

# Resúmenes de las XVIII Jornadas Multidisciplinarias de Pediatría “El Hospital Elizalde en el Año del Bicentenario” “Pacientes crónicos: avances diagnósticos y terapéuticos”.

30 de noviembre – 1 y 2 de diciembre de 2010.

P1

## MANIFESTACIONES AUTOINMUNES EN PACIENTES HIV (+) Y CON INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS.

*Cantisano C, Balbaryski J, Quiroz H, Diaz H, Candi M, Barboni G, Gaddi E.*

División Inmunología. HGNPE.

**Introducción:** Alteraciones del sistema inmunitario como las observadas en la infección por HIV/SIDA y en el curso de inmunodeficiencias primarias (IDP), sumadas a factores ambientales, pueden desencadenar fenómenos autoinmunes en individuos predispuestos genéticamente. **Objetivo:** Relacionar el diferente compromiso inmunológico característico de niños HIV (+) y con IDP a la presencia de enfermedad autoinmune y positividad de autoanticuerpos. **Material y métodos:** Se evaluaron retrospectivamente historias clínicas de 50 niños HIV (+), 25 con inmunosupresión grave (grupo A:  $CD4+ < 15\%$ ) y 25 sin evidencia de inmunosupresión (grupo B:  $CD4+ > 25\%$ ), además de 61 niños con IDP, para determinar la presencia de enfermedades autoinmunes y la reactividad de autoanticuerpos en muestras obtenidas durante el último año de seguimiento. Anticuerpos para ANA, anti ADN, ASMA, AMA, APCA y ANCA fueron determinados por IFI, RF mediante nefelometría y ACA por ELISA. **Resultados:** 4 de los 50 pacientes HIV (+) (8%) y 7 de los 61 con IDP (12%) desarrollaron enfermedad autoinmune. PTA fue la manifestación común en los 4 niños HIV (+) siendo independiente del nivel de linfocitos TCD4+ y carga viral. En 3 niños con IgAD se observó celiaquía, celiaquía+hipotiroidismo y artritis reumatoidea, 2 niños con IDCv y ALPS presentaron anemia hemolítica, mientras que vasculitis y PTI se observaron en 2 niños con AT y Síndrome de DiGeorge respectivamente. En uno de los 4 niños HIV (+) la manifestación autoinmune precedió al diagnóstico de la infección y lo mismo se observó en 4 niños con IDP. 60% de los niños HIV (+) del grupo A presentaron reactividad para algún autoanticuerpo del panel ensayado, porcentaje que descendió al 20% en los del grupo B y al 15% en pacientes con IDP. Es de destacar que a pesar de este resultado, los pacientes no presentaron hasta el momento manifestaciones clínicas relacionadas a la presencia de autoanticuerpos.

**Conclusión:** En niños con clínica de patología autoinmune o positividad para autoanticuerpos sería conveniente la evaluación clínico-inmunológica periódica a fin de descartar la posible infección por HIV o la presencia de IDP. La diferente alteración funcional de los linfocitos B podría explicar la positividad de autoanticuerpos en las patologías estudiadas.

P2

## LA ESCUELA COMO TALLER EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA.

*Carpintieri A., Gabisson P., Rodríguez ML., Telch G.*

Escuela Hospitalaria N° 3 – Sección Adolescencia.

**Introducción:** La Escuela Hospitalaria N° 3 lleva a cabo un Taller en el Servicio de Adolescencia, trabajando con los niños y adolescentes que se encuentran en la sala de espera. **Áreas educativas que intervienen:** Juego, Informática, Tecnología, Docente que realiza el seguimiento y la orientación pedagógica.

### Objetivos:

- Propiciar un espacio diferente para la atención médica en el servicio de Adolescencia.

- Rescatar el potencial sano y posibilitar el acercamiento a áreas expresivas como recurso de socialización.

- Detectar y orientar en forma personalizada la continuidad educativa en los diferentes niveles: primario, media y talleres laborales.

**Población:** Todos aquellos pacientes adolescentes y/o acompañantes menores que concurren al servicio los días lunes y viernes.

**Material y método:** Juegos de mesa, Notebooks, Netbooks, Internet Móvil. Software educativo, de estrategia, de búsqueda, de asociaciones, entre otros. **Conclusiones:** La participación de los adolescentes en el taller nos demuestra que la propuesta es válida para este espacio. El trabajo interdisciplinario nos permite mejorar el espacio de taller y contar con un proyecto articulado entre educación y salud.

P4

## LINFANGIECTASIAS INTESTINALES: ENFERMEDAD RARA. (LIP).

*Somaruga H, Santarcángelo SC, Quintana C, Navacchia D.*

Servicio de Clínica, Gastroenterología y Anatomía Patológica.

**Introducción:** La linfangiectasia intestinal primaria (LIP) es una enteropatía pierde-proteínas, poco frecuente, descrita por Waldmann en 1961. Es una linfopatía congénita con dilatación de vasos linfáticos a nivel de mucosa, submucosa y serosa intestinal, ocasionando pérdida crónica de proteínas, inmunoglobulinas, grasas y linfocitos.

### Objetivos:

- Presentar 2 casos clínicos de LIP, patología poco frecuente, que merece el diagnóstico diferencial con otros síndromes de malabsorción.

- Documentar la experiencia con el uso de una fórmula láctea a base de TGLM.

**Material y Métodos:** Se presentan 2 casos clínicos de pacientes con EPP debidas a LIP que fueron asistidos en Unidades de Clínica del Hospital Pedro de Elizalde durante el año 2010.

a. Caso 1.

Paciente de 13 meses, sexo masculino, peso 11.400 gramos. Ingresó por presentar diarrea y edemas en miembro superior izquierdo, miembro inferior y hemicara derechos.

b. Caso 2.

Paciente de 3 meses, sexo femenino, peso 3.620 gramos. (PN: 2.700 gramos).

**Motivo de ingreso:** Síndrome edematoso de miembros y cara de 3 semanas de evolución, mal progreso pondoestatural y exantema micropapular en miembros inferiores. Se constató hipoproteinemia e hipalbuminemia marcadas, coagulograma alterado, inmunoglobulinas descendidas, alfa-1-antitripsina fecal elevada. El diagnóstico de LIP se confirmó por videoendoscopia y Anatomía Patológica. Se descartaron otras causas de Síndrome malabsortivo. **Tratamiento:** La alimentación con fórmula láctea a base de TGLM, sumada al resto de medidas de sostén para corregir medio interno, permitió una evolución satisfactoria, retrogradando los edemas y la diarrea. La evolución fue tórpida en el caso 2, complicada con celulitis y sepsis, falleciendo en UTI. **Conclusiones:** La realimentación con fórmula a base de TGLM- MONOGEN R- permitió una evolución satisfactoria en el caso 1, retrogradando los edemas y normalizándose la proteinemia.

- El uso de TGLM evitaría la pérdida proteica al disminuir el flujo linfático intestinal.

- En el Caso 2. avalan el mal pronóstico: el comienzo temprano, la presencia de desnutrición y la complicación infecciosa intercurrente grave, hecho éste que no suele ser común en esta patología, a pesar de tratarse de una inmunodeficiencia secundaria.

#### P5

##### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS CONSULTAS AL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.

*Vinelli N., Arcidiácono G., Borrego J., Sosa. C.*

Departamento de Urgencias. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Los departamentos de urgencias (DU) tienen como función tratar pacientes con enfermedades agudas. En la urgencia se concentra alrededor del 40% del personal médico de las instituciones. **Objetivo:** Describir las características epidemiológicas de la consulta espontánea en el DU en nuestro hospital. **Población:** Se incluyeron pacientes mayores a un mes y menores de 18 años de edad, que consultaron al DU del Hospital Elizalde durante las 24 horas, en días laborables y no laborables, entre el 3 de diciembre de 2009 y el 27 de marzo de 2010. **Material y métodos:** Estudio transversal y descriptivo. Los pacientes se seleccionaron en forma aleatoria. Las variables continuas se describen como media y desvío estándar como medida de dispersión, o mediana y rango si no fueran de distribución normal. **Resultados:** Se incluyeron 249 pacientes. De ellos, 102 realizaron consultas durante días laborables en horarios diurnos y 43 en horarios nocturnos, 71 realizaron consultas en días no laborables en horarios diurnos y 33 en horarios nocturnos. El 57,8% de los pacientes fueron varones, la mediana de edad fue 24 meses. El 49% de los pacientes fueron menores de 2 años de edad, y el 83,1% fueron menores de 5 años. En el 88% de los casos el adulto acompañante fue la madre. La edad media del acompañante fue de 28,7 años. El 70,9% de los acompañantes refirieron no tener un empleo estable. El 51,4% de los pacientes residía más de 15 km del hospital. Con respecto a los grupos familiares, en el 60,4% de los casos se trataba de familias nucleares. El 56,3% de los acompañantes refirió que el sitio de consulta médica habitual cuando ellos mismos eran niños eran los DU. El 50,6% de los pacientes tenían un pediatra de cabecera a quien su acompañante podía nombrar. El 19,3% de los pacientes presentaba alguna patología crónica. **Conclusiones:** La mayor parte de la población que consultó en el DU eran lactantes y preescolares, acompañados por sus madres, quienes refirieron en su mayor parte no tener un empleo estable. En la mayor parte de los casos se trató de familiar nucleares. Más de la mitad de los pacientes residían a más de 15 km del hospital.

#### P6

##### LESIÓN INTRACRANEANA COMO CONSECUENCIA DE TRAUMATISMO DE CRÁNEO LEVE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Vinelli N.*

Departamento de Urgencias – Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Se han realizado diversos estudios sobre traumatismo leve de cráneo y el valor predictivo de signos clínicos y estudios radiológicos, con el propósito de identificar una posible lesión intracraneana. Se postulan como factores que incrementan el riesgo de lesión intracraneana la disminución del nivel de conciencia, la presencia de signos de foco, la presencia de signos radiográficos de fractura de cráneo, la pérdida de conocimiento, y la presencia de vómitos o cefalea. **Caso clínico:** Paciente de 1 año y 4 meses que presentó traumatismo de cráneo por caída de su propia altura, impactando la región parietal derecha contra el piso. Luego del traumatismo, no presentó alteraciones del sensorio ni vómitos. Fue llevado a consulta a un centro de atención periférica, donde fue evaluado clínicamente, sin realización de estudios de imágenes, y fue enviado a su domicilio con pautas de alarma. A las 24 horas del traumatismo comenzó con vómitos persistentes, por lo que fue evaluado en hospital del conurbano bonaerense. Se realizó radiografía de cráneo de frente y de perfil, donde se observa imagen compatible con fractura parietal derecha. El paciente fue enviado por sus propios medios a un centro de mayor complejidad.

A las 48 horas del traumatismo, el paciente fue llevado a consulta al De-

partamento de Urgencias del Hospital Elizalde. Había continuado con vómitos desde el día anterior. Se encontraba irritable, reactivo, sin signos de foco motor. Presentaba cefalohematoma en región parietal derecha. No presentaba otros hematomas ni signos de lesiones previas. Se realizó tomografía computada de cerebro donde se observa imagen compatible con hematoma subdural. En la reconstrucción tridimensional se observa imagen compatible con fractura parietal derecha. Se deja al paciente internado para control neuroquirúrgico. **Conclusiones:** El paciente había presentado traumatismo de baja cinética de impacto, y no había presentado signos clínicos de riesgo a la evaluación inicial. No obstante, presentaba signos radiográficos de fractura de cráneo, y presentaba lesión intracraneana. Debe destacarse la importancia de la realización de radiografía de cráneo, de la citación a controles posteriores y de dar claras pautas de alarma a los cuidadores. Se observa en este caso una falta de articulación entre centros de la Provincia de Buenos Aires y de la Ciudad de Buenos Aires.

#### P7

##### PAATOLOGÍA DEL PIE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DM.

*Mac Donnell A, Lorences G, Marino P, Taberner P, Mannucci C, Ferraro M*

Servicio de Nutrición y Diabetes del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El cuidado del pie debe formar parte de la atención integral del paciente con DM desde el momento del diagnóstico. Desde 2004 se cuenta dentro del equipo multidisciplinario de atención con dos podólogos lo que a nuestro criterio favorece la educación temprana y podría contribuir a prevenir complicaciones graves en la adultez. **Objetivos:** Comunicar la experiencia en relación a la incorporación del podólogo en el equipo de atención de DM en pediatría. Comparar los motivos de consulta en la atención podológica en 2005 y 2009. **Resultados:** En 2005 fueron analizados 146 consultas en 137 pacientes (62 mujeres). Realizaron consulta sólo por educación podológica el 23,3%. La distribución de la patología fue: intertrigo 17,1%, onicomiosis 15,8%, heloma 14,4%, ampollas 13%, onicocriptosis 4,1%, onicolisis 4,1%, escaras 2,7% y hematomas por traumatismo 5,5%. En 2009 se realizaron 302 consultas en 227 pacientes (103 mujeres). Realizaron consulta sólo por educación podológica el 53,7%. La distribución de la patología fue: intertrigo 5,2%, onicomiosis 4,8%, heloma 7%, ampollas 4,8%, onicocriptosis 19,3%, onicolisis 1,3%, escaras 1,3% y hematomas por traumatismo 2,6%. El tipo Griego fue el más frecuentemente observado entre las características de pie en ambos grupos. El valor medio de HbA<sub>1c</sub> fue de 10,4 (IC 95% 9,9 – 10,8) en 2005 y 8,9 (IC 95% 8,3-9,4) en 2009. No se observaron diferencias significativas en el valor de HbA<sub>1c</sub> según el tipo de patología de pie. Si bien no muestra un valor de asociación significativo, los pacientes con valores de HbA<sub>1c</sub> más elevados presentaron mayor tiempo de evolución de su patología podológica. La presencia de artropatía se observó en 30,1%, en 2005 y 21,2% en 2009. Las 6 escaras por decúbito se asociaron en cinco casos a episodios de cetoacidosis grave y en un caso a meningococemia. **Conclusiones:** El aumento del número de consultas podológicas particularmente por control y educación en el paciente pediátrico con DM contribuirá a generar un correcto hábito de seguimiento que puede redundar favorablemente en el cuidado de los pies a largo plazo. Aun cuando el pie diabético es extraordinario en pediatría más de la mitad de las consultas presentaron patología pédica que predispone en la edad adulta a dicha complicación, por lo que destacamos el rol del podólogo en el cuidado del pie desde el inicio de la enfermedad.

#### P8

##### PRESENTACIÓN DE UN CASO: ABSCESO RENAL.

*Ybarra ME<sup>1</sup>, D' Ambrosio L<sup>1</sup>, Fioravanti A<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Servicio Urgencias - <sup>2</sup>Servicio Diagnóstico por Imágenes Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Es frecuente la consulta en pediatría por dolor abdominal y fiebre. Más allá de las patologías más prevalentes, es importante tener en cuenta otras causas menos frecuentes, entre ellas el absceso renal (AR).

**Objetivo:** Comunicar el caso de un niño de 7 años que se presenta en guardia con cuadro febril, junto a DA y masa palpable en flanco izquierdo. **Caso clínico:** Se evalúa en guardia paciente sexo masculino de 7 años de edad, con síndrome febril de 10 días de evolución, con 3 a 4 registros diarios de hasta 40°C y DA. Como antecedentes de importancia presenta madre con Tuberculosis pulmonar (TBC), tratada en el 2009. El paciente recibió quimioprofilaxis primaria en forma adecuada. Lesiones en piel compatibles con forunculosis en el mes previo a la consulta. **Examen físico:** Regular estado general. Adelgazado, palidez generalizada en piel. Sin soplos. Abdomen blando, doloroso a la palpación en flanco izquierdo. En dicha zona se palpa masa duro elástica. Sin reacción peritoneal. Ruidos hidroaéreos positivos, catarsis positiva. **Laboratorio:** Glóbulos blancos: 16.300, (78%Neutrófilos), Hemoglobina: 9.3, Hematocrito: 28.3%, **Glucemia:** 170 (sin ayuno adecuado), urea y creatinina normales para edad. Orina: Densidad 1015, pH: 6, 8. Sedimento: 8 a 10 hematíes por campo. **Imágenes:** Se solicita ecografía abdominorenal. **Renal: Riñón derecho:** 80x31 ortotópico **Riñón izquierdo:** 110 x 33. Alterado por imagen en polo inferior. Pelvis de 8mm. En polo inferior, valva anterior del riñón izquierdo, imagen heterogénea de 57x37 sin vascularización aumentada en resto del parénquima renal. Compatible con AR, diagnóstico que se confirma luego con TAC con contraste endovenoso (EV). Se trata con antibioticoterapia EV junto a drenaje de lesión. Del material purulento proveniente del drenaje del absceso se obtiene *Stafylococo Aureus* meticilino resistente. Presenta buena evolución. Permanece internado un total de 20 días, continuando con terapia antibiótica en forma ambulatoria. **Conclusión:** El AR es de difícil diagnóstico en pediatría, por su baja frecuencia y por su presentación similar a otras patologías. Debemos tener en cuenta este diagnóstico diferencial frente a pacientes pediátricos con cuadros febriles con DA, lumbar o en flanco, que no se expliquen por infecciones más comunes en esta edad. En estos casos, la realización de estudios por imágenes, (como la ecografía y la TAC), nos ayudará a realizar el diagnóstico correcto.

## P9

### A PROPÓSITO DE UN CASO: LESIÓN NECRÓTICA EN PIEL POR PILA BOTÓN.

*Arcidiacono G., Barzini M., Nieto MM., Fernández ME.*

Servicio de Urgencias, Servicio Toxicología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La frecuencia de lesiones producidas por pila botón en pediatría (generalmente asociadas a su ingesta) se presentan en aumento debido a la presencia de las mismas en juguetes, relojes y calculadoras que funcionan con ellas. Nuestro objetivo es presentar una lesión no habitual asociada a pila botón ya sea por la ubicación de la misma y por el compromiso del tejido subyacente por varios mecanismos de lesión. **Caso clínico:** Se presenta a un paciente de 6 meses de edad que es traído a la guardia por presentar lesión blanquecina de aspecto jabonoso y húmedo con borde necrótico en escroto debido a la presencia de pilas botón desmontadas dentro del pañal. **Discusión:** Las quemaduras químicas por álcalis, como por ejemplo son la soda cáustica o lejía, potasio cáustico y la cal, son quemaduras graves que producen daño tisular por un tiempo mayor que el período en que se produce la exposición efectiva de la piel al agente y el aspecto inicial es el de una lesión superficial razón por la cual se subestima la severidad del daño. Los órganos mas frecuentemente comprometidos suelen ser el ojo junto con aparato digestivo debido a su ingesta. Las pilas botón pueden generar lesiones por medio de cuatro mecanismos:

1. Existe la posibilidad de que la pila se abra, liberando el hidróxido sódico o potásico produciendo causticaciones locales.
2. La apertura podría dar lugar a la salida del mercurio (puede llegar a dosis letales).
3. Aún sin abrirse la pila, alteraciones eléctricas generadas por la misma al colocarse en un medio conductor.
4. Necrosis por compresión.

**Conclusión:** El paciente manifiesta una lesión en piel desencade-

nada por presencia de pila botón en un medio conductor (forma de presentación poco frecuente de daño asociado a la misma). Se sugiere el lavado con abundante agua corriente el área quemada por un tiempo no menor a 30 minutos, evitar la neutralización, no subestimar el daño, curación y vincular al paciente con servicio de cirugía y toxicología para control evolutivo de la misma.

## P10

### SEGUIMIENTO DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO. EL POR QUÉ DE ESTOS RESULTADOS.

*Fidalgo M., Hrycyszyn G., Biagioli A., Moscona M., Povali M., Bigones A., Guitou M., Fernandez M.*

**Introducción:** El embarazo adolescente es una realidad creciente en nuestro país. **Objetivos:** Presentar el trabajo interdisciplinario y transdisciplinario realizado con las embarazadas adolescentes que asisten a la Sección Adolescencia del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Analizar cada una de las áreas y aspectos que interactúan para acompañar la situación del embarazo adolescente: obstetricia, psicología, pediatría, odontología y voluntariado. **Material y métodos:** Análisis descriptivo, retrospectivo y observacional psicodinámico de 979 historias clínicas desde el año 1998 al 2008, obtenido mediante reuniones grupales en talleres y trabajo terapéutico individual.

#### Resultados:

Edad materna: 14-18 años 91%.

Abandono de estudios antes o durante el embarazo 80%.

IRS: < 13 años 4%, 13 a 15 años 66%, > 15 años 30%.

Se embarazó con su primer pareja 67%.

Deseaba embarazo: 25%.

No usaba correctamente MAC 70%.

Controló embarazo antes de 20 semanas 85%.

Realizó más de 10 controles prenatales 73%.

Parto vaginal corregido 89%; Cesárea 9%; Forceps 2%.

RNTPAEG 98%.

Primer control Postparto 63%.

**Conclusiones:** La contención institucional basada en una atención especializada y rápida respuesta a la demanda, sumado al apoyo familiar disminuye el riesgo materno fetal. En la mayor parte de los casos el embarazo en la adolescencia encubre una situación previa de conflicto. El embarazo es un hecho biológico; el maternaje es un hecho cultural. El deseo de bebé, no siempre es deseo de hijo.

## P11

### FORMACIÓN POSBÁSICA EN LOS GRADUADOS DE CLÍNICA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE (HGNPE).

*Giordano Giles A<sup>1</sup>, Capone M<sup>1</sup>, Clutterbuck JP<sup>1</sup>, Domínguez M<sup>1</sup>, Manjarín M<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup>Residencia de clínica Pediátrica. <sup>2</sup>Servicio de clínica Pediátrica

**Introducción:** La Residencia Pediátrica tiene como objetivo formar profesionales que respondan a las necesidades sociales. El sector público es un área muy valorada. **Objetivos:** Se estimaron la prevalencia de elección de una especialidad posbásica en los egresados del HGNPE, las variables posiblemente determinantes para su orientación y el grado de satisfacción de los profesionales. **Población:** Se incluyeron los médicos que finalizaron su residencia de clínica pediátrica entre 2004-2008 en el HGNPE. **Material y Métodos:** Diseño retrospectivo, descriptivo, transversal, con encuesta autoadministrada. **Resultados:** Se encuestaron 100 profesionales (79% mujeres). Un 79% era de Buenos Aires y un 85% de ellos trabajaba en C.A.B.A./Gran Buenos Aires. El 34% publicó trabajos de investigación durante los 5 años posteriores al egreso. EL 85% de los encuestados colmó las expectativas formativas en gran medida y 42% tuvo un alto grado de satisfacción personal con el desempeño profesional posterior. Un 57% realizó una subespecialización. El estilo de vida e interés fueron las variables priorizadas al decidir realizar una subespecialización en un 88% de los encuestados. Sólo el motivo de elección ( $p=0,033$  OR=4,24 IC= 0,93-21,8) y ámbito en que se desarrolla ( $p=0,034$  OR=2,3 IC=0,14-0,92) se mostraron

como predictores independientes de subespecialización. Un 57% realizó algún tipo de subespecialización. **Conclusiones:** No hubo asociación significativa entre las variables analizadas. Se evidenció cierta tendencia con respecto al lugar de residencia actual, lugar donde desarrolla más del 70% de su actividad laboral y motivo de la elección. Las dos últimas se mostraron como variables independientes con el método de regresión logística.

#### P12

##### DISLIPIDEMIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1 ¿CUÁL ES EL NIVEL REAL?

*Jimenez V, Franchello A, Andres ME, Barbeito S, Ferraro M.*

**Introducción:** La Diabetes tipo 1 es una patología de riesgo elevado de desarrollar evidencias de enfermedad coronaria en la adultez temprana y, la dislipemia es un factor de riesgo asociado. **Objetivo:** 1) Evaluar la frecuencia de dislipidemia en un grupo de pacientes pediátricos con Diabetes tipo 1. 2) Relacionar la presencia de valores de lípidos alterados con el control metabólico y antecedentes familiares de dislipidemia. **Material y Método:** Se incluyeron todos los pacientes portadores de diabetes tipo 1 de 4 a 18 años de edad con más de 1 año de evolución que consultaron en un centro de referencia en diciembre de 2009. Se consignó: tiempo de evolución de la diabetes (Tev), HbA<sub>1c</sub>, Colesterol total (CT), LDL (método de oxidasa peroxidasa), TG (método enzimo colorimétrico), antecedentes de dislipidemia en familiares de primer grado. Se tomaron como puntos de corte los niveles de CT y LDL de PNEC-AAP (Academia Americana de Pediatría) y TG 150 mg/dl. **Resultados:** 1) Se incluyeron 166 pacientes (76 mujeres) con un Tev: 4,11 ±3,3 , HbA<sub>1c</sub> 9,9± 2,85, CT:161.4 ± 32,8, LDL 95,2 ± 36,7 ,TG 75,1 ± 37,7. En relación al CT el 60,3 % de los pacientes presentaban niveles ≤170 mg/dl y el 11,4% ≥200 mg/dl. En relación al LDL 59% ≤100 mg/dl ,73,9% ≤110 mg/dl y 11,5% ≥130 mg/dl, TG 84,3% ≥110 mg/dl y 5,5% ≥150 mg/dl. 2) En relación a la presencia o de antecedentes familiares de dislipidemia los valores medios de TG son similares en ambos grupos (75,1+35 y 70,9+40,6) (t 0,56, p 0,75), idem para LDL (96,5+26 y 91,4+28,8) (t 0,96, p 0,34). Tampoco existe asociación entre LDL mayor o menor a 110, 130 y TG mayor o menor a 150, según la presencia o no de antecedentes familiares. Los valores medios de HbA<sub>1c</sub> no son estadísticamente significativos según LDL mayor o menor a 110 (t 1,78, p 0,07) y tampoco lo son según LDL mayor o menor a 130 (t 0,51, p 0,60). Tomados como valores continuos, se observa asociación sólo entre triglicéridos y HbA<sub>1c</sub>, con una correlación directa y estadísticamente significativa (r 0,41; p <0,001).

**Conclusiones:** Los valores medios de lípidos se encuentran en rangos normales pero sólo de la mitad del grupo estudiado cumple con el objetivo de LDL < 100mg/dl. La media de HbA<sub>1c</sub> es muy elevada lo que podría ser considerado como causa de la falta de asociación. Los antecedentes familiares deberán ser reevaluados ya que gran parte de los padres desconocen en forma fehaciente sus niveles de colesterol.

#### P13

##### TALLA FINAL EN DIABETES TIPO 1. SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO.

*Strasnoy I, Aleman L, DiLorenzo M, Ruiz Pugliese I, Martinez P, Povedano PP.*

**Introducción:** El nivel socioeconómico y educación parental, y acceso al sistema de salud se ha relacionado con mal control metabólico, mayor número de internaciones y riesgo de muerte prematura. La talla final en diabetes puede ser un marcador de inequidad. **Objetivo:** Relacionar el nivel socioeconómico y educacional con la talla final en pacientes pediátricos con Diabetes tipo 1. **Material y método:** Se analizaron 994 HC de pacientes con diabetes tipo 1 que ingresaron al Servicio de Nutrición y Diabetes del HGNPE desde enero de 1994 hasta diciembre de 2003. **Criterios de inclusión:** > 5 años de evolución y talla final en la última consulta. Se elaboró un registro de nivel socioeconómico (1-2-3) teniendo en cuenta cobertura social y nivel educacional de ambos padres. Se analizaron: talla al diagnóstico y talla final, educación ,del padre y la madre, seguridad social, control metabólico y presencia de

complicaciones agudas y crónicas. **Resultados:** Se incluyeron 203 pacientes, 56% mujeres, 47% con inicio de la diabetes con cetacidosis, X edad al diagnóstico de 8,5 ± 3.9, tiempo de evolución de X:7.47 ± 2 años, HbA<sub>1c</sub> X:9.6 ± 1.5. Un 80% no presentaban complicaciones (neuropatía, microalbuminuria , retinopatía). Un 46% de las familias no tenían cobertura social y un 64, 5 % de los padres y 63,5de las madres no completaron la educación secundaria. En relación al crecimiento hubo un corrimiento significativo del Score Z de la talla final a la izquierda en relación a la inicial.(p≤0,001)El promedio de HbA<sub>1c</sub> se relaciona con el delta de talla en forma significativa (p≤0,001). A menor NSE, disminuyó la talla final - 0.7 DS. Con cada nueva internación en CAD, la talla final tuvo un descenso de - 0.3 DS. **Conclusión:** En este grupo de pacientes el compromiso de la talla final se asoció con menor NSE y con el aumento de internaciones en CAD no debut El compromiso de la talla final influenciado por el control metabólico se puede considerar aún hoy un marcador de inequidad.

#### P14

##### APLICACIÓN DE PROTOCOLO DE PROTECCIÓN DE NEURODESARROLLO EN UCIN.

*Bokser V; Giúdice, L Perelli, A; Eiben, F; Califano, G; Ferrario, C.* Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Los recién nacidos quirúrgicos complejos (RNQC) están expuestos a secuelas neurológicas, trastornos cognitivos y conductuales prevenibles mejorando cuidados en internación y postalta. Iniciamos la aplicación de un Protocolo de Protección de Neurodesarrollo (PND) durante la internación en UCIN en RNQC que ingresarían al Programa de Seguimiento (PS) del HGNPE. **Objetivos:** 1) Determinar tasa de aplicación de las diferentes acciones del PND prealta en RNQC ingresados a PS entre el 1º/11/08 y 30/4/10 para evaluar cumplimiento, detectar debilidades e implementar correcciones. 2) Describir frecuencia de alteraciones observadas. **Material y métodos:** trabajo retrospectivo, observacional, midiendo aplicación del PND en UCIN en todos los RNQC ingresados a PS del Hospital Pedro de Elizalde entre el 01/11/08 y el 30/4/10. Áreas de trabajo sistemático: 1) Kinesiología, 2) Psicología Perinatal, 3) Inmunizaciones; 4) Talleres de Enfermería prealta; 5) Valoración estomatognática; 6) Pesquisa visual; 7) Pesquisa de hipoacusia; 8) Valoración Neurológica; 9) Control ambiental; 10) Consulta Genética. Se calculó frecuencia de cumplimiento de cada acción y alteraciones observadas. Se consideró necesario reforzar áreas con tasa de cumplimiento inferior al 75%. Los datos se registraron en Base Excel. **Resultados:** en este período ingresaron 46 RNQC. Tasas de cumplimiento observadas: 1) Trabajo kinésico: 46/46 RN (100%); 2) Trabajo de Psicología Perinatal: 15/46 RN (32%); 3) Inmunizaciones: 39/46 RN (84%) egresaron con vacunación al día; 4) Asistencia a talleres de Enfermería: 100%. Recuperación de lactancia materna 29/46 RN (63%); 5) Valoración estomatognática: 27/46 RN (58.6%); 6) Pesquisa visual: 35/46 RN (76%); 7) Pesquisa de hipoacusia: 25 RN(54%). El controlador de ruido nunca superó los 60 dB; 8) Valoración Neurológica: 29 RN (63%); 9) Consulta Genética: 15 RN (32%). Se detectaron alteraciones estomatognáticas, visuales y neurológicas en 1/3 de los RN evaluados. **Conclusiones:** La medición de tasas de aplicación del PND mostró: 1) cumplimiento total en kinesiología y Enfermería; 2) Cumplimiento deficitario en varias áreas; 3) Se detectaron anomalías visuales, fono estomatológicas y neurológicas en 1/3 de los casos; 4) Debe reforzarse áreas de cumplimiento insatisfactorio.

#### P15

##### INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTES DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO, DURANTE EL AÑO PANDÉMICO.

*Giúdice L, Bokser V, Califano G, Eiben F, Ferrario C, Perelli A, Franco C.* Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** En grupos de alto riesgo neonatal (RNAR) la tasa de reinternación por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en el primer año de vida asciende al 40% según los reportes. Durante el año

2009 la pandemia de Influenza H1N1 significó un nuevo desafío. El conocimiento del perfil Epidemiológico de los pacientes del Programa de Seguimiento (PS) en nuestro Hospital podrá ser utilizado para reorientar recursos. **Objetivos:** 1) Conocer proporción de IRA en pacientes menores de 2 años al 31 de Marzo de 2009 del PS de RNAR del HGNPE en el periodo 1º/3/09 al 31/8/09. 2) Determinar tasa de internación por IRA en los mismos pacientes. 3) Conocer el rescate etiológico de los Aspirados Nasofaríngeos (ANF) realizados en los pacientes ambulatorios e internados con IRA 4) Describir perfil epidemiológico de pacientes con IRA en PS. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, especial de vigilancia epidemiológica. Población: Todos los pacientes del PS menores de 2 años de edad al 31 de marzo de 2009. Criterio de inclusión: Pacientes del PS de RNAR del HGNPE, menores de dos años de edad al 31 de Marzo de 2009. Datos cargados en Base Excel. Análisis: EpiInfo 6.0. **Resultados:** Sobre un total de 70 pacientes menores de 2 años al 31/3/09 se produjeron 13 episodios de IRA en 11 pacientes (15 %). La distribución por sexo no mostró diferencias. El diagnóstico perinatal de los pacientes fue: Atresia intestinal 5/11; MAR: 3/11, Prematuridad extrema: 3/11. Tenían co-morbilidades 9/11 pacientes; 6 más de 2 diagnósticos asociados. Diagnóstico IRA: Bronquiolitis: 7; Neumonía 6. Rescate virológico más frecuente: VSR: 4/13 (32%) H1N1: 1/13 (8 %); Otros: 3 (25%) No hubo rescate en 5 casos. Las muestras fueron obtenidas en promedio a los 4.8 días de evolución. Requirieron internación 9 pacientes durante un promedio de 7.7 días. Falleció 1 paciente en el que se rescató Influenza H1N1 **Conclusión:** Se produjeron 13 episodios de IRA en 11 pacientes (15 %) La tasa de internación por IRA fue del 15%; la causa más frecuente fue el VSR; se registró un solo caso de Influenza H1N1 que falleció. Una elevada proporción de pacientes tenían co-morbilidades.

#### P16

##### SEGUIMIENTO DE RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO: EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE PROTECCIÓN DE NEURODESARROLLO EN UCIN.

*Giúdice L, Bokser V, Califano G, Eiben F, Ferrario C, Perelli A, Franco C, Maricic M.*

Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** En nuestro Programa de Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo (PS), medimos Cociente de Desarrollo Cognitivo (CDC) con test de Pesquisa CAT/CLAMS, en Recién Nacidos con antecedente de cirugía compleja (RNCC). Ante resultados insatisfactorios, propusimos a la UCIN aplicar un Protocolo de Protección de Neurodesarrollo (PND) durante la internación. **Objetivos:** 1) Describir características de población evaluada con CAT/CLAMS; 2) Comparar resultados obtenidos en los grupos: previo y posterior a aplicación del PND. **Material y Métodos:** Se investigó resultado de aplicación del PND. Población: todo RNCC ingresado a PS entre 01/04/08 y 30/04/10, edad < 2 años al 30/04/10. Excluidos: anomalías cromosómicas y/o enfermedad neurológica de base. A partir del 01/10/08 se aplicó PND en internación, incluyendo: Cuidado postural, control ambiental, fomento lactancia materna, Psicología; valoración estomatológica, pesquias visual y auditiva, talleres de Enfermería. Evaluación ND: CAT/CLAMS. Análisis estadístico: Stata 8.00. **Resultados:** Ingresaron 101 pacientes < de 2 años al 30/4/10; cumplieron criterios de inclusión 74. Grupo egresado con aplicación de PND (GPND): 40; Grupo egresado previo a la aplicación de PND (Sin PND): 34. Características perinatales: No hubo diferencias significativas en media de EG, PN y proporción de BPEG. Diagnósticos quirúrgicos en igual proporción en ambos grupos. 90% de los pacientes con asociaciones diagnósticas.

CDC	GPND N:40	SinPND N:34	Valor p (OR)
Normal	31 (77%)	13(38%)	0.0006(OR 0.18{IC 0.06-0.55})
Riesgo	6 (15%)	13(38%)	0.02 (OR 0.29 {IC 0.08-0.97})
Retraso	3 (7.5%)	8 (23%)	0.05 (OR 0.26 {IC 0.05-1.25})
Media de CDC	87.34	76.63	0.0005

**Conclusión:** 1º) Los pacientes con y sin PND tuvieron similares características perinatales; 2º) Los RNCC del GPND tuvieron mayor frecuencia de CDC normal y menor proporción de CDC riesgo y retraso, en forma estadísticamente significativa. La media de CDC fue significativamente más elevada en el GPND.

#### P17

##### TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN UNA ADOLESCENTE CON MIASTENIA GRAVIS.

*Rombolá V, Matarasso M., Alvarez R., Lauman H., Abramovich M., Debaisi G.*

Unidad de Cuidados Intensivos Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La trombosis venosa profunda (TVP) es un importante problema de salud que afecta al 2,5- 5% de la población general en algún momento de sus vidas. Según American Heart Association la incidencia de trombosis venosa profunda en niños es de 5,3 x cada 10000 ingresos hospitalarios. No existe consenso sobre cuando usar trombotrombolisis en pacientes adolescentes **Caso clínico:** Paciente de 12 años que permaneció internada en UTIP durante 3 meses por re-agudización de su miastenia gravis, en la cual requirió 60 días de ARM, y múltiples catéteres centrales. Reingresó a los 3 días de haber sido dada de alta, por presentar claudicación de la marcha, con dolor y edema en miembro inferior derecho. Se realizó Ecografía Doppler confirma sospecha diagnóstica de trombosis femoral. **Discusión:** La trombotrombolisis en pacientes adultos está bien establecida. Cerca del 90% de las TVP en niños ocurre en asociación a un factor de riesgo asociado, siendo el más frecuente, la presencia de CVC. No existen normas estandarizadas para la profilaxis de trombosis en niños. Las principales guías centran su atención en patologías determinadas, y dejan a criterio de cada médico la decisión de indicar profilaxis o no. Inclusive pese a establecer que el paciente adolescente tiene mayores riesgos que los niños más pequeños, no terminan de incluirlos ni en las guías de adultos, ni en las pediátricas. Según la American College of Chest, en su guía publicada en 2008 aclaran que el paciente adolescente debería tratarse como adulto, no por su edad cronológica, sino también teniendo en cuenta factores como el desarrollo físico y etapa puberal, considerando a cada paciente en particular. La revista de anestesiología recomiendan el seguimiento de los adolescentes en conjunto con un hematólogo pediátrico, igual recomendación realizan en las guías publicadas en Chest del 2008. **Conclusión:** Debe recordarse que las enfermedades que se acompañan de decúbitos prolongados, o de uso de C.V.C. son factores de riesgo para la formación de trombos. No hay consenso sobre cuando usar trombotrombolisis en pacientes adolescentes. Cada paciente adolescente debe ser tratado en forma individual, y de ser posible en conjunto con el hematólogo pediátrico.

#### P18

##### EXPRESIÓN DE VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR Y CD 34 EN EL MIOCARDIO VENTRICULAR IZQUIERDO DE DOS FETOS MALFORMADOS. SU CARACTERIZACIÓN MEDIANTE INMUNOHISTOQUÍMICA CUANTITATIVA.

*Cao G, Navacchia D.*

División Patología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) promueve el incremento de la permeabilidad vascular y la neoangiogénesis, siendo sintetizado por los miocardiocitos frente a los estados hipóxicos o por el estiramiento tisular. Es escasa la información disponible sobre su rol en la fisiopatología del miocardio fetal. Por otro lado, recientemente se han comenzado a implementar técnicas cuantitativas para la mejor evaluación y reproducibilidad de los cambios estructurales que sufren los tejidos frente a diferentes procesos patológicos. **Objetivos:** analizar comparativamente la expresión tisular de VEGF y CD34 (marcador de células endoteliales capilares) en miocardio ventricular izquierdo de dos fetos patológicos mediante inmunohistoquímica cuantitativa (IHQC). **Material y Métodos:** se empleó tejido ventricular izquierdo proveniente de dos autopsias, una de fetos toraco-onfalopagos (FTO) de 28 semanas de gestación y corazón único con CIA, hipertrofia biventricular y ductus arterioso izquierdo permeable; la restante de un feto de 33

semanas con CIA, ductus arterioso permeable e hidropesía fetal (FH). El material fue procesado rutinariamente, obteniéndose secciones histológicas de 5 a 6 µm de espesor que fueron inmunomarcadas con VEGF y CD34. Se adquirieron 20 microfotografías digitales a 200X en cada caso y procesadas según el método de Nhu-An Pham et al., obteniéndose valores totales de densidad óptica integrada (DOI) para cada inmunomarcador y campo histológico, expresados como media±DS y sometidos al test estadístico de Mann Whitney, considerándose significativo un  $p < 0.05$ . **Resultados:** la inmunoexpresión miocárdica de VEGF fue significativamente superior en el FH respecto a los FTO, con valores medios de DOI de  $10785 \pm 6751$  y  $3586 \pm 4577$  respectivamente ( $p = 0.0022$ ). Asimismo, el FH demostró una elevada actividad angiogénica, con una DOI para CD34 de  $6270 \pm 1372$ , mientras que los FTO observaron un valor medio de  $2541 \pm 910.9$  ( $p < 0.0001$ ). **Conclusiones:** VEGF cumpliría un rol patogénico durante la hidropesía fetal, en el contexto de un estado hipóxico inductor de angiogénesis. La IHQC se propone como un método simple y reproducible, que busca incrementar la precisión y minimizar las variaciones interobservador.

#### P19

##### CEREBRITIS SECUNDARIA A PICOTAZO DE GALLO.

*Arcidiacono G., Borrego J., Vinelli N., Sosa C.*

Departamento de urgencia Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El absceso cerebral evoluciona en forma continua durante 2 a 3 semanas, con un estadio inicial de edema, uno intermedio con neovascularización y depósito de fibronectina y uno final con encapsulación fibrosa. Su formación puede ser por extensión a partir de un foco adyacente o por vía hematogena. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 4 meses de edad, sin antecedentes patológicos, que fue traído a guardia por dificultad respiratoria y fiebre. Se encontraba en regular estado general, irritable, febril, taquicárdico, con relleno capilar lento. Presentaba tumoración en cuero cabelludo, en región temporoparietal derecha, con drenaje de secreción purulento-hemática, producida por picotazo de gallo cuatro días previos a la consulta. Había consultado en otro hospital, donde se realizó curación de herida y afrontamiento de bordes. Luego del ingreso a guardia presentó convulsión focal. Se estabilizó al paciente, y se lo ingresó en Unidad de Cuidados Intensivos. **Exámenes complementarios: LCR: Citoquímico:** líquido turbio, con 15000 elementos/ml, 100% polimorfonucleares. **Gram:** diplococos gram positivos y bacilos gram negativos. **Cultivo:** negativo. **Cultivo de absceso:** positivo para *Escherichia coli*, *Enterococcus gallinarum*, *Enterococcus faecalis*, *Bacillus megaterium*, *Bacillus pumilus* y *Staphylococcus hominis*. **Hemocultivos:** 1 de 2 positivo para *Staphylococcus hominis*. **Ecografía:** Imagen en región parietal derecha extendida al plexo coroideo homolateral, compatible con proceso infeccioso y aire. **Tomografía computada (TC):** Solución de continuidad en hueso parietal derecho, imagen hipodensa a nivel parenquimatoso, heterogénea, con imágenes aéreas en su interior, con realce con el contraste EV, que comprime el ventrículo homolateral y desplaza la línea media, compatible con estadio precoz de absceso cerebral. **Discusión:** El absceso cerebral, una infección potencialmente fatal, es infrecuente en pediatría. Las manifestaciones clínicas del absceso cerebral lactantes incluyen signos de infección e hipertensión endocraneana. El LCR puede ser normal o patológico. El cultivo y el directo suelen ser negativos. La TC cerebral permite la evaluación inicial y el seguimiento del paciente. **Conclusión:** Debe sospecharse la posibilidad de compromiso parenquimatoso cerebral ante el antecedente de herida punzante en cráneo y manifestaciones de neurologías focales.

#### P20

##### QUISTE DE DUPLICACIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO POCO FRECUENTE.

*Masucci A., Cao G., Navacchia D.*

División Patología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El quiste de duplicación constituye una rara anomalía del sistema gastrointestinal. Su etiología se relaciona con errores de la canalización del tracto gastrointestinal durante el desarrollo

embrionario. Puede afectar a cualquier segmento del tubo digestivo, desde la cavidad oral hasta el ano, siendo su localización más frecuente la yeyunoileal. **Objetivos:** Siendo la duplicación intestinal y en especial la formación de quistes de duplicación hechos muy poco frecuentes, motiva a presentar un caso y realizar una revisión de la literatura. **Población:** Se presenta un caso pediátrico. Paciente masculino de 7 años de edad con antecedente de invaginación yeyuno-yeyunal por tumor de pared. **Material y métodos:** Se recibe pieza de ectomía yeyunal que mide 5 cm de longitud, a la apertura presenta una formación tumoral de  $2.5 \times 1.5 \times 1.5$  cm que dista a 0.5 cm de uno de sus márgenes de resección y sobreeleva la mucosa. Al corte se constata una formación quística multiloculada con contenido de aspecto mucoso en su interior. Se muestran el material, se incluye en parafina, se realizan cortes histológicos y se colorean con técnica de hematoxilina y eosina. **Resultados:** Los hallazgos histológicos demuestran una formación tumoral quística multilocular separada por tractos fibrovasculares, rodeada por fragmentos musculares lisos, y revestida por un epitelio cilíndrico ciliado simple, que en sectores tiende a estratificarse. **Conclusiones:** El quiste de duplicación intestinal es una anomalía congénita rara, con escaso reporte en la bibliografía, que aparece sobre todo en la infancia. El 60% se ubican en intestino delgado con preponderancia yeyuno ileal. Suelen ser asintomáticos, aunque algunos contienen mucosa gástrica o pancreática ectópica, que puede producir hemorragia, ulceración y perforación. En ocasiones puede presentarse como una masa abdominal a menudo palpable.

#### P21

##### MULTICAUSALIDAD DEL FRACASO ESCOLAR EN ALUMNOS DE ESCUELAS DEL DISTRITO ESCOLAR N° 5.

*Vacirca S., Ferrario C., Giordano F., Massri P., Adelfang C., Noya C., Abdo Ferez MM, Lombardo L, Manjarin M.*

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

**Introducción:** Se habla de Fracaso Escolar (FE) cuando el grado de aprendizaje alcanzado por el niño es inferior a lo esperado, exceptuándose retraso mental. El FE se expresa en repitencia. **Objetivos:** 1. Establecer el porcentaje de repitencia en los alumnos evaluados. 2. Detectar factores asociados (FA) al FE en alumnos de seis (6) escuelas del Distrito Escolar N° 5 del G.C.B.A.

##### Material y Métodos.

- Se revisaron todos los protocolos del programa de Salud Escolar del Hospital Elizalde, completados durante el ciclo lectivo 2008 (marzo a diciembre).
- Población: Alumnos de 1°, 4° y 7° grado de las Escuelas N° 1, 3, 7, 15, 20 y 27 del Distrito Escolar N° 5 del G.C.B.A.
- Criterio de Inclusión: Todos los alumnos repitentes de las escuelas que forman parte de la población.

**Resultados:** FACTORES ASOCIADOS CON MAS FRECUENCIA A REPITENCIA. HAY PACIENTES QUE TIENEN MAS DE UN F.A. (MULTICAUSALIDAD DEL F.E.)

1. Viaje / Mudanza / Cambio de escuela, 2. Trastornos Foniátricos, 3. Hipotiroidismo, 4. Trastornos de Conducta, 5. Componente Social, 6. Trastorno Emocional, 7. Neurológico, 8. Pérdida de días de clase, 9. Trastornos de Aprendizaje, 10. Oftalmológica, 11. No estudia según la madre. **Total de Pacientes Examinados:** 981 **Total de Pacientes Repitentes:** 99 **Porcentaje de Repitentes detectado:** 10% **Conclusiones:** El porcentaje de repitentes detectado fue del 10%. El componente social fue el factor asociado más frecuentemente detectado y en este sentido, el accionar del G.C.B.A. es primordial para resolver esta situación. Los resultados encontrados coinciden con las características poblacionales de nuestras escuelas, ya que el FE fue menor en la escuela número 15 (3,5% de repitencia), con nivel socioeconómico medio, y mayor en la escuela N° 3 (31,1% de repitencia), con nivel socioeconómico bajo conformado por una importante población de familias de riesgo social que proviene de hoteles, casas tomadas y barrios de emergencia y por lo tanto, padece

grandes vulnerabilidades. Las escuelas que trabajan en contextos socioeconómicos desfavorables, requieren del diseño de estrategias mejoradas para la prevención del FE y constituyen un auténtico desafío para el Equipo de Salud Escolar.

## P22

### PROYECTO: TRIAGE EN GUARDIA MÉDICA.

Folgar J, Lago M, Martínez P, Mannucci C, Vazquez I, Vinelli N, Nieto MM. Departamento de Urgencias del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La demanda de atención médica en la guardia se ha incrementado significativamente demorando la atención de patologías que requieren cuidado inmediato. Esto podría deberse a: crecimiento poblacional, inadecuada utilización de servicios, aumento de la patología estacional. A fin de optimizar la atención médica brindado la totalidad de los recursos existente consideramos que el sistema de Triage, ayudaría a mejorar la calidad del Servicio. Definición de triage: proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes por grado de urgencia. **Objetivos:** El proyecto surge en respuesta a brindar mayor calidad en tiempo y forma a la comunidad que concurre a la guardia médica: optimizando el tiempo de espera para la atención; conteniendo la angustia de padres/familiares/tutores (PFT) con patologías banales; orientando a los PFT a la utilización de especialidades que el paciente requiere y el hospital brinda. Difundir el uso de triage en el Servicio de Guardia luego de protocolizar el mismo con la instrucción correspondiente del personal (enfermeras y médicos). **Material y Métodos:** Se entregará al PFT planilla numerada con horario, datos del paciente, motivo de consulta, temperatura, saturometría, frecuencia cardíaca y respiratoria. Luego se evaluará al paciente: crítico (atención inmediata), emergencia (atención en menos de 30 minutos), urgente (atención en 30-60 minutos) no urgente (60-120 minutos, patología crónica no descompensadas/controles de niños sanos por consultorio o especialidades - luego de solucionar las anteriores). Se señalará diagnóstico presuntivo y destino (internación, control consultorios externos en 24 horas o derivación) Se brindará contención a través del equipo de Salud Mental. **Zona triage:** guardia, al ingreso durante 24 horas. De no cumplirse con los tiempos, se realizará nuevo triage. **Resultados esperados:** Demostrar que el sistema de triage ayuda a la organización del Servicio de Guardia desbordado por la demanda excesiva, contando con un grupo asistencial entrenado (enfermeras y médicos). **Conclusiones:** La realización de triage organizaría la demanda desbordada de la guardia, priorizando la emergencia, intentando mejorar las necesidades insatisfechas de salud y optimizando recursos actuales poco utilizados.

## P23

### CAMBIO DE AGENTES BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ).

Gomez Sosa MJ, Pereyra M, Galán M, Quintana C, Marcantoni M, Pringe A, Brusco I, Cuttica R.

Sección Reumatología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Se ha demostrado la eficacia de los agentes biológicos para el tratamiento de AIJ; en algunos pacientes la eficacia se pierde con el tiempo y es necesario suspenderlos o cambiar a otra droga de este grupo. En nuestro conocimiento, se han comunicado varios estudios acerca del cambio de agentes biológicos en pacientes adultos con Artritis Reumatoidea, pero no así en niños. **Objetivos:** Evaluar los predictores para la suspensión del tratamiento y el cambio a una segunda droga, y la respuesta al mismo. Determinar las razones que justificaron dicho cambio de agente biológico y/o discontinuar el tratamiento. **Pacientes y Métodos:** Estudio retrospectivo, analítico en pacientes con diagnóstico de AIJ (criterios de ILAR) seguidos desde diciembre de 1999 a marzo de 2010. Las medidas de evaluación fueron los criterios ACR pediátrico (Gianini y col.) y los criterios para enfermedad inactiva Wallace y col. **Resultados:** De 121 pacientes, 26 cambiaron a un segundo biológico. Los pacientes se dividieron en dos grupos, 1) pacientes que cambiaron la terapia biológica, y 2) pacientes que no cambiaron. No

hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a la edad, género o forma de comienzo de AIJ. El 50% de los pacientes que presentaron uveítis requirieron cambio ( $p=0.006$ ) y el tiempo de demora al inicio de la terapia biológica fue de 2.7 años vs 4.5 ( $p=0.011$ ). No hubo diferencia en el score ACR entre ambos grupos durante el primer año de tratamiento, pero durante el segundo año el grupo que cambió de biológico mostró una diferencia estadísticamente significativa en el número de articulaciones inflamadas y limitadas ( $p=0.031 - p=0.05$ ). Como segundo biológico, etanercept fue efectivo en un 80%, infliximab en 44% y adalimumab en 11% en alcanzar remisión de la enfermedad ( $\text{Chi}^2 0.046$ ). La presencia de uveítis fue la única en mostrar una diferencia estadísticamente significativa como factor pronóstico para el cambio de tratamiento  $p=0.02$  OR: 7.2 (IC 2.0 - 25.4). **Conclusiones:** La uveítis fue el principal factor predictor para el cambio de terapia biológica. Se obtuvo mejor respuesta con el cambio de otro biológico a Etanercept.

## P24

### SÍNDROME NEFRÓTICO (SN) CÓRTICO DEPENDIENTE CON DISFUNCIÓN TUBULAR GENERALIZADA.

Alvarado C<sup>1</sup>, Bortolazzo C<sup>2</sup>, Toledo I<sup>1</sup>, Corti S<sup>1</sup>, Martín S<sup>1</sup>, Debaisi G<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Nefrología, <sup>2</sup>Consultorios Externos, <sup>3</sup>UTI Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La coexistencia de disfunción tubular generalizada y SN es extremadamente rara. La disfunción tubular generalmente se desarrolla dentro de los meses o años de comenzado el SN, aunque pueden presentarse simultáneamente. No está claro si ambas tienen una común etiología y patogénesis o si una guía el desarrollo de la otra. El túbulo proximal es el que está usualmente afectado, conformando un Síndrome de Fanconi. **Objetivos:** Presentar una infrecuente asociación de SN con disfunción tubular generalizada. **Caso Clínico:** Niño de 2 años y 6 meses con debut de SN con anasarca. Presenta cortico-sensibilidad con cortico-dependencia, con múltiples recaídas. Se trató con meprednisona 60 mg/día por 6 semanas y 40 mg/día por 6 semanas. Recibió cloranbucilo 0.2 mg/Kg por 8 semanas para revertir cortico-dependencia, sin respuesta. Se realiza punción biopsia renal que muestra glomerulopatía mesangial con depósitos de IgM. Función renal normal sin alteraciones del medio interno. Discontinúa seguimiento por dos años. Comienza con debilidad muscular, tetania y convulsiones. Por lo que se interna en UTI, se detecta proteinuria masiva con hipoalbuminemia, caída de filtrado a 22 ml/min/1.73 SC. Acompañado de hipo calcemia, hipo kalemia, hipo fosfatemia, hipo magnesemia, glucosuria con glucemia normal y acidosis metabólica. El aumento de la eliminación renal de fósforo, magnesio, glucosa y ácido úrico, todos manejados a nivel de túbulo contorneado proximal configuran un síndrome de Fanconi. La elevada excreción fraccionada de bicarbonato mayor al 15% (15.6%) se considera de origen proximal. La nueva biopsia renal muestra cronicidad evolutiva por 26% de glomérulos en oblea, con importante compromiso del intersticio evidenciado por marcada fibrosis intersticial con extensa atrofia tubular. Con pulsos de metilprednisolona más meprednisona mejora la función renal hasta 63ml/min/1.73 SC y la proteinuria 13.5 mg/Kg/día. Continuando con aporte sustitutivo de potasio, bicarbonato, magnesio y fósforo. **Conclusión:** La proteinuria masiva, por sus efectos deletéreos sobre el riñón, si bien pudo contribuir al desarrollo del S. de Fanconi. El hecho que muchos niños presenten proteinuria masiva constante sin presentar S. de Fanconi, hace pensar en que se trata de una asociación infrecuente.

## P25

### APLICACIÓN DEL EXAMEN DE EJERCICIO CLÍNICO REDUCIDO EN ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA.

Torres F, Cutri M, Manjarín M, Di Lalla S, Potasnik J, Osorio MF, Ferrero F, Wainstein R.

Unidad Académica Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** la evaluación de alumnos durante el internado anual rotatorio (IAR) puede ser dificultosa. El examen de ejercicio clínico reducido (EECR), aplicado durante la atención a un paciente real,

constituye una forma práctica de evaluación durante esta etapa de la formación. Esto permite una devolución al alumno que permite reforzar o corregir las diferentes competencias. **Objetivo:** describir los resultados de la implementación del EECR para alumnos del IAR durante su rotación por el Servicio de Pediatría del HGNPE. **Material y método:** se administró el EECR a alumnos del IAR de la cursada de pediatría en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde desde el mes de mayo del 2010 hasta la fecha. El examen fue administrado por tres evaluadores y accedieron participar 20 alumnos. Se registró diagnóstico del paciente, edad, complejidad de la consulta y el énfasis de la misma (recopilación de datos, diagnóstico, terapéutico). Los datos se describen como promedio y desvío estándar o números absolutos y rango según corresponda. Se solicitó consentimiento informado. **Resultados:** la edad de los pacientes tuvo un promedio de  $3,5 \pm 2,9$  años, 10 consultas correspondieron a seguimiento. La complejidad de las consultas fue "baja" en 7 ocasiones y 13 fueron "moderadas". La competencia global del EECR fue de 5 a 9 puntos, con una moda de 8 puntos. El tiempo de observación del examen fue de  $17,7 \pm 4,9$  minutos y de  $14 \pm 5,5$  minutos para la devolución del mismo. El grado de satisfacción para el observador fue de  $6,85 \pm 1,34$  puntos y para los alumnos de  $7,85 \pm 1,37$  puntos. **Conclusión:** el EECR es una forma de evaluación potencialmente aplicable en alumnos del IAR. La competencia global evaluada fue satisfactoria, los tiempos de evaluación y devolución fueron acordes, y los alumnos mostraron un nivel de satisfacción aceptable. Se necesitan más estudios al respecto.

#### P27

##### TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DISFONÍA EN NIÑOS.

*Pisa V, Barros MD, Rodríguez V, Bellia Munzon P, Escobar G.*

Servicio de Otorrinolaringología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El tumor de células granulares o Tumor de Abrikosoff es una neoplasia benigna en la mayoría de los casos, con baja incidencia en pacientes pediátricos y que puede afectar cualquier órgano del cuerpo, localizándose en cabeza y cuello 45% - 65% y en laringe 6%-10% de los casos. Solo se han reportado 20 casos de presentación laríngea en pediatría en la literatura mundial. El tumor suele aparecer como un pequeño nódulo solitario, bien definido, sesil o pediculado y asintomático en la mayoría de los casos. La extirpación quirúrgica completa del tumor es habitualmente curativa. **Objetivos:** Presentar caso clínico en una niña con disfonía progresiva, revisar la bibliografía. **Población:** Paciente de consulta ambulatoria de la Sección de Endoscopia Peroral, Servicio de ORL. **Material y Método:** Paciente de 8 años de edad, sexo femenino que consulta por disfonía progresiva de 3 meses de evolución. Se realiza fibrolaringoscopia y radiografía de perfil de cuello: evidenciándose tumor en la comisura anterior con extensión a subglotis. Se realiza biopsia por medio de microcirugía laríngea. Resultado de anatomía patológica: Tumor de células granulares (células grandes, redondeadas, con citoplasma granular eosinofílico abundante). Tratamiento: resección con pinzas por vía endoscópica. **Resultados:** La paciente se mantiene en seguimiento por nuestro servicio. **Conclusiones:** El tumor de células granulares debe considerarse en el diagnóstico diferencial de los tumores de laringe. El diagnóstico se realiza por anamnesis, fibrolaringoscopia, radiografía y se confirma con el estudio histológico. El tratamiento recomendado es la extirpación quirúrgica por vía endoscópica (con pinzas o con láser) o por vía externa. Se recomienda un seguimiento a largo plazo para evitar posibles recurrencias.

#### P28

##### DETECCIÓN TEMPRANA DE HIPOACUSIAS. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO.

*Juchli M, Klenner I, Niotti M, Polito V, Vazquez M, Cruz D.*

Servicio de Otorrinolaringología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La hipoacusia neurosensorial (HNS) tiene una incidencia del 1,6 al 6 %, siendo 30 veces más frecuente que la fe-

nilcetonuria, 10 más que el hipotiroidismo y 5 veces más que la fibrosis quística. El 50% de los pacientes no presentan indicadores de riesgo y solo el 4 - 5 % de los hipoacúsicos lo tienen. Para cumplimentar la ley 25.415, que establece que todo niño debe ser estudiado al menos una vez auditivamente antes de los 3 meses, se realizaba en este hospital el screening por métodos subjetivos hasta abril de 2009, ya que carecíamos de equipos de otoemisiones acústicas (OEA) o potenciales evocados auditivos (BERA) que permiten la evaluación objetiva. A partir de esta fecha, el screening se realiza según las recomendaciones internacionales vigentes. **Objetivos:** Determinar la incidencia de HNS y el grado de HNS; evaluar la aparición de HNS tardía en el grupo de alto riesgo. **Población:** Pacientes que concurren al servicio de ORL entre 1/1/06 y 31/3/10, cuyo motivo de consulta fue screening auditivo. **Métodos:** Se evaluaron pacientes que ingresaron al programa a través de una historia clínica detallada, examen físico y estudios audiológicos: a-evaluación por tonos complejos (instrumentos sonoros) b-por observación de la conducta por tonos puros (frecuencias 250 a 4.000 Hz) por ruido modulado (warble) y c-por respuesta a la voz (en umbral a campo libre). Por dos operadores independientes. A partir de abril de 2009 las OEA por producto de distorsión fue el estudio inicial y en los sucesivos controles de aquellos pacientes con factores de riesgo se completa con estudios subjetivos y BERA. A los pacientes sin factores de riesgo se los controló nuevamente en un año. **Resultados:** De 7053 niños se hallaron 46 con HNS de moderada a profunda en el estudio inicial, de los cuales 11 han sido confirmadas (6 con HNS bilateral moderada, 3 con HNS bilateral severa y 2 con HNS bilateral severa a profunda). Se detectó un paciente con HNS de aparición tardía. **Conclusiones:** La incidencia de HNS ha sido estimada en 1,55 %. El grado de HNS detectada es variable al momento de la detección. Se ha detectado un caso de HNS de aparición tardía (luego de los 12 meses de vida) lo que hace pensar en la necesidad de seguimiento prolongado en los pacientes con factores de riesgo de hipoacusia.

#### P29

##### ALCOHOL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA.

*Méndez AM, Rodríguez de Behrends M.*

Unidad Toxicología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El consumo de alcohol en menores constituye un grave problema de salud pública que se ha ido incrementado en los últimos años. El estudio de toda toxicomanía requiere comenzar con el análisis de los datos que aportan los Servicios de Toxicología de los Hospitales especializados. **Objetivo:** La presente investigación se planteó determinar la frecuencia de consultas a consecuencia del alcohol de menores de 19 años que asistieron para su atención a la Unidad de Toxicología del Hospital Dr. Pedro de Elizalde. **Material y Método:** Estudio observacional descriptivo sobre el relevamiento de 2909 HC de pacientes consultantes entre 2002 y 2009. **Resultados:** Se detectaron 214 casos en los cuales se manifiesta el consumo o utilización del alcohol. La distribución según sexo es del 76,6% a predominio de varones. Según zona de residencia el 39,72% reside en Ciudad de Bs As; el 50,46% se distribuye entre los principales partidos del conurbano bonaerense y 9,82% corresponde a Niños en Situación de Calle. Se hallaron 15 casos (6,6%) de niños menores de 5 años, 14 casos (6,5%) de niños de 6 a 12 años, 94 casos (44,5%) de niños de 13 a 15 años y 91 casos (42,4%) entre 16 y 19 años. La asociación de Tabaco, Marihuana y Cocaína comienza a registrarse con baja prevalencia en el grupo de 6 a 12 años (Tabaco y Cocaína el 21,4% y Marihuana 35,7%) hasta hallar su máximo consumo en el grupo de 13 a 19 años (Tabaco: 54,5%; Cocaína: 33% y Marihuana: 64,8%). El Hospital de Niños Dr. Pedro de Elizalde es centro de derivación de UAP, Cesac's y Hospitales Generales de CABA y GBA. Al mismo llegan casos complejos y extremos de consumo legal y/o ilegal de una sustancia, como lo es el alcohol etílico. **Conclusiones:** Los pacientes que llegan a consulta, comienzan a consumir alcohol a edades muy tempranas, con o sin consentimiento de los adultos



responsables. Se han detectado casos de Síndrome Alcohólico Fetal y de Trastornos Alcohólicos Fetales y utilización de los Paños de Alcohol como método terapéutico. El consumo de Tabaco, Marihuana y Cocaína comienza también a edades muy tempranas (entre los 6 y 12 años) y va en crecimiento. El motivo de consulta no suele ser el consumo de alcohol, lo que evidencia su alta tolerancia social. El abuso de alcohol constituye una problemática de naturaleza pediátrica y resulta ser la puerta de entrada de otras drogas ilegales.

### P30

#### ENFISEMA RETROFARÍNGEO, CAUSA POCO HABITUAL DE ODINOFAGIA.

De Lillo L<sup>1</sup>, Del Vecchio R<sup>2</sup>, Piccolo A<sup>2</sup>, González N<sup>3</sup>, Vaccaro H<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Jefe de Unidad de Guardia - CEM III, <sup>2</sup>Unidad Guardia, <sup>3</sup>Jefa CEM III, <sup>4</sup>Jefe de Departamento de Urgencias Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La Odinofagia es un motivo muy frecuente de consulta pediátrica espontánea, tanto en guardia como en consultorio externo. Se presenta una causa poco habitual de la misma.

#### Objetivos:

- Llevar a nuestros colegas a considerar otros diagnósticos diferenciales ante la presencia de odinofagia.
- Resaltar el valor indiscutible del interrogatorio dirigido y el examen físico detallado.

**Descripción del Caso Clínico:** se trata de un niño de 12 años de edad que consulta a guardia, por padecer intensa odinofagia de aproximadamente 12 horas de evolución. Al examen físico se muestra en buen estado general, lúcido, con suficiencia cardiorrespiratoria, afebril. Como datos positivos sólo presentaba una ligera congestión faucial y a la palpación se constata un área con crepitación en la región superior del hemitórax derecho, compatible con enfisema subcutáneo. Durante el interrogatorio surge que presentó un importante acceso de tos seca e irritativa durante la noche anterior. Los estudios complementarios realizados incluyeron un exudado de fauces que finalmente fue negativo, laboratorio mínimo de guardia normal y una placa de tórax que confirmó el enfisema subcutáneo. Se completaron los estudios con un perfil de tórax normal y un perfil de cuello en donde se pudo ver claramente aire en el espacio retrofaríngeo, sin evidencia de inflamación de partes blandas. Por último se practicó un trago de bario que descartó lesión esofágica. Como tratamiento se lo coloca cánula nasal para aportar oxígeno y analgésicos. La evolución fue favorable. **Conclusiones:** Se debe considerar al enfisema retrofaríngeo entre los diagnósticos diferenciales de odinofagia. La presentación de este caso confirma, sin lugar a dudas, la importancia del interrogatorio y el examen físico detallado en la atención pediátrica.

### P31

#### DISQUINESIA CILIAR PRIMARIA. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS PEDIÁTRICOS.

Giannotti L, Loor R, Lerer C, González N, Nobúa O, Pawluk V.

División Neumotisiología, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La Disquinesia ciliar primaria (DCP) es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva que afecta a 1/16000 recién nacidos vivos, que incluye la inmovilidad completa o la movilidad anormal de cilios y flagelos. Se manifiesta clínicamente por variados síntomas: bronquitis obstructiva recurrente, neumonía a repetición, sinusitis recurrente, atelectasias a repetición, otitis media aguda recurrente, bronquiectasias, situs inversus, hígado poliquístico, enfermedades del riñón, problemas en el sistema nervioso central (retinopatía e hidrocefalia), atresia de vías biliares y embarazos ectópicos.

**Objetivo:** Presentar 3 pacientes con diagnóstico de DCP, asistidos en nuestro servicio. **Resultados:** Caso 1: niño de 8 años consulta por broncoespasmos, sinusitis y otitis a repetición. Los estudios de diagnóstico por imágenes evidenciaron bronquiectasias cilíndricas proximales bilaterales, situs inversus, y patología renal asociada. Caso 2: niño de 14 años consulta por fiebre, bronquitis crónica con expectoración purulenta y broncoespasmos a repetición. Presentaba bronquiectasias con patrón destructivo en lóbulo medio que requirió resección. Espermograma: espermatozoides inmóviles 100%. Caso 3: paciente de sexo femenino, 16 años de edad, consulta por sinusitis, episodios de

dificultad respiratoria, con broncorrea purulenta y fiebre. Presentaba situs Inversus, bronquiectasias en lóbulo medio y ambos lóbulos inferiores con infiltrados heterogéneos. Los casos 1 y 3 correspondieron a Síndrome de Kartagener. En los tres casos se realizó investigación de la estructura y función ciliar por microscopía electrónica. Realizaron controles periódicos clínicos y de la función pulmonar. Tratamiento kinésico respiratorio, prevención de infecciones y control de factores contaminantes ambientales. Dos de ellos por su edad continúan su atención en Hospital María Ferrer. **Conclusiones:** Los 3 pacientes se presentaron de manera similar, con tos productiva, persistente, halitosis, sinusitis crónica y otitis crónica. Es una enfermedad de buen pronóstico, dado que los síntomas mejoran en la edad adulta. La expectativa de vida con tratamiento adecuado es normal, pero con diagnóstico tardío, podría ser reducida. En todos los casos es imperativo evitar la exposición al humo del cigarrillo.

### P32

#### TRATAMIENTO CON PROPRANOLOL EN HEMANGIOMAS; NUESTRA EXPERIENCIA.

Valle LE, Barabini L, Fischman E y Grees SA.

Servicio Dermatología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Los hemangiomas son los tumores benignos más frecuentes en la infancia, se observan desde los primeros días o meses de vida. En el 80% de los pacientes portadores de hemangiomas se observa la involución espontánea; alrededor del 20% restante de los hemangiomas por su tamaño, su ubicación o su evolución pueden requerir terapéutica. El tratamiento a utilizar puede ser local, destinado a tratar las complicaciones como ulceración, sangrado, dolor o pueden requerir tratamiento sistémico cuando suponen un riesgo vital o afectan de algunas de las funciones vitales. Dentro de las terapéuticas sistémicas utilizadas la prednisona a dosis 2 a 3 mg/kg/día constituye el tratamiento de elección. El interferón alfa 2a como 2b y la vincristina son otras alternativas en caso de resultados insuficientes a la utilización de corticoides. Léauté-Labreze C. y colaboradores publican en el año 2008 su trabajo sobre el uso de propranolol en el tratamiento de hemangiomas severos en la infancia, comunicando 11 pacientes que presentaron una rápida, adecuada y sostenida respuesta. Comunicamos nuestra experiencia en un grupo de pacientes tratados con propranolol entre mayo del 2008 y agosto de 2010. **Material y método:** 14 pacientes: 11 femeninos - 3 masculinos. **Resultados:** Edad: 2 a 11 meses - Dosis 1 a 2 mg/kg/día en 2 dosis. **Localización:** periorbitaria: 9, área facial: 2; área perineogenital 1; cara 1; mucosa oral 1. **Duración:** 5 meses a 11 meses, 1 paciente discontinuó tratamiento al mes. **Otros tratamientos metilprednisona 2 mg/kg/día previo o concomitante:** 11 pacientes. Control clínico, laboratorio y cardiológico. **Complicaciones:** ninguna. **Conclusiones:** El propranolol, beta bloqueante, constituye una útil y confiable terapéutica utilizada en la actualidad que puede ser indicada en especial en los hemangiomas que determinen riesgo para la vida del paciente y/o comprometan órganos y/o funciones vitales. Actualmente constituye un tratamiento de elección desplazando incluso a los corticoides. Se destaca la necesidad de control clínico, cardiológico y laboratorio previo y durante el tratamiento, de los niños como forma de prevenir o tratar los excepcionales efectos adversos referidos, hipoglucemia o hipotensión.

### P33

#### HAMARTOMA PULMONAR.

Giannotti L, Loor R, González N, Pawluk V, Nobúa O.

División Neumotisiología, Hospital general de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El Hamartoma pulmonar es una neoplasia benigna derivada del mesénquima de la pared bronquial, que puede presentar localización endobronquial o endotraqueal. Sus elementos tisulares si bien son maduros, están desorganizados y consiste en una variada combinación de cartílago, tejido conectivo, grasa, músculo liso y epitelio respiratorio. Son tumores pulmonares raros. La mayoría se descubren en la edad adulta, con mayor incidencia en la sexta década de la vida y raramente son diagnosticados durante la infancia. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con diag-

nóstico de Hamartoma pulmonar. **Caso clínico:** Niña proveniente de la provincia de San Luis, que al año de edad consulta a su pediatra, por presentar tos, dificultad respiratoria y fiebre. Se diagnostica Bronquiolitis, y se solicita Rx de tórax donde se observa en lóbulo superior derecho imagen redondeada heterogénea de bordes regulares de 30mm. Es estudiada haciendo diagnóstico de Hamartoma Pulmonar intraparenquimatoso y es intervenida quirúrgicamente a los 4 años de edad. **Estudios realizados:** Rx. de Tórax: el patrón radiológico "en palomitas de maíz", es casi diagnóstico; TAC de tórax y abdomen con contraste: se observa en parénquima pulmonar infiltrado alveolar basal posterior derecho asociado a derrame pleural del mismo lado. En lóbulo superior del pulmón derecho se observa imagen polilobulada de 35mm de diámetro con nivel aéreo en su interior. Se realizó lobectomía con buena reexpansión del parénquima pulmonar. **Anatomía patológica:** lesión solitaria intraparenquimatoso, compuesta por lobulillos de tipo cartilaginoso, rodeado de tejido fibroblástico laxo (mixomatoso), tejido adiposo y músculo liso. **Conclusión:** Los Hamartomas son tumores benignos y la resección quirúrgica es curativa, en casos muy aislados puede existir riesgo de desarrollo ulterior de carcinoma de pulmón.

### P34

#### ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA POSTINFECCIOSA (EPOC POST INFECCIOSA). CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES.

*Loor C, Pawluk V, González N, Giorgetti M, Stadelmann A, Lepera C, Sullivan M, Giannotti L, Lerer C, Nobúa O.*

División Neumotisiología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La EPOC post infecciosa se presenta con más frecuencia en niños menores de 1 año, afectados por una Infección respiratoria aguda grave (IRAB) con desarrollo de insuficiencia respiratoria crónica. Los primeros casos fueron reportados en la década del 90, incrementándose el conocimiento de su evolución desde entonces. **Objetivos:** Analizar las características demográficas, etiológicas y requerimientos de Oxigenoterapia domiciliaria (OTD) de estos pacientes. **Población:** Se revisaron 416 historias clínicas y se incluyeron 147 pacientes que reunieron criterio de EPOC-post infeccioso (hipoxemia persistente, signos de obstrucción bronquial fija, Rx de tórax patológica persistente y TCAR de pulmón con patrón en mosaico, atrapamiento aéreo y pérdida de volumen). **Material y métodos:** Estudio Observacional, descriptivo de una cohorte de pacientes con EPOC-Postinfeccioso seguidos en el servicio de Neumotisiología del Htal. de niños Pedro de Elizalde desde 1993 hasta septiembre de 2010. **Resultados:** De los 147 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, 89 (60.5%) fueron varones, la mediana de edad de la IRAB fue de 6 meses, Rango 1-24 meses, el Adenovirus fue el agente etiológico en el 44,2% de los casos, con antecedente de ARM en 82 niños (55.7%) con una mediana de tiempo de 14 días. Oxigenoterapia domiciliaria (OTD) 37 pacientes con una mediana de 7 meses. **Conclusión:** De los datos obtenidos se destaca que la mayor parte de los pacientes sufrió su agresión inicial antes del año de edad, predominando el sexo masculino, siendo el adenovirus, el agente etiológico más frecuentemente aislado, coincidiendo con datos reportados en otros centros. 37 pacientes requirieron OTD de las cuales 59.4% aun la continúan.

### P35

#### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MENINGITIS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.

*Ferrario C, Bokser V, Coarasa A, Miño L, Rial MJ.*

Promoción y Protección; Epidemiología Bacteriología-Laboratorio Central. 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 2006/2009. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Población: niños internados con diagnóstico de

Meningitis en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde entre 01/01/2006 y 31/12/2009. 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 PCR positivo en LCR. **Resultados:** Entre el 01/01/2006 y el 31/12/2009 se internaron 221 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 33,2 meses (mediana 10 meses). Se identificó el agente etiológico en 105/221 pacientes (47,5%): *Neisseria meningitidis B 18*, *Neisseria meningitidis C 5*, *Neisseria meningitidis W135 2*, *Neisseria meningitidis* sin tipificar 2, *Streptococcus pneumoniae 17*, *Haemophilus influenzae b 1*, *Enterovirus 45*, *criptococo 1*, *Streptococcus agalactiae 2*, *M tuberculosis 2* La edad media de las MB fue de 33,6 meses (mediana:3 meses) y para meningitis virales(MV) una edad media de 74 meses (mediana:72 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 germen. En cuanto a las meningitis virales, el agente etiológico predominante fue enterovirus. La edad que se presenta las MV es significativamente mayor que para las bacterianas.

### P36

#### UNA MIRADA TERAPÉUTICA DIFERENTE.

*Martins LV.*

Unidad Toxicología Hospital de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** En el estudio de la carrera de Medicina, los médicos aprendemos una de las formas de curar. Con el tiempo vamos conociendo que nuestros pacientes poseen una individualidad, que permite que ante las mismas enfermedades, su evolución no dependa sólo de la medicación que le indicamos sino de algo propio del paciente, que hace que su reacción no sea exactamente igual a la de otro. El tener en cuenta esta individualidad nos permite acercarnos a otra forma de curar, a una medicina que ya lleva más de 200 años funcionando y que se llama Homeopatía. **Objetivo:** Poner de manifiesto una forma terapéutica distinta, en donde es muy importante el abordaje personalizado del paciente y el uso de dosis infinitesimales, que permite la posibilidad de no provocar efectos adversos en los individuos. Muchas de las sustancias utilizadas en la homeopatía surgen del estudio de efectos tóxicos de diferentes elementos de la naturaleza. **Material y métodos:** Presentación de un caso clínico de un niño con diagnóstico de reflujo gastroesofágico tratado con medicación homeopática. **Caso Clínico:** paciente de 6 años de edad medicado durante dos años con drogas convencionales para reflujo gastroesofágico, que consulta por persistir con síntomas a pesar de la medicación. Se le realiza una historia clínica homeopática indagando las causas previas a la sintomatología y se le indica una medicación en forma de una sal de azufre y al cabo de un mes logra la desaparición de los síntomas, persistiendo dicho resultado hasta la actualidad (tiempo transcurrido 1 año y tres meses) **Resultados:** Las sustancias a dosis tóxicas provocan morbimortalidad. Esas mismas sustancias a dosis infinitesimales (no medible), hechas a partir de múltiples diluciones, producen curación de enfermedades. Este es uno de los principios de la Medicina Homeopática. En este caso, un tóxico como el azufre utilizado a dosis infinitesimales, puede ejercer una acción curativa. Esta acción es específica para este paciente en particular. Cada paciente, con su sintomatología, historia de vida y su forma de ser y de enfermarse es abordado con un medicamento homeopático específico para su INDIVIDUALIDAD. **Conclusiones:**

Este caso, demuestra cómo la medicina homeopática puede colaborar en la curación de patologías de todo tipo y también dar respuestas a algunos pacientes que no pueden hallarla en la medicina alopática. Siempre siguiendo el principio hipocrático: "no hay enfermedades sino enfermos".

### P37

#### IMPACTO EN PEDIATRÍA DEL CONSUMO MATERNO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO.

Carro A, Crocinelli M, Fernández M, Nieto M, Yanicelli M.

**Introducción:** El síndrome de alcoholismo fetal (SAF) es una de las causas más frecuente de retraso mental en el mundo occidental y la única prevenible. La exposición intrauterina a concentraciones de etanol inferiores a las que producen una fetopatía alcohólica completa se asocia a manifestaciones más sutiles, las cuales se denominan efectos fetales del alcohol (EFA). dentro de los mismos se incluyen: malformaciones congénitas relacionadas con el alcohol (MCRA), y trastorno neuromadurativo relacionado con el alcohol (TNRA). A pesar de la existencia de una mayor conciencia de este defecto congénito, continúan ocurriendo nuevos casos siendo pocas veces reconocidos por el médico. **Objetivos:** Otorgar herramientas de información al pediatra acerca de los efectos del alcohol intrauterino para mejorar las estrategias de prevención de esta patología.

**Material y Métodos:** se realizó la descripción de un caso clínico y revisión bibliográfica de SAF y EFA. **Caso Clínico:** Paciente de un año de edad sin antecedentes patológicos de importancia ingresa a guardia por síndrome febril de 24 horas de evolución e irritabilidad. Es traída por su tía quien refiere alcoholismo materno y posible intoxicación etílica de la niña. Al examen físico se detecta hipertelorismo, hipertriosis, asimetría de cara, asimetría de tórax a predominio derecho, angioma en región dorsal, lipoma supraciliar. **Neurodesarrollo:** retraso madurativo, hipotonía distal, no se sienta sola. **Ecocardiograma:** - CIA - Dilatación de cavidades derechas -Septum Disquinético -Imagen en aurícula derecha compatible con Red de Chiari, compatibles con Síndrome Alcohólico fetal. La madre confirma haber tomado alcohol durante el embarazo y la lactancia. **Conclusiones:** Es posible prevenir el SAF, asesorando a las mujeres en edad fértil respecto de los efectos del alcohol sobre el feto. El pediatra cumple un rol muy importante tanto en la atención del niño con SAF como en su prevención. Resulta imperativo que el consumo materno de alcohol y sus secuelas sean considerados y abordados en la práctica pediátrica diaria.

### P38

#### NEFROPATÍA POR IGM.

Careaga C, Wainsztein R, Corti S, Gogorza C, Alvarado C., Martin S, Ballestracci A, Toledo I, Cao G.

Servicio de Nefrología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La nefropatía por IgM (NlgM) es una glomerulopatía idiopática caracterizada por un variable aumento de la matriz y de la celularidad mesangial, con depósitos granulares mesangiales de IgM, globales o segmentario y difusos, asociados generalmente a depósitos de C3. Debido a que los hallazgos histopatológicos son semejantes a los de la enfermedad por cambios mínimos o a la esclerosis focal y segmentaria (EFS), la NlgM es cuestionada como una entidad independiente y se postula que sería una forma de transición entre ambas patologías. Sin embargo otros autores la definen como una entidad distinta por su corticorresistencia y por la distribución de los depósitos de IgM. Puede presentarse con Síndrome Nefrítico (SN), proteinuria sin SN, proteinuria y hematuria o microhematuria aislada. Algunos pacientes cursan con hipertensión arterial (HTA) lo que aumenta el riesgo de evolucionar a Enfermedad Renal Crónica (ERC). El tratamiento inicial es la administración de corticoides con respuesta variable al mismo. **Objetivo:** Describir la forma de presentación, evolución, respuesta al tratamiento y hallazgos histológicos de los pacientes con NlgM atendidos en nuestro Servicio. **Material y Métodos:** análisis retrospectivo y descriptivo de 5 pacientes con NlgM. Período 1995-2010 en la Unidad de Nefrología del HGNPE.

### Resultados:

Edad (años)	Sexo	Clínica	FR	TA	Tratamiento CT CF	Histología MO IF
6	F	SN Microhematuria	N	N	CS/CR Remisión	HM IgM+++ C3+++
2,5	F	SN	N	N	RF Remisión	EFS IgM+++
1,75	F	SN Microhematuria	N	N	CR En Tratamiento	HM NM IgM++ IgM+C3+
7	F	SN	N	N	CR Remisión	HM C3++ IgM++
2,5	M	SN	N	N	CR Remisión	HM IgM+++ C3+++ EFS IgM+++ Fibrosis C3+++

**Conclusión:** El 80% de nuestros pacientes requirió ciclofosfamida, por lo que destacamos la importancia de identificar esta entidad debido a su alta tasa de resistencia y/o dependencia al tratamiento esteroideo, con evolución a la EFS y fallo renal. El diagnóstico histopatológico se basa en el patrón de inmunofluorescencia mesangial que adoptan los depósitos de IgM, los cuales deben ser prevalentes en intensidad y extensión, dado que la misma puede hallarse acompañada de otras inmunoglobulinas y C3.

### P39

#### LUPUS AMPOLLAR: MANIFESTACIÓN POCO FRECUENTE ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL (LESJ).

Grees S, Laffargue J, Pereyra M, Gómez Sosa MJ, Galán M, Marcantoni M, Pringe A., Brusco Ml., Cuttica R.

Sección de Reumatología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El compromiso cutáneo en pacientes con LES es común y heterogéneo, presentándose hasta en el 90% de los pacientes y es la primera manifestación de enfermedad en el 23% al 28%.

**Objetivo:** Presentar una paciente con diagnóstico de LESJ que desarrolla lesiones ampollares generalizadas, y establecer los posibles diagnósticos diferenciales. **Caso Clínico:** Paciente de 17 años con diagnóstico de LESJ y Nefritis Lúpica clase IV en tratamiento con ciclofosfamida, meprednisona, hidroxycicloroquina, enalapril y protección solar. En su evolución presenta marcada fotosensibilidad y reiterados episodios de forunculosis y lesiones ulcerativas en región glútea y muslos. Diagnósticos presuntivos: ectima, paniculitis lúpica, fotosensibilidad. Recibe tratamiento local con Hidrocortisona, Ac Fusidico + Betametasona, Mupirocina nasal, y sistémico con Trimetoprina Sulfametoxazol (TMS). Cultivo de hisopado nasal: SAMR. Cultivo de punción aspiración de lesión de piel: S. Aureus sensible a TMS. En febrero, mayo y junio de 2010 repite forunculosis. En junio de 2010 presenta rash urticariano en raíz de miembros, se interpreta como Urticaria Lúpica y recibe tto sintomático. El 03/09/10 se interna en sala de pediatría por enfermedad ampollar generalizada en paciente inmunosuprimido. Comienza 15 días previos con lesiones ampollares pequeñas en muslos que la paciente destecha y ante la no mejoría decide tomar TMS, empeorando el cuadro con presencia de edema y ampollas tensas con contenido serohemático o claro en cara, labios, paladar, cuello, tronco, brazos, nalgas, genitales. Afebril. VSG elevada. Se plantean diagnósticos presuntivos: Necrosis Epidérmica Tóxica, Enfermedades ampollares inmunológicas y Lupus ampollar. Recibe Gammaglobulina 1g/k/ dosis, Clindamicina, Hidrocortisona, Difenhidramina, Nalbufina. Al tercer día continúa

afebril, con nuevas lesiones ampollares. El 7/09/10 se realiza biopsia de piel de muslo derecho que evidencia hallazgos compatibles con Lupus Ampollar. Comienza tratamiento con Dapsona, presentando una evidente mejoría con resolución de las lesiones en 24 hs. **Conclusión:** El lupus ampollar es una manifestación poco frecuente y obliga a considerar otros diagnósticos diferenciales; el tratamiento con dapsona resultó francamente efectivo en nuestra paciente.

#### P40

##### APLASIAS CONSTITUCIONALES, EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA.

*Morici M.; Cosentini, L.; Kannemann, Cafferata, C.; A.; Attach, R.; Carli G.; D'Aloi, K.; Mancuso R.; Amaral D.; Veber S.; Lavergne M.; Elena, G.*

Servicio de Hemato-Oncología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Son desordenes genéticos caracterizados por fallo en la producción de células hematopoyéticas, con anomalías congénitas asociadas y heterogeneidad clínica y molecular. Representan el 15-20% de todos los fallos medulares. **Objetivo:** Describir la experiencia en el Hospital Elizalde de los fallos medulares congénitos desde el 01/01/90 al 01/06/10. **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, analítico y transversal. **Población:** Se analizaron 14 historias clínicas de pacientes con fallo medular congénito. **Resultados:** Del total de 14 ptes: 8 fueron Anemias de Blac-kfan Diamond (ABD), 4 Anemias de Fanconi (AF), 1 Disqueratosis congénita (DC) y 1 Trombocitopenia con ausencia de radio (TAR). Variables analizadas: Edad media al diagnóstico: 29m, estigmas físicos 80%, supervivencia global con seguimiento medio de 13 años: 85%, trasplante de médula ósea (TMO) 21%. En ABD la edad media fue de 6 m, con una Hb media de 5.3 g/dl. El 88% presentó malformaciones asociadas y las más frecuentes fueron craneofaciales y de miembros superiores. El 60% respondió a los corticoides al mes de tratamiento. Un pte recibió TMO. Supervivencia global a los 13 años: 100%. Un pte presentó remisión espontánea en la adolescencia. En AF la edad media fue de 75 m, Hb media de 9.5g/dl, leucocitos 3.700 mm<sup>3</sup> y plaquetas 27.000 mm<sup>3</sup>. El 100% de los ptes presentaron anomalías asociadas siendo las malformaciones de los miembros superiores las más frecuentes. Tratamiento: 1 pte recibió corticoides y oximetolona sin respuesta, 1 pte recibió TMO y el resto sostén transfusional. Supervivencia global a 13 años: 50%. Reportamos 1 pte con DC diagnosticado a los 56 m con Hb media 9.4g/dl, leucocitos 3800 mm<sup>3</sup> y plaquetas 31.000/mm<sup>3</sup>. Realizó TMO falleciendo post-trasplante. Se diagnosticó un paciente con TAR, edad al diagnóstico 3m con Hb de 8.3 G/dl y plaquetas de 40.000mm<sup>3</sup> que continúa en seguimiento. **Conclusiones:** La ABD se diagnosticó durante el primer año de vida, la mayoría de los pacientes requirieron soporte transfusional al diagnóstico y tuvieron buena respuesta a los corticoides. La AF se diagnosticó entre los 4 y 14 años, todos los ptes presentaban anomalías físicas y desarrollaron pancitopenia. El único tratamiento curativo fue el TMO. El TAR como la ABD tuvieron una evolución más benigna mientras que la DC y AF evolucionaron hacia una aplasia severa que condujo al TMO.

#### P41

##### NEUROTOXICIDAD EN PACIENTE CON LLA.

*Atach R, Cosentini L, Kannemann A, Morici M, Carli G, Cafferata C, D'Aloi K, Mancuso R, Amaral D, Veber S, Lavergne M, Elena G.*

Servicio de Hemato-Oncología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El uso de quimioterapia combinada en muchos pacientes puede provocar síntomas o signos neurológicos durante o después del tratamiento. Estos efectos adversos se han visto con mayor frecuencia desde que mejoraron los esquemas terapéuticos y la supervivencia de los pacientes hemato-oncológicos. **Objetivos:** Comunicar el caso clínico de una paciente que presentó compromiso neurológico agudo en el transcurso del tratamiento de su enfermedad. Evaluar los posibles diagnósticos diferenciales a tener en cuenta frente a casos de hemiparesia aguda. **Caso Clínico:** Pa-

ciente de sexo femenino de 17 años de edad, con diagnóstico de LLA en Mayo de 2010 que es derivada a nuestro Servicio luego de haber recibido la 1° fase del tratamiento de inducción. Al ingreso se realiza Punción aspirado de médula ósea (PAMO) donde se constata remisión, se decide finalizar fase de inducción, comenzando la consolidación en Agosto de este año, con metrotrexato (MTX) a altas dosis (5gr/m<sup>2</sup>). A los 13 días del mismo concurre por Guardia presentando hemiparesia fascio-braquio-cubital derecha, de instalación aguda. Afebril, y sin signos meníngeos. Se realiza TC de cerebro resultando la misma normal y punción lumbar sin elementos. La AngioRMN de SNC evidencia leucoencefalopatía en corona radiata y centros semioviales, a predominio posterior, sin efecto de masa ni realce con contraste, ni compromiso vascular. Se asumió el evento como neurotoxicidad por MTX subaguda, por lo que se decide discontinuar transitoriamente tratamiento con MTX. La paciente presentó recuperación ad-integrum otorgándose el egreso hospitalario sin medicación neurológica, dos semanas después presenta convulsión tónico-clónica generalizada adjudicable a la lesión de base. Se medica con anticonvulsivantes (carbamazepina) Reinicia esquema quimioterápico sin MTX. **Conclusión:** A menudo las manifestaciones neurológicas presentan un problema en la práctica debido a la multiplicidad de síntomas y signos y muchos factores pueden, en estos pacientes, confundir el diagnóstico (metástasis cerebrales, invasión meníngea, infiltración primaria del tumor, compresión medular, alteraciones metabólicas o electrolíticas, infecciones, efectos tóxicos por radioterapia u otras drogas). En nuestro caso la afección es atribuible a las dosis de MTX. La literatura refiere esta complicación entre el 3 al 15 % de los pacientes que reciben esta droga en altas dosis.

#### P42

##### PÉRDIDA DE PESO EN UNA ADOLESCENTE. UNA FORMA DE PRESENTACIÓN DEL HIPERTIROIDISMO.

*Nakab A, Piazza C, Fanego C, D'errico C, Lago M.I, Galasso R, Badano M.B.*

Residencia Clínica Pediátrica – Hospital de Día. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El hipertiroidismo es producido por la excesiva secreción de hormona tiroidea. La causa más frecuente en la infancia y adolescencia es la Enfermedad de Graves, con un pico de incidencia a los 11-15 años. La clínica se desarrolla en forma progresiva, los signos más precoces pueden ser los trastornos emocionales, hiperactividad motora, bajo rendimiento escolar, apetito voraz con pobre aumento de peso. **Objetivo:** Describir una forma de presentación clínica poco florida del Hipertiroidismo y plantear sus diagnósticos diferenciales. **Caso Clínico:** Niña de 11 años de edad, sin antecedentes personales de importancia. Oriunda de Santiago del Estero. Consulta al servicio de Adolescencia del HGNPE, acompañada por su tía, por pérdida de peso de 10kg en un mes. Se solicita internación en Hospital de día polivalente para estudio. Al interrogatorio refiere pérdida de peso, insomnio y nerviosismo. La tía la encuentra decaída y triste. Ant. Familiares: abuelos diabéticos, tía y prima con Hipotiroidismo. Al examen físico se la encuentra adelgazada, FC 140 x' (reposo) TA 130/70 polifagia, P 42,5Kg (P75) T 1,56m (P 75) IMC 17,5 (P 25-50) Adecuación P/T: 90%.

Se plantean los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Trastorno de la conducta alimentaria.
- Enfermedad Celíaca.
- Hipertiroidismo.
- Enfermedad Sistémica/ Neoplasia.

Ante este cuadro se solicita: Ac AntiTransglutaminasa: negativo, Químicas y HMG: normales. T3 495 T4 Libre 5.79 (VN 0.8-1.8) T4 Total 22.9 TSH 0.006 (VN 0.4-4) Cardiología: Rx tórax con silueta cardíaca conservada ECG: Taquicardia, FC 150 x min, hiperdinamia. Se solicita Holter. Endocrinología: Paciente adelgazada, temblor fino. Bocio difuso, sin nódulos palpables, mirada brillante. Comienza tratamiento con Metimazol. Se solicitó AcTg 1829 y ATPO > 1000.

**Conclusión:** El rol del pediatra es fundamental para abordar el enfoque diagnóstico de aquellas patologías sin clínica tan florida. Debe plantearse diferentes opciones diagnósticas sin miradas parcializadas, optimizando los recursos a fin de arribar a un diagnóstico y terapéutica adecuada para el beneficio del paciente y su familia.

#### P43

##### ECTOPIA RENAL TORÁCICA: UN HALLAZGO INFRECUENTE.

*Balestracci A<sup>1</sup>, Giorgetti M<sup>2</sup>, Toledo I<sup>1</sup>, Benitez E<sup>3</sup>, Wainsztein R<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Nefrología, <sup>2</sup>Neumonología, <sup>3</sup>Diagnóstico por Imágenes Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La incidencia de ectopia renal es de 1/1000 nacimientos. El tórax es la localización menos frecuente de las ectopias renales, observándose en menos del 5% de los casos. Es más frecuente en varones (2:1) y del lado izquierdo (61%). Se reconocen cuatro variantes: con eventración del diafragma, asociado a hernia diafragmática, secundario a ruptura traumática del diafragma y con diafragma cerrado. Usualmente es asintomático y suele descubrirse por hallazgo en una radiografía de tórax. En ausencia de sintomatología respiratoria o renal no requiere tratamiento. **Objetivo:** comunicar un niño con ectopia renal intratorácica. **Caso clínico:** Niño de 1 año y 7 meses derivado al Servicio de Neumonología por persistencia radiológica de opacidad sin broncograma en hemitórax derecho luego de haber presentado neumonía derecha. El niño era eutrófico, su madre refería tres episodios de broncoespasmo tratados en forma ambulatoria y negaba antecedente de traumatismo torácico previo. Sin patología neonatal. Con sospecha de malformación pulmonar se solicitó tomografía axial computada de tórax que evidenció la presencia de riñón derecho ectópico intratorácico con hernia hemidiafragmática derecha. Ninguna otra viscera abdominal estaba localizada en el tórax. Por ecografía se observó riñón izquierdo ortotópico y derecho intratorácico, ambos normales y sin dilatación de la vía urinaria. Por angiorresonancia se observó arteria renal derecha emergente de la aorta abdominal, sin acodaduras y con buena vascularización renal. Su tensión arterial era de 80/50 mmHg, su filtrado glomerular estimado de 95ml/min/1.73m<sup>2</sup> y se encontraba apteoproteinúrico. El centellograma renal con DMSA evidenció riñón derecho con distribución heterogénea del trazador y contorno irregular y riñón izquierdo normal (función renal relativa: izquierda 46% y derecha 54%) y el radiorenograma con DTPA fue normal. Actualmente el niño tiene 2 años y 2 meses y se encuentra asintomático tanto en el aspecto renal como pulmonar. **Conclusión:** Nuestro paciente presenta ectopia renal asociada a hernia diafragmática, debido a que se encuentra asintomático no se indicó tratamiento quirúrgico. Finalmente destacamos recordar al riñón intratorácico dentro los diagnósticos diferenciales de masa ocupante del tórax.

#### P44

##### ANÁLISIS DEL NÚMERO DE MEZCLAS INTRAVENOSAS ELABORADAS EN LA FARMACIA ONCOLÓGICA.

*Pigliapoco V., Bartoletti S.*

División Farmacia Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** En la sección Farmacia Oncológica (dependiente de División Farmacia se centraliza la preparación (bajo campana de flujo laminar) de todas las mezclas intravenosas citostáticas utilizadas en el Hospital como así también el fraccionamiento de otros fármacos que por su alto costo, bajo stock y el uso racional así lo justifique. La Sección está conformada por las farmacéuticas Bartoletti S. y Pigliapoco V. **Objetivos:** Analizar el crecimiento del número de preparaciones en la Sección Farmacia Oncológica durante el período de tiempo: marzo / 2006 (año en que se crea ésta Sección) a septiembre / 2010. **Materiales y métodos:** Confección de tablas de doble entrada, mensuales, especificando: fecha, droga y cantidad de mezclas intravenosas preparadas. En base a estos datos se obtiene un promedio mensual del número de preparaciones que son volcados a una tabla anual para su análisis. **Resultados:** Se demuestran en la tabla 1: número promedio de preparaciones mensuales, anuales y sus porcentajes.

	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Total anual	1560	2920	2609	3595	4234
Promedio mensual	130	243	217	300	470
Aumento anual respecto año 2006	0	187%	167%	231%	361%

Gráfico 1: Crecimiento mensual / año

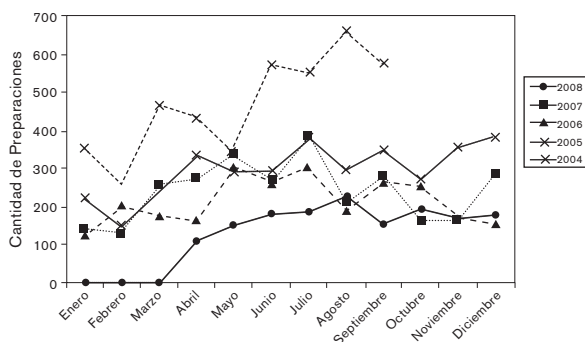
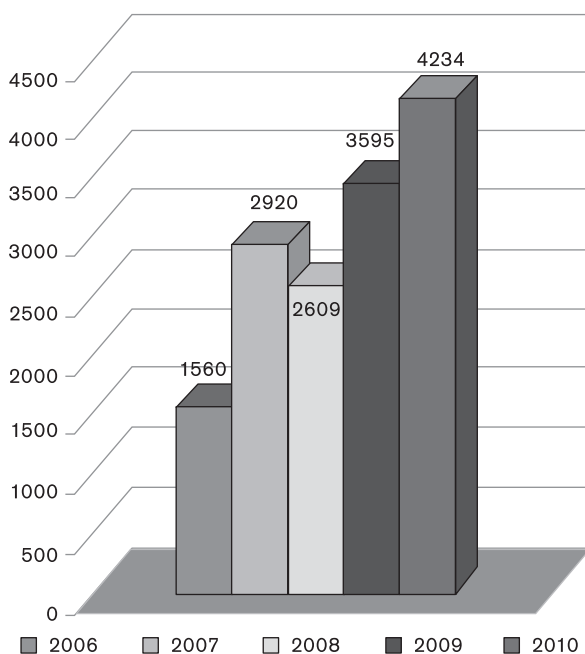


Gráfico 1: Crecimiento anual



**Conclusiones:** Durante el período analizado se observó un incremento de 360 % del número de preparaciones con respecto al inicio. El incremento se debe: 1) al aumento del número de pacientes hemato-oncológicos desde la creación del nuevo Hospital y 2) al aumento del número de fraccionamientos de otros fármacos, a saber: gammaglobulina, arginina, enoxaparina, heparina, anfotericinas, levosimendán, estreptoquinasa, solución para hemofiltración, entre otras. Las mezclas citostáticas se centralizan en la Unidad de Farmacia Oncológica con la consecuente optimización de recursos, integración del Farmacéutico en el equipo multidisciplinario, disminución de los riesgos de exposición tóxica al medio ambiente y al operador, asegurando la estabilidad, compatibilidad y esterilidad de las mezclas IV individualizada para cada paciente. Además se disminuyen notablemente los costos de medicamentos asegurando el uso racional de los mismos.

P45

**ESTREPTOQUINASA: ESTUDIO DE ESTABILIDAD DE LAS DIFERENTES DILUCIONES CONSERVADAS A -25 °C OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS.**

Pigliapoco V., Bartoletti S., Giambini D., Balbaryski J.

División Farmacia Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Estreptoquinasa es una enzima fibrinolítica que transforma el plasminógeno inactivo en plasmina. En nuestra Institución se utiliza en pacientes con derrame pleural con progresión a empiema y como fibrinolítico en catéteres centrales. **Objetivos:** Estudiar la estabilidad a -25°C de diferentes concentraciones de estreptoquinasa obtenidas a partir de la reconstitución y fraccionamiento de la presentación comercial de un frasco ampolla de 1.500.000 UI con la consecuente disminución de los costos. **Materiales y Métodos:** se realizó la reconstitución, bajo campana de flujo laminar, de un frasco ampolla de Estreptoquinasa de 1.500.000 UI con 10 ml de agua destilada estéril y apirógena obteniéndose una concentración de 150.000 UI/ml. De la misma se tomaron alícuotas de diferentes concentraciones y se conservaron en freezer a -25°C. Posteriormente se midió la actividad utilizando el reactivo de ASTO y observándose deshidratación directa del coagulo. El período del estudio abarcó 6 meses (oct. 2009 a marzo 2010).

**Resultados:**

Concentración	S0 (5/10/9)	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S23 (19/03/10)
100.000 UI/ml	X	X	X	X		X		X		X	X
20.000 UI/ml		X	X			X		X		X	
5.000 UI/ml		X									
1.000 UI/ml	X	X		X		X		X		X	X

X: actividad (aglutinación con reactivo de ASTO) y deshidratación del coagulo directa.

S: período de tiempo (número de semanas) en que se efectuó la determinación.

**Conclusiones:** las concentraciones de Estreptoquinasa, se mantuvieron estables por 6 meses conservadas en freezer a -25 °C. Desde abril de 2010 y hasta la fecha se ha empleado en nuestro Hospital en 21 pacientes con derrame pleural con progresión a empiema. Los resultados fueron los esperados, observándose desaparición del líquido con reexpansión pulmonar completa en todos los casos. Se ha efectuado el fraccionamiento de 7 frascos, lo que arrojó un costo de : \$18.900 (\$2.700 C/U). Si se hubieran dispensado 71 frascos (cantidad necesaria para el mismo tratamiento, teniendo en cuenta que el tratamiento es de tres días mínimo hasta cinco días y que se debe descartar el frasco reconstituido a las 24 hs), sería de: \$191.700- Teniendo en cuenta los costos, éstos se disminuyeron en un 90 %, permitiendo el ahorro de cerca de \$172.800 en 7 meses, optimizando así el uso racional de los recursos.

P46

**NEUMONÍA DE DIFÍCIL RESOLUCIÓN COMO MANIFESTACIÓN DE TERATOMA MEDIASTINAL.**

Potasznik J, Cairolí H, Cecacci E, Gambarruta F, Schenone N, Neder D, Ieraci M, Conde J, Di Matteo C, Bosia C, Castro N, Bonacci P, Ferraris V.

CEM 4 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Los teratomas mediastinales representan el 20% de todas las neoplasias mediastinales encontradas durante la niñez. En general se presentan con tos, dolor torácico y disnea simulando una patología respiratoria que no responde al tratamiento habitual. Los estudios de imágenes son imprescindibles para el diagnóstico, siendo el definitivo el anatomopatológico. **Objetivo:** Considerar dentro de los diagnósticos diferenciales de la neumonía de difícil resolución al teratoma mediastinal. **Caso Clínico:** Niña de 3 años 11 meses de edad, previamente sana, que consulta por fiebre y dificultad respiratoria de 5 días de evolución. Sin antecedentes personales

de importancia. Como antecedente de enfermedad actual, la niña había estado previamente internada en CEM 7 durante 9 días con diagnóstico de neumonía izquierda con derrame. Requirió tubo de avenamiento pleural durante 2 días y ceftriaxona 80 mg/Kg./día por 10 días. A la semana del egreso hospitalario, la paciente reingresa con diagnóstico de neumonía izquierda con derrame paraneumónico, y recibe tratamiento con ceftriaxona 80mg/kg/día y vancomicina 40mg/kg/día. Al sexto día por mala evolución se realiza ecografía pleural que evidencia derrame. Requirió punción y colocación de tubo de avenamiento pleural por 6 días. Se realiza también TAC de tórax con/sin contraste y se amplía espectro antibiótico. Por imágenes no concluyentes, se realiza toracoscopia, observándose quiste blanquecino de paredes delgadas ocupando todo el lóbulo inferior de pulmón izquierdo. Se realiza exéresis del quiste. Anatomía patológica: TERATOMA maduro.

**Discusión:** La importancia de presentar a este paciente es plantear los posibles diagnósticos diferenciales ante una neumonía que no responde al tratamiento habitual.

Diagnósticos Diferenciales de Hemitórax Opaco:

1. Retraídos o con volumen disminuido: Atelectasia pulmonar, Agnesia, aplasia e hipoplasia pulmonar, Peel pleural, Paquipleura, Fibrotórax masivo, Neumonectomía.
2. Expansivos o con volumen aumentado: Derrame pleural, Masa ocupante, Neumonía masiva, Atelectasia con derrame.
3. Con volumen normal: Neumonía masiva, Atelectasia con derrame.

**Conclusión:** El paciente presentaba un hemitórax opaco expansivo que desplazaba mediastino, y no resolvía con tratamiento antibiótico de amplio espectro. Se sospecha una masa ocupante, con diagnóstico anatomopatológico de teratoma mediastinal.

P47

**A PROPÓSITO DE UN CASO: COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE POSTOPERATORIO DE A. CHIARI.**

Bolasell C, Codermatz M, Arto A, Pacheco P, Yañez A, Debaisi G.

Terapia Intensiva - Neurocirugía. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El síndrome de Chiari es una malformación congénita del SNC que se ubica en la base de cráneo, perteneciendo al grupo de malformaciones de la charnela. **Objetivos:** Presentación de un paciente que es sometido a una neurocirugía, detectándose en su postquirúrgico inmediato una complicación poco frecuente. **Material y Métodos:** Paciente que a los 10 años de edad comenzó con cefaleas occipitales y parestesias en miembros superiores e inferiores, con diagnóstico de Chiari tipo I se le realizó una craneotomía sub-occipital con laminectomía de C1 y plástica de duramadre. A los 15 años comenzó nuevamente con síntomas lo que hace sospechar de una complicación a largo plazo. Se reopero observándose una gruesa banda fibrosa que ocluía la unión bulbo medular, liberándose adherencias del cerebelo al plano dorsal. Se extrajo la porción del arco posterior de C1 que se encontró reosificado. En el posquirúrgico inmediato presento hipertensión arterial severa (170/110) con deterioro neurológico progresivo y depresión respiratoria, por lo que ingresó en ARM. Se le realizó TAC de cerebro visualizándose edema de tronco y una lesión isquémica-hemorrágica cerebelosa. Se coloca catéter de Presión Intracraneana (PIC) intraventricular (presión de apertura de 22 mmHg). Como tratamiento recibió una dosis única de manitol 0,25g/kg y ClNa hipertónico a 0,5 ml/kg/h por 4 días; normalizándose la PIC a las 24 horas de su ingreso. Permanece en ARM durante 5 días al cabo de los cuales se desteta del respirador, con recuperación neurológica completa. **Comentario:** En los postquirúrgicos de Chiari Tipo I la presencia de Hipertensión Endocraneana (HE) es una complicación poco frecuente. En este caso la hipertensión arterial reactiva, la lesión isquémica-hemorrágica, el difícil acceso al sitio de reoperación y el acto quirúrgico prolongado fueron considerados como posibles causantes de la HE. **Conclusiones:** La mayoría de las cirugías de Chiari cursan sin alteraciones en el postoperatorio. Alertamos sobre la aparición de esta complicación tan pocas veces descripta.

P48

**OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA.**

*Bolasell C, Jorro F, Belia Munzon P, Rodríguez V, Debaisi G, Roson G.*  
Unidad de Terapia Intensiva- Endoscopia Respiratoria Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La obstrucción aguda de vía aérea superior (OVAS) es una emergencia médica que puede conducir a una asfixia, pudiendo producir la muerte o dejar secuelas neurológicas permanentes. El riesgo de OVAS grave en lactantes y niños es más frecuente que en adulto, debido a que están en la época de exploración, como también por las propias características de las estructuras anatómicas de la vía aérea, diámetro pequeño a nivel subglótico, epiglotis más larga y estructuras supraglóticas comparativamente más grandes. La obstrucción parcial o completa por cuerpo extraño suele acontecer especialmente en niños de 6 meses a 5 años, ocurriendo el 85% en <3 años. Los productos aspirados incluyen principalmente alimentos, semillas orgánicas, frutos secos como el maní, así como pequeños juguetes. Pueden localizarse desde la faringe hasta los bronquios siendo este último lugar donde se alojan 80-90 % de los cuerpos extraños. **Objetivos:** Presentar un caso de obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) con evolución favorable. **Material y Métodos:** paciente femenina, de 11 meses, derivada de otro hospital, intubada, con boleo manual, con probable diagnóstico de OVACE. Con antecedente de ingesta de chocolate con maní en las 24 horas previas. Presentaba dificultad marcada, saturación de oxígeno 90%, a pesar de altos parámetros ventilatorios mecánicos. Rx de tórax con simetría y sin infiltrados en ambos campos pulmonares. Se realiza endoscopia respiratoria con broncoscopio rígido visualizando cuerpos extraños múltiples en bronquio fuente derecho. Se extraen los cuerpos extraños (maní) mejorando ventilación y auscultación pulmonar, pudiéndose extubar a la paciente a las 24 horas, con buena evolución posterior. **Comentario:** La sospecha firme de aspiración de un cuerpo extraño requiere la pronta evaluación endoscópica, aún si los hallazgos clínicos no son concluyentes o no están presentes. **Conclusiones:** La aspiración por cuerpo extraño es una causa común de morbilidad en niños, siendo una de las principales causas de mortalidad no intencional en menores de un año. Esto obliga a insistir en la prevención, excluyendo de la dieta alimentos como maní, almendras, avellanas y otros objetos que por su forma o tamaño puedan ser aspirados. Lo mismo es válido para la recomendación de evitar que manipulen juguetes articulados, insistiendo en la regulación obligatoria de rotular alimentos y juguetes como peligrosos para < 3 años.

P49

**URTICARIA VASCULITIS.**

*Muller Opet B<sup>1</sup>; Rueda ML<sup>2</sup>, Navacchia D<sup>3</sup>.*

<sup>1</sup>Consultorios Externos Clínica Pediátrica, <sup>2</sup> Dermatología Pediátrica, <sup>3</sup>Servicio de Patología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La Urticaria vasculitis se caracteriza por lesiones urticariales, con prurito o dolor, que duran más de 24 horas en la misma localización, con características histológicas de vasculitis leucocitoclasticas, aunque se han descrito vasculitis linfocitarias y que al curar dejan una hiperpigmentación marrón. Pueden asociarse a edemas, artralgias, linfadenopatías o compromiso sistémico de distintos órganos en su evolución. Es importante determinar si se tratan de formas normocomplementémicas o hipocomplementémicas, ya que el pronóstico de compromiso sistémico dependerá de esto. **Observación Clínica:** Niña de 6 años de edad, que consulta en el mes de marzo del 2010, proveniente de la provincia de Santa Cruz, por presentar lesiones máculo-papulares, tipo ronchas, dolorosas, levemente pruriginosas, de ubicación preferencial en miembros inferiores, y menos en miembros superiores y cara, que persistían más de 24 horas en la misma localización, acompañadas de edemas de miembros inferiores, de aproximadamente un año de evolución. Al curar dejaban una hiperpigmentación de color marrón, residual en dicha zona. No respondían al tratamiento con antihistamínicos de 1° o 2° generación, o cursos cortos de corticosteroides orales. La paciente se encontraba eutrófica, buen estado general, afebril, con lesiones residuales amarronadas y una le-

sión eritematosa, de forma arciforme, en miembros inferiores. Además presentaba 6 máculas café con leche y traía examen oftalmológico en el cual se informaba nódulos de Lisch. Con estos datos se confirma diagnóstico de NF1. Sin antecedentes familiares significativos. Con presunción diagnóstica de urticaria vasculitis se realiza biopsia de lesión. **Laboratorio:** Hemograma, normal, VSG, normal, colagenograma normal (C3: 122 mg/dl (VN: 90-180) C4: 20.2 mg/dl (16-47) FR: < 20.0 FAN: neg, ADN: neg. **Biopsia de Piel:** Urticaria Vasculitis. Debido a que la paciente presenta una forma de Urticaria Vasculitis de tipo normocomplementémica y por remitir las lesiones activas, previo asesoramiento ante el brote de nuevas lesiones, regresan a su ciudad de origen. **Conclusiones:** La Urticaria Vasculitis representa un continuo de enfermedades, cuya mayor gravedad está representada por la HUVS (Síndrome de urticaria vasculitis hipocomplementémica). Es más frecuente en mujeres en la 5° década de vida, pero se las ve también en niños. El diagnóstico definitivo se realiza por Biopsia de Piel. Se debe determinar el compromiso de distintos órganos si los hubiera y seguimiento a largo plazo por la posibilidad de morbilidad en los pacientes más jóvenes.

P50

**INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN PEDIATRÍA.**

*Cancellara AD<sup>1</sup>, Dondoglio P<sup>1</sup>, Baich Fernandez A<sup>2</sup>, Rial MJ<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Infectología, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Hay un aumento de las infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* (IISP), con una alta morbimortalidad. Se define como enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes* (SP) al aislamiento del mismo de sitios normalmente estériles. **Objetivo:** describir las características clínicas, factores predisponentes, alteraciones de los exámenes complementarios, y la evolución de las IISP durante el último año en el hospital. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de las IISP en niños internados en el Hospital Pedro Elizalde, entre el 1/1/2009 y el 31/12/2009. **Variables evaluadas:** edad, focos clínicos iniciales y de aparición tardía (>72 hs.), patología crónica previa, factores predisponentes (alteraciones del tegumento, traumatismo, etc.) tratamiento y evolución. **Resultados:** se detectaron 14 niños con IISP. Incidencia de 16,6 casos/10.000 ingresos. La mediana de edad: 55 meses (r: 1 mes- 16 años). Enf. crónica de base (21,4%): lupus, VIH, adicción EV (1 pac. c/u); factores predisponentes: varicela 2 pac., impétigo: 2 pac. Formas clínicas de presentación: celulitis 5 pac; adenitis supurada 4 pac; Síndrome Shock Tóxico Streptocócico (SSTS) 3 pac; impétigo, artritis séptica, miositis 1 pac c/u. Exantema eritodérmico generalizado: 6 pac. Hubo más de un foco clínico por paciente. Focos infecciosos de aparición tardía: osteomielitis en 4 pacientes, miositis 1 pac, SSTS 1 pac. Se aisló SP de: hemocultivos en 9 pac (64,2 %), material de punción de piel y abscesos en 4, líquido articular en 1 pac. Todos tenían alteraciones del hemograma inicial. Todos recibieron tratamiento ATB empírico adecuado, generalmente un β lactámico, y al conocerse el resultado de los cultivos: Penicilina más clindamicina; 4 pac recibieron gammaglobulina EV. En 6 pac se practicó algún procedimiento quirúrgico. El promedio de internación fue 12,9 días. Fallecieron 2 pac, tasa de mortalidad global del 14%, con una tasa de letalidad por SSTS del 50%. **Conclusiones:** Las IISP pueden presentarse aún en pacientes sin factores predisponentes (50%), los focos de presentación más frecuentes son piel y partes blandas, frecuentemente presentaron bacteriemia (64,2%). Aún con tratamiento adecuado la tasa de mortalidad en el SSTS es alta.

P51

**TRASTORNOS DEL DESARROLLO EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DURANTE EL PERIODO NEONATAL.**

*Anderson M, Bokser V, Dicembrino M, Ibarra L, Perez L, Vely G, Viegas de Marco M.*

Clínica Pediátrica Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El trastorno del desarrollo es la alteración de la secuencia esperada del cumplimiento de pautas del desarrollo para

la edad. La O.M.S. estima que el 7-10% de la población tiene algún tipo de deficiencia y su frecuencia es mayor en los recién nacidos de riesgo. **Objetivos:** comparar la incidencia de trastornos del desarrollo en pacientes sometidos a intervención quirúrgica abdominal durante el período neonatal, con aquellos niños que no presenten dicho antecedente. Determinar la relación entre bajo peso al nacer, días de internación, requerimiento de Asistencia respiratoria mecánica, nutrición parenteral, y la presencia de trastornos del desarrollo en los pacientes con antecedentes quirúrgicos neonatales. **Población, material y métodos:** Trabajo retrospectivo observacional de casos y controles. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, entre 1 mes y 6 años de edad divididos en dos grupos: casos: pacientes con antecedente de cirugía abdominal neonatal seguidos durante el período noviembre 2003- noviembre 2009; y controles: pacientes sin antecedentes quirúrgicos atendidos durante el mismo período. A ambos grupos se les aplicó la PRUNAPE (Prueba Nacional de Pesquisa) evaluando pautas madurativas pertenecientes al área motriz fina y gruesa, lenguaje y personal-social. Se estableció como resultado: pasa/no pasa la prueba. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de cromosopatías, metabolopatías, síndrome de TORCH y prematuridad. Se utilizaron promedio y desvío estándar para variables numéricas y Chi Cuadrado para variables categóricas. **Resultados:** Se incluyeron 62 pacientes, la media de edad fue de 20 meses. El fallo de la PRUNAPE se evidenció en un 71 % de los casos en comparación a un 45 % de los controles (OR: 3, IC95: 1,03 – 8,4 y P<0,039) Las cirugías que obtuvieron mayor fracaso fueron la gastrosquisis y atresia intestinal. Las variables estudiadas en los pacientes quirúrgicos neonatales no se asociaron a mayor fracaso en la PRUNAPE. **Conclusiones:** Si bien nuestro estudio no permite evidenciar cabalmente un mayor riesgo de fallo en la PRUNAPE en pacientes que requirieron cirugía abdominal neonatal, el valor de significación obtenido hace sospechar que tal contingencia puede haberse visto influenciada por el tamaño muestral elegido. Es posible que lo mismo sea aplicable al análisis multivariado. Se continuará con la investigación, considerando una muestra de mayor magnitud para verificar estos resultados.

#### P52

##### REACCIONES ADVERSAS A DROGAS ANTITUBERCULOSAS EN NIÑOS VIH NEGATIVOS.

*Ragone L., González N, Ginestet ME, Lepera C, De Lillo L, Smith S, Alvarez Ponte S, Fronti P, Pawluk V, Nobúa O.*

División Neumotisiología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Los fármacos antituberculosos de primera línea son generalmente bien tolerados por los niños VIH negativos, sin embargo siempre existe la posibilidad de reacciones adversas. Una reacción adversa a medicamentos se define como cualquier efecto perjudicial que ocurre tras la administración de un fármaco a las dosis habituales para profilaxis, diagnóstico o tratamiento.

**Objetivos:** Presentar tres casos de reacciones adversas a drogas antituberculosas. **Caso 1:** Niño de 14 años con diagnóstico de tuberculosis pulmonar grave en tratamiento con isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E). Al mes de iniciar tratamiento presenta fiebre, exantema morbiliforme en tronco, cara y miembros inferiores, adenopatías submaxilares, esplenomegalia, edema en labios y elevación de enzimas hepáticas. Se inicia tratamiento con antihistamínicos y corticoides, con mejoría. Se reinicia tratamiento antituberculoso con dosis escalonadas. Suspende drogas a los 36 días por presentar hepatograma alterado. Por persistir con enzimas hepáticas aumentadas se inicia tratamiento con drogas de segunda línea con buena evolución. **Caso 2:** niño de 8 años con diagnóstico de tuberculosis pulmonar grave. A los 17 días de tratamiento con HRZE presenta fiebre, exantema escarlatíniforme, dolor abdominal, hepatomegalia, eosinofilia y hepatograma alterado. Se suspende tratamiento antituberculoso. Tras mejoría clínica y de laboratorio se reincorporan drogas en forma escalonada con buena tolerancia. **Caso 3:** niña de 16 años con diagnóstico de tuberculo-

sis ocular en tratamiento con HRZE y metilprednisona. Cumpliendo tercer día de tratamiento presenta rash micropapular, eritematoso y pruriginoso generalizado. Se suspende tratamiento y se inicia difenhidramina con mejoría. Se reinicia tratamiento con introducción gradual de las drogas. Una hora posterior a la toma de R presenta rash eritematoso, edema facial y de pabellones auriculares. Se reintroducen resto de las drogas con buena tolerancia. Se excluye la R del esquema final de tratamiento. **Conclusión:** Si bien mayoría de los pacientes completan su tratamiento sin presentar reacciones significativas algunos pacientes experimentan reacciones adversas de diversa gravedad, que pueden llevar a la hospitalización, aumento de la estancia hospitalaria e incluso muerte. Por esto es importante la supervisión del tratamiento y el control clínico, de esta manera se puede detectar precozmente y manejar adecuadamente los efectos adversos.

#### P53

##### PERICARDITIS TUBERCULOSA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS PEDIÁTRICOS.

*Delgado M, Gonzalez N, Ginestet ME, De Lillo L, Alvarez Ponte S, Smith S, Gil S, Pawluk V, Nobúa O.*

División Neumotisiología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La tuberculosis (TBC) continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad por enfermedad infecciosa en el mundo. Los niños tienen una predisposición significativa de presentar formas extrapulmonares. La pericarditis tuberculosa es una forma de presentación rara que ocurre en el 0,5-4% de los casos de TBC infantil. **Objetivo:** Describir dos casos pediátricos de pericarditis tuberculosa. **Población, Material y Métodos:** Se incluyen los pacientes que tuvieron diagnóstico de pericarditis tuberculosa en el año 2009. Los datos de ambos casos se obtuvieron de las historias clínicas de internación y de consultorios externos de la División Neumotisiología.

**Resultados:** **Caso 1:** paciente de 6 años, sexo masculino con pericarditis aguda. Conducta inicial: pericardiocentesis, tratamiento vancomicina-ceftriaxona. Evolucionó al 4º día con taponamiento cardíaco descompensado, requiere avenamiento 6 días, completó 21 días de antibióticoterapia y egreso, con examen directo de contenido gástrico y líquido pericárdico negativo para BAAR, PPD y VIH negativos. Día 40 cultivo de líquido pericárdico positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, se reinterna. El paciente tiene signos de taponamiento cardíaco no descompensado. Inicia tratamiento con 4 drogas antituberculosas, corticoides y diuréticos. Evolución favorable. **Caso 2:** paciente de 15 años de edad, sexo masculino con neumonía con derrame y pericarditis aguda, sospecha de TBC. Ecocardiograma: cavidades cardíacas conservadas, abundante derrame pericárdico y fibrina. **Conducta inicial:** toracocentesis, tratamiento penicilina y dexametasona. Evolución al día 14º disminución de derrames, esputos y líquido pleural BAAR negativos, ADA negativo, biopsia pleural inflamación crónica inespecífica. Día 30 paciente persistentemente febril, aparecen infiltrados pulmonares, sin mejoría con antibióticoterapia de amplio espectro. Se inicia tratamiento con drogas antituberculosas. Día 60 se recibe cultivos positivos para *Mycobacterium tuberculosis*. Día 80 taponamiento cardíaco, requiere avenamiento, se agregan drogas de 2ª línea. Evolución favorable y egreso. Día 125 reingresa con pericarditis constrictiva requiere pericardiectomía. El bacilo TBC fue sensible a todas las drogas de primera línea. **Conclusión:** Ambos casos se presentaron como pericarditis aguda, con elementos de diagnóstico para TBC inicialmente negativos. Remarcamos la gran importancia del cultivo para TBC.

#### P54

##### OBSTRUCCIÓN INTestinal POR BAROLITO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

*Carlino G, Casanovas A, Chillo N, Esteban L, Ferreira JP, Ferrero A, Guglielmo MC, Oporto S, Ormazabal M, Tabeada M, Testa V, Torreguitar A, Villarreal M, Zavlavsky V.*

CEM 6 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** se denomina "barolito" a la concreción formada por sulfato de bario y heces ubicado en la luz del intestino, tras la realización de estudios radiológicos contrastado por vía oral. La sos-



pecha precoz y el oportuno tratamiento mejoran la probabilidad de complicaciones, como la oclusión y la perforación intestinal. **Objetivo:** Presentar una complicación poco frecuente de un estudio diagnóstico habitual en la edad pediátrica. **Caso Clínico:** Paciente femenina de 2 meses de edad, internada por vómitos de 3 semanas de evolución que en las últimas 12 horas se tornan incoercibles. Antecedentes: NPT/PAEG (31s/1450g). Permaneció en neonatología durante 20 días por hiperbilirrubinemia, sospecha de sepsis y recuperación nutricional. Al mes de vida es internada por sepsis a foco enteral. Por presentar vómitos episódicos desde el nacimiento con mal progreso de peso, se realiza seriada esófago gastro duodenal donde se evidencia reflujo grado 3. Ingres a la sala de internación con diagnóstico presuntivo de estenosis hipertrófica del píloro, en buen estado general, afebril y deshidratada. Presenta buena actitud alimentaria pero mala tolerancia oral. Se indica hidratación parenteral y se suspende la vía oral. Los vómitos se tornan biliosos, empeora el estado general con abdomen distendido, doloroso y tenso. En radiografía simple de abdomen de pie, se observa imagen radio opaca circular de aproximadamente 3 cm. de diámetro en región hipogástrica, con intestino dilatado sobre la misma, sin aire distal. Con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico se efectuó laparotomía, constatándose dilatación intestinal proximal a concreción palpable de 6 mm, blanca, duro pétreo y firmemente adherida a pared intestinal, se realiza enterotomía, extracción de la masa con anastomosis termino-terminal. La paciente evolucionó favorablemente. **Discusión:** En más de la mitad de los casos el bario se ha eliminado por completo a la semana de la realización del estudio, siendo raras las complicaciones. Esta paciente presentó una complicación muy poco frecuente, que se manifiesta por síntomas de obstrucción intestinal. La hipomotilidad, la constipación y la dieta pobre en fibras son factores predisponentes. **Conclusión:** Ante la presencia de un cuadro clínico compatible con el descrito, junto con el antecedente de la realización de un estudio con contraste baritado y el hallazgo de la imagen radiográfica sugestiva, nos indican el diagnóstico de barolito.

#### P55

##### STENT EN COARTACIÓN DE AORTA VALORACIÓN CON ECOCARDIOGRAMA.

*Manso P, Levantini F, González G, Márquez A, Lucini V, Barbosa J, Granja M, de Dios AM.*

Servicio de Cardiología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Objetivos:** Describir los hallazgos ecocardiográficos en pacientes (p) con Coartación de Aorta (CoAo) tratados con Stent (S) y establecer su significación clínico funcional. **Material y métodos:** 13 p con COAo tratados con S durante los años 2005 a 2009 fueron evaluados con ecocardiograma (Eco) modo M, 2D y Doppler espectral y color los días previos y posteriores a la colocación del dispositivo, y al tiempo máximo de seguimiento. Se estableció presencia de hipertrofia, gradiente máximo (Gr máx) y presencia de flujo diastólico a nivel del S y flujo en aorta abdominal. Se compararon los hallazgos con los del cateterismo y se correlacionaron con la clínica (Pulsos, HTA). **Resultados:** La edad media de tratamiento fue de 13 a (6a 8m-18a 8m). El tiempo medio de seguimiento fue de 24 meses (6-57,5). El Gr máx medido a nivel de la CoAo antes de la colocación del S fue de 41mmhg, el de los días posteriores fue de 24 mmhg, y al máximo seguimiento 23,6mmhg. No hubo diferencia significativo entre el Gr máx y el del cateterismo previos al S. El Gr máx medio del Eco en los días posteriores a la colocación del S fue significativamente mayor al del cateterismo (p 0,00). Ningún p mostró flujo diastólico a nivel del S en Eco posterior, con flujo pulsátil en Aorta abdominal. En el 25% de los pacientes se observó protrusión del borde anterior y superior del S en la luz del cayado. **Conclusiones:** Se pueden observar Gr máx con Eco de hasta 35 mmhg en los controles posteriores inmediatos al tratamiento exitoso de CoAo con S (sin gradiente residual significativo por cateterismo con pullback). Gradientes instantáneos a nivel del S menores a 35mmhg en el seguimiento a mediano plazo no se asocian a CoAo clínica-

mente significativa ni a otros hallazgos ecocardiográficos que hagan pensar en recoartación. A mediano plazo el tratamiento con S de la CoAo muestra muy buenos resultados. La protrusión del borde anterior y superior del S en la luz del cayado no genera alteración hemodinámica.

#### P56

##### ESTRUCTURA CARDIACA EN SIAMESES TÓRACONFALÓPAGOS.

*Manso P, Martínez I, Flores E, Steffner C, Vargas J, Rosenbaum J, Navacchia D, De Dios A.*

Servicio de Cardiología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Objetivos:** Describir los hallazgos anatómicos de la pieza de autopsia (Block cardiopulmonar) de siameses toraconfalópagos, y establecer su relación con el ecocardiograma fetal previo. **Materiales y Métodos:** Se realizó ecocardiograma fetal (Bidimensional, Doppler pulsado y Doppler color) en la semana 21 de gestación de embarazo de siameses toraconfalópagos con ecocardiograma vivid 3 con transductor en banda de 2-5 MHz y 5-7 MHz, con armónicas. Adicionalmente se realizó examen de la pieza de autopsia (block cardiopulmonar) de dichos siameses. **Resultados:** Estructura cardiaca compartida ubicada en la región anterior de ambos tórax fusionados. Cuatro Aurículas en posición normal respecto al tórax de cada feto con situs solitus auricular. Amplia comunicación entre la AI del siamés 1 y la AD del siamés 2. Disposición auricular periférica e inferior respecto a la masa ventricular. Los ventrículos, que ocupan una posición mas central y superior, se encuentran fusionados con una amplia comunicación entre dos de los ventrículos contiguos de cada siamés y compartiendo pared entre el otro par de ventrículos contiguos. Cada uno de los siameses presenta 4 cavidades (2 aurículas y 2 ventrículos) y 2 vasos arteriales (Arteria pulmonar y Aorta). El siamés 1 presenta estenosis e hipoplasia de la arteria pulmonar. El siamés 1 presenta situs solitus auricular con D loop, anomalía parcial del retorno venoso pulmonar, retorno venoso sistémico con conexión concordante. Conexión AV: concordante. Conexión VA: doble salida ventricular derecha. El siamés 2 presenta Situs solitus auricular, D loop. Conexión Venosa auricular concordante. Conexión AV: concordante. Conexión VA concordante. En el ecocardiograma fetal se observó masas ventriculares de ambos siameses fusionadas entre sí, con 2 ventrículos de buen tamaño. La aurícula derecha del siamés 2 ampliamente comunicada con la aurícula izquierda del siamés 1. Emergencia de 2 vasos arteriales en relación al feto 2 y un solo vaso arterial en relación al feto 1. **Conclusiones:** El corazón en siameses toraconfalópagos muestra severas malformaciones, generalmente con estructuras cardíacas compartidas que impiden su separación. El eco-cardiograma fetal permite una apropiada valoración cardiaca siameses toraconfalópagos.

#### P57

##### ANÁLISIS PERCEPTUAL Y ACÚSTICO EN CASOS DE INCOMPETENCIA VELOFARÍNGEA.

*Abdo Ferez MM., Trovato M.*

Servicio de Foniatria Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El presente trabajo se basa en la investigación de las pruebas formales que permitan verificar el correcto funcionamiento de la válvula velofaríngea. **Objetivo:** Describir las distintas pruebas. Correlacionar métodos formales e informales de evaluación a través de casos clínicos de pacientes con incompetencia velo faríngea. **Desarrollo:** La evaluación del velo palatino debe enfocar la estructura y la función, observándose la movilidad, la tonicidad y el cierre velofaríngeo en vocales y consonantes que puede ser verificado fácilmente a través del espejo de Glatzel y de la observación directa. Las vocales más sensibles para ésta observación son /i/,/u/ que deben presentar una marca más pequeña en el espejo, al contrario de la /a/ cuyo registro puede llegar a mas de 3 centímetros. El mecanismo velar debe ser también eficiente para garantizar una deglución sin escape de alimentos por la nariz los que se observan en cuadros estructurales o neurológicos. Criterios para la clasificación de la función velofaríngea : (Piccoli, Montenegro, Tsujii, 1995).

1. Insuficiencia velofaríngea: gap velofaríngeo grande debido a velo corto, espejo de glatzel con escape superior cercano de 4 cm, voz considerablemente nasal, predominancia articulación glótica.
2. Incompetencia velofaríngea evidente: gap grande debido a movilidad deficiente de velo y paredes laterales, espejo de glatzel con escape superior a 4 cm, voz considerablemente nasal, predominancia de articulación glótica.
3. Incompetencia velofaríngea leve: gap pequeño con cierre completo inconsciente ,espejo de Glatzel con escape hasta 3 cm, voz levemente hipernasal ,articulación con o sin compensación glótica.

**Material y método: Criterio de inclusión:** Pacientes con disfunción velofaríngea que ingresan al servicio de foniatría del HGNPE durante el año 2010. **Criterio de exclusión:** Pacientes sindrómicos y aquellos pacientes que posean insuficiencia velofaríngea pero que hayan abandonado el tratamiento. **Tipo de Estudio:** retrospectivo **Resultados:** Del total de pacientes evaluados con incompetencia velofaríngea por medio de métodos informales y formales todos ellos presentaron nasalización de las vocales con el Espejo de Glatzel y presencia de un formante nasal extra en la zona de bajas frecuencias (entre 350 y 370 Hz), disminución de la energía del primer formante, valores desplazados de formante 2 y formante 3 con el laboratorio de la voz. **Conclusiones:** La funcionalidad de la válvula velofaríngea debe ser explorada a través de métodos formales e informales. La presencia del formante nasal es una característica acústica en pacientes con incompetencia velo-faríngea.

#### P58

##### MICROALBUMINURIA MAYOR AL PC 95: FACTOR DE RIESGO DE NEFROPATÍA DIABÉTICA.

*Mannucci C<sup>1</sup>, Balestracci A<sup>2</sup>, Versace V<sup>1</sup>, Toledo I<sup>2</sup>, Wainsztein R<sup>2</sup>, Ferraro M<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Nutrición y Diabetes <sup>2</sup>Nefrología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** la nefropatía diabética (ND) es una complicación de alta morbimortalidad y sus factores de riesgo son el mal control metabólico, la dislipemia y la HTA. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo para el desarrollo de ND en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1). **Material y métodos:** revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes atendidos entre 1999-2002 con 5 o más años de evolución de DM1. Se analizó: sexo, edad, edad al debut, tiempo de evolución, media de HbA<sub>1c</sub> los primeros 2 años de DM1 y al momento de la evaluación, creatinina, colesterol, triglicéridos, LDL, HDL, TA, microalbuminuria (MAU) al momento de la evaluación y el pc de MAU el año previo, episodios de cetoacidosis, neuropatía, artropatía, retinopatía, filtrado glomerular (FG). Se consideró ND a la presencia de dos valores de MAU  $\geq 20$   $\mu\text{g}/\text{min}$ . El colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos se evaluaron según ATP III. La TA, según cuarto reporte de la Task Force. La muestra se dividió en dos grupos, con y sin ND. Los datos categóricos se presentaron como porcentajes y los continuos como mediana (intervalo) y/o media (DS) según su distribución y se compararon con X<sup>2</sup> o test de Fisher o con T-test o Wilcoxon, respectivamente. Las variables independientes de riesgo de ND fueron identificadas con análisis multivariado. Nivel de significación:  $p < 0,05$ . Se incluyeron 103 pacientes (54 mujeres). Edad media  $14,6 \pm 3,5$  años, al debut  $7,8 \pm 3,6$  años y tiempo medio de evolución  $6,8 \pm 1,9$  años, 21 pacientes (20.3%) con ND y 82 sin ND. **Resultados:** En el análisis univariado se observó diferencia significativa en: colesterol total ( $p=0,041$ ), HbA<sub>1c</sub> de los primeros 2 años ( $p=0,001$ ) y de MAU mayor al pc 95 el año previo al desarrollo de ND ( $p=0,0001$ ); para las restantes variables las diferencias no fueron significativas. En el análisis multivariado, la MAU mayor al pc 95 se mantuvo como factor de riesgo independiente para desarrollar ND ( $p=0,003$ , OR=7,69 IC95% 1,97-30). **Conclusión:** El 20 % de los pacientes evaluados presentaron ND. El nivel de MAU mayor al pc 95 el año previo, el colesterol total y la HbA<sub>1c</sub> del inicio de la DM se asociaron significativamente con la presencia de ND. Esto enfatiza la importancia del adecuado control metabólico desde el inicio de la enfermedad en la prevención de la ND.

#### P59

##### QUISTE BRONCOGÉNICO. DOS DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN.

*Cáccamo E, Gonzalez N, Ginestet ME, Alvarez Ponte S, Smith S, Pawluk V, Nobúa O.*

División Neumotisiología. Hospital general de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Las malformaciones pulmonares tienen una incidencia global del 2,2%. Al quiste broncogénico (QB) corresponde el 20% de los casos. Clásicamente se presenta como dificultad respiratoria, neumonía persistente o recurrente o como un hallazgo radiográfico. Hoy en día puede sospecharse mediante ecografía prenatal. **Objetivo:** Reportar dos casos de QB con distintas formas de presentación. **Resultados: Caso 1:** Paciente de 1 año y 4 meses que consultó por dificultad respiratoria y fiebre de 10 días de evolución. Adjuntaba ecografía prenatal con informe de quiste pulmonar y TAC con formación redondeada de 35 mm. Por sospecha de Malformación Adenomatosa Quística (MAC) se programó su resección quirúrgica pero discontinuó los controles médicos por internación materna por TBC intestinal. Al ingreso presentaba, fiebre, taquicardia, taquipnea, tiraje, hipoventilación izquierda, silencio en la base, choque de la punta y ruidos cardíacos a la derecha. En la radiografía se observaba hemitórax izquierdo opaco y en la ecografía una imagen redondeada de 60 mm en base izquierda. Se descartó TBC. Cumplió antibióticos de amplio espectro. Se realizó TAC con imagen ovoidea en hemitórax izquierdo aumentada de tamaño, en contacto con la pleura y con efecto de masa a la derecha. Se efectuó resección de la lesión y la anatomía patológica informó QB. **Caso 2:** Paciente de 4 meses que consultó por tos y dificultad respiratoria de 3 días de evolución. Presentaba 3 internaciones por neumonía derecha. Al ingreso se encontraba afebril, taquicárdico, taquipneico, tiraje, sibilancias espiratorias, disfonía. La radiografía mostraba imagen radiopaca en vértice derecho. Se interpretó como probable malformación congénita sobreinfectada y se cubrió con antibióticos. La ecografía presentaba una lesión redonda de 45 mm y la TAC una imagen hipodensa redonda de bordes definidos con densidad líquida en lóbulo superior derecho en contacto con mediastino y desplazando la tráquea. Con la sospecha de QB se realizó cirugía con resección de la lesión cuya anatomía patológica confirmó el diagnóstico. **Conclusión:** Se debe pensar en malformaciones broncopulmonares frente a cuadros respiratorios a repetición, con imágenes persistentes en la radiografía de tórax y frente a imágenes patológicas en la ecografía prenatal.

#### P60

##### NEUMONÍA NECROTIZANTE EN PEDIATRÍA. SERIE DE CASOS CLÍNICOS.

*López M, Ginestet ME, González NE, Delgado M, Smith S, Pawluk V, Nobúa O.*

División Neumotisiología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La neumonía necrotizante (NN) es una complicación severa de la neumonía aguda, caracterizada por licuefacción y cavitación del tejido pulmonar con aparición de imágenes radiolúcidas en áreas de consolidación. **Objetivo:** Describir las características clínicas y evolución de niños con NN internados en nuestro hospital que fueron seguidos posteriormente en el consultorio de Neumotisiología. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes pediátricos con diagnóstico de NN internados entre junio de 2008 y octubre de 2010. Se incluyeron 27 pacientes, 17 varones, de entre 11 meses y 15 años de edad. **Resultados:** Seis niños padecían patología concomitante (asma, leucemia, artritis reumatoidea, endocarditis bacteriana). Todos presentaron fiebre previa al ingreso, en promedio de 4,9 días, 12/27 dificultad respiratoria y 11/27 tos. En 19 casos la NN fue derecha, y el 88,9% se acompañó de efusión paraneumónica, empiema en 14/18 casos. En 11/27 niños se aisló agente etiológico, 7 en hemocultivos y 5 en líquido pleural, encontrando *S. pneumoniae* en 6 casos, *S. aureus* meticilinorresistente en 3 y *S. pyogenes* en 2. El valor promedio de la eritrosedimentación al ingreso fue de 92 mm, y 12/27 niños tuvieron leucocitosis mayor de 15000/mm<sup>3</sup>. En todos los casos el diagnóstico se estableció a partir

de la radiografía de tórax y en 14/27 se confirmó con tomografía. La mediana de persistencia de fiebre fue de 10 días y la de estancia hospitalaria de 24 días. El tiempo promedio de administración de antibióticos fue de 29,4 días y el de requerimiento de oxígeno de 8,1 días. De los 24 niños con efusión pleural uno fue decorticado, 2 requirieron toilette pleural, 15 avenamiento pleural y 2 paracentesis. La mediana de permanencia de avenamiento fue de 8 días. Como complicación 5 (18,5%) niños presentaron neumotórax, 3 (11%) de ellos fístula broncopleural y 3 absceso pulmonar (11%). Todos presentaron resolución clínica y en 21/27 (78%) se constató resolución radiológica completa en la evolución posterior. **Conclusión:** La NN requirió tratamiento prolongado de antibiótico y de avenamiento pleural, con una larga estancia hospitalaria. El manejo conservador presentó buenos resultados. La evolución fue favorable con mínimas secuelas.

#### P61

##### INTOXICACIÓN POR HUMO DE INCENDIO UNIDAD DE TOXICOLOGÍA-HGNPE.

*Carro A, Crocinelli M, Fernández ME, Martins L, Nieto MM, Yanicelli MT.* Unidad Toxicología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La inhalación de humo es la principal causa de morbilidad en los incendios. Se estima que el 80% de las muertes son debidas a la injuria por inhalación de humo y a las quemaduras en las vías aéreas. **Objetivos:** Describir la fisiopatología de la injuria por inhalación de humo, sus manifestaciones clínicas y el tratamiento. **Material y método:** Se efectuó revisión y actualización bibliográfica. **Resultados:** La injuria está determinada por la composición química del humo que depende del material quemado, de la temperatura del proceso y del oxígeno presente. Intervienen tres mecanismos primarios: asfixia, daño térmico e irritación pulmonar. El humo es una mezcla de partículas carbonáceas suspendidas en el aire caliente y gases tóxicos. Las partículas carbonáceas están formadas por: carbón, ácidos orgánicos, aldehídos, y radicales químicos reactivos. Los gases tóxicos se comportan como asfixiantes simples (dióxido de carbono), irritantes (acroleína, dióxido de sulfuro, amoníaco, fosgeno, isocianatos) y asfixiantes químicos (monóxido de carbono, cianuro, óxidos de nitrógeno). Las manifestaciones clínicas incluyen compromiso respiratorio, neurológico, cardiovascular y metabólico. **Diagnóstico:** No considerar al CO como único toxico. Sospechar la presencia de cianuro si persiste el coma, acidosis metabólica, arritmias y pO<sub>2</sub> normal, considerar el daño por gases irritantes y material particulado. **Tratamiento:** manejo de la vía aérea, soporte hemodinámico, administración de oxígeno normo o hiperbárico. Evaluar tratamiento para cianuro. **Conclusiones:** La inhalación de humo continúa contribuyendo significativamente a la morbilidad de las víctimas de incendios. Los cuidados críticos de estos pacientes requieren conocimientos básicos de la fisiopatología de la injuria por inhalación de humo, con el objeto de aplicar el tratamiento adecuado y mejorar el pronóstico.

#### P62

##### INDICACIONES DE AMIGDALECTOMÍA EN LA PRÁCTICA DIARIA.

*Vespasiano G, Juchli M, Michalski J, Valerio A, Ramirez Z, Fitz Maurice MA.*

Servicio de Otorrinolaringología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La amigdalectomía y la adenoidectomía son las cirugías más frecuentemente realizadas en niños, asociadas o no a la colocación de diabolos. Existen indicaciones absolutas y relativas para estas cirugías. En este trabajo utilizamos los criterios del consenso de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial y la Asociación Española de Pediatría. **Objetivo:** 1) revisión de las indicaciones quirúrgicas efectuadas en nuestra población. 2) cuantificar la proporción de pacientes que acceden a dicho procedimiento. **Población:** Se analizaron todas las historias clínicas confeccionadas entre el 01/07/08 al 28/02/09 correspondientes a los pacientes de nuestro servicio. **Material y Método:** Se recolectaron datos epidemiológicos de cada paciente, motivo de consulta y procedimiento realizado en la

misma. Éstos fueron volcados en una base de datos Excel 5.0 y analizados con el programa Epi Info 2002. **Diseño:** Retrospectivo, transversal y observacional. **Resultados:** Se revisaron 4837 historias clínicas cuyo motivo principal de consulta fue: hipertrofia amigdalina (528 pacientes); Faringoamigdalitis recurrente (57 pacientes); flemón/absceso periamigdalino (12 pacientes); tumor amigdalino (2 pacientes); 1 absceso intra-amigdalino. En este período se practicó: amigdalectomía en 94 pacientes, 1 biopsia amigdalina, 1 drenaje de absceso intraamigdalino bajo anestesia general y 13 punciones de flemones/abscesos periamigdalinos bajo anestesia local. 4 de las amigdalectomías correspondieron a pacientes con antecedentes de 2 o más abscesos periamigdalinos, 10 pacientes con colesteatoma u otitis media crónica simple que serían sometidos a cirugía otológica y el resto correspondieron a pacientes con síndrome de apneas de sueño (SAHOS) secundario a hipertrofia adenoamigdalina. 18,16 % de los pacientes que consultaron por hipertrofia amigdalina accedieron a cirugía. Los casos más graves (tumor amigdalino, absceso que no responde al tratamiento; SAHOS grave) se operaron dentro de las 72 hs de la consulta (100%). **Conclusiones:** Las indicaciones de amigdalectomía encontradas se corresponden con las causas más frecuentes de dicha indicación en la población pediátrica observándose un fuerte predominio de las indicaciones absolutas. Si bien el porcentaje de resolución quirúrgica es bajo en el caso de las patologías de mayor gravedad se ha podido resolver en 100% de los casos en tiempo adecuado.

#### P63

##### LUPUS AMPOLLAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Giorgetti B, Sartori G, Vacarezza SM, Poggi M, Bruno M, Santos Chocler G, Radzichowski T, Brest R, Oporto S, Villalobos J.* CEM 5 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El Lupus Eritematoso Sistémico es un síndrome clínico autoinmune, de etiología multifactorial, caracterizado por inflamación de vasos sanguíneos y tejido conectivo. Posee curso evolutivo periódico, alternando con remisiones y exacerbaciones. El lupus ampollar es una manifestación cutánea poco frecuente, con una incidencia de 0,2 casos por millón de habitantes. **Objetivos:** Presentar una forma de reagudización infrecuente del LES. Evaluar sus posibles diagnósticos diferenciales. **Caso Clínico:** paciente de 17 años con diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico (LES) desde abril del 2009. Comienza 24 hs previas a la consulta con lesiones vesiculampollares en región glútea; inició tratamiento con TMS – SMX sin indicación médica. Al examen físico presenta prurito, eritema y lesiones ampollares tensas, de rápida evolución, de contenido líquido citrino, distribuidas en todo el tegumento. Mucosas comprometidas. En ambas mamas eritema confluyente y violáceo, algunas de las lesiones en diana atípica. Como diagnóstico al ingreso se asume: Necrólisis epidérmica tóxica secundaria a sulfonamidas, y se indica tratamiento con gammaglobulina. Al cuarto día de internación se agregan lesiones circulares eritematosas violáceas de base purpúrica y ampollas tensas. Se plantean como diagnósticos diferenciales: LES ampollar, u otras enfermedades ampollares asociadas a patología de base. Se realiza biopsia cutánea, arribando al diagnóstico definitivo de: Lupus ampollar. La paciente continúa con lesiones dextrechadas de base eritematosa y queilitis; agregándose nuevo brote ampollar de pequeño tamaño en cara, lengua, tronco anterior. Se decide dada la confirmación diagnóstica agregar Dapsona 50 mg/kg/día. **Discusión:** Se agrupan bajo el término de enfermedades ampollares autoinmunes las dermatosis que tienen como lesión elemental la ampolla, y cuyo mecanismo etiopatogénico será un fenómeno autoinmune. Se incluyen entidades como: Pénfigos, Penfigoides, Herpes gestacional, Epidermolisis ampollar adquirida, Dermatitis herpetiforme, Dermatitis lineal IgA, y Lupus eritematoso sistémico ampollar. Así también es de suma importancia el diagnóstico diferencial con Necrólisis epidérmica tóxica. **Conclusión:** Se debe destacar que en todo paciente portador de una enfermedad de base como el LES, que comienza con una exacerbación en piel, cuya lesión elemental es la ampolla, se debe sospechar de inicio LES ampollar sin dejar de considerar sus diagnósticos diferenciales.

## P64

## INFECCIONES FÚNGICAS NEONATALES, ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO.

*Pooli L, Nocetti Fasolino M, Pereda R.*

Unidad de Neonatología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Las infecciones fúngicas son un grave problema en Neonatología, a partir de la creciente sobrevida de neonatos pretérmino y/o polimalformados, el uso de procedimientos invasivos y/o cirugía y la antibioticoterapia prolongada. Se asocian con alta morbimortalidad y alteraciones en el neurodesarrollo. **Objetivos:** 1. Establecer la incidencia de infección fúngica (IF) en los neonatos asistidos en la Unidad de Neonatología de un Htal. de Pediatría. 2. Determinar las formas clínicas de presentación y la mortalidad de estos RN. 3. Describir los agentes etiológicos involucrados. 4. Evaluar si prematuridad, bajo peso, malformaciones, cirugía, internación prolongada, ARM y NPT son factores de riesgo (FR) para IF. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte de los neonatos internados en la Unidad de Neonatología del Htal. Pedro de Elizalde entre el 01/01/1998 y 31/12/2008. Se definió caso de IF: paciente con uno o más cultivos positivos para *Candida* spp u otro agente fúngico. Prematuridad: edad gestacional (EG) < 37 semanas (S) Bajo peso: peso al nacer (PN) ≤ 1500 gr. Se calcularon los riesgos relativos (RR) y los intervalos de confianza (IC) al 95%. Para las variables cuantitativas se utilizó la prueba de t y para las cualitativas Chi cuadrado. Nivel de significación p < 0.05. **Resultados:** Se estudiaron 3935 pacientes. Las medias de edad, PN y EG fueron: 19 días, 2900 gramos y 37 S, respectivamente; 931 RN (24%) presentaron al menos una malformación mayor; 877 (22,5%) requirieron cirugía; 712 ARM y 509 NPT. Se registraron 122 casos de IF (incidencia 3 %) 10 RN presentaron IF al momento del ingreso. La IF se asoció significativamente a cirugía (RR =12,8; IC: 8,4 -19,7) malformaciones (RR =5,5; IC: 3,8 -7,9) prematuridad (RR = 3,8; IC: 2,7 -5,4) PN ≤ 1500 gr. (RR= 5,1; IC: 3,5 -7,4) uso de ARM (RR =37,9; IC: 21,4 -67) NPT (RR =32,3; IC: 20,4 -51,3) e internación >14 días (RR =24; IC: 12,6 -45,7) La mortalidad (41%) fue más elevada entre éstos (RR =6,2; IC: 4,9 - 8) Los agentes aislados con más frecuencia fueron *C. albicans* (53%) y *C. parapsilosis* (34%) La funguemia fue la forma clínica más frecuente. **Conclusiones:** La IF se asoció significativamente con prematuridad, bajo peso, cirugía, malformaciones, uso de ARM, NPT e internación prolongada. La mortalidad fue significativamente mayor en los RN con IF.

## P65

## EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS NEONATALES.

*Pooli L, Baich Fernandez A, Ojea G, Díaz de Vivar M J.*

Unidad de Neonatología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Las Infecciones Hospitalarias (IH) tienen un alto impacto en la morbimortalidad de los pacientes asistidos en Neonatología. **Objetivos:** 1. Establecer la incidencia de IH durante los años 2005 a 2009 en Neonatología, en el Htal. Pedro de Elizalde. 2. Caracterizar los pacientes con IH. 3. Analizar los factores de riesgo (FR) 4. Estimar la mortalidad de los pacientes con IH 5. Describir las formas clínicas más frecuentes y los agentes involucrados. **Material y métodos:** Se estudiaron todos los RN egresados de Neonatología entre el 01-01-2005 y 31-12-2009. A partir de la información de nuestra base de datos, se establecieron edad al ingreso (EI) peso al nacer (PN) edad gestacional (EG) días de internación (DI) procedimientos invasivos y mortalidad. De la base de datos de Bacteriología, los datos correspondientes. Se definió prematuridad: EG <37 S, bajo peso: PN ≤ 1500 gr.; IH según CDC. Se determinó la incidencia de IH. Se estimaron los riesgos relativos (RR) y los intervalos de confianza (IC) del 95% Variables cualitativas: x2 y cuantitativas prueba de t. Nivel de significación de p < .05. **Resultados:** Egresaron 1786 niños. La media de EI, PN y EG: 16 días, 2900 gr. y 37 S respectivamente. Recibieron ARM 360 pacientes (20%) y NPT 258 (14,4%) Requirieron cirugía 400 RN. Se registraron 331 episodios de IH en 222 pacientes (incidencia 18,5 %) En RN con IH: media de EI, PN y EG: 12 días,

2400 gr. y 35 S respectivamente. Requirieron ARM 165 y NPT 161 RN; 158 (de 222) pacientes requirieron cirugía. La IH se asoció a: prematuridad (RR=2,8; IC:2,2- 3,5) bajo peso (RR= 3,6; IC: 2,8- 4,7) cirugía (RR=8,5; IC: 6,5- 11,1) ARM (RR=11,4; IC: 8,6- 15,1) NPT (RR=15,6; IC: 12- 20,3) y malformaciones (RR=7; IC:5,3-9) Los 331 episodios de IH se distribuyeron así: sepsis 239 (76%) infecciones del sitio quirúrgico 22 (7%) infección urinaria 20 (7%) neumopatías 16 (5%) Agentes aislados en bacteriemias: *Staphylococcus coagulasa* negativo (45%) bacilos gram negativos (23%) y *Candida* spp (17%) Mortalidad 73 de 222 (33%) (RR= 8,8; IC: 6,5-12,1). **Conclusiones:** La incidencia de IH fue 18,5%. Se asoció significativamente a prematuridad, bajo peso, cirugía, malformaciones, uso de ARM y NPT. La sepsis fue la forma clínica más frecuente. *Staphylococcus coagulasa* negativo el agente más frecuente. La mortalidad (33%) fue significativamente mayor en los RN con IH.

## P66

## DOPPLER TISULAR EN FALLOT OPERADO ALEJADO COMO ÍNDICE DE DISFUNCIÓN VENTRICULAR.

*de Dios A, Manso P, Ackerman J, Martínez I, Levantini F, González G, Carugati R, Saltimirus R, Damsky Barbosa J.*

Servicio de Cardiología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La ecocardiografía (Eco) Doppler tisular permite reconocer alteraciones intrínsecas de la función ventricular. **Objetivos:** Seguir con Eco tisular a pacientes (p) operados de Fallot en su evolución alejada con insuficiencia pulmonar (IP) moderada y/o severa para sumarlo como criterio al decidir el reemplazo valvular pulmonar (VP). **Material y Métodos:** Se evaluaron de forma prospectiva 22 pacientes con Fallot e IP moderada a severa comparando los hallazgos con los valores medios normales obtenidos previamente en 45 niños sanos. Se midió: función sistólica, velocidades E y A mitral y tricuspídea, excursión lateral, TEI de ventrículo derecho (VD) y ventrículo izquierdo (VI), las ondas tisulares: sistólica (S), diastólicas E tisular (E), A tisular (A) y el IVA m/s2 en pared libre a nivel basal y medioventricular (MV) de VD y VI, volúmenes de VD y volumen de VI. Los datos cuantitativos fueron expresados como media ± DS. Se consideró estadísticamente significativo valor de p<0,05. Los p fueron agrupados según el grado de dilatación del VD en: leves hasta 60 ml/m2, moderados 60-120 ml/m3, severos >120 ml/m3, medido por Eco 2D. Los p con dilatación severa fueron evaluados también con RMN. **Resultados:** Edad media (X) de la población X: 16± 2 años (a), superficie corporal X: 1,38 ± 0,29, operados a los X: 2,5 ± 0,5 a, tiempo de operados X: 12,8 ±9 a. En los casos severos todos los p presentaron alteración del Eco tisular a nivel MV y basal. Sólo ante dilatación máxima se alteró la excursión lateral y en algunos hasta se invirtió la patente de llenado diastólico del eco tisular (E' < A). Dos p requirieron reemplazo de VP. En otros 2 la alteración de la función por Eco tisular coincidió con el final del embarazo. Estos hallazgos fueron reversibles luego del reemplazo valvular y 6 a 12 meses posparto. **Conclusiones:** El Doppler tisular revela cambios en la onda S', E' y el IVA de VD y en casos severos en el IVA de VI que disminuyen significativamente por la alteración de la geometría del VD y cambios en las propiedades intrínsecas del miocardio ventricular debido aIP severa. Es un elemento más a considerar en los pacientes borderline pasibles de reemplazo VP. La reversibilidad de estos hallazgos parece indicar una etapa de alarma en la que es posible recuperar la función del VD.

## P67

## ECO TISULAR NORMAL EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO.

*Manso P, Levantini F, Vaccari M., González G., Saltimirus R, Carugati R., Vidal M, de Dios AM.*

Servicio de Cardiología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La ecocardiografía Doppler tisular es un nuevo método para revelar alteraciones de la función ventricular izquierda (VI) y derecha (VD), siendo un potencial marcador precoz de dis-

función ventricular. **Objetivo:** Obtener valores medios normales de las velocidades tisulares miocárdicas en niños menores de 1 año.

**Material y métodos:** Se realizó ecocardiograma y Doppler tisular a 44 pacientes sanos menores de 1 año. Se midieron: la función sistólica, las velocidades E y A mitral y tricuspídea, excursión lateral, TEI VI, onda S tisular (S) onda E tisular (E) y onda A tisular (A), e IVA' en pared libre de VD, VI y séptum interventricular a nivel basal (B) y medioventricular (MV). Los pacientes se agruparon en 4 grupos: I: entre 0 y 1 mes (M) sc 0.23 (12 p), II: entre 1 y 3 M sc 0.26 (12 p), III: entre 4 a 6 M 0.33 (10p) y IV: entre 7 y 12 M 0.36 (10p). Los datos cuantitativos fueron expresados como media  $\pm$  DS. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de  $p < 0,05$ . **Resultados:** La onda S' presenta cambios significativos con la edad a nivel basal de VI, VD y séptum y a nivel MV de VD. La onda E' de VI, VD y septal aumentó con la edad dentro del primer año tanto a nivel basal como MV. La onda A' del VI, VD y septal tanto basales como MV no se modificó en forma significativa durante el primer año de vida. El IVA en m/seg<sup>2</sup> a nivel medio ventricular del VD, VI y septal aumentó con la edad durante el primer año de vida. Esto podría corresponder a un aumento de la contractilidad del miocardio. **Conclusiones:** El Doppler tisular revela un cambio positivo de la onda E' que se incrementa con la edad, sugiriendo una mejoría en las propiedades diastólicas del miocardio. La onda S' y el IVA a nivel MV también aumentaron lo que podría deberse a un aumento de la contractilidad. Mientras que la onda A' no se modifica. El estudio permite tener valores normales de referencia ante disfunciones ventriculares en menores de 1 año.

#### P68

##### TUBERCULOSIS Y BICITOPENIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

*Sullivan M, Lepera C, Smith S, Alvarez Ponte S, Pawluk V, Gonzalez N.* Neumología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La tuberculosis en niños puede presentarse asociada a diversas alteraciones hematológicas tales como leucocitosis, anemia y plaquetopenia. La trombocitopenia ocurre más comúnmente en el contexto de una pancitopenia por infiltración tuberculosa de la médula ósea. Se describe un caso clínico de una paciente de 13 años que presentó bicitopenia (anemia y plaquetopenia) secundaria a una neumonía por *Mycobacterium tuberculosis*.

**Descripción del caso:** Una paciente de 13 años fue internada en nuestro hospital por presentar tres de dos semanas de evolución, sudoración nocturna, pérdida de peso, dolor torácico y fiebre de 72 horas de evolución. Se diagnosticó neumonía tuberculosa, por imagen, contacto con foco tuberculoso y baciloscopia positiva. Concomitantemente presentó petequias generalizadas, hematuria y epistaxis. Se realizó orina de 24 horas con valores normales por lo que se descartó patología renal. En la evaluación hematológica se diagnosticó anemia microangiopática y plaquetopenia. Reacción de Coombs negativa y LDH aumentada. Se realizó punción aspiración de médula ósea donde se encontró una celularidad conservada, con megacariocitos presentes con número y ploidia normal, baciloscopia y cultivo negativos. **Discusión:** La tuberculosis puede acompañarse de diferentes trastornos hematológicos. Si bien son pocas las publicaciones sobre este tema se ha descrito que estas alteraciones pueden ser producidas por infiltración o supresión de la médula ósea, estar asociadas a fenómenos autoinmunes, deficiencias nutricionales y en la utilización del hierro. La administración del tratamiento antituberculoso en estos pacientes logró en la mayoría de los casos remitir el cuadro hematológico conjuntamente con la enfermedad de base. El pronóstico hematológico está asociado a la evolución de la tuberculosis, por lo tanto es necesario realizar un tratamiento adecuado y un seguimiento cercano de estos pacientes para obtener el éxito terapéutico. **Conclusión:** Se asumió la bicitopenia como asociada a la tuberculosis pulmonar. Se instauró tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, evidenciándose mejoría progresiva del cuadro clínico con restitución de los valores hematológicos a los 20 días de trata-

miento. Se otorgó alta hospitalaria a los 26 días de tratamiento con baciloscopias de esputo negativas y actualmente se encuentra en seguimiento por neumotisiología.

#### P69

##### SHOCK TÓXICO POR STREPTOCOCCO PYOGENES EN UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE VARICELA.

*Castro L<sup>1</sup>, Di Giacomo N<sup>2</sup>, Fernández G<sup>2</sup>, Ferreira S<sup>1</sup>, Funes S<sup>1</sup>, Kim B<sup>1</sup>, Tiberio M<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Residencia de Clínica Pediátrica del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. <sup>2</sup>Residencia de Clínica Pediátrica del Hospital General de Agudos José M. Penna.

**Introducción:** La varicela es la enfermedad exantemática más frecuente en la infancia. La complicación más habitual es la sobreinfección bacteriana, la cual puede ser el foco clínico inicial de un shock tóxico (SST). Este último presenta una incidencia de 0.4 a 5 casos cada 10000 habitantes, una mortalidad del 30 al 40% llegando al 5 % en los casos en que se instaura el tratamiento en forma rápida. Por lo tanto requiere un alto índice de sospecha para lograr un diagnóstico y tratamiento precoz. **Objetivo:** Comunicar un caso de SST por *Streptococcus pyogenes* en un paciente con varicela. **Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 2 años de edad, sin antecedentes de importancia, con diagnóstico de varicela que al 4º día de evolución presenta aumento del diámetro del muslo izquierdo con edema, dolor a la palpación, eritema y aumento de la temperatura local, compatible con celulitis, decidiéndose su internación y tratamiento con Cefalotina 100 mg/kg/día y Clindamicina 30 mg/kg/día; previa toma de hemocultivos (HMC) x 2. El paciente permanece estable las primeras 12 hs de internación presentando luego extensión de la celulitis con compromiso de labio mayor izquierdo de vulva, rodilla y cadera izquierda e hiperalgesia cutánea. Se realiza ecografía de MII compatible con celulitis y miositis, sin compromiso articular; evoluciona con desmejoría del estado general, agregándose eritrodermia y signos de descompensación hemodinámica, por lo que se asume el cuadro como shock séptico vs SST; se realizan 3 expansiones con solución fisiológica con escasa repuesta por lo que se deriva a UTI donde se administra Gamaglobulina EV y se rota antibiótico a Ceftriaxona 80mg/kg/día y Vancomicina 40 mg/kg/día, Laboratorio: Hemograma Hto 33% Hb 11 GB 32100 (12/70/0/0/10/8) Plaquetas 61700 urea 152 creatinina 3.1 quick 70% KPTT 42" PCR 230 LDH 1742 CPK 1757 Aldolasa 21. HMC ½ positivo para S.pyogenes. Se interpreta el cuadro como SST asociado a S. pyogenes. Evoluciona en forma favorable y es dada de alta a los 15 de internación. **Conclusión:** El SST estreptococcico es una patología poco frecuente y severa que debe tenerse en cuenta ante infecciones como fascitis necrotizante, celulitis, miositis entre otras, más aún si existen factores de riesgo como infección por varicela, corticoterapia prolongada e inmunodeficiencias. Es imprescindible la sospecha diagnóstica ante el menor signo sugerente, ya que su detección y tratamiento precoz es clave para disminuir morbimortalidad.

#### P70

##### TRANSITORIA FOSFATURIA Y PERSISTENTE URICOSURIA EN LA ACIDOSIS TUBULAR RENAL DISTAL PRIMARIA (ATRD).

*Bortolazzo C, Alvarado C.*

Universidad de Buenos Aires Cátedra de Fisiología, Nefrología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La proteinuria transitoria de bajo peso molecular, que es un marcador de disfunción tubular proximal, ha sido descrita en pacientes con ATRD. Por otro lado una más generalizada disfunción tubular proximal, que mimetiza a Síndrome de Fanconi, en pacientes con ATRD ha sido raramente reportada. **Objetivo:** Comentar el caso de una niña de 3 años con ATRD que curso con disfunción tubular proximal, parcialmente transitoria. **Caso clínico:** Niña de 3 años de vida, en estudio por retardo pondo-estatural en el hospital de Tigre. Con diagnóstico de neurofibromatosis, en vista que presenta 13 manchas café con leche en miembros y torax. Con el antecedente de manchas café con leche en madre, tía

y abuela. Y que presenta nódulos de Lish en el fondo de ojo. Fue derivado a nuestro hospital con diagnóstico de cetoacidosis diabética, que se descarta. Por la persistencia de acidosis metabólica híper clorémica con Ph urinario alcalino, con anion gap sérico normal e híper kalemia severa ( $K+1.3\text{mEq/L}$ ), con nefrocalcinosis ecográfica se sospecha acidosis tubular renal distal. Que se confirma por la concordancia de gap urinario positivo ( $\text{Na}^+ + \text{K}^+ - \text{Cl}^- = 5$ ) frente a la acidosis sistémica,  $\text{Pco}_2$  urinaria-sanguínea de 8.5 mmHg, durante la sobrecarga alcalina, ( $\text{VN} > \text{de } 20 \text{ mmHg}$ ) y Ph urinario que no baja de 6 con la prueba de furosemida. Presento compromiso tubular proximal evidenciado por severa híper fosfatemia ( $\text{P}^-$  sérico 1.3 mg% ) con híper fosfatemia, U/P fosforo/ U/P creatinina  $\times 100 = 72\%$  ( $\text{VN } 84\%$ ). Híper uricemia 2.2 mg % con híper uricosuria evidenciado por el índice:  $[\text{Uricosuria}/ \text{creatininuria}] \times \text{creatinina sérica} = 0.84$  ( $\text{VN} < 0.5$ ). **Conclusión:** La híper uricemia e híper uricosuria persistió sin resolverse después de 4 años de seguimiento. Por lo que se puede inferir en un daño tubular permanente secundario a la hipokalemia o la acidosis intracelular. En cuanto a la asociación de neurofibromatosis con ATRD, solo conocemos un caso de ATRD secundaria a osteopetrosis y que se acompañaba de neurofibromatosis, el caso presentado reúne las características de ATRD primaria, y en nuestro conocimiento no la hemos visto asociada a neurofibromatosis.

#### P71

##### SÍNDROME DE POLAND Y NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO. UNA RARA ASOCIACIÓN.

Cáccamo ME, López M, Loor R, Smith S, Pawluk V, Gonzalez N.  
División Neumotisiología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El síndrome de Poland se caracteriza por la ausencia total o parcial del músculo pectoral mayor, la ausencia del pectoral menor y anomalías de la extremidad superior ipsilateral. Su incidencia es 1 en 7.000-100.000 RNV. Es más frecuente en el sexo masculino y en hemitórax derecho (75% de los casos). Se han reportado múltiples asociaciones de este síndrome con alteraciones renales, cardíacas, dermatológicas, etc. Solo se han descrito 4 casos relacionados con neumotórax espontáneo. **Objetivo:** Presentar una paciente con síndrome de Poland y neumotórax espontáneo que realiza su seguimiento clínico en el servicio de Neumología de este hospital. **Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 19 años de edad con diagnóstico previo de síndrome de Poland en hemitórax izquierdo que consulta a la guardia por presentar dificultad respiratoria y dolor torácico súbito homolateral a su patología. Al examen se encontraba hipoplasia unilateral de la pared torácica del lado izquierdo y a la auscultación murmullo vesicular ausente de ese mismo lado. En la radiografía se evidencia neumotórax izquierdo grado I. Se indica internación. La paciente se recupera *ad integrum* con una semana de reposo y es dada de alta. Cuatro meses después se observan dos pequeñas bullas subpleurales que persisten en la TAC de tórax. **Discusión:** El síndrome de Poland fue descrito por primera vez por Alfred Poland en 1841. Su patogenia se desconoce pero se cree que se produce una interrupción del flujo sanguíneo de la arteria subclavia durante la 6ª semana de gestación. Se ha visto asociación con alteraciones de la glándula mamaria, aplasia de las costillas o cartílagos, malformaciones de la mano, hipoplasia de radio y cúbito, anomalías dermatológicas, dextrocardia, anomalías de la vía biliar, agenesia renal, etc. Solo se han hallado en la literatura 4 casos de neumotórax espontáneo y síndrome de Poland: todos jóvenes entre 16 y 32 años, 3 de ellos varones, solo uno con afectación de la pared torácica del lado izquierdo y los 4 con neumotórax derecho. **Conclusión:** El síndrome de Poland es una afectación poco frecuente y su asociación con neumotórax espontáneo es muy rara. Presentamos un caso de síndrome de Poland en una paciente de sexo femenino y con afectación del lado izquierdo que presentó neumotórax espontáneo del mismo lado, todas estas, características poco frecuentes para esta entidad.

#### P72

##### ORIGEN ANÓMALO DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA EN LA ARTERIA PULMONAR (ALCAPA).

Castro L, Gigliotti E.

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

**Introducción:** El origen anómalo de la arteria coronaria izquierda en la arteria pulmonar (ALCAPA) es una cardiopatía muy poco frecuente que afecta a 1 de cada 300.000 recién nacidos. Los neonatos suelen ser asintomáticos hasta que la presión de la arteria pulmonar desciende a un nivel crítico. Constituye una de las causas más comunes de isquemia e infarto de miocardio en niños y sin tratamiento más del 90% fallecen durante el primer año de vida. **Objetivo:** Comunicar un caso de ALCAPA, patología poco frecuente pero con elevada tasa de mortalidad. **Caso clínico:** Paciente de 4 meses, RNT/PAEG, con antecedentes de broncoespasmos a repetición desde los 2 meses (en tratamiento con budonide 400 mcg/d y salbutamol) e internación previa por neumonía, que ingresa por intercurencia respiratoria y signos clínicos de insuficiencia cardíaca congestiva. Se encuentra en regular estado general, afebril al momento del examen, rosada, con taquipnea, tiraje subcostal, crepitantes en ambos campos pulmonares y saturación 95% a aire ambiental; taquicardia, precordio activo, choque de punta desviado a la izquierda, ritmo de galope, soplo sistólico 2/6 en ápex, pulsos conservados y hepatomegalia. La radiografía de tórax muestra cardiomegalia moderada, hiperflujos pulmonares y aumento de tamaño de aurícula izquierda. Se indica tratamiento con Ceftriaxone y furosemida. Se realiza ECG en el que se observa ritmo sinusal, trastorno de repolarización en cara lateral con onda Q en DI, aVL, V5-V6, y signos de hipertrofia de ventrículo izquierdo (VI). El ecocardiograma informa miocardiopatía dilatada del VI, con severa disminución de la contractilidad e insuficiencia mitral severa; no se observa origen de coronaria izquierda. Se agrega al tratamiento Digoxina. El cateterismo cardíaco confirma el diagnóstico, evidenciando la implantación de la coronaria izquierda en la arteria pulmonar. Es intervenida quirúrgicamente con éxito, con buena recuperación posterior. **Conclusión:** El origen anómalo de la arteria coronaria izquierda en la arteria pulmonar es una patología poco frecuente, que se manifiesta entre la 6ª semana y los 4 meses de vida como insuficiencia cardíaca congestiva y miocardiopatía dilatada. Su pronóstico depende del diagnóstico y tratamiento oportunos, la función ventricular, el tipo de técnica utilizada y la experiencia del equipo quirúrgico.

#### P73

##### FUNCIÓN SISTÓLICA EN MENORES DE 1 AÑO AGRUPADOS POR SUPERFICIE CORPORAL.

Levantini F, Gonzalez G, Carugati R, Seara G, Flores E, Vidal M, Pontecorvo E, De Dios AM.

Unidad Cardiología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La ecocardiografía permite evaluar en forma no invasiva la función sistólica ventricular izquierda. Actualmente se utilizan tablas de valores normales basadas en estudios no realizados en nuestro país. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue obtener valores normales y variaciones de la normalidad de la función sistólica en niños menores de un año, sin cardiopatía estructural de nuestra población. **Materiales y métodos:** Se realizó Ecocardiograma 2D, modo M y Doppler a 25 pacientes sanos de 0 a 1 año agrupándolos por edad (menores de 1 mes, de 1 a 3 meses, de 3 a 6 meses y de 6 meses a un año) y superficie corporal. **Se midieron:** función sistólica, excursión lateral mitral y tricuspídea y se valoró por Doppler el índice de TEI en ventrículo izquierdo (VI) como indicador de función global sistodiastólica. Los datos cuantitativos fueron expresados en media y desvío Standard. Se consideraron significativos los valores de  $p < 0.05$ . **Resultados:** Se encontró un aumento estadísticamente significativo del diámetro diastólico de VI (DDVI) y de pared posterior (PP) del VI relacionado con la edad. La FA no se modificó en

forma estadísticamente significativa. La excursión lateral tricuspídea se incrementa en los primeros meses y luego permanece estable. La excursión lateral mitral no aumentó en forma estadísticamente significativa. El índice de TEI disminuyó después de los 6 m. **Conclusiones:** El aumento progresivo del DDVI y de la PP en diástole se relaciona con el crecimiento somático y de la superficie corporal. La FA no se modifica en forma estadísticamente significativa en los niños menores de 1 año. El índice de TEI se mantuvo con valores por debajo de 0.47 en el primer año de vida. El Septem interventricular (SIV) se mantuvo a lo largo del primer año de vida en valores entre 0.30 y 0.35 cm, siendo el cambio no estadísticamente significativo. Las excursiones laterales mitral y tricuspídea oscilaron entre 1.0 a 1.5 cm en el primer año en todos los grupos.

#### P74

##### **FUNCIÓN SISTÓLICA NORMAL EN EDAD PEDIÁTRICA**

*Levantini F, González G, Carugati R, Seara G, Zampach M, Flores E, Damsky Barbosa J, de Dios AM.*

Unidad Cardiología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Las mediciones ecocardiográficas en Modo M son muy útiles para valorar de forma cuantitativa y no invasiva ciertos aspectos importantes de la anatomía y función cardíaca; tanto en niños sanos como con cardiopatía. **Objetivos:** El objetivo de este estudio fue obtener valores medios normales de función sistólica en niños de nuestra población. **Material y métodos:** Se realizó ecocardiograma modo M, 2D y Doppler a 50 pacientes sanos de 0 a 18 años. Se midió en modo M función sistólica, excursión lateral mitral y tricuspídea. Por Doppler se determinó el índice de TEI en ventrículo izquierdo (VI) como marcador global de función sistodiastólica. Se los agrupó por superficie corporal en 4 grupos: de 0,3 a 0,6 (25 pacientes), de 0,6 a 0,9 (12 pacientes), de 1 a 1,5 (8 pacientes) y de 1,5 a 2,5 (5 pacientes). Los datos cuantitativos fueron expresados como media +/- desviación standard. Se tomó como significativo valores de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Tanto el diámetro sistólico como el diámetro diastólico de VI aumentaron progresivamente con el aumento de la superficie corporal. También lo hicieron la pared posterior del VI y el séptum interventricular en diástole. Las excursiones laterales mitral y tricuspídea también aumentaron de forma significativa con el aumento de superficie corporal. Tanto la fracción de acortamiento como el índice de TEI de VI no tuvieron un incremento significativo con la edad. La fracción de acortamiento es una proporción que se mantiene estable con la edad, siendo solo marcador de función sistólica. El índice de TEI es utilizado como índice de función sistodiastólica y permaneció estable por tratarse de pacientes sanos. **Conclusiones:** Se observó un aumento progresivo del diámetro sistólico, diastólico, pared posterior de VI y séptum que se relaciona con el aumento de la superficie corporal. Las excursiones laterales mitral y tricuspídea también aumentaron en forma significativa con la edad. En cambio la fracción de acortamiento y el índice de TEI no variaron significativamente.

#### P75

##### **ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA (EMAD): A PROPÓSITO DE UN CASO.**

*Brest R, Bruno M, Giorgetti B, Poggi M, Santos G, Sartori G, Radzichowski T, Vacarezza S.*

CEM 5 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La EMAD es una encefalopatía aguda secundaria a un proceso infeccioso no siempre identificado, que ocasiona una desmielinización inflamatoria multifocal del SNC. Se presenta clínicamente en forma aguda o subaguda, generalmente de curso monofásico, la incidencia en nuestro medio es muy difícil de establecer, pero ha aumentado significativamente. **Objetivos:** Presentación de un caso clínico de EMAD. **Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino de 8 años de edad que comienza con fiebre de 8 días de evolución, cefalea frontal, fotofobia y vómitos. Se realiza Punción Lumbar que informa 102 elementos, 50% PMN, como

único dato patológico; se asume como Sospecha de Meningoencefalitis se medica con Ceftriaxona 100 mg/kg/día y Aciclovir 30 mg/kg/día previa toma de hemocultivos. Como antecedentes personales significativos presenta a los 6 años una internación por Sospecha de Encefalitis donde recibió tratamiento con Ceftriaxona y Aciclovir, sin rescate de germen, con evolución favorable, habiendo quedado con cefaleas intermitentes sin seguimiento clínico. Luego de 6 días de internación medicado con Ceftriaxona, presenta episodio de cefalea frontal intensa con visión borrosa y fotofobia, hiperreflexia en miembros inferiores y nuevo registro febril. Se constata en fondo de ojo edema de papila bilateral. Se realiza TAC cerebral con discreto edema y asimetría de ventrículos laterales, se toma nuevo LCR extendiéndose la búsqueda de virus y bacilos BAAR (ya que cultivos y PCR previa permanecían negativos). El citoquímico informa 360 elementos a predominio monomorfo. Se agrega nuevamente al tratamiento Aciclovir 30 mg/kg/día y dexametasona 0,6 mg / kg / día. RMN: imagen hiperintensa en t2 y flair e iso-intensa en t1 en región parietal izquierda y similar en región derecha que realiza con contraste. Compatible con EMAD. Evoluciona favorablemente con tratamiento corticoideo, sin aislamiento de germen. **Discusión:** Se debe realizar el diagnóstico diferencial entre un primer ataque de Esclerosis Múltiple y una EMAD monofásica, en niños con un primer episodio de desmielinización aguda documentado por RMN, esto se ve facilitado por un seguimiento posterior, para valorar las recurrencias. **Conclusión:** Se debe alertar a la comunidad científica para el reconocimiento de esta entidad y el tratamiento precoz de la misma con el fin de evitar la aparición de secuelas o síntomas que comprometan la vida de nuestros pacientes.

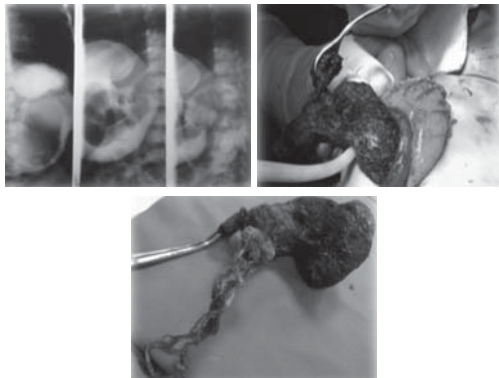
#### P76

##### **TRICOBEOZAR GÁSTRICO COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE. ENFOQUE CLÍNICO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

*Berger M, Dicembrino M, García Minuzzi M, Gonzalez T, More N, Moreno D'Anna M, Strawich F.*

**Introducción:** El Dolor abdominal crónico es aquel que afecta las actividades en 3 o más episodios por más de 2 meses. Un 15 % son de etiología orgánica, entre ellas los bezoares gástricos. **Objetivo:** Describir una etiología infrecuente como causa de dolor abdominal crónico en pacientes pediátricos. **Caso clínico:** Paciente femenino de 4 años, que consulta por dolor abdominal de 3 meses de evolución acompañado de constipación. Madre refiere regular progreso de peso y hábito de pica. **Examen físico:** Buen estado general, PC 10 peso y 50 talla para la edad. P/T: 80%(grado I). Masa abdominal en epigastrio, no móvil, duro pétreo, bordes definidos, superficie irregular e indolora a la palpación. Exámenes complementarios: hemograma, función renal y hepática, perfil fosfocálcico: en rango normal y proteinograma con disminución de proteínas totales y albúmina. Radiografía simple de abdomen: estómago de gran tamaño con contenido irregular. Ecografía abdominal: banda ancha hiperecólica con sombra acústica posterior intragástrica. Seriado gastroduodenal: imagen negativa intragástrica en "panal de abejas". Se realiza laparotomía exploradora y extrae tricobozar. **Discusión:** El tricobozar gástrico, concreción de pelos, se observa más en niñas y adolescentes. La mayoría se forman en estómagos con cirugías previas y la causa más frecuente es la tricofagia y tricotilomanía. La sospecha diagnóstica se fundamenta en la anamnesis y el examen físico. Tal como se presentó en el paciente, el dolor abdominal es uno de los síntomas típicos. En un 50% el hábito de pica y tricofagia es referido. El estudio complementario de elección es la seriado gastroduodenal que muestra una patente radiológica característica ya descrita. El tratamiento es quirúrgico con el objetivo de evitar recurrencias. Durante el postoperatorio es necesario dieta gastroprotectora, medicación antiácida, psicoterapia y controles clínicos. **Conclusiones:** No subestimar las patologías orgánicas en pacientes con dolor abdominal crónico. Aumentar el índice de sospecha en pacientes mujeres con dichos antecedentes. Es esencial

un enfoque multidisciplinario en donde se aborden los posibles trastornos conductuales.



#### P77

##### TORTÍCOLIS EN UN NIÑO COMO SIGNO DE ENFERMEDAD SEVERA.

Guglielmo MC, Casanovas A, Ferrero A.

CEM 6 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La torticollis es un signo que puede estar presente en diversas situaciones que pueden abarcar desde patologías banales hasta aquellas que comprometen la vida. **Objetivo:** Presentamos un caso clínico para describir la asociación entre la torticollis y los tumores encefálicos. **Caso Clínico:** Paciente de 13 años de edad, que consulta por torticollis de 15 días de evolución, vómitos y cefaleas matutinas esporádicas. Al examen físico el niño estaba lúcido, con pupilas simétricas e isocóricas, afebril, y manifestaba nistagmus durante las pruebas de seguimiento ocular de tipo vertical y horizontal. La torticollis era hacia la derecha, y presentaba dolor a la movilización. Se observaba ligera ataxia y adiadococinesia en las maniobras neurológicas estándar. Se interna para diagnóstico y tratamiento. Se realiza consulta con servicio de neurocirugía quienes indican comenzar con tratamiento corticoide vía oral y realización de neuroimagen. El paciente presenta discreta mejoría de la torticollis durante el tratamiento esteroide. Se realiza TAC de cerebro simple y contrastada donde se observa línea media centrada sin desplazamiento, leve dilatación de los ventrículos laterales e imagen quística en cerebelo. Se solicita RMN que sugiere imagen compatible con astrocitoma. Se realiza cirugía con resección completa del tumor, se envía muestra a anatomía patológica que confirma el resultado de astrocitoma pilocítico juvenil. **Discusión:** Los astrocitomas son un grupo de tumores cerebrales que representa el 40% de todos los tumores cerebrales en pediatría. El subtipo pilocítico juvenil es el más frecuente y supone el 20% de todos los tumores cerebrales. Puede ubicarse en cualquier lugar del encéfalo siendo la más frecuente la ubicación cerebelosa. Pueden manifestarse con cefalea, hipertensión endocraneana o con signos de disfunción cerebral focal, dependiendo de la ubicación. Cambios sutiles en la personalidad, la capacidad mental o el lenguaje son típicas de los tumores supratentoriales. Aquellos de ubicación infratentorial pueden manifestarse con visión borrosa, diplopía y nistagmus. La anatomía patológica confirma el diagnóstico. La cirugía para reseccionar el tumor es de elección. **Conclusión:** En un niño es importante tener presente este diagnóstico diferencial y proceder a la consulta con el especialista neurocirujano y a la realización de una neuroimagen.

#### P78

##### DOPPLER TISULAR NORMAL EN EDAD PEDIÁTRICA.

Levantini F, Manso P, González G, Carugati R, Seara G, Saltymiris R, Bazán E, de Dios A.

Servicio Cardiología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La ecocardiografía Doppler tisular es un nuevo método para revelar alteraciones precoces de la función ventricular izquierda (VI) y derecha (VD). **Objetivo:** Obtener valores medios normales de las velocidades tisulares miocárdicas en niños de acuerdo

a su edad y superficie corporal (SC). **Material y métodos:** Se realizó ecocardiograma 2D, Doppler y tisular a 48 pacientes sanos con eco 2D-Doppler GE vivid 3 (5-7 MHz). Se agruparon por edad y SC: menores de 1 año SC <0.6 (25 p), de 1 a 5 años (a) SC 0.6-1 (10 p), de 5 y 10 a SC de 1 a 1.5 (8p) y mayores de 10 a SC >1.5 (5p). **Se midió:** la función sistólica, las velocidades E y A en mitral y tricúspide, excursión lateral, TEI VI, onda A tisular (A), onda E tisular (E) y onda S tisular (S), IVA m/s<sup>2</sup> en pared libre de VD, VI y septum interventricular basal y medioventricular. Los datos cuantitativos fueron expresados como media  $\pm$  DS. Se consideraron estadísticamente significativos  $p < 0,05$ . **Resultados:** La onda S' aumenta con la edad a nivel basal VD, VI y septal. La onda E' de VI, VD y septal aumentó con la edad hasta los 5 años tanto a nivel basal como medioventricular. La onda A' no presentó cambios significativos en VI, VD y septal tanto en nivel basal como medioventricular. El IVA medido en m/seg<sup>2</sup> permaneció estable. **Conclusiones:** El Doppler tisular revela un cambio positivo de la onda S' y en la onda E' que se incrementa con la edad, sugiriendo una mejoría en las propiedades sistodiastólicas del miocardio. La onda A' no se modifica, implicando una función atrial conservada. El IVA en m/s<sup>2</sup> es menos edad dependiente que las velocidades miocárdicas y es un buen índice FV sistólica. Estos valores aportan valores de referencia en población normal.

#### P79

##### DOLOR ABDOMINAL EN LA CONSULTA DE EMERGENCIA.

Mancuso, R.; Bacigalupo, G.; Pereyra, G.

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

**Introducción:** El dolor abdominal en pediatría constituye una de las manifestaciones de numerosas enfermedades tanto benignas como malignas, ya sean de causa quirúrgicas como aquellas que solo requieran tratamiento médico. Es indispensable conocer los síntomas y signos de las diferentes causas etiológicas para poder solicitar los exámenes complementarios y estudios por imágenes adecuados a cada caso. **Objetivos:** discutir sobre las causas de dolor abdominal en la consulta de urgencia en pediatría y la utilidad de los métodos por imágenes. **Caso Clínico:** Presentamos una adolescente que consulto por dolor y masa palpable abdominal de una semana de evolución con ecografía y tomografía axial computada compatibles con teratoma de ovario cuyo diagnóstico post quirúrgico fue de plastrón apendicular. **Discusión:** Las masas abdominales en pediatría representan un término amplio que puede involucrar una gran variedad de patologías benignas y malignas. Dentro de estas existen condiciones importantes que pueden orientarnos al diagnóstico. Las diferentes patologías que causan masas en los niños varían de acuerdo a la edad del niño por eso es importante conocer esos datos además de la localización de la masa y los síntomas para poder formular ciertos diagnósticos. Cuando en el examen físico se palpa una masa, la mayoría de los casos representan organomegalias luego en la consulta pediátrica de urgencia se encuentran las masas inflamatorias (plastrón apendicular). Los signos y síntomas que hacen pensar en malignidad son: síntomas sistémicos como fiebre, pérdida de peso y anemia, adherencias o irregularidades, dolores óseos o fracturas patológicas, aumento rápido del volumen abdominal. La elección de la modalidad diagnóstica depende de la historia clínica, del examen físico y de la disponibilidad de las mismas. Nuestra paciente presentaba dolor abdominal y masa palpable sin ningún otro signo o síntoma que permitieran orientar el diagnóstico por lo que los estudios complementarios fueron de gran importancia al momento de formular posibles diagnósticos. **Conclusiones:** Por ser esta patología un motivo frecuente de consulta en los servicios de emergencias es importante que el pediatra conozca las diferentes etiologías para poder instituir un plan diagnóstico adecuado a las características del paciente y secundariamente una terapéutica acorde. Los métodos por imágenes complementarios son de gran ayuda para el planteo de diagnósticos diferenciales pero de ningún modo son concluyentes. Si bien la patología maligna es frecuente en este grupo etario los procesos inflamatorios/infecciosos son la primera causa de dolor y masas abdominales en niños.



P80

**OSTEONECROSIS EN PACIENTES CON CÁNCER.**

*Kannemann, A.; Cafferata, C.; Cosentini, L.; Attach, R.; Morici M.; Carli G.; D'Aloi, K.; Mancuso R.; Amaral D.; Veber S.; Lavergne M.; Elena, G.*

Servicio de Hemato-Oncología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La osteonecrosis en pacientes con cáncer es una enfermedad multifactorial, que provoca la destrucción de uno o más segmentos óseos. Se observa con mayor frecuencia en pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) y Linfoma No Hodgkin (LNH). La incidencia acumulada a 20 años para los mayores de 16 años es de 2.8 %. Se asocia al uso de corticoides, L-asparaginasa, ciclofosfamida y altas dosis de metotrexate. La edad media al diagnóstico es 15.8 años, con intervalo entre el diagnóstico de la enfermedad y la aparición de osteonecrosis (IDEO) de 16 meses. Los sitios de presentación más frecuentes son caderas, hombros y rodillas. El diagnóstico se realiza con RMN (sensibilidad 99%). El tratamiento consta de medidas generales, intervenciones quirúrgicas y otras. **Objetivos:** Describir cuatro casos de pacientes con osteonecrosis y enfermedad hematológica maligna en el Servicio de Hemato-oncología del Htal. Elizalde en los últimos 5 años. **Material y Métodos:** trabajo retrospectivo y observacional.

	Edad (años)	Sexo	Diagnostico	IDEO (en meses)	Localización	Tratamiento
Pte 1	16	♀	LLA pre B	12	Cadera bilateral	AINE/ KNT
Pte 2	13	♀	LNH T	32	Humero y cadera derecha	AINE/ KNT
Pte 3	15	♀	LLA pre B	30	Cadera bilateral	Reemplazo bilateral de cadera AINE/ KNT
Pte 4	17	♂	LNH B	36	Rodilla izquierda	AINE/ KNT

**Conclusión:** La osteonecrosis es una complicación seria que pueden padecer los pacientes con cáncer y tiene una alta morbilidad. La edad media en años de nuestros pacientes al diagnóstico fue de 15.2 años, el IDEO fue de 27.5 meses, predominó el sexo femenino, siendo la cadera la localización más frecuente de osteonecrosis; todos estos datos coinciden con la bibliografía internacional. El tratamiento con corticoides y la edad mayor de 16 años son factores de riesgo mayores para que se presente esta complicación. Mientras su incidencia es mayor en los primeros años después del tratamiento, se puede presentar durante todo el seguimiento. Desarrollar estrategias para su prevención es mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes del cáncer.

P81

**INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATETER IMPLANTABLE.**

*Cafferata, C.; Cosentini, L.; Kannemann, A.; Attach, R.; Morici M.; Carli G.; D'Aloi, K.; Mancuso R.; Amaral D.; Veber S.; Lavergne M.; Elena, G.*

Servicio de Hemato-Oncología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Las infecciones asociadas a catéteres son una causa importante de morbimortalidad en pacientes hemato-oncológicos. Estos pacientes están más expuestos a padecer complicaciones infectológicas, relacionadas y favorecidas por su enfermedad de base. Debido al tipo de tratamiento quimioterápico que reciben, la mayoría requiere catéter implantable. Se define como infección asociada a catéter al cuadro clínico de sepsis, sin otro foco aparente de infección, en el que se aísla el mismo microorganismo en hemocultivos simultáneos cuantitativos, en las muestras extraídas a través del catéter respecto de las obtenidas por venopunción, o una diferencia de más de 120 minutos en el tiempo de detección entre el hemocultivo extraído por el catéter y por una vena periférica (sistemas automatizados). **Objetivos:** Conocer la incidencia de infección asociada a catéter en pacientes hemato-oncológicos de nuestro Servicio desde Enero a Octubre de 2010. **Población:** Pa-

cientes hemato-oncológicos del Servicio de Hemato-Oncología del Hospital Pedro Elizalde, a los que se les colocó catéter implantable desde Enero a Octubre de 2010. **Material y Métodos:** Se realizó un trabajo descriptivo, transversal y retrospectivo, analizándose las historias clínicas de los pacientes que concurren a nuestro Servicio y que requirieron colocación de catéter implantable. **Resultados:** Se evaluaron 31 pacientes con catéter implantable, de los cuales 9 (29%) presentaron infección asociada a catéter. De éstos, 7 (22,5%) presentaron infección en una sola oportunidad, y 2 (6,4%) pacientes se infectaron en 2 oportunidades. Los gérmenes aislados fueron *Staphylococcus coagulasa* (-), *Streptococcus Viridans*, *E. Coli*, *Micrococcus*, *Pseudomona*, *Candida* y *Enterococcus*. El tiempo medio de infección en todos los pacientes fue de 40 días. En 5 (16%) pacientes fue necesario retirar el catéter. **Conclusiones:** Nuestra tasa de infección asociada a catéter fue del 29%, 2,9 por cada 1000 días de uso, mayor en comparación a las tasas internacionales que rondan alrededor del 1-1,5 por cada 1000 días de uso. El germen más frecuentemente aislado fue el *Staphylococcus coagulasa* negativo, coincidiendo con la literatura internacional. A partir de estos datos, decidimos realizar un estudio prospectivo, longitudinal, de casos y controles, para evaluar las variables por las cuales tenemos tal tasa de infección asociada a catéteres.

P82

**ESCORPIONISMO: PRESENTACIÓN DE UN CASO GRAVE EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.**

*Docampo C, Fernandez ME, Keller C, Ravena L, Pauca A.*  
Unidad Toxicología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El accidente por picadura de escorpiones es un motivo de consulta frecuente en áreas de edificaciones antiguas de la Ciudad de Buenos Aires. Hasta el momento ningún paciente había presentado severidad clínica para recibir tratamiento específico como sucede en otras regiones de nuestro país, donde sí se registran casos graves y fatales, sobre todo en niños. Es imprescindible conocer el manejo precoz de esta emergencia. **Objetivo:** Dar a conocer un caso de Escorpionismo Grave ocurrido en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Señalar las principales diferencias entre los escorpiones de importancia sanitaria en nuestro país y difundir el manejo en la emergencia. **Caso clínico:** Paciente femenino, 4 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia. Ingresó a guardia del Hospital Elizalde con dolor agudo en pie derecho, vómitos incoherentes irritabilidad, taquipnea y taquicardia. Antecedente: 30 minutos previos a la consulta la niña siente un fuerte pinchazo en el pie estando en la vereda de su casa, frente al Hospital. Se interna, se coloca vía periférica. **Laboratorio de ingreso:** leucocitosis, hiperglucemia, hipernatremia, importante hipokalemia y acidosis metabólica con aumento del anión restante. Se interpreta el cuadro como Escorpionismo Grave. Se solicita al familiar concurrir al domicilio y revisar los alrededores en busca del ejemplar. Evoluciona con sensorio alternante, miosis, taquicardia, taquipnea, hepatomegalia e ingurgitación yugular, sin secreciones. Se decide administrar 2 ampollas de suero específico antiescorpiónico endovenoso con respuesta favorable a los 20 minutos del pasaje del mismo. Normaliza parámetros de laboratorio a las 5 horas del ingreso. Permanece 24 horas en terapia intensiva. Alta a las 48 horas del accidente. **Conclusiones:** Destacamos la importancia de conocer las manifestaciones clínicas y de laboratorio características del Escorpionismo, para instaurar precozmente el tratamiento específico con antiveneno, dada la elevada morbimortalidad en este grupo etáreo.

P83

**EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DEL LACTANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

*Pereira S, Colina V, Nijamin T, Yarza M, Rueda ML, Navacchia D.*  
Servicio de Dermatología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El edema agudo hemorrágico del lactante, es una vasculitis leucocitoclástica de pequeños vasos, que afecta a niños menores de 24 meses, de curso benigno y no deja secuelas. Es ca-

racterístico el contraste entre las lesiones cutáneas, que en algunos casos pueden ser muy extensas y pueden llevar a la necrosis, con el buen estado general del paciente. El principal diagnóstico diferencial es la púrpura de Schönlein Henoch. No requiere tratamiento alguno ya que es autolimitada, dura entre 7 y 21 días. **Caso clínico:** Se presenta una paciente de sexo femenino de 8 meses de edad, internada en nuestro hospital por un cuadro de bronquiolitis; que presenta en forma aguda lesiones purpúricas en escarapela en cara y región distal de miembros inferiores, edema que comprometía los pabellones auriculares. Se encontraba afebril y en buen estado general. Como datos positivos del laboratorio se encuentra aumento de plaquetas (600000 mm<sup>3</sup>). Con diagnóstico presuntivo de "edema agudo hemorrágico del lactante" (EAHL), se toma biopsia cutánea y se envía material para microscopia óptica e inmunofluorescencia, que confirman el diagnóstico. La paciente evoluciona favorablemente, y al cabo de 3 días las lesiones se aclaran notablemente no apareciendo nuevas. **Conclusión:** Su reconocimiento por parte del pediatra y del dermatólogo, evita exámenes innecesarios, y permite transmitir tranquilidad a la familia sobre la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

#### P84

##### ENFERMEDAD DE KAWASAKI.

*Cigna ML, Barabini L, Colina V, Rueda ML, Navacchia D, Laffargue J, Valle LE.*

Servicio de Dermatología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda y sistémica de etiología desconocida que afecta principalmente a lactantes y niños menores de 5 años de edad. Después de la Púrpura de S. Henoch, es la vasculitis sistémica más frecuente en la infancia y la causa más común de cardiopatía adquirida en esta edad. De curso autolimitado y de múltiples manifestaciones clínicas, su pronóstico lo determinan las complicaciones cardíacas, que a pesar del tratamiento afectan al 5% de los niños. **Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 4 años, internado por síndrome febril de 5 días y deposiciones líquidas de 48 horas de evolución.

**Examen físico:** regular estado general, dolor abdominal y diarrea, exantema polimorfo en glúteos, inyección conjuntival, adenopatía cervical, eritema de labios, lengua, palmas y plantas; y leve edema palmoplantar. Con la sospecha clínica de sepsis de origen enteral, se medica con ceftriaxona y clindamicina. Durante su evolución presenta eritema violáceo en párpados, artralgias y mialgias. Se interconsulta con Dermatología y Reumatología reinterpreándose el cuadro como EK. Inicia tratamiento con gammaglobulina EV (2gr/kg/día), con evolución favorable, apareciendo en los controles descamación periungueal característica. En los ecocardiogramas se evidenciaron dilatación coronaria izquierda. Se externa siguiendo tratamiento con AAS y controles con cardiología, reumatología y dermatología. **Conclusión:** La EK aun constituye un desafío diagnóstico. Mientras continúan las investigaciones para identificar su etiología, la consulta rápida en centros de complejidad reduce los tiempos para el diagnóstico y tratamiento, fundamentales para el pronóstico del paciente.

#### P85

##### TROMBOSIS DEL SENO CAVERNOSO Y CELULITIS ORBITARIA POR SAMR.

*Funes S, Tiberio M, Ferreira J, Castro L, Boru K.*

Clínica Pediátrica Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** Los pacientes que presentan celulitis orbitaria son susceptibles de sufrir complicaciones en SNC. La trombosis del seno cavernoso y la meningitis son complicaciones poco frecuentes en la celulitis, pero que requieren un rápido diagnóstico y tratamiento. **Objetivo:** Comunicar un caso de trombosis del seno cavernoso como complicación de celulitis orbitaria por SAMR. **Caso clínico:** Paciente de 45 días de edad que ingresa por rechazo alimentario, llanto débil y fiebre de 48hs de evolución, con diagnóstico presuntivo de meningitis, medicándose con ampicilina 300mg/kg/día, cefotaxi-

ma 300mg/kg/día, dexametasona 0,6mg/kg/día. Presenta al ingreso LCR presento glucorraquia 72mg/dl con incontables elementos por glóbulos de pus, Hemograma 13800(5/72/0/0/17/6) Hb 7,8, Hto 23, Plaquetas 244.000 PCR 299. La paciente presentó desde el ingreso leve edema bpalpebral de ojo derecho. El 2º día de internación evidencia proptosis del ojo derecho, con edema bpalpebral y pupila derecha midriática arreactiva, por lo que se realiza TAC de cerebro y órbita que informa proptosis de ojo derecho con aumento de tejidos blandos periorbitarios, preseptales y retroseptal con desplazamiento lateral del músculo recto medial derecho. Ocupación de celdillas etmoidales. Se realiza angio RMN que confirma el diagnóstico de trombosis del seno cavernoso (TSC). Con Hemocultivos 2/2 + para SAMR se rota a Vancomicina 60mg/kg/día y Rifampicina 20mg/kg/día. Se indica pulso de solumedrol 15mg/kg/d, y enoxaparina. La paciente presenta buena evolución dándose de alta luego de 45 días de internación. **Conclusión:** Es muy poco frecuente el desarrollo de sinusitis y celulitis orbitaria en los niños pequeños. Sin embargo dado la neumatización del seno etmoidal desde el nacimiento puede producirse. El último estadio evolutivo de la celulitis orbitaria (estadio V), es la trombosis del seno cavernoso dada la proximidad anatómica. El SAMR es aislado en el 60 a 70% de los casos. Debe sospecharse el diagnóstico de celulitis orbitaria en pacientes con inflamación periorbitaria, proptosis, estado toxico, irritabilidad. También complicaciones de la misma como TSC cuando se agrega parálisis del VI par y posteriormente compromiso contralateral. El tratamiento antibiótico EV es lo indicado junto con corticoterapia para disminuir la inflamación.

#### P86

##### TUBERCULOSIS PULMONAR Y COINFECCIÓN POR GÉRMENES COMUNES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

*Ragone L, González N, Ginestet ME, Smith S, Alvarez Ponte S, Pawluk V, Nobúa O.*

División Neumotisiología, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La tuberculosis (TBC) es un grave problema de salud en todo el mundo, la tercera parte de la población mundial esta infectada por el *Mycobacterium tuberculosis*. En nuestro país durante el año 2008 se notificaron al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) 10.452 pacientes con tuberculosis (tasa anual 26,3 casos/100 mil hab.). **Objetivos:** El objetivo de presentar estos dos casos de tuberculosis pulmonar asociada a una Neumonía bacteriana aguda complicada, es señalar las dificultades que a veces se presentan en el diagnóstico de estos pacientes, y resaltar la importancia de mantener un alto nivel de sospecha y realizar un interrogatorio exhaustivo. **Caso 1:** niño de 2 años, con antecedente de internación por neumonía con empiema pleural que requirió 7 días de avenamiento y bacteriemia por *S. pneumoniae*. Reingresa al mes del alta con diagnóstico de neumonía bullosa con derrame, que requiere tubo de avenamiento pleural 13 días, con cultivo del líquido positivo para *S. pneumoniae*. Por evolución desfavorable se realiza cirugía de decorticación pleural. En anatomía patológica de dicha serosa se observan granulomas necrotizantes caseificantes tipo Langhans. Se inicia tratamiento con cuatro fármacos antituberculosos. Posteriormente se recibe cultivo de líquido pleural positivo para *M. tuberculosis*. Al interrogatorio surge antecedente de contacto frecuente con tío con diagnóstico de TBC pulmonar no conviviente.

**Caso 2:** niña de 13 años con diagnóstico de asma. Ingresó por presentar neumonía con empiema pleural con cultivo de líquido pleural positivo para *S. aureus* meticilino resistente. Por presentar evolución clínica y radiológica desfavorable se decide realizar toilette pleural y broncoscopia con lavado broncoalveolar. En examen directo de líquido pleural y material de lavado broncoalveolar se observan bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR). Se inicia tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Al interrogatorio surge antecedente de padrastro y vecino con episodios de hemóptisis. **Conclusión:** Se debe sospechar tuberculosis pulmonar en aquellos niños que se presenten con disociación clínico-radiológica, evolu-

ción desfavorable, mala respuesta a los tratamientos antibióticos o el antecedente de contacto con foco bacilar confirmado o no. Debemos además tener presente que la tuberculosis es también una enfermedad social y es nuestra responsabilidad sospecharla para instaurar el tratamiento oportuno.

#### P87

##### CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA.

Smith S, Lopez M, Giorgetti M, Pawluk V, Gonzalez N, Bonina A. División Neumotisiología, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La Fibrosis Quística (F.Q) es la enfermedad hereditaria autosómica recesiva más frecuente de la raza blanca. Afecta en forma multisistémica a todas las glándulas de secreción exócrina teniendo principal impacto en el aparato respiratorio y digestivo, con gran morbimortalidad. **Objetivos:** Conocer las características clínicas de pacientes con diagnóstico de F.Q en seguimiento en nuestro hospital. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo y observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de F.Q en seguimiento desde el año 2006 hasta octubre del 2010. **Resultados:** Se incluyeron 18 pacientes. Masculino:11/Femenino:7. La mediana de edad al diagnóstico fue de 7 meses. La edad actual en seguimiento promedio es de 7,45 años (rango de 7 meses a 19,2 años). En relación al diagnóstico solo 6 casos (33%) presentaban TIR y fueron patológicas. Los valores promedios del test del sudor fueron: Na: 99 mEq/l y Cloro: 97,1 mEq/l. El estudio genético se realizó en 14 pacientes (77,8%) siendo la mutación predominante la  $\delta F508$ /heterocigoto en un 50%. La forma de debut más frecuente fue la obstrucción bronquial en 72,2% de los casos, desnutrición (66,7%), neumonías recurrente (27,8%), el íleo meconial (16,7%) y deshidratación (11,1%), entre otras. Todos los pacientes en la actualidad presentan compromiso respiratorio e insuficiencia pancreática. Además se halló reflujo gastroesofágico, hepatopatía en el 27,8%, sinusopatía 55,5%, hipertensión pulmonar leve en 2 casos y poliposis en 1 paciente como complicaciones. Dos pacientes requieren Oxigenoterapia domiciliar nocturna. De los gérmenes aislados se halló *Pseudomonas Aeruginosa* en un 88,9% (56% colonizados), *Staphylococcus aureus*:72,2% (61,5% colonizados), *Burkholderia cepacia* en 6 casos 33,3% (2 colonizados) y *Staphylococcus aureus* oxacilino-resistente en 4 casos y 2 colonizados. Otros gérmenes hallados: *Acinetobacter baumani* en 5 casos y *Stenotrophomonas maltophilia*: tres. **Conclusiones:** En nuestro país solo algunas provincias realizan la pesquisa neonatal con la consecuente dificultad en el diagnóstico y tratamiento precoz. La mutación más frecuentemente encontrada continúa siendo la  $\delta F508$ . Si bien la *Pseudomonas* es el germen predominante nosotros hemos encontrado otros gérmenes; que pueden contribuir al deterioro clínico de estos pacientes, por lo cual se deben enfatizar las medidas de control de infecciones.

#### P88

##### FARINGOAMIGDALITIS ULCERONECRÓTICA EN PACIENTE CON LES.

Valerio A, Ramirez Z, Vespasiano G, Pisa V, Arias E. Servicio de Otorrinolaringología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad reumática de causa desconocida. Su prevalencia varía de 4-250/100.000. El predominio femenino oscila de menos de 4:1 antes de la pubertad a 8:1 después de ella. Los pacientes pueden acudir con muchos años de síntomas o con una enfermedad aguda que pone en riesgo su vida. La presentación inicial también puede ser atípica. **Objetivo:** Actualización bibliográfica y presentación de un caso de faringoamigdalitis ulceronecrótica en paciente con LES. **Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino que presentó episodio de faringoamigdalitis ulceronecrótica unilateral a los 14 años de edad. Destacándose en el laboratorio de rutina valores de eritrosedimentación elevados, que motivo la evaluación y el seguimiento conjunto con los servicios de Reumatología, Nefrología, Ginecología, Cardiología, Oftalmología y Endocrinología. A los 2 años del cuadro amigdalino se reúnen criterios diagnósticos de LES. Por lo que co-

mienza con tratamiento reumatológico y nefrológico por presentar nefritis grado III/IV diagnosticado por Anatomía Patológica. A los 19 años presenta un segundo episodio, con valores de laboratorio de rutina dentro de parámetros normales excepto eritrosedimentación acelerada y sin signos de reactivación de su LES. Se realizan hisopado faucial y toma biopsia de la lesión. Anatomía patológica informa úlcera mucosa. Recibió tratamiento antibiótico durante 10 días, presentando buena respuesta. Hasta el momento no presento nuevos episodios. **Discusión:** La etiología clásica de la angina úlcero-necrótica es la Angina de Vincent y es una amigdalitis úlcero-necrótica unilateral. El motivo de consulta es odinofagia, febrícula y una marcada astenia que aparecen típicamente en un adulto joven. Se caracteriza por la presencia de amígdalas edematosas, congestivas, con ulceración, uni o bilateral, que puede delimitarse a la amígdala o bien invadir territorios circundantes. Para confirmar el diagnóstico, podremos realizar un examen directo del frotis faríngeo. Otras causas de amigdalitis úlcero-necrótica unilateral son el cáncer de amígdala, el chancro sifilítico y LES. Como causa de lesión bilateral descartar enfermedades hematológicas. **Conclusiones:** Si bien la presencia de úlceras bucales en pacientes con LES es uno de los criterios diagnósticos, la faringoamigdalitis ulceronecrótica unilateral asociada a esta enfermedad es de rara pero posible presentación por lo que es importante tenerla en cuenta.

#### P89

##### HIPOACUSIA EN PACIENTES CON OTITIS MEDIA CRÓNICA SIMPLE Y COLESTEATOMA.

Valerio A, Cohen D, Niotti M, Fitz Maurice M.

Servicio de Otorrinolaringología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** La otitis media crónica simple (OMCS) es caracterizada por la presencia de una inflamación de la mucosa del oído medio con otorrea a través de una perforación timpánica permanente. El colesteatoma se define como la presencia de epitelio descamativo en las cavidades timpánicas en un paciente con otorrea. Si bien, en las otitis media crónicas la hipoacusia es generalmente conductiva, los procesos inflamatorios crónicos que se mantienen en el tiempo pueden llevar a la laberintización. **Objetivos:** Evaluar: la audición de pacientes con OMCS y colesteatoma, el grado de hipoacusia conductiva y la frecuencia de presentación de hipoacusia mixta. **Población:** Se analizaron las audiometrías a todos los pacientes con diagnóstico de OMCS y colesteatoma del 5 de enero al 30 de diciembre del 2009. **Métodos:** criterios de inclusión: edad de 4 a 19 años, diagnóstico de OMCS o colesteatoma uni o bilateral. Criterios de exclusión: historia familiar de hipoacusia neurosensorial, antecedente de traumatismo, meningitis, cirugía previa de oído, pacientes sindrómicos y que tengan otra causa de hipoacusia. Se clasifico la audición en normal de 0-15 db, hipoacusia leve de 15-30 db, moderada de 30-60 db, severa de 60-90 db y profunda mayor a 90 db. Se considero los tipos de hipoacusia conductiva, mixta o neurosensorial. El criterio para definir el diagnóstico fue por antecedentes familiares, clínica y examen otomicroscópico. Para el análisis se utilizo el paquete estadístico SPSS v 10.0. **Diseño:** Trabajo retrospectivo, descriptivo y transversal. **Resultados:** Ingresaron al estudio 94 pacientes. La media de edad fue de 10,99 años (4-19 años). El 65,6% fueron varones. En estos pacientes se observaron 125 oídos con patología crónica. En cuanto al diagnóstico 88 (70,4 %) presentaron OMCS y 37 (34,4 %) colesteatoma. Todos presentaron algún grado de hipoacusia conductiva: leve 51 (40,8 %), moderada 68 pacientes (54,4 %) y solo 6 grave (4,8 %). En cuanto a la hipoacusia mixta se vio en 15 pacientes (12 %). Al cruzar las variables diagnóstico e hipoacusia mixta se observo que el 24,3% de los pacientes con colesteatoma la presentaban y solo el 6,8 % de los pacientes con OMCS. (Fisher: 0,013). **Conclusiones:** La frecuencia de hipoacusia neurosensorial o mixta en pacientes con diagnóstico de OMCS y colesteatoma fue del 12 %. Correspondiendo 24,3 % a los colesteatomas y solo el 6,8 % a las otitis media crónica simple. Hipoacusia conductiva fue de 40,8 % leves, 54,4 % moderadas y 4,8 % graves.

P90

**SEGUIMIENTO ALEJADO DE PACIENTES CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ASOCIADO A DIARREA (SUH D+).***Wainsztein R, Balestracci A, Martin S, Toledo I, Corti S, Alvarado C, Gogorza C, Careaga M.*

Servicio de Nefrología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

**Introducción:** 30-50% de los pacientes con SUH D+ desarrollan secuela renal. La presencia de complicaciones extrarrenales severas y/o de hipertensión arterial (HTA), el recuento de leucocitos (GB) al ingreso y la duración del período oligoanúrico fueron asociados con peor pronóstico a largo plazo. **Objetivos:** determinar la prevalencia de secuela en pacientes con SUH D+ e identificar los factores de riesgo asociados al desarrollo de la misma. **Pacientes y métodos:** revisión retrospectiva de todas las historias clínicas de pacientes internados en el Hospital Elizalde con SUH D+ entre 1998-2008. Sólo se incluyeron en el análisis los pacientes con seguimiento mayor a 1 año. **Definimos secuela a:** HTA y/o proteinuria y/o insuficiencia renal crónica y/o microalbuminuria. Se consideraron las siguientes variables: sexo, edad, talla, peso, recuento de GB, antibiótico previo, número de transfusiones, creatinina máxima, período oligoanúrico, necesidad de diálisis, compromiso extrarrenal y/o HTA y tiempo de seguimiento. **Estadística:**

la muestra se dividió en 2 grupos (con y sin secuela). Las variables continuas se expresaron como mediana (intervalo) y las categóricas como porcentaje y se compararon con test de Wilcoxon o con X<sup>2</sup>, respectivamente. Los factores de riesgo independiente de secuela fueron identificados por regresión logística multivariada. Los factores de riesgo de peritonitis fueron evaluados mediante OR (IC 95%) y un p valor < 0.05 fue considerado estadísticamente significativo. Se analizó con Statistix 7. **Resultados:** Se analizaron 138 pacientes, 3 fallecieron en el período agudo y 55 tuvieron seguimiento menor a 1 año, quedando la muestra de estudio conformada por 80 pacientes. La prevalencia de secuela fue del 40%. La comparación entre los pacientes con y sin secuela identificó por análisis univariado que el grupo con secuela presentó significativamente mayor recuento de glóbulos blancos al ingreso (p = 0.0184), mayor pico de creatinina (p = 0.0177), mayor necesidad de diálisis (p = 0.0062) y mayor duración del período oligoanúrico (p = 0.0003). En el análisis multivariado sólo la duración del período oligoanúrico se mantuvo como factor de riesgo independiente para el desarrollo de secuela alejada (p = 0.028, OR: 1.27, IC 95% 1.03-1.57). **Conclusión:** 40% de los pacientes con SUH D+ presentó secuela renal y la duración del período oligoanúrico fue el principal factor asociado a su desarrollo.