea como una opción terapéutica más segura y estable.

SITUACIONES DE RIESGO AMBIENTAL EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA.

Cairoli H, Chimera G, Masu G, Pelaya E, Plana I, Gil SM.

Unidad Pediátrica Ambiental (UPA) Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN La salud de los niños es particularmente vulnerable a la contaminación ambiental, más aún en situación de pobreza. Los principales factores de riesgo se vinculan a la calidad del agua de consumo y saneamiento, calidad del aire, exposición a químicos y plomo; muchos de estos factores son modificables. La OPS establece la necesidad de recopilar información y fortalecer la vigilancia para evaluar la situación de la salud ambiental infantil (SAI) en las Américas. Nuestro país avanza en el registro de información en SAI desde la creación de las Unidades Pediátricas Ambientales (UPA). Desde hace más de un año la UPA Elizalde utiliza la Hoja Pediátrica de Pesquisa de Riesgo Ambiental (HPPRA) consensuada en el GCBA, con la finalidad de asistir al paciente, recabar información, notificar situaciones de riesgo ambiental y planificar acciones educativas.

OBJETIVOS Identificar exposición a factores de riesgo ambiental de la población que asiste la UPA, utilizando la HPPRA.

MATERIAL Y MÉTODO Se analizaron 426 HPPRA durante el período de mayo de 2008 a marzo de 2009. El interrogatorio se aplicó a los padres o adultos a cargo de los niños que cumplan los criterios de inclusión consensuados y los que asistieron a control y se derivaron por sospecha de exposición a riesgo ambiental.

RESULTADOS De las 426 pacientes ingresados, la edad promedio fue 3.3 años \geq 2.8 y 54% de sexo masculino. La consulta se distribuyó: control 7.7%; patología prevalente: respiratoria 54.4%, gastrointestinal 13,8%, dermatológica 4.9%; patología trazadora: malformaciones congénitas 4.2%, cáncer 1.9%, trastornos desarrollo sexual 2.3% y trastornos desarrollo neurológico 1.6%. El 71.6% procedió del Gran BsAs. Los factores de riesgo ambiental identificados en la patología respiratoria fueron: contaminantes de aire interior 96.1% y hacinamiento 48.6%; en la patología gastrointestinal: 50 % agua no segura y 51.8% sin acceso a red cloacal. Otros factores identificados fueron: contaminación aire exterior 60%, hábito de pica 25.8%, exposición a rayos UV sin protección solar 50.9%, exposición parental laboral 45.5%, de los cuales trabajaban en el hogar 24.2%.

CONCLUSIONES La HPPRA es un instrumento valioso para obtener información sobre el medio ambiente del niño, identificar la vulnerabilidad asociada a los factores de riesgo y reforzar medidas preventivas y acciones que atenuen o neutralicen el impacto ambiental en la salud infantil.

MENINGITIS POR CRIPTOCOCO NEOFORMAS COMO COMPLICACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Mannocci D, Pena Acero F, Castro L, Vely G.

Residencia de Clínica Pediátrica del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN Los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), sobre todo aquellos que reciben tratamiento inmunosupresor a altas dosis, son susceptibles de sufrir infecciones oportunistas. La meningitis por *Cryptococcus neoformans* es una complicación poco frecuente en el LES pero que presenta una alta mortalidad.

OBJETIVO Comunicar un caso de meningitis por *Cryptococcus neoformans* en una paciente con diagnóstico de LES.

CASO CLÍNICO Paciente de 16 años con diagnóstico reciente de LES, internada por recaída de enfermedad de base y neumonía izquierda. Recibió tres pulsos con Metilprednisolona y luego se medica con Metilprednisona. El día 17 de internación presenta episodio de sepsis secundario a foco respiratorio (sin rescate microbiológico) que requirió asistencia respiratoria mecánica y tratamiento antibiótico (ATB) prolongado resolviendo el cuadro favorablemente. El día 35 de internación la paciente comienza con astenia, adinamia, sensorio alternante y cuadro de psicosis. Punción lumbar (PL): líquido límpido, incoloro, glucorraquia 57mg/dl, albúmina 10mg/dl, sin elementos, cultivo negativo, reacción en cadena de polimerasa (PCR) negativa para Enterovirus y Herpesvirus, HMC negativos. Recibe 10 días de tratamiento ATB, Aciclovir (8 días), Gammaglobulina endovenosa y tres nuevos pulsos con Metilprednisolona. Tomografía computada de cerebro normal. La paciente presenta leve mejoría pero persiste con desorientación y clínica de psicosis. Al 10º día de tratamiento ATB presenta 2 registros febriles de 38º C por lo que se toman 5 HMC siendo los mismos positivos para *Cryptococcus neoformans*. Se realiza PL: líquido límpido, incoloro, glucorraquia 48mg/dl, albúmina 16mg/dl, 1 elemento/campo, presión 10 cm de H₂O, cultivo positivo para *Cryptococcus neoformans*, tinción con tinta china positiva para *Cryptococcus*. Comienza tratamiento con Anfotericina B rotándose luego a Anfotericina Lipídica por presentar alteración de la función renal, cumpliendo 21 días totales. Luego continúa tratamiento con Fluconazol durante 8 semanas. La paciente presentó buena evolución y fue dada de alta 30 días posteriores al diagnóstico sin secuelas neurológicas.

CONCLUSIÓN Debido a que la meningitis por *Cryptococcus neoformans* puede presentar signos y síntomas que se asemejan a las manifestaciones neurológicas del LES, se suele llegar a un diagnóstico tardío de esta infección lo que conlleva una alta mortalidad. Por lo tanto es importante tener en cuenta esta patología para poder realizar un diagnóstico temprano, e instaurar el tratamiento antifúngico adecuado.

COLITIS ISQUÉMICA POR SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO

Sosa C, Balestracci A, Alderete S, Cores S, Fernández L, Toledo I, Giambini D, Cao G, Wainsztein R. CEM 6. Unidad Nefrología, División Cirugía, División Anatomía Patológica Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN Síntomas gastrointestinales como vómitos, diarrea y dolor abdominal son comunes en niños con síndrome urémico hemolítico diarrea positivo (SUH D+), en tanto que complicaciones severas como colitis isquémica, megacolon tóxico, perforación intestinal, estrictura intestinal y pancreatitis son infrecuentes.¹

OBJETIVO Reportar un paciente con Síndrome Urémico Hemolítico D+ que presentó colitis isquémica como complicación intestinal.

RESUMEN Niño de 2 años que consultó por diarrea con sangre de 48 hs de evolución, rechazo de alimento y deshidratación.

El laboratorio inicial reveló anemia, plaquetopenia, acidosis metabólica y función renal alterada (urea 75,6 mg % creatinina 1,4 mg %). En el frotis se observaron esquistocitos. Asumiéndolo como Síndrome Urémico Hemolítico. Requirió 8 días de diálisis peritoneal, con recuperación de la función renal.

Luego de 30 días de internación persistió con diarrea sanguinolenta, anemia hemolítica y plaquetopenia severas que requirieron varias transfusiones sanguíneas y aparecieron vómitos biliosos. Abdomen distendido, doloroso y blando. El Servicio de Cirugía: Solicita Colon por enema: Múltiples áreas de estenosis en colon ascendente, transversal y descendente. Se realiza Colectomía Subtotal e Ileostomía. La anatomía patológica reveló Enteritis Hemorrágica Microangiopática.

Evolucionando favorablemente, es dado de alta con función renal normal, sin proteinuria y hemograma NORMAL.

CONCLUSIÓN La colitis isquémica es una complicación severa y poco frecuente del Síndrome Urémico Hemolítico D+2-3-4-5, en nuestro paciente necesitó tratamiento quirúrgico y fue confirmada histológicamente. Dada la dificultad para definir la conducta a seguir en pacientes con Síndrome Urémico Hemolítico D+ con compromiso intestinal severo es necesaria la acción conjunta del pediatra, nefrólogo y cirujano y tener alta sospecha para diagnosticar y tratar oportunamente esta complicación potencialmente fatal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Gianantonio C, Vitaco M, Mendilaharsun F. et al: the hemolytic uremic syndrome. Nephron 1973, 11:194-192.
- 2- Whittington P. F., Friendman A.L., and Chesney R.W.: Gastrointestinal in the hemolytic uremic syndrome. Gastroenterology 1979,76: 728.
- 3- Liabhaber M. L., Parker BR., Morton JA. et al: Abdominal mass and colonic perforation in a case of hemolytic uremic syndrome. Am J Dis child 1977,131: 1168-69.

ESTRATEGIA PARA EVITAR ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN ALUMNOS DE LA UNIDAD DOCENTE HOSPITALARIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Ferrario C, Bokser V, Cabello Quiroga C., Miño L.; Vacirca S, Rial M, Wainsztein R, Califano G. Unidad Académica Elizalde - División Promoción y Protección de la Salud. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN Los alumnos de la Unidad Docente Hospitalaria (UDH) están expuestos a adquirir infecciones que son prevenibles por vacuna.

OBJETIVOS a) Determinar la frecuencia de respuesta a una encuesta sobre enfermedades inmunoprevenibles en alumnos de la UDH. b) Establecer la seroprevalencia de varicela, hepatitis A y de rubéola; c) Analizar la cobertura de vacunación con hepatitis B y la frecuencia de serología postvaccinal.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó una encuesta seroepidemiológica a alumnos de UDH del GNPE, en el período 2003-2007, donde se consignaron antecedentes clínicos y de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles. Se solicitó estudio serológico para HVA y varicela ante el antecedente clínico negativo, para rubéola a todas las mujeres en edad fértil y serología postvaccinal a todos los que presentaban vacunación completa para hepatitis B.

RESULTADOS Se realizaron 283 encuestas y fueron completadas y analizadas 192 (67%) La media de edad fue de 25,3 años (22-49), con predominio de sexo femenino 68,2%. Para HVA, el 92% (177/192) presentó antecedente negativo de enfermedad. Se realizó serología para HVA a 192 alumnos. La IgG fue positiva en el 73,4% (141/192) de las determinaciones.

Varicela: presentó antecedente de enfermedad el 83% (159). Se estudiaron 26 alumnos de los que 15 fueron positivos (57,7%) Rubéola: se estudiaron 138 mujeres en edad fértil. La IgG fue positiva en el 87,7% (121/138). Vacuna de hepatitis B: el 98,8% tenía vacunación completa (3 dosis) AntiHBs: se realizó en 187 y fue positivo en el 95,7% (179/187)

CONCLUSIONES Casi dos tercios de la población estudiada completó la encuesta y los estudios solicitados. La serología previa permitió seleccionar a los alumnos que realmente requieren ser protegidos. La proporción de mujeres en edad fértil susceptibles a rubéola fue inferior al 13%. La cobertura para hepatitis B fue elevada 98,8%.

MENINGITIS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Ferrario C, Bokser V, Coarasa A, Miño L, Rial M.J. División Promoción y Protección de la Salud, División Laboratorio. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN La meningitis continúa siendo una causa importante de morbimortalidad en la infancia. Desde fines del año 2001 se dispone de Reacción en cadena de Polimerasa (PCR) lo que amplió las posibilidades del DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO.

OBJETIVOS Analizar el perfil epidemiológico de las meningitis ingresadas en el período 2006/2008.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Población: niños internados con diagnóstico de Meningitis en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde entre el 01/01/2006 y el 31/12/2008. Se excluyeron los menores de un mes de edad. Se revisaron las fichas de denuncia de meningitis y los registros de Microbiología. Se consideró agente etiológico cuando el mismo fue aislado de líquido cefalorraquídeo (LCR) y/o sangre y/o prueba del látex positiva y/o gram compatible con el cuadro clínico y/o Nasba positivo en LCR.

RESULTADOS Entre el 01/01/2006 y el 31/12/2008 se internaron 170 niños con diagnóstico de meningitis: 53% bacteriana (MB). La distribución por sexo mostró un neto predominio masculino (66,5%). Procedencia: 15% residentes de CABA. La edad media fue de 33,6 meses. Se identificó el agente etiológico en 74/170 pacientes (43,5%): *Neisseria meningitidis* B 12, *Neisseria meningitidis* C 3, *Neisseria meningitidis* sin tipificar 1, *Streptococcus pneumoniae* 10, *Haemophilus influenzae* b 1, Enterovirus 39, criptococo 1, *Streptococcus agalactiae* 2, M tuberculosis 1.

La edad media de las MB fue de 33,6 meses y para meningitis virales 72 meses. La media de edad para *N meningitidis* fue 24 meses y para *S pneumoniae* 1 meses. La diferencia fue estadísticamente significativa. Los casos de meningitis se mantuvieron dentro del corredor endémico. Enterovirus se presentó todo el año, hallándose mayor frecuencia en el verano.

CONCLUSIONES En las meningitis bacterianas meningococo B sigue siendo el germen más frecuentemente hallado, seguido por el neumococo. A pesar de que la vacuna para *H influenzae* b está incorporada al Calendario Nacional desde 1997, hubo 1 caso de meningitis a este Respecto a meningitis viral por enterovirus; la edad en la que se presenta es significativamente mayor que para meningitis bacterianas, y es más frecuente en verano.

FLEMÓN RETROFARÍNGEO

Michalski J, Arias E, Vialón R, Juchli M. División Otorrinolaringología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN El espacio retrofaríngeo es un espacio virtual extendido desde la base de cráneo hasta el mediastino superior. En la primera infancia alberga al ganglio de Gillette, donde confluyen los linfáticos de nasofaringe, adenoides y senos paranasales posteriores. Su infección puede provocar adenitis y si progresa, derivar en un flemón o un absceso retrofaríngeo. Los gérmenes involucrados más frecuentemente hallados son el EβHGA y *Staphylococcus aureus*. El Mycobacterium tuberculosis es causa poco habitual y se halla vinculado a osteomielitis cervical (Mal de Pott). Se caracteriza por inicio brusco de los síntomas luego de una infección de la vía aérea superior o el antecedente traumático con disfagia, fiebre, mal estado general, hiperextensión cefálica con rigidez de nuca, tortícolis (30%) y rechazo del alimento. Puede agregarse estridor y disnea por edema laríngeo en casos graves.

CASO CLÍNICO Paciente de 4 años de edad, sin antecedentes de importancia; se interna en este Hospital por presentar un cuadro toxoinfeccioso con rigidez de nuca, tortícolis a derecha, luego de padecer un CVAS. Al ingreso se lo policultivó (HMC URO PL), cuyo resultado fue negativo, presentaba una hiperleucocitosis con desviación a izquierda y CFQ del LCR normal. Al examen físico, niño agudamente enfermo, con leve envaramiento cervical y tortícolis a derecha. En el examen de fauces se observa un abombamiento asimétrico de pared posterior de la faríngea y leve trismus, amígdalas eritematosas, pilares bien delimitados, simétricos, rinorrea seromucosa clara anterior. Presentaba pequeñas adenopatías móviles, dolorosas, submandibulares bilaterales. Cumplió tratamiento ATB (ceftriaxona) por 14 días y corticoides por 96 hs. con muy buena evolución.

DISCUSIÓN Dentro de los cuadros infecciosos locales hay que diferenciarlo del absceso/flemón periamigdalino, de la enf. de Pott, y otras patologías cervicales que cursen con tortícolis; cuadros generales como meningoencefalitis, etc. El diagnóstico se completa con la inspección, palpación y con aspiración. Se solicita radiografía de perfil de cuello y TAC. El tratamiento médico, con ampicilina - sulbactam o ceftriaxona más clindamicina o metronidazol por 10 a 14 días, suele ser suficiente mientras que otros autores proponen el drenaje en todos los casos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Diamante, V y col. Procesos Inflamatorios de la Faringe. En: Otorrinolaringología y Afecciones Conexas. 3ra edición - Buenos Aires. Ed. El Ateneo, 2004: 377 - 400
- 2- Comité Nacional de Infectología, Comité de Pediatría Ambulatoria. Faringoamigdalitis. En: Consenso sobre infecciones en pediatría ambulatoria. Arch Arg Pediatr vol. 94, 1996: 117 - 127
- 3- Casella, J; Debbag, R; Ishida, MT; Israele, V; Montes, JL; Paganini, H; Pascual, A. Faringoamigdalitis. En: Manejo de las infecciones más frecuentes en la práctica ambulatoria. Curso de educación a distancia. Módulo 1. 2002: 18 - 24.
- 4- Vural C., Gungor A., Comerci S., Accuracy of computerized tomography in deep neck infections in the pediatric population, Am. J. Otolaryngol. 24 (2003) 143-148.

¿QUÉ ATENDEMOS?

Juchli M, Fitz Maurice M, Badaracco J, Michalski J.

División Otorrinolaringología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN La patología ORL constituye una proporción importante en la consulta pediátrica. Conocer los motivos de consulta con el especialista ORL infantil puede establecer criterios de derivación oportuna y planificar una mejor organización del consultorio para atender una demanda creciente. El Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Pedro de Elizalde, es el único que tiene Residencia postbásica de la especialidad y curso de postgrado en audiología y ORL infantil, atiende de lunes a viernes de 6:30 a 16:00 hs. El caudal de paciente comprende pacientes derivados de otras especialidades del hospital, de la guardia, de internación y los que se hallan en seguimiento por el servicio.

OBJETIVO Describir los motivos de consulta inicial manifestados por los pacientes que son referidos al Servicio de ORL infantil.

Evaluar la necesidad de contar con sistemáticas de estudio ante determinados motivos de consulta que por su frecuencia o por algún otro motivo así lo justifique.

MATERIALES Y MÉTODOS Población: Se analizaron en forma consecutiva todas las historias clínicas confeccionadas entre el 1 de agosto de 2008 y el 28 de febrero de 2009 correspondientes a los pacientes de consultorio externo de dicho servicio. Se excluyeron a los pacientes no comprendidos en la edad pediátrica.

Método: Se recolectaron los datos epidemiológicos de cada paciente, motivo de consulta y procedimientos realizados en la misma. Los mismos fueron volcados en una base de datos Excel 5.0 y analizados con el programa Epi Info 2002.

DISEÑO: PROSPECTIVO, TRANSVERSAL, OBSERVACIONAL.

CONCLUSIONES Los motivos de consulta más frecuentes fueron la patología ótica (otalgia, otorrea, OMAR, etc), los screening auditivos y cuadros relacionados con hipertrofia del anillo de Waldeyer. También se registró un número importante de consultas por epistaxis y rinitis y en menor medida el resto de las patologías ORL habituales y no habituales, incluyendo patología laríngea y estomatológica.

Los motivos de consulta habitual coinciden en frecuencia con las patologías prevalentes en la edad pediátrica (OMA faringitis Hipertrofia adenomigdalina), siendo el Screening auditivo una consulta muy común. Patologías menos frecuentes conforman un grupo importante en nuestro hospital ya que se trata de un centro asistencial de tercer nivel. En las patologías menos frecuentes ha resultado útil el registro basado en una guía previa que facilita el seguimiento de estos pacientes y posibilita la obtención de datos al respecto en forma retrospectiva, (Ej: parálisis facial periférica, atelectasias de oído medio, otitis medias crónicas simples o colesteatomatosas, hipoacusias neurosensoriales o mixtas, laringomalasia, screening, etc).

ESCUELAS: CONDICIONES DE SALUD EN FAMILIAS DE RIESGO SOCIAL

Vacirca S; Ferrario C; Agostinho V; Massri P; Noya C; Abdoferes MM; Manjarin M; Adelfang C; Giordano F; Bokser V.

Salud Escolar - División Promoción y Protección de la Salud Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN El Equipo de Salud Escolar (ESE) del Hospital Elizalde (HGNPE) trabaja con una población de familias con riesgo social, entendiéndose por tal a familias con NBI y familias disfuncionales que conllevan alteraciones en el crecimiento, maduración y desarrollo, biosociosocial del niño.

Objetivo General: Detectar en forma precoz patologías biosociales y hábitos culturales en forma interdisciplinaria para su tratamiento y seguimiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Detectar y trabajar con: a) Trastornos del crecimiento y desarrollo u otra patología orgánica, b) de aprendizaje, c) del lenguaje d) de conducta e) adicciones.
- 2) Multiplicar agentes de salud en el ámbito escolar.
- 3) Trabajar conjuntamente con el Equipo de Orientación Escolar (E.O.E), la familia y los docentes.

MÉTODOS Recolección de datos desde marzo de 2008 hasta junio de 2009, usando protocolo de Salud Escolar. Se trabaja con alumnos de preescolar; primero, cuarto, séptimo grados. Se realiza el screening del Programa de Salud Escolar del GCBA y se amplía la pesquisa de familia de riesgo al resto de la comunidad escolar, con la colaboración de los docentes. Se crean espacios grupales de reflexión entre alumnos y profesional de salud, se realizan talleres con docentes, padres y alumnos, capacitándolos para el abordaje integral de los niños y adolescentes.

RESULTADOS desde abril del 2008 a junio del 2009, se examinaron 1724 niños. Se derivaron a especialidades médicas 1090 niños (63,23%): odontología 545 (50,00%), nutrición 147 (13,49%); otorrinolaringología 44 (4,04 %), oftalmología 113 (10,37 %), salud mental 200 (18,35 %), Servicio Social 342 (31,38 %), cardiología 44 (4,04 %) Se vacunaron 826 niños.

Se realizaron talleres sobre prevención de VIH, adicciones, nutrición. Se trabajó con grupos de adolescentes embarazadas.

CONCLUSIONES La patología más frecuentemente hallada fue odontológica. La tercera parte de los niños requirió derivación al Servicio Social. La escuela es el medio donde se pueden pesquisar y tratar patologías evitando oportunidades perdidas para el crecimiento y desarrollo saludable de los niños.

ECCEMA ATÓPICO COMO MANIFESTACIÓN DE LA HIPERSENSIBILIDAD A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA.

Badano B, Martins A, Schenone N, Cairoli H, Potaszuk J, Ceccacci E, Gambarrata F, Nakab A. Residencia Clínica Pediátrica - CEM 4 - Hospital de Día del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN La hipersensibilidad a la leche de vaca es un problema frecuente, se manifiesta habitualmente dentro de los primeros meses de la vida con diferentes formas de presentación clínica.

OBJETIVO Presentar el ecema atópico de difícil resolución como forma de presentación de alergia a la proteína de leche de vaca.

MÉTODO UTILIZADO Presentación de un caso clínico.

PRESENTACIÓN DEL CASO Niño de 6 meses de edad. Alimentado con pecho exclusivo hasta el 2º mes, luego leche de fórmula.

Antecedentes personales: dermatitis atópica desde 5º mes.

Enfermedad actual: Comienza 7 días previos a su internación con lesiones cutáneas pruriginosas, con costras miceléricas y pústulas. Tratamiento: Cefalexina, sin mejoría. Concorre a guardia donde deciden su internación.

Exámen físico: xerosis, lesiones eritemato-descamativas, costras, pruriginosas, generalizadas. Eutrófico.

Diagnóstico: Ecema atópico impetiginizado. Tratamiento: Clindamicina, Carbinoxamina y tratamiento local.

Laboratorios: HMG GB 16.300 (0/14/0/23/58/5). Eosinófilos totales 3749 Plaquetas 710.000

Se interpreta como Eosinofilia grave secundaria a reacción atópica del paciente.

Seguimiento en Hospital de día para completar plan de estudio.

Por empeoramiento del cuadro clínico y con sospecha de alergia a la proteína de leche de vaca se reinita para cumplir tratamiento antibiótico ev y completar estudios (CARLA: positivo para leche de vaca y positivo para beta-lactoglobulina. SOMF: positivo.) Se indicó pecho más complemento con hidrolizado de proteínas y dieta hipoalérgica a la madre, con mejoría franca de la clínica y del laboratorio.

DISCUSIÓN Un lactante que presenta ecema, eosinofilia severa e hiperplaquetosis debe hacernos plantear varios diagnósticos diferenciales, los cuales serán definidos mediante un completo interrogatorio, un exámen físico exhaustivo y métodos diagnósticos complementarios. A continuación se comparan datos positivos y negativos de cada entidad:

Alergia leche vaca	Toxocarías	Histiocitosis	Inmunodeficiencias	Sme Mieloproliferativo
(+) SOMF CARLA IG E Lesiones piel	(+) Eosinofilia	(+) Eosinofilia dermatitis seb	(+) lesiones piel hipogamaglobulinemia	(+) hiperplaquetosis
(-) cronología	(-) Serología	(-) Rx normal	(-) inmunidad celular normal, estado gral.	(-) estado general

CONCLUSIÓN Un lactante que presenta ecema, eosinofilia severa e hiperplaquetosis debe hacernos pensar en alergia a la proteína de la leche de vaca.

¿SÓLO CUERPO EXTRAÑO?

Valerio A, Juchli M, Michalski J.

División Otorrinolaringología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN La introducción de cuerpos extraños (C.E.) en el conducto auditivo externo y las fosas nasales es frecuente en la población pediátrica. Su diagnóstico suele ser sencillo si se tiene un alto índice de sospecha y la posibilidad de visualizarlo. Generalmente no conlleva un alto grado de morbilidad, por lo que no constituye una emergencia, a excepción de la pila botón; por el contrario la no resolución en tiempo y forma de ésta patología, puede derivar en el desarrollo de otras más complejas.

Nuestro objetivo fue resaltar la importancia de pensar en patología asociada a la del C.E. cuando su presentación no es la habitual ya sea por el C.E. o por el compromiso del tejido subyacente.

CASO CLÍNICO Paciente de sexo masculino, de 4 años de edad con antecedentes extracción de C.E. de fosa nasal izquierda hace 4 meses, en el noroeste del país, donde residió por algunos meses; es derivado a éste servicio por sospecha de otro C.E. de igual localización. Al examen rinomicroscópico se observa inicialmente abundante material caseoso maloliente ocupando toda la luz de la fosa nasal izquierda con gran reacción inflamatoria y pérdida de los reparos anatómicos. Se realizó TC observando tumoración densidad de partes blandas que erosiona piso de fosa nasal y desplaza otras estructuras óseas. Se realizaron tomas de muestras para anatomía patológica, cultivo para gérmenes comunes y hongos; luego de varias tomas se extrae un C.E. (algodón). Se mantiene igual tratamiento antibiótico a la espera de los resultados de los cultivos y anatomía patológica, no se le agregó corticoides hasta confirmar la etiología. La evolución del niño fue favorable, realizándose controles y toallas cada 24 - 48 hs. A la semana anatomía patológica informa el agente *Actinomyces israelii*, con lo que se indica tratamiento específico.

DISCUSIÓN La presencia del C.E. es una patología de alta prevalencia en la infancia predominando su localización en las fosas nasales de niños pequeños y en conductos auditivos en edades más avanzadas. Los elementos hallados más frecuentemente son la goma espuma/algodón y los juguetes pequeños (60%). Se manifiestan por obstrucción y drenaje purulento maloliente con escasa repercusión local. Resuelven con la extracción del mismo. Las manifestaciones locales, en este caso, motivaron los estudios complementarios que demostraron la presencia del *A. israelii*. Este germen es considerado oportunista responsable del gran compromiso tisular. La presentación más habitual es la cervicofacial secundaria a un traumatismo. El tratamiento de elección es la Penicilina o ampicilina por 6 a 12 meses.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Pickering, Backer, Overtuers, Prober. Red Book. Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 2003 Ed.26; 3: 207.
- 2- Ansley JF, Cunningham MJ, "Treatment of aural foreign bodies in childrens". Pediatrics 1998; 101: 638-641
- 3- Paganini, H. Infectología Pediátrica. Editorial científica Interamericana. 2007; 1ª Ed. Tomo 2: 1296.

SÍNDROME NEFRÓTICO: EXPERIENCIA 2004-2009

Gogorza C, Careaga M, Corti S, Balestracci A, Toledo I, Alvarado C, Martín S, Wainsztein RE. Unidad Nefrología. Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN El síndrome nefrótico (SN) se caracteriza por proteinuria > 50 mg/kg/día y albúmina < 2.5 g/dl. El tratamiento consiste en la administración de corticoides, sin embargo 30% son corticorresistentes requiriendo otros esquemas terapéuticos.

OBJETIVO Describir los datos demográficos y la evolución de los pacientes con SN atendidos en el período 2004-2009.

MATERIAL Y MÉTODOS Estudio retrospectivo, descriptivo. Se revisaron 41 historias clínicas y se excluyeron 4 pacientes por pérdida de seguimiento, por lo que se analizaron 37 pacientes. Los datos se expresan como mediana (rango), media (DS) y como porcentaje. La comparación se realizó con Chi² y Wilcoxon (nivel de significación p < 0.05).

RESULTADOS Edad 7.4 años (2-15.9). Mujeres 56.8%, varones 43.2%. Edad debut 4 años (1.7-14), seguimiento 0.7 años (0.25-5). Al debut presentaban microhematuria 48.6% y macrohematuria 8.1%, todos normotensos, 2 insuficiencia renal reversible. Tratamiento: esquema clásico (8 semanas) 86.5% y prolongado (12 semanas) 13.5%. 3 pacientes recibieron pulsos de metilprednisolona. Respuesta: corticosenesibles 27 ptes (73%), de éstos 3 (8.1%) fueron corticodependientes y 4 (10.8%) recaedores frecuentes. 10 ptes (27%) fueron corticorresistentes. Días hasta negativización de la proteinuria: media 19 ± 11.

Biopsia renal en 6 corticorresistentes: 4 glomeruloesclerosis focal y segmentaria, 1 glomerulonefritis membranoproliferativa tipo 1, 1 glomerulopatía membranosa.

En los corticorresistentes, corticodependientes y recaedores frecuentes la droga de segunda línea usada fue la ciclofosfamida asociada a antiproteinúricos. Con este tratamiento todos los corticodependientes y los recaedores frecuentes entraron en remisión. De los corticorresistentes: 3 negativizaron, 4 remisión parcial, 1 no respondió, 1 abandonó tratamiento y 1 en tratamiento.

Entre los corticosenesibles y los corticorresistentes no observamos diferencias entre sexo (p 0.61), edad al debut (p 0.2) ni presencia de hematuria (p 0.32). Los corticorresistentes presentaron mayor porcentaje de hematuria y mayor edad al debut, la falta de diferencia estadística pudo deberse al bajo número de pacientes.

CONCLUSIONES Las características de nuestros pacientes coinciden con la bibliografía. El 73% fueron corticosenesibles y el 27% corticorresistentes. Los pacientes corticorresistentes tuvieron mayor edad al debut y mayor prevalencia de hematuria. La droga de segunda línea utilizada fue la ciclofosfamida asociada a antiproteinúricos y la respuesta fue adecuada en la mayoría de los pacientes.

EVOLUCIÓN DE NIÑOS CON OBSTRUCCIÓN SEVERA AL TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR DERECHO

Vaccari M, Martínez I, Vidal M, Jacobi P, Guida M, Flores E, Damsky Barbosa J, Granja M, de Dios A.

Unidad Cardiología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN Los pacientes (p) con obstrucción severa al tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD) por atresia pulmonar o estenosis pulmonar crítica/severa con septum interventricular íntegro pueden tener diferentes grados de hipoplasia de ventrículo derecho (VD) y circulación VD dependiente, que condicionan su tratamiento. En los casos en que es posible, se intenta la revascularización quirúrgica o hemodinámica del TSVD.

OBJETIVO Valorar respuesta al tratamiento y evolución alejada con permeabilización del tracto de salida.

MATERIAL Y MÉTODOS En 11 p con obstrucción severa al TSVD del período neonatal (PN). Se estimó por eco doppler color anillo VT, AP. Grado de desarrollo VD según Z score de las mediciones consideradas y circulación coronaria, para determinar posibilidad terapéutica.

La segunda evaluación, a las 72 horas posteriores del primer procedimiento terapéutico, se realizó para evaluar los cambios hemodinámicos ocurridos. La tercera evaluación, en aquellos pacientes sometidos exclusivamente a cateterismo terapéutico, después de 6 meses de evolución, para determinar cambios en el desarrollo ventricular derecho en forma alejada.

RESULTADOS Se identificaron 3 grupos (G) diferentes: G1: 2p/11p tenían circulación VD dependiente (ZVT < -4; Z Anillo pulmonar: -4). El grupo G2: 3p/11p (ZVT -2.83 ± 1.04; Z Anillo pulmonar: -1.33 ± 1.15) se les realizó permeabilización de TSVD por cateterismo terapéutico y aunque se redujo el gradiente VD/Arteria Pulmonar significativamente, luego requirieron una ASP por dependencia ductal. El G3: 6p/11p, (ZVT 0.7 ± 0.37; Z Anillo pulmonar: -0.92 ± 0.6) solo requirieron valvuloplastia pulmonar percutánea.

CONCLUSIONES Al momento inicial, la circulación coronaria VD dependiente y el Z score tricuspídeo resultaron las variables más útiles para determinar la viabilidad y posibilidad de éxito de la apertura del TSVD.

2ª valoración. La ecocardiografía resulta útil en la valoración inmediata y seguimiento postvalvuloplastia. Sin cambios morfológicos significativos inmediatos.

3ª valoración En la evolución alejada, los pacientes sometidos exclusivamente a valvuloplastia persisten con ausencia de obstrucción en TSVD con buena función sistólica VD. El anillo pulmonar fue el dato morfológico que mostró mayor incremento evolutivo.

ARTERITIS DE TAKAYASU: A PROPÓSITO DE UN CASO

Olive A, González G, Vidal M, Levantini F, Carugati R, Seara G, Quintana C, Manso P, Martínez I, Bazán E, Zampach M, Pringe A, Flores E, Cúttica R, De Dios AM. Unidad Cardiología, Sección Gastroenterología, Sección Reumatología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN La arteritis de Takayasu es una enfermedad poco frecuente que consiste en inflamación y estenosis de las arterias de mediano y grueso calibre, preferentemente del cayado aórtico y sus ramas.

OBJETIVO Comunicar una forma de presentación clínica atípica en un paciente con diagnóstico de Enfermedad de Takayasu.

CASO CLÍNICO Paciente de sexo masculino de 11 años de edad derivado a consultorio de cardiología por soplo. Sin antecedentes patológicos de importancia. Al examen físico se encuentra en buen estado general, sin signos sistémicos. Presenta pulsos asimétricos: braquial derecho muy disminuido, braquial izquierdo normal, femorales disminuidos y desiguales entre sí. Presenta frémito en cuello y foco aórtico. Ruidos cardíacos normofonéticos. Soplo sistólico eyectivo en foco aórtico y mesocordio que irradia a dorso y cuello. TA brazo derecho 110/70 mmHg. TA brazo izquierdo 150/80 mmHg. TA MI derecho 100/60 mmHg MI izquierdo 120/70 mmHg.

Presenta Electrocardiograma y Radiografía de tórax normal. Laboratorio de rutina normal. Se realiza Ecocardiograma Doppler color donde se observa gradiente de 106 mmHg en tronco braquiocefálico y aorta descendente. Con sospecha de Arteritis de Takayasu se solicita angiografía y resonancia e interconsulta con reumatología.

La angiografía informa leve reducción de calibre en aorta descendente, reducción de calibre con tinción irregular de tronco braquiocefálico derecho e imagen de posible estrictura segmentaria en origen de carótida izquierda. Sin alteraciones a nivel esplácnico ni renal.

COMENTARIO La Enfermedad de Takayasu afecta más frecuentemente mujeres jóvenes con una relación 8:1 con respecto a los hombres. La enfermedad comienza la mayoría de las veces con síntomas generales inespecíficos (fiebre, artralgias, pérdida de peso). Puede añadirse a estos el dolor en el territorio de los vasos afectados y posteriormente síntomas de isquemia en las distintas regiones, junto con pérdida de los pulsos (generalmente los radiales) e hipertensión arterial entre otros. En base a la sospecha clínica se debe intentar confirmar el diagnóstico mediante arteriografía o angiografía o pulmonares donde se observa irregularidad de los vasos con estenosis, dilataciones, aneurismas, oclusiones y aumento de circulación colateral.

En la actualidad no existe un tratamiento definitivo pudiendo emplearse inicialmente los corticoides u otros agentes inmunosupresores. Eventualmente se puede recurrir a la cirugía o cateterismo para intentar mejorar la circulación en las áreas más afectadas.

CONCLUSIONES La arteritis de Takayasu es una enfermedad poco frecuente. Uno de los pilares diagnósticos es la semiología. El examen físico del paciente nos orientó al diagnóstico etiológico, el cual fue confirmado con la angiografía.

ULTRASONOGRAFÍA COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO INICIAL EN NIÑOS CON OSTEO-MIELITIS AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Benítez ED, Ambrosio L, Fática A, Fioravanti A, Guedes V, Lonergo L, Rinaldi A, Rodríguez Haberkorn A, Soto J, Zamora S, Zerba M

División Radiodiagnóstico del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN La osteomielitis aguda es una infección ósea progresiva que ocasiona destrucción inflamatoria e isquémica de los tejidos esqueléticos con infarto y necrosis ósea, de comienzo brusco (menos de dos semanas de evolución antes del diagnóstico). La frecuencia es de 1/ 5000 niños y un tercio de los pacientes es menor de 2 años.

La ecografía es un método complementario en el diagnóstico de osteomielitis aguda, ya que permite la detección de signos indirectos como abscesos de partes blandas o subperiosticos y derrame articular.

OBJETIVO Presentar un paciente con osteomielitis aguda donde la ecografía se utilizó como método diagnóstico inicial ante la sospecha clínica de compromiso osteoarticular.

CASO CLÍNICO Paciente de 3 meses de edad con antecedente de internación por BQL y neumonía (HMC positivo para *Coccus gram ++*).

A los diez días del alta se reinterna por neumonía derecha intrahospitalaria e impotencia funcional de miembro superior izquierdo.

Al sexto día se realizó ecografía de hombro izquierdo cuyo resultado sugirió compromiso osteoarticular con lo cual se solicitó centellograma óseo que informó probable osteomielitis de húmero y TC de Tórax que evidenció lesión destructiva de cabeza humeral izquierda.

Se realizó toilette quirúrgica y se envió material a anatomía patológica que informó remodelación ósea e inflamación.

Durante la internación persistió con valores elevados de VSG y PCR.

Alta con diagnóstico de osteomielitis.

DISCUSIÓN Las vías de diseminación de la osteomielitis son: la hematogena (85% de los casos), extensión directa desde estructuras adyacentes y por heridas penetrantes.

La localización más frecuente es en las metafisis de los huesos largos aunque en los lactantes se pueden comprometer las epifisis a través de los vasos transforisarios que existen hasta los 18 meses de edad.

Si el diagnóstico de osteomielitis es tardío ocasiona gran morbilidad, por ello es esencial la sospecha clínica para un diagnóstico precoz.

En este paciente la US observó un aumento de la ecogenicidad a nivel de la epifisis cartilaginosa proximal del húmero izquierdo (hallazgo no descrito en la bibliografía consultada) lo que generó sospecha de compromiso osteoarticular, por lo cual se efectuaron RX, centellografía y TC las que confirmaron el diagnóstico de osteomielitis.

CONCLUSIÓN Dados que los hallazgos ecográficos encontrados en este paciente generaron la sospecha de compromiso osteoarticular (confirmados con los otros métodos de diagnóstico) creemos que podría ser de utilidad buscar en forma rutinaria por medio de la US, compromiso de las epifisis cartilaginosa ante la sospecha clínica de osteomielitis en lactantes. La repetición de estos hallazgos podrían llegar a definirlo como un nuevo signo ecográfico.

REACCIONES ADVERSAS A MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLÓGICO IODADOS

Diaz MC, Spinelli SS, Lavrut AJ, Fischer RA, Silullitel P, Bonzani S.
Unidad Alergia del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN La inyección de medios de contraste radiológicos iodados (MCR) pueden producir reacciones adversas en las que no interviene la Ig E, pero pueden provocar la muerte en 1/40.000 adultos jóvenes, incrementándose con la presencia de distintos factores de riesgo.

Las reacciones adversas a la administración de MCR pueden deberse a: Hiperosmolaridad, activación del sistema de coagulación, del de kininas, del fibrinolítico, del de complemento, respuestas vasovagales, liberación inespecífica de histamina, agregación celular (plaquetas y hemáties), quimiotoxicidad, inhibición de la acetilcolinesterasa, acción directa sobre hipotálamo y corteza cerebral, falla renal aguda, lesión endotelial, hipocalcemia, acción de las cargas eléctricas generadas por la disociación de los MCR y/o mecanismos inmunológicos Ag-Ac Ig E dependientes.

OBJETIVOS Descripción de los resultados de la aplicación del Protocolo para evaluación de riesgo de pacientes que deben recibir MCR y del esquema farmacológico de protección contemplado en el mismo, para minimizar la aparición de reacciones adversas.

POBLACIÓN Se incluyeron 309 protocolos para evaluación de riesgo en el uso de MCR, de pacientes comprendidos entre 0 a 18 años realizados en la Unidad de Alergia del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde-Casa Cuna-GCABA-Argentina, en el periodo transcurrido entre el 01/02/ 2008 y 30 /04/ 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS De los protocolos revisados se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de estudio a realizar, diagnóstico, condición de internado o ambulatorio y se valoró el riesgo en: habitual, aumentado o desaconsejado. Se estimaron medidas de "posición y dispersión". Los mismos fueron volcados en una planilla de cálculo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES Fueron analizados 309 protocolos, 46,6% correspondientes a niñas. La edad media fue de 8, 6 +/- 5 años. Observamos que no existe una diferencia significativa entre la distribución por: sexo, edad, tipo de estudio, diagnóstico, ni condición y tipo de riesgo catalogado.

De los 309 pacientes solo en 4 (1,29%) fue desaconsejado el uso de MCR y se utilizó otro medio diagnóstico. No se reportaron reacciones adversas leves, moderadas o graves en ninguno de los pacientes tanto internados como ambulatorios. No existe un MCR inocuo ni tampoco un test de alergia que identifique previamente a las personas que van a sufrir una reacción adversa.

Es aconsejable que los estudios con MCR sean indicados cuando resulte estrictamente necesario e imprescindible. En conclusión la categorización de grupos de riesgo mediante un minucioso interrogatorio y el uso del Protocolo de prevención con el esquema farmacológico de protección contemplado en el mismo, son medidas que brindan al paciente las máximas garantías de seguridad.

TEMPRANA INSERCIÓN EN LA CLÍNICA. NUESTRA EXPERIENCIA

Sosa RO, Potasnik J, Wainsztein R, Palacios E.

Unidad Académica Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN La Unidad Académica Elizalde participa desde agosto del año 2008 de una nueva experiencia docente de la Facultad de Medicina- UBA a través del Curso Temprana Inmersión en la Clínica (TIC). Esta es una actividad extracurricular optativa destinada a los alumnos del Ciclo Biomédico para darle significación a los contenidos aprendidos en las materias básicas.

OBJETIVOS Introducir a los alumnos en el pensamiento clínico. Reflexionar sobre la influencia de factores biopsicosociales en el estado de salud de los pacientes. Introducir principios de ética médica en la relación médico paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS Alumnos de tercer año de la carrera de Medicina, que cursaron el TIC en el Hospital Gral. de Niños Pedro de Elizalde en el segundo cuatrimestre del año 2008 (18 semanas), una vez por semana 4 horas.

RESULTADOS Se analizan en base a informes redactados por los alumnos el cambio en el pensamiento acerca del equipo médico, concepto de patología y enfermedad desde el niño enfermo.

Comprensión del concepto de equipo de Salud.

Adquisición de pautas clínicas aplicadas desde el niño enfermo y su entorno.

Valoración por parte del alumnado de la influencia del aspecto social que genera enfermedad.

Completaron el curso 100 % de los alumnos anotados.

CONCLUSIONES Se muestra la tarea realizada en Nuestro hospital que por características históricas, zona de cobertura y una metodología nueva aplicada aporta a los alumnos del TIC variables útiles en su formación en la etapa temprana de su currícula.

EXPERIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA NUEVA MODALIDAD DE ATENCIÓN. HOSPITAL DE DÍA POLIVALENTE EN EL HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE

Nakab A, Piazza C, D'Errico C.

Hospital de Día. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN Hay situaciones en la práctica médica cotidiana que necesitan de la utilización de varios estudios complementarios e interconsultas para llegar a un diagnóstico correcto, y de esta manera instaurar la terapéutica adecuada. Esto obliga al paciente y su familia a destinar gran parte de su tiempo a recorrer centros de salud. La posibilidad de implementar la modalidad de Hospital de Día en la estructura clásica institucional, permite reducir los periodos de espera, disminuir costos y mejorar la eficacia del trabajo profesional, beneficiando tanto al paciente como al equipo de salud.

OBJETIVO Presentar nuestra experiencia de trabajo en un nuevo área del Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS En octubre de 2007 se crea el HDD Polivalente en nuestro Hospital, para dar respuesta al paciente con problemas complejos, con el objetivo de concentrar en tiempo y lugar la evaluación clínica, los recursos interdisciplinarios y tecnológicos necesarios. Durante el periodo octubre 07 a marzo de 09 se realizó la cuantificación de prestaciones realizadas. Se efectuó con Excel el procesamiento de los datos.

RESULTADOS Se realizaron un total de 1587 prestaciones, distribuidas por especialidades que requirieron nuestro servicio: reumatología: 30,1%; endocrinología: 22,5%, hemodinamia: 10,8%, inmunología: 10,7 %, ORL 7%, oftalmología :5,2%, clínica: 5%, otras especialidades: 8,7%. El 91% de los pacientes requirió una sola sesión para satisfacer su demanda.

Las actividades realizadas consistieron en atención de pacientes clínicos complejos, de grupos especiales: reumatológicos, inmunodeficiencias, etc. Pruebas funcionales, infusiones, entrenamiento de pacientes, entre otras.

CONCLUSIÓN En la modalidad hospital de día actúan un grupo de profesionales de diversas disciplinas de manera interdisciplinaria en un área física determinada.

Se requiere la participación del grupo familiar (educación) en la aplicación de cuidados generales y especiales. Permite la rápida reinserción del paciente y su familia en la comunidad, se integran programas y se ahorran recursos. Se realizan programas de diagnóstico y terapéuticos. En la mayoría de los pacientes, 91%, se efectuaron todos los procedimientos necesarios para arribar al diagnóstico o implementar tratamiento en una sola jornada, con alto grado de satisfacción.

De esta manera se mejora la accesibilidad al sistema de salud, la relación médico familia y con la institución, la calidad de vida, brindando una atención humanizada, base de este proyecto.

UN CASO CLÍNICO DE DISFONÍA POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (RGE)

Abdo Ferez MM, Cavillón C, Trovato M.

Sección Foniatria Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN En el Servicio de Foniatria del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Los pacientes que presentan disfonía por RGE son abordados en el proceso evaluativo-terapéutico perceptual y acústicamente dada la íntima relación de las estructuras que conforman la vía aerodigestiva.

OBJETIVO Aplicar el laboratorio de la voz como método de evaluación y seguimiento en un caso de disfonía por RGE.

MATERIALES Y MÉTODOS Desde principios del año 2009 se utiliza en la etapa evaluativa: anamnesis vocal; protocolo perceptual (que incluye el examen funcional de la voz, ficha foniatría y el comportamiento respiratorio) y el laboratorio de la voz donde se realiza el análisis acústico con los programas Wavesurfer, Praat y Gram.

Durante la terapia se realizaron reevaluaciones del comportamiento vocal con el uso del laboratorio.

RESULTADOS Las re-evaluaciones a los 3 meses y 10 meses de haber iniciado en este servicio con el uso del laboratorio de la voz, denotan un aumento en la energía, la frecuencia fundamental visualiza inflexiones y disminución del ruido entre los formantes que forman parte del aspecto resonancial (componentes de estudio objetivo de la voz) permitiendo el registro del mismo.

CONCLUSIÓN El laboratorio de la voz a través del análisis acústico es una herramienta necesaria para el diagnóstico y tratamiento de las disfonías por reflujo gastroesofágico ya que permite obtener datos específicos y objetivos del comportamiento vocal inicial y armar los objetivos terapéuticos como así también rediseñarlos.

DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS A URGENCIAS DURANTE EPIDEMIA DE INFLUENZA A (H1N1)

Mannucci C, del Vecchio L, Gari S, Vázquez I, Valerio A, Piccolo A, López M, Vinelli N.
Departamento de Urgencias del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN En abril de 2009 se reportaron casos de enfermedad respiratoria por un nuevo virus Influenza A (H1N1). El 11 de junio, la OMS declara el comienzo de la pandemia de dicho virus. Una pandemia puede afectar al 50% de la población ocasionando alto número de muertos y desorden social, con posible colapso de los servicios médicos. A principios de julio, a nivel local, se recomendaron cambios de conductas higiénicas y sociales, como el lavado de manos, cierre de colegios y suspensión de actos públicos.

En el Departamento de Urgencias (DU) del Hospital Elizalde se atendieron durante los meses de mayo y junio de 2009 un promedio de 500 pacientes. En julio las consultas diarias bajaron a menos de 100. Este descenso no fue observado en iguales meses de años anteriores. Esto podría deberse al temor de la población al contagio de Influenza A (H1N1), al permanecer por períodos prolongados en un ambiente cerrado y con personas enfermas.

OBJETIVOS Estimar si el descenso del número de consultas al DU en julio y agosto de 2009 se debió al temor al contagio de Influenza A (H1N1). Establecer de qué modo resolvieron su enfermedad aquellos pacientes que no concurren al SU durante dichos meses.

PACIENTES Se incluyeron 234 pacientes entre 3 meses y 18 años tomados al azar, que consultaron durante las 24 horas de las guardias de los jueves y sábados de octubre de 2009.

MATERIAL Y MÉTODO Estudio transversal, descriptivo, mediante encuesta realizada al adulto acompañante. Las variables se analizaron en el programa Epi Info versión 3.5.1.

RESULTADOS Se evaluaron 230 pacientes, con una media de edad de 37,8 meses. El 56,9% (n=132) fue del género masculino. El 89,0% (n=210) fue traído por sus madres, con una media de edad de estas de 28,9 años. El 67,0% (n=144) refirió que alguno de sus hijos estuvo enfermo durante julio y agosto de 2009. De ellos, el 54,4% (n=86) refirió no haber concurrido a un SU. El 94,9% de estos (n=126) refirió que de no haberse presentado la epidemia de Influenza A, sí hubiera concurrido. De los que no concurren al SU, el 71,6% (n=53) se asesoró dentro de su núcleo familiar, el 20,2% (n=15) consultó en un consultorio particular o centro de atención primaria, 5,4% (n=4) consultó por teléfono con algún médico, y el 5,4% (n=4) llamó a un médico a su domicilio.

CONCLUSIONES El descenso del número de consultas al DU en julio y agosto de 2009 pudo corresponder en parte al temor al contagio de Influenza A (H1N1). La mayoría de los entrevistados refirió haber resuelto su problema de salud durante la epidemia de Influenza A dentro de su núcleo familiar, sin consultar a un médico.

SEUDOQUISTE PULMONAR TRAUMÁTICO

Giannotti L, Stadelmann A, Pawluk V, Nobia O.

División Neumotisiología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN La laceración del parénquima puede generar cavidades denominadas SEUDOQUISTES. El mecanismo fisiopatológico residiría en un importante gradiente de presión entre una obstrucción proximal y alvéolos hiperinsuflados.

Esta lesión es secundaria a la injuria del parénquima pulmonar posterior a trauma torácico. No es frecuente, la población más afectada son niños y adultos jóvenes.

Los síntomas principales son dolor torácico, hemoptisis y disnea.

OBJETIVOS Presentación de un caso de trauma cerrado de tórax.

POBLACIÓN Paciente referido ambulatoriamente en nuestro hospital, 40 días post trauma.

MATERIAL Y MÉTODOS Paciente de 15 meses, consulta por Guardia por antecedente de trauma reciente por impacto de vehículo. Los signos y síntomas evidentes fueron equimosis en tórax y descenso de hematocrito. Alta a las 48 horas.

Se objetiva Rx de tórax. Se solicitó TAC Tórax.

RESULTADOS RX: imágenes irregulares, densidad heterogénea con hiperclaridades en hemotórax derecho.

TAC: aumento de la trama vascular, edema intersticial y peribroncovascular, imágenes quísticas en parénquima de LMD Y LID.

El control tomográfico al los 5 meses fue normal.

CONCLUSIONES Ante un trauma cerrado de tórax, se produce transmisión de la fuerza del impacto sobre las estructuras contenidas en él.

Cuanto más distensible el parénquima más fácilmente injuriable.

Las lesiones por este mecanismo van desde la contusión a laceración del parénquima.

La TAC de tórax permite evidenciarlo, definir localización y diagnósticos diferenciales. La Rx de tórax es útil en el seguimiento de la lesión.

El tratamiento es conservador. La evolución es restitución *ad integrum* del parénquima.

MENINGITIS POR LISTERIA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

Mansilla A, Rombolá V, Penazzi M, Debaisi G.

Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN *Listeria monocytogenes* es un bacilo grampositivo anaerobio facultativo, agente productor de infecciones en neonatos, ancianos e inmunocomprometidos. Aunque infrecuente, una de sus principales manifestaciones es la meningitis.

OBJETIVO Describir el caso clínico de una paciente con meningitis por *L. monocytogenes*.

CASO CLÍNICO Paciente de sexo femenino, 13 años, diagnóstico de LLA tipo T en fase de reinducción. Ingresó con clínica de sepsis, se tomaron cultivos (HMC y retrocultivo), medicándose con ceftazidime-amikacina. Es derivada a Terapia Intensiva. Presenta a las 12 horas deterioro del sensorio, excitación psicomotriz y convulsión clónica. Ingresó a ARM. Se realiza TAC de cerebro: normal. Se realiza punción lumbar con 4 elementos y se envía a cultivo. La paciente presenta GB 400, Plaquetas 37000 y Hto 39. Se rota a meropenem, vancomicina, amikacina y aciclovir. A las 24 hs se suspende sedoanalgesia. Se informan HMC y retrocultivo positivos. Evoluciona presentando hipertensión, y estatus convulsivo que requiere goteo de midazolam. Los cultivos se positivizan para *Listeria*. Se rota ATB a ampicilina-gentamicina. Por no recuperar conciencia se realiza TAC de control: hidrocefalia aguda evolutiva con edema periventricular. Se coloca drenaje ventricular al exterior, presión de LCR baja. Posteriormente la paciente evoluciona con muerte encefálica, y finalmente fallece.

DISCUSIÓN *Listeria* continúa siendo una rara infección oportunista; afecta preferentemente a pacientes inmunocomprometidos. Transmitido fundamentalmente por ingestión de alimentos contaminados. Se presenta clínicamente como sepsis y meningitis. Al inicio el cuadro infeccioso puede ser inespecífico y se corre el riesgo de administrar tratamiento empírico sin actividad frente a este germen. La meningitis se presenta en forma aguda o subaguda, y hasta en un 39% de los casos presenta convulsiones, ataxia, mioclonías, hemiparesia y parálisis de pares craneales. La mortalidad en distintas series es del 28 al 70%, siendo factores de mal pronóstico las convulsiones y signos de romboencefalitis, y el tratamiento empírico inicial inefectivo. Tratamiento de elección es la asociación de ampicilina y gentamicina.

CONCLUSIÓN Se deben realizar medidas de profilaxis adecuadas en pacientes susceptibles. La sospecha clínica y el diagnóstico junto con el tratamiento antibiótico temprano serían las medidas para evitar su alta mortalidad.

SÍNDROME DE SHPRINTZEN GOLDBERG. PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA

Casanovas AP, Dicembrino M., Guglielmo MC, Kannemann A, Gutierrez M, Strawich FR, Vely AG.

Residencia Clínica Pediátrica - Sección Genética del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

INTRODUCCIÓN El Síndrome de Shprintzen Goldberg, es un cuadro clínico poco frecuente, de etiología génica atribuible a dos posibles anomalías en los genes de la Fibrilina o del TGFBR2, cuyo diagnóstico se basa en la combinación de rasgos clínicos característicos.

OBJETIVO Se presenta un paciente con fenotipo peculiar, atendido en el Hospital Elizalde, que asocia características típicas de este síndrome.

CASO CLÍNICO Paciente de 5 años de edad, sexo femenino, previamente sano, que consulta a consultorio de traumatología por dificultad en la marcha de larga evolución. Se diagnostica pie bot bilateral, y por fenotipo peculiar se deriva al servicio de genética. Al examen físico de relevancia los siguientes datos positivos: macrocefalia, implantación baja de orejas, fascie peculiar, frente prominente, hipertelorismo, puente nasal chato; exoftalmos con estrabismo bilateral divergente, escleróticas azuladas; hipoplasia del maxilar inferior y úvula bifida.

A la inspección del tórax se observa pectum carinatum y leve escoliosis dorsolumbar. A nivel abdominal presenta hernia umbilical reductible, incoercible. Genitales acorde a sexo y edad. Aparato osteoarticular con hiperlaxitud de articulaciones mayores y menores, pie bot reductible bilateral, ambas manos con aracnodactilia y camptodactilia. Tono muscular y trofismo muscular disminuidos; reflejos superficiales, profundos y osteotendinosos conservados.

A la auscultación cardíaca soplo sistólico 2/6 precordial, latidos y pulsos periféricos irregulares en frecuencia, amplitud e intensidad por lo que se le realiza ecocardiografía que informa: dilatación severa de aorta desde porción sinusal hasta tronco braquiocefálico, insuficiencia aórtica leve y prolapso mitral con insuficiencia mitral leve. Función sistólica conservada. Se indica 25 mg/día de atenolol, restricción de actividades físicas y controles mensuales. Se solicita cariotipo y se establece diagnóstico probable de Síndrome de Shprintzen-Golberg.

DISCUSIÓN El síndrome de Shprintzen Goldberg es una entidad cuyo diagnóstico se basa en la presunción clínica en un paciente con características fenotípicas compatibles ya descritas.

Se cree que la base molecular se hallaría en la mutación del gen de la fibrilina 1 (FBN 1), la confirmación diagnóstica se realiza mediante el estudio de este gen (no realizado en Argentina). Actualmente se han encontrado también mutaciones del gen del receptor del factor Beta transformador del crecimiento (Transforming Growth Factor Beta Receptor). Estos pacientes presentan estudio de cariotipo normal.

El diagnóstico diferencial plantea aquellos síndromes genéticos con hábito marfanoides, que comparten en su gran mayoría la alteración del mismo gen, tales como síndrome de Marfan y el síndrome de Loeys-Dietz.

No existen reportes que ofrezcan datos relacionados con la expectativa de vida y pronóstico del paciente con síndrome de Shprintzen Goldberg, pero se ha relacionado a la muerte temprana asociada con disección aórtica.

CONCLUSIÓN Debe sospecharse este síndrome ante la presencia de un paciente con estas características fenotípicas, para poder así disminuir morbilidad asociada a esta patología.

MORTALIDAD EN NIÑOS CRÍTICOS CON INJURIA RENAL AGUDA*Martín S, Balestracci A, Aprea V, Bolasell G, Debaisi G, Wainsztein R.*

Unidad Nefrología – Unidad Terapia Intensiva del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

INTRODUCCIÓN Los niños internados en terapia intensiva (UTI) tienen más probabilidad de desarrollar injuria renal aguda (IRA). Presentan mayor mortalidad, especialmente asociada a sepsis y fallo multiorgánico. Identificar los factores de riesgo de muerte mejoraría la sobrevida de los niños con IRA.

OBJETIVO Evaluar factores de riesgo de mortalidad en niños con IRA en UTI.

PACIENTES Y MÉTODOS Diseño prospectivo observacional entre Oct de 2004 y Sep de 2008. Criterio de inclusión: Niños con IRA en UTI. Se definió IRA al filtrado glomerular (FG) menor al 50% para la edad, independiente de la diuresis. Variable de resultado: Muerte en UTI. Variables evaluadas: edad, sexo, peso, talla, FG mínimo, anuria, días de anuria, diálisis, días de diálisis, desnutrición (Z score de peso \leq -2 DS), número de órganos afectados, infección sistémica, inotrópicos y asistencia respiratoria mecánica (ARM). Criterios de exclusión: Insuficiencia renal crónica, IRA prerrenal y/o síndrome hepatorenal. Datos expresados como mediana (rango) o porcentaje. Para el análisis la muestra se dividió en: sobrevivientes (n=37) y fallecidos (n=29). Se utilizó el test de Mann-Whitney para comparar las variables cuantitativas y Chi cuadrado para las categóricas. Valor de $p < 0.05$ estadísticamente significativo. Se calculó OR y RR para las variables con diferencias significativas.

RESULTADOS 1496 pacientes internados, 66 con IRA (4,4 %). Tasa de mortalidad: 44% (29 pacientes). Características de los pacientes: 37 (56%) varones y 29 (44%) mujeres, edad 2.4 años (0.08-17.7), peso 12 kg (3-66), talla 85.5 cm (53-168). Causas de IRA: renales 18 (27%) y extrarrenales 48 (73%), la etiología más frecuente en los primeros el síndrome urémico hemolítico y la sepsis en los segundos. Días de internación en UTI: 8.5 días (2-70). De los sobrevivientes 9 (24.3%) normalizaron la función renal al salir de UTI. La presencia de anuria ($p = 0.000$, OR 7.01 IC 95%: 2.3-21.35, RR 2.68 IC 95%: 1.53-4.71) y la necesidad de diálisis ($p = 0.001$, OR 6.36 IC 95%: 2.03-19.88, RR 2.46 IC 95%: 1.46-4.15) fueron significativamente mayores en el grupo fallecidos.

CONCLUSIÓN La presencia de anuria y la necesidad de diálisis aumentaron significativamente el riesgo de muerte en los niños con IRA internados en UTI.