

INFLUENCIA DEL APRENDIZAJE EN LA ESPIROMETRIA EN NIÑOS DE 3-5 AÑOS

idComunicación: 47 Tipo:

Autor principal

Autor: Ane Aldasoro Ruiz
Empresa/Institución: Hospital Universitario Donostia
Servicio: Neumología Infantil
Dirección: Paseo DR. Begiristain s/n
CP:
Población: Donostia
Provincia: Guipúscoa
País: España
Teléfono: 656736322
E-Mail: zatalda@gmail.com

Autores: Aldasoro Ruiz, Ane; de la Hoz Ramirez, M^a Jesus ; Sardon Prado, Olaia; Korta Murua, Javier ; Gonzalez perez-Yarza, Eduardo; Emparanzo Knörr, Jose Ignacio

Introducción

Diversos autores refieren la posible existencia de sesgo de aprendizaje en la valoración de la prueba broncodilatadora . Siguiendo las recomendaciones de la Task Force de la ATS-ERS se debería conocer el coeficiente de repetibilidad calculado a partir de mediciones repetidas en ausencia de cualquier intervención.

Objetivo

Cuantificar el coeficiente de repetibilidad (CR) en niños en niños que acuden a la unidad de neumología infantil y que nunca han realizado espirometrías

Material y método

Estudio prospectivo y observacional en una muestra consecutiva de pacientes entre 3 y 5 años que acudían a neumología infantil desde diciembre 2010 a febrero 2011 . Realización de espirometría forzada con espirómetro MasterLab V5.1 (Viasys®, Wuerzburg, Alemania) bajo recomendaciones ATS/ERS 2007, utilización de juegos incentivadores. Se incluyeron todos los pacientes con espirometrías aceptables y reproducibles. Variables Cuantitativas: peso, talla, FVC, FEV1 (valor absoluto) pre y post-aprendizaje y porcentaje de cambio respecto del previo. Variables cualitativas: sexo. Se realizaron dos pruebas con una diferencia de 15 minutos entre ambas . Se analizaron las diferencias en el FVC, FEV1 pre y post-aprendizaje mediante análisis descriptivo de la muestra y su concordancia mediante test de Bland-Altman

Resultados

Se incluyeron 30 casos con una edad media de 3,7 años \pm 0.72 , siendo 20 de ellos niños (64,5%). Todos ellos tenían ambas pruebas válidas . El incremento medio de la muestra respecto a FCV fue de CV4.6% (-7,19) DS 6,16 y respecto a FEV1 CV -0.05 (-9,10.9) DS 4.5

Conclusiones

En la muestra de nuestro LFP no se observa un cambio significativo en CR respecto a FEV1 pero sí en relación a FVC (seguramente relacionado con la mejora de la técnica), con poca concordancia entre las medidas pre-post. Se necesitan más estudios para valorar los cambios intrasujeto y su relevancia en los test de broncodilatación.

Enfermería

UTILIDAD DIAGNOSTICA DEL FEV1/FVC EN NIÑO DE 2-6 AÑOS

idComunicación: 48 Tipo:

Autor principal

Autor: Ane Aldasoro Ruiz
Empresa/Institución: Hospital Universitario Donostia
Servicio: Neumología Infantil
Dirección: Paseo DR. Begiristain s/n
CP:
Población: Donostia
Provincia: Guipúzcoa
País: España
Teléfono: 656736322
E-Mail: zatalda@gmail.com

Autores: Aldasoro Ruiz, Ane; de la Hoz Ramirez, M^a Jesus; Sardon Prado, Olaia; Corcuera Elosegui, Paula ; Gonzalez Perez-Yarza, Eduardo; Emparanzo Knörr, Jose Ignacio

Introducción

Las últimas directrices de la NAEPP 2007 recomiendan incluir el ratio FEV1/FVC para evaluar la severidad, obstrucción y el control del asma en mayores de 5 años

Objetivo

Estudiar el ratio FVE1/FVC como indicador de obstrucción en niños asmáticos entre 2 y 6 años y su relación con el fenotipo broncodilatador (BDR)

Material y método

Estudio prospectivo y observacional en una muestra consecutiva de pacientes entre 2 y 6 años que acudían a consultas externas desde enero 2007 a febrero 2010. . Realización de espirometría forzada y prueba de broncodilatación (TBD) con espirómetro MasterLab V5.1 (Viasys®, Wuerzburg, Alemania) bajo recomendaciones ATS/ERS 2007. Se incluyeron todos los pacientes con espirometrías aceptables, reproducibles y con TBD. Variables Cuantitativas: peso, talla, FVC, FEV1 FVE1/FVC pre y post-broncodilatación y porcentaje de broncodilatación respecto del previo de todos estos parámetros. Variables cualitativas: sexo. . Se ha realizado un estudio de test diagnóstico con pruebas de resultado dicotómico.

Resultados

Se han incluido 287 niños con diagnóstico de asma y pruebas válidas. Edad media 4,1 ± 1,07 años, de los cuales 94 (33%) tenían un TBD ≥ 12% con respecto a FEV1 (fenotipo BDR). Estableciendo el punto de corte del FVE1/FVC en 0.80, siguiendo las últimas recomendaciones en niños mayores de 5 años , la sensibilidad es del 23.4% y la especificidad del 95.3% , Odds ratio diagnóstica de 6.25 ,VPP 71% y VPN 72%

Conclusiones

Como otros estudios, la mayoría de los niños en esta etapa etaria tienen unos valores espirométricos normales. No obstante hemos encontrado un 11% de niños con diagnóstico de asma y obstrucción de la vía aérea según ratio 0.80 siendo el 70% de ellos fenotipo BDR

En nuestra muestra, el ratio diagnosticaría pocos niños asmáticos fenotipo BDR, por lo que tendría poca capacidad diagnóstica en esta edad.

Médicos

NO TODA LA DIFICULTAD RESPIRATORIA ES ASMA

idComunicación: 3 Tipo:

Autor principal

Autor: Tamara Concha García
Empresa/Institución: Hospital del Mar
Servicio: Unidad de Neumología y Alergia pediátrica
Dirección: Passeig Maritim 25 - 29
CP:
Población: Barcelona
Provincia: Barcelona
País: España
Teléfono: 639878609
E-Mail: 97516@parcdesalutmar.cat

Autores: Concha García, Tamara; Esteller Carceller, María Inmaculada; Caballero Rabasco, María Araceli ; Dias da Costa, Marcia; Martínez Roig, Antonio; Busquets Monge, Rosa María

Introducción

Presentamos un caso clínico que debuta con dificultad respiratoria y mala respuesta al tratamiento broncodilatador.

Caso clínico

Varón de 3 años, que consulta en urgencias por dificultad respiratoria. Refiere cuadro afebril, tos y discreto estridor, de 2 semanas de evolución, mientras se encuentra de vacaciones. Durante el viaje de regreso inicia cuadro brusco de dificultad respiratoria sin respuesta a tratamiento broncodilatador. La exploración física revela regular estado general, disnea, tiraje, estridor inspiratorio y voz bitonal. En la auscultación pulmonar se detecta hipofonesis y pectoriloquia en base posterior de hemitórax

derecho. En la región laterocervical izquierda se palpa una adenopatía móvil y blanda, de 3 cm de diámetro. Se realiza examen bioquímico y hematológico, con parámetros normales, y radiografía de tórax que muestra ensanchamiento del mediastino y derrame pleural de hemitórax derecho. En la ecografía posterior se aprecia que éste corresponde a una masa localizada en mediastino anterior y medio. Se realiza diagnóstico diferencial entre tuberculosis y linfoma. El estudio de tuberculosis resulta negativo. La citología del líquido pleural muestra la presencia de abundante celularidad linfoide de núcleo sin nucléolo, ocasionalmente hendidos, con expresión enzimática Tdt y CD7, compatible con linfoma linfoblástico de línea T. Escasas horas después de su ingreso, inicia clínica compatible con síndrome de la vena cava superior siendo necesario su traslado a una unidad de cuidados intensivos. En el centro receptor se confirma el diagnóstico de linfoma, iniciándose tratamiento con corticoides y poliquimioterapia con buena evolución clínica.

Discusión

Debemos tener presente que los linfomas son la causa mas común de masas mediastínicas en la población pediátrica. La localización anterior, posterior o media debe orientar hacia las posibles causas. Las masas del mediastino anterior pueden debutar con síntomas respiratorios por compresión de la tráquea. Ante su sospecha deben realizarse estudios de imagen, confirmándose por histología.

Médicos

PREVALENCIA DE ASMA, ECZEMA ATÓPICO Y RINOCONJUNTIVITIS EN LA ISLA DE GRAN CANARIA

idComunicación: 11 Tipo:

Autor principal

Autor: M^a del Rosario García Luzardo
Empresa/Institución: Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias
Servicio: Pediatría
Dirección: C/ Santa Bárbara nº 31
CP:
Población: Las Palmas de Gran Canaria
Provincia: Las Palmas
País: España
Teléfono: 686951838
E-Mail: saragarlu@telefonica.net

Autores: García Luzardo, M^a del Rosario; Rodríguez Calcines, Noemí ; Aguilar Fernández, Antonio José; Rodríguez Santana, Yéssica; Henríquez Santana, Sabina; Montoro González, Blanca Cristina; Rivero Rodríguez, Sonia M^a; Triana Pérez, Ileana M^a; Pavlovic, Svetlana

Objetivos: Conocer la prevalencia de asma, eczema y rinoconjuntivitis en la población infantil de Gran Canaria.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal mediante auto-cumplimentación de cuestionario por niños de 2º y 3º de secundaria y padres de 1º y 2º de primaria de Centros Educativos seleccionados aleatoriamente. La metodología se basa en el estudio ISAAC (International Study of Asthma and Allergy en Childhood).

Resultados: Se analizaron 1560 cuestionarios de primaria y 975 de secundaria.

Refirieron sibilancias en algún momento el 47.1% de primaria y el 35.4% de secundaria (de ellos un 27.8% y 16.7% en el año previo). De los que presentaban síntomas activos un 41.2% de primaria y 37.1% de secundaria refería sibilancias nocturnas y un 13% y 20.1% respectivamente, crisis graves. El 7.6% de escolares y el 25.7% de adolescentes afirmaba síntomas con ejercicio y el 35% y 39.7% respectivamente, tos nocturna en el último año. Tenía diagnóstico de asma el 13,2% de escolares y el 24% de adolescentes.

Un 47% de primaria y 69.7% de secundaria tenía síntomas de rinitis (de ellos en el último año un 78,6% y 77.9% respectivamente). Estaba diagnosticado de rinitis el 23.3% de escolares y el 25.6% de adolescentes.

El 18.4% de primaria y 16% de secundaria refería lesiones sugerentes de atopia (54,7% y 58.3% activas). Tenía diagnóstico de dermatitis atópica el 46.9% de escolares y 22.5% de adolescentes.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de asma, rinitis y dermatitis en Gran Canaria, superior a la documentada en otras regiones españolas. La prevalencia del diagnóstico de asma y rinitis es inferior a la de síntomas activos lo que hace suponer su infradiagnóstico.

Médicos

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR BRONQUIOLITIS

idComunicación: 15 Tipo:

Autor principal

Autor: María Araceli Caballero Rabasco
Empresa/Institución: Hospital del Mar (Parc de Salut Mar)
Servicio: Unidad de Neumología y Alergia Pediátrica
Dirección: Passeig Marítim 25-29
CP:
Población: Barcelona
Provincia: Barcelona
País: España
Teléfono: 678877673
E-Mail: 97512@hospitaldelmar.cat

Autores: Caballero Rabasco, María Araceli; Martínez Roig, Antonio ; Dias da Costa, Marcia ; Concha García, Tamara ; Esteller Carceller, María; Busquets Monge, Rosa María

Objetivo. Describir las características epidemiológicas, clínicas y de tratamiento en los pacientes ingresados por bronquiolitis en nuestra unidad.

Material y Métodos. Estudio observacional y descriptivo de una cohorte de 100 pacientes menores de 24 meses ingresados con diagnóstico de bronquiolitis entre enero 2009 y diciembre 2010.

Resultados. El pico de mayor incidencia fue en diciembre 2009 (17,8%). El 53% fueron varones y el 42% mujeres. Edad media de 4,87 meses (8% menor de 1 mes, 68% menor

de 6 meses). El 52% mantenían lactancia materna. El 56% tenían hermanos. Presencia de prematuridad en 21 casos, 8 de ellos recibieron palivizumab y de éstos últimos 2 se infectaron por el virus respiratorio sincitial. El 45% casos presentó fiebre (53% menor de 39°C). Se realizó radiografía de tórax en el 41 casos (infiltrados 48,8%, atelectasia 12,2%, condensación alveolar 7,3%). En el 61% se realizó análisis sanguíneo presentando aumento de los reactantes de fase aguda y/o leucocitosis en el 13% de los casos. Se usó b2-agonistas en el 61%, corticoterapia en el 25%, nebulización de suero fisiológico en el 40% y de suero salino hipertónico al 3% en el 10%; solamente dos pacientes recibieron tratamiento con adrenalina nebulizada. El 49% precisó oxigenoterapia y un 10% recibió antibiótico por sospecha de sobreinfección. 3 de los pacientes requirió traslado a UCI para soporte respiratorio y de ellos 2 requirieron ventilación mecánica. Todos evolucionaron favorablemente. La estancia media fue de 5,6 días (rango 1-22 días).

Conclusiones. La mayoría de los ingresos por bronquiolitis ocurren en menores de 6 meses y el principal factor de riesgo es la prematuridad. Los b2 agonistas, según respuesta clínica, y las nebulizaciones de suero se usan de forma general como tratamiento sintomático. Queremos destacar nuestro uso racional de los antibióticos precisándolos solamente en el 8,9% ante la sospecha de sobreinfección bacteriana.

Médicos

DETECCIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS RESPONSABLES DE BRONQUIOLITIS

idComunicación: 16 Tipo:

Autor principal

Autor: María Araceli Caballero Rabasco
Empresa/Institución: Hospital del Mar (Parc de Salut Mar)
Servicio: Unidad de Neumología y Alergia Pediátrica
Dirección: Passeig Marítim 25-29
CP:
Población: Barcelona
Provincia: Barcelona
País: España
Teléfono: 678877673
E-Mail: 97512@hospitaldelmar.cat

Autores: Caballero Rabasco, María Araceli; Martínez Roig, Antonio; Salvador Costa, Margarita; Dias da Costa, Marcia; Concha García, Tamara; Esteller Carceller, María ; Busquets Monge, Rosa María

Objetivos. Identificar la etiología viral de las bronquiolitis en nuestro medio y su distribución a lo largo del año.

Material y Métodos. Estudio observacional y descriptivo de una cohorte de 100 pacientes menores de 24 meses ingresados por bronquiolitis entre enero 2009 y diciembre 2010. Se recogió aspirado nasofaríngeo para determinar la presencia de virus respiratorios (VRS, Influenza, Parainfluenza, Adenovirus, Enterovirus, Rhinovirus, Metapneumovirus, Coronavirus y Bocavirus) por medio de microarrays.

Resultados. Los virus detectados de forma individual fueron: VRS-A 47%, VRS-B 36%, Influenza-B 10%, Influenza-C 2%, Parainfluenza-1 3%, Parainfluenza-3 3%, Parainfluenza-4

4%, Adenovirus 7%, Enterovirus 2%, Rhinovirus 24%, Metapneumovirus-A 9%, Metapneumovirus-B 2%, Coronavirus 1%, Bocavirus 10%. No se detectó la presencia de influenza H3N2 ni Parainfluenza-2. Co-infección por dos virus en el 31%, tres virus en el 9% y cuatro virus en el 3% de los casos sin observar diferencias clínicas respecto a infecciones simples. Las asociaciones más frecuentes fueron: VRS-A + VRS-B (6 casos), VRS-A + Rhinovirus (6 casos), VRS-B + Bocavirus (4 casos) y VRS-A + Bocavirus (3 casos). Referente a las infecciones simples destacar la mayor frecuencia de VRS-A (26 casos) seguido de VRS-B (12 casos) y Rhinovirus (8 casos). Detección del virus Influenza y Bocavirus siempre en asociación. Se observó únicamente un caso asociado a gripe H1N1 durante la pandemia, en el contexto de coinfección VRS-A y Bocavirus. Distribución del pico de incidencia: VRS-A, VRS-B y Bocavirus en diciembre, Rhinovirus, Influenza-B y Adenovirus en febrero, y Metapneumovirus en marzo. Los casos con evolución más tórpida correspondieron a infectados por VRS-A y Rhinovirus.

Conclusiones. VRS-A fue el virus más frecuente, seguido por VRS-B, Rhinovirus, Bocavirus e Influenza-B. Alto índice de coinfecciones virales sin observar diferencias clínicas. Destacar mayor frecuencia de VRS-A en infecciones simples, posible mayor agresividad del VRS-A y Rhinovirus, y distribución mensual de la incidencia.

Médicos

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS BRONQUITIS SIBILANTES RECURRENTE EN EL PRIMER AÑO DE VIDA: ESTUDIO LONGITUDINAL EN UNA POBLACIÓN DE VALENCIA.

idComunicación: 33 Tipo:

Autor principal

Autor: Ana Amat Madramany
Empresa/Institución: Hospital de La Ribera
Servicio: Unidad de Neumología Pediátrica. Servicio de Pediatría.
Dirección: Crtra. Corbera km. 1
CP:
Población: Alzira.
Provincia: València
País: España
Teléfono: 609941380
E-Mail: anaamat1981@hotmail.com

Autores: Amat Madramany, Ana; Pérez Tarazona, Santiago; Alfonso Diego, Julia; Escolano Serrano, Silvia; Bou Monterde, Ricardo; Gastaldo Simeón, Elena

OBJETIVOS

Investigar la incidencia de bronquitis sibilantes (BS) recurrentes (tres o más episodios) en el primer año de vida en la población de Alzira y estudiar los posibles factores de riesgo asociados.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal prospectivo en una cohorte de nacimiento de 636 niños, incluidos consecutivamente entre marzo de 2007 y noviembre de 2008. Revisión de historias clínicas hospitalarias y ambulatorias a los 6 y 12 meses de vida y envío de cuestionarios por correo, con encuesta telefónica si no hubo contestación. Análisis multivariante de

los distintos factores de riesgo registrados mediante regresión de Cox para eventos únicos y eventos recurrentes.

RESULTADOS

A los 12 meses, el 37,1% de los niños había presentado al menos un episodio de BS, y el 10,6% había presentado BS recurrentes. El 17,6% fue atendido en urgencias en alguna ocasión, el 13,4% recibió corticoides orales y el 5,4% precisó hospitalización. Se comportaron como factores de riesgo independientes de BS recurrentes el sexo masculino (riesgo relativo [RR]: 2,3; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1,3-3,9), la asistencia a guardería (RR: 2,1; IC 95%: 1,1-4,0), tener hermanos mayores (RR: 4,1; IC 95%: 2,3-7,2), el antecedente de asma materno (RR: 3,9; IC 95%: 2,0-7,4) y la menor edad gestacional (RR: 1,2; IC 95%: 1,1-1,3) ; lo hizo como factor protector la lactancia materna durante un mínimo de tres meses (RR:0,4; IC 95%: 0,3-0,8) .

CONCLUSIONES

La incidencia acumulada de BS en el primer año de vida en nuestra población es elevada, y supera la descrita en otros estudios. En el caso de BS recurrentes la incidencia es algo inferior a la reflejada en el estudio internacional de las sibilancias del lactante para otras poblaciones españolas. Destacan como principales factores de riesgo de BS recurrentes en nuestra población el antecedente materno de asma y la existencia de hermanos mayores. La lactancia materna durante al menos tres meses se ha comportado como un factor protector de BS recurrentes.

Médicos

INFLUENCIA A LARGO PLAZO DE LA INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA A ACAROS SOBRE LOS SÍNTOMAS ASMATICOS

idComunicación: 49 Tipo:

Autor principal

Autor: Beatriz Ruiz Cobos
Empresa/Institución: Hospital Torrecárdenas
Servicio: Pediatría
Dirección: Pasaje torrecárdenas s/n
CP:
Población: Almería
Provincia: Almería
País: ESPAÑA
Teléfono: 616632231
E-Mail: beruco73@gmail.com

Autores: Ruiz Cobos, Beatriz ; Batlles Garrido, José ; Momblan De Cabo, Jerónimo J.; Bonillo Perales, Antonio ; Rubí Ruíz, Teresa; González Jiménez, Yolanda; González-Ripoll Garzón, Manuel; García Fernández, Dolores

Introducción: El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y una de las que mayor gasto sanitario genera. A pesar de que la inmunoterapia (IT) con alérgenos se ha usado durante más de 70 años, su papel todavía es motivo de discusión. En un intento de aclarar las dudas acerca de la IT y su influencia a largo plazo sobre los síntomas asmáticos, se diseñó este estudio.

Material y métodos: Se ha realizado un seguimiento durante 5 años a 64 niños entre 6-14 años con asma moderado persistente monosensibilizados a ácaros. De forma aleatoria fueron asignados en 2 grupos: Grupo I constituido inicialmente por 32 niños, que fueron tratados con Budesonida inhalada, en pauta escalonada y Grupo II constituido por 32 niños, que recibieron Budesonida inhalada e Inmunoterapia subcutánea (Retard Leti) a ácaros. Fueron excluidos 6 pacientes: 2 por negativa de los padres a seguir en el estudio y 4 por no rellenar con fiabilidad la hoja de recogida de síntomas. Anualmente se evaluaron las siguientes variables: nº de crisis asmáticas, pérdidas escolares, visitas a urgencias y hospitalizaciones por crisis asmáticas, sibilancias nocturnas, diurnas y tras ejercicio (recogidas en diario de síntomas), y gravedad del asma. Comparamos si existieron diferencias estadísticamente significativas (χ^2 y "t"student) y clínicamente relevantes entre ambos grupos de estudio.

Resultados: Durante los 5 años de tratamiento los pacientes del Grupo II presentaron menos crisis de asma, menos pérdidas escolares (0% vs 3,7%), menos visitas a servicios de urgencias y hospitalizaciones por crisis asmáticas (0 vs 2) y presentaron menos sibilancias diurnas, nocturnas y con el ejercicio (8% vs 20%) que los pacientes del Grupo I, sin llegar a alcanzar diferencias estadísticamente significativas. Observamos que el porcentaje de niños asmáticos con síntomas es menor en el Grupo II (4-8% grupo II frente al 18-22% grupo I). Encontramos una disminución en la gravedad del asma en ambos grupos (grupo II 0% vs 3% en grupo I) y este descenso parece ser más rápido en el Grupo II.

Conclusiones: Al finalizar el seguimiento hemos observado un descenso progresivo y significativo de los síntomas asmáticos y de la gravedad del asma, tanto en el grupo de pacientes que han recibido tratamiento con corticoides inhalados e inmunoterapia, como los que han recibido sólo corticoides inhalados, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Médicos

PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO EN NIÑOS OBESOS BASADA EN PRUEBAS DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR

idComunicación: 59 Tipo:

Autor principal

Autor: Laura Fidalgo Marrón
Empresa/Institución: Hospital Universitario de Guadalajara
Servicio: Pediatría
Dirección: Donantes de Sangre s/n
CP:
Población: Guadalajara
Provincia: Guadalajara
País: España
Teléfono: 629384156
E-Mail: laurafm33@gmail.com

Autores: Fidalgo Marrón, Laura; Ortigado Matamala, Alfonso; Sevilla Ramos, Pilar; Insfran Marrón, Estela; Alija Merillas, María; Jiménez Bustos, José María

Objetivos

Estudiar las diferencias existentes entre las zonas de entrenamiento teóricas y las obtenidas mediante una prueba de esfuerzo cardiopulmonar para la prescripción de ejercicio físico de intensidad leve-moderada en niños obesos. Correlacionar la intensidad del ejercicio a nivel del umbral anaeróbico con el grado de esfuerzo percibido.

Material y Método

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en niños obesos de 6 a 14 años de edad. Se realizó ergoespirometría en tapiz rodante con protocolo incremental de esfuerzo máximo según directrices de la ERS/ATS. Se calculó el umbral anaeróbico (UA) mediante el método V-slope, recogiénose la medición de la FC en este punto y asignándole el valor de la escala de esfuerzo percibido (PCERT) obtenida en ese momento. Posteriormente se estudiaron las diferencias existentes con la FC teórica del UA.

Resultados

Se han estudiado un total de 28 niños obesos (17 varones, 61%), con una media de edad de 10,90 años ($\pm 2,43$), BMI de 27,61 Kg/m² ($\pm 3,46$) y SD BMI de 2,64 ($\pm 0,95$). La frecuencia cardiaca media a nivel del UA ha sido de 117,45 lpm ($\pm 15,67$) que corresponde a un 56,29% ($\pm 7,56$) del máximo. A nivel teórico el umbral se situaría en un rango en torno al 75% del máximo, lo que supondría una diferencia media 48,96 lpm ($\pm 15,29$) ($p \leq 0,001$) con el umbral anaeróbico real. El valor de esfuerzo percibido se sitúa entre 1 y 2.

Conclusiones

La prescripción de ejercicio físico en niños obesos en rangos de intensidad controlados se debe realizar de forma personalizada basándose en una prueba de esfuerzo cardiopulmonar, ya que existen diferencias significativas con las zonas de entrenamiento teóricas. Estas diferencias podrían llevar a la utilización de un sustrato energético diferente al deseado y a una menor tolerancia al ejercicio.

Médicos

ÓXIDO NÍTRICO EN AIRE ESPIRADO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON SOSPECHA DE ASMA

idComunicación: 65 Tipo:

Autor principal

Autor: Carlos Hermoso Torregrosa
Empresa/Institución: Hospital Juan Ramón Jiménez
Servicio: Pediatría
Dirección: Avenida Ronda Norte S/N
CP:
Población: Huelva
Provincia: Huelva
País: España
Teléfono: 649522401
E-Mail: carloshermoso2@hotmail.com

Autores: Hermoso Torregrosa, Carlos; Ferrer Castillo, María Teresa; Bravo Nieto, Jose Manuel; Carrasco Zalvide, Manuel; Gómez Santos, Elisabeth; Arias Blasco, Olga; Román del Río, María del Mar; Maldonado Pérez, Jose Antonio

INTRODUCCIÓN: La determinación de óxido nítrico exhalado (FeNO) es una técnica no invasiva que se utiliza en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con asma bronquial.

OBJETIVOS: Analizar la influencia de los antecedentes clínicos, nivel de gravedad y grado de control del asma en los valores de FeNO.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de historias clínicas de niños asmáticos de nuestro hospital, registrando antecedentes (prematuridad, bronquiolitis, tos crónica, neumonía, historia catarral frecuente, exposición a tabaquismo pasivo, atopia como positividad a pruebas cutáneas, prueba broncodilatadora), nivel de gravedad y grado de control del asma mediante cuestionario ACT. A todos ellos se les realizó, tras adiestramiento por una enfermera entrenada, determinación del FeNO mediante un equipo portátil (Niox-Mino Aerocrine®) que realiza las mediciones mediante reacción electroquímica.

RESULTADOS: Se han realizado 103 mediciones (50,5% varones). La media de FeNO de los niños con índice de predicción de asma positivo (IPA) fue de 36,7 ppb frente a 19,39 ppb de los niños con IPA negativo ($p=0,001$). También fue mayor en los que tenían pruebas cutáneas positivas (31,16 ppb frente a 10,52 ppb; $p=0,001$). Hubo diferencias, aunque no estadísticamente significativas, en los que tenían un test de broncodilatación positivo (31,38 ppb frente a 22,60; $p=0,102$) y en los que tenían antecedentes de prematuridad (37,57 ppb frente a 24,60 ppb; $p=0,198$). El resto de antecedentes valorados no mostró diferencias significativas. La gravedad del asma (estacional, episódico ocasional, episódico frecuente, persistente moderado) tampoco se asoció de forma significativa al nivel de FeNO. En los niños con mal control del asma la media de FeNO fue de 33,97 ppb frente a 23,87 ppb en los bien controlados ($p=0,116$). En un 47,5% de los niños a los que se le realizó la medición de FeNO hubo modificaciones terapéuticas tras la llegada de los resultados, siendo la media de FeNO de los niños a los que se aumentó la medicación de 67,81 ppb, de 10,68 ppb la de los niños a los que se les redujo la medicación y de 15,81 ppb de a los que no se modificó la actitud terapéutica ($p<0,001$).

CONCLUSIONES:

La FeNO es un marcador no invasivo de inflamación eosinófila de la vía aérea, válido, reproducible y estable, por lo que resulta de utilidad como complemento a la función pulmonar en el diagnóstico de asma y en el control del tratamiento en niños.

La constitución atópica y los antecedentes infecciosos en la infancia parecen estar implicados en el proceso inflamatorio mantenido de la vía aérea.

Un valor superior a 35 ppb si se trata de un método electroquímico, con monitores portátiles, indica un aumento de la inflamación en las vías aéreas.

Se puede ajustar mejor la dosis de fármacos antiinflamatorios o incluso plantear la retirada de éste en función de los resultados obtenidos.

En nuestro caso, la llegada de los resultados de la prueba modificó la actitud terapéutica en casi la mitad de los pacientes por lo que lo consideramos de utilidad en el seguimiento del niño asmático.

Médicos

ASMA DE PANADERO EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

idComunicación: 68 Tipo:

Autor principal

Autor: Esther Bragado Alcaraz
Empresa/Institución: Hospital Universitario Virgen de Arrixaca
Servicio: Sección de Alergología y Neumología Infantil.
Dirección: Carretera Madrid-Cartagena s/n
CP:
Población: Murcia
Provincia: Múrcia
País: España
Teléfono: 610393612
E-Mail: esther.bragado.alcaraz@gmail.com

Autores: Bragado Alcaraz, Esther; Lucas, Juan Manuel ; Hernando, Vicente; Mondéjar López, Pedro; Pastor Vivero, María Dolores; Sánchez Solís, Manuel; García Marcos, Luis

Introducción: El asma del panadero es una entidad clínica conocida desde la antigüedad. Es la enfermedad ocupacional más frecuente del sector de la alimentación, existiendo pocos casos descritos en pediatría. Típicamente estos pacientes toleran la ingesta de alimentos derivados del trigo, pues las proteínas implicadas en la sensibilización inhalatoria (inhibidores de alfa-amilasa y tripsina) no participan en la alergia alimentaria (gliadina).

Caso clínico: Escolar de 6 años, con asma episódico frecuente y dermatitis atópica, que presenta episodios de rinitis y sibilancias respiratorias cuando entra en la panadería del padre. Aparición de los primeros síntomas a los tres años, un año después de iniciar dicho contacto, siendo la intensidad de los síntomas creciente y de aparición inmediata. Inicialmente toleraba pan y otros alimentos derivados del trigo, pero a los 5 años presentó episodio de anafilaxia moderada tras ingesta de pan.

AP: Embarazo, parto, p.neonatal normal. Dermatitis atópica desde época del lactante. Asma episódico frecuente en tratamiento con budesonida inhalada a dosis media, con buen control.

AF: Madre: asma atópico. Padre rinitis alérgica (sensibilización a ácaros), panadero. Hermano rinitis alérgica. Vivienda en piso superior a la panadería.

P.Complementarias: IgE 129U/mL; eosinofilia 6% (500 células/L).

Prick test cutáneos (4 años): Aeroalérgenos: positivos gramíneas, epitelio de caballo. Trofoalérgenos: positivo harina de trigo.

Prick test (6 años): Aeroalérgenos: positivo: gramíneas; negativo: panalérgenos, mohos, ácaros de almacenamiento, Triticum. Trofoalérgenos: positivo: harina de trigo, cebada, centeno. Negativo: alfa-amilasa, aminoglucosidasa, maíz y avena.

Discusión: Podemos considerar este caso clínico como un equivalente al asma de panadero, demostrado por historia clínica compatible, pruebas in vivo, aparición de síntomas de forma repetitiva tras tomar contacto con la panadería y la existencia de sensibilización mediada por IgE a harina de trigo. Destacamos este caso clínico por su bajísima prevalencia en pediatría y por la alergia alimentaria desarrollada posteriormente por la paciente.

Médicos

Análisis de la comunicación médico-paciente en consultas de asma en el ámbito hospitalario.

idComunicación: 82 Tipo:

Autor principal

Autor: JOAN FIGUEROLA MULET
Empresa/Institución: HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES
Servicio: PEDIATRIA
Dirección: CARRETERA VALLDEMOSSA
CP:
Población: PALMA DE MALLORCA
Provincia: Balears
País: ESPAÑA
Teléfono: 630039231
E-Mail: joan.figueroles@ssib.es

Autores: FIGUEROLA MULET, JOAN ; OSONA RODRIGUEZ DE TORRES, BORJA ; PEÑA ZARZA, JOSE ANTONIO; GIL SANCHEZ, JOSE ANTONIO; VERGER GELABERT, SEBASTIA; DE LA IGLESIA, BEGOÑA; ROSSELLÓ, ROSA

Introducción: Un elemento destacado que interviene en el manejo y control de la enfermedad crónica es la comunicación.

Objetivo: Analizar aspectos del proceso comunicativo que se establece entre el personal sanitario y el paciente asmático.

Material y método: Se realiza una observación no participante centrada en el personal sanitario, respetando el anonimato en un ámbito hospitalario (consultas externas, planta de hospitalización) en niños menores de 15 años. Para el análisis del proceso de comunicación que se establece entre el pediatra y el paciente asmático se concretaron una serie de ítems que conformaron el instrumento de observación (plantillas y notas de campo).

Resultados: Se recogen 54 observaciones, en un 40,74% de primeras visitas y en un 50% revisiones. Se encuentran presentes las madres en un 63% de los casos, los padres en un 26%, los abuelos en un 11%, la auxiliar en un 83% y en un 9% médicos residentes. Un 90% del total de las interacciones comunicativas se establecen entre médicos-padres, 324 interacciones de 360 y, únicamente, un 10% entre médico-paciente (36). En un 54% de las consultas se produjeron interrupciones, el mayor número de ellas, 62,06%,

debidas a una auxiliar, un 31,03% por llamadas telefónicas y un 6,89% por el propio médico u otros médicos. Análisis cualitativo: el médico mira principalmente el ordenador, se presenta con su apellido y no suele comunicarlo al paciente, sino a sus acompañantes. Las preguntas las dirigen a los progenitores. La mesa se convierte en un obstáculo. No se ha detectado un protocolo para explicar el uso de los inhaladores. Se utilizan muchos términos que no entienden las familias. Los adolescentes, principalmente las niñas, pueden sentirse avergonzadas por el hecho de quitarse la ropa para la auscultación. El médico no muestra el resultado de las pruebas al paciente acompañado de una pequeña explicación.

Conclusión: en nuestro medio el proceso comunicativo con el paciente asmático muestra múltiples deficiencias.

Médicos

VIRUS ASOCIADOS A BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 3 AÑOS HOSPITALIZADOS.

idComunicación: 85 Tipo:

Autor principal

Autor: Nerea Benito Guerra
Empresa/Institución: Hospital Universitario Donostia
Servicio: Neumología Infantil
Dirección: Paseo Dr. Beguristain nº 116
CP:
Población: San Sebastián
Provincia: Guipúscoa
País: España
Teléfono: 620898826
E-Mail: twister837@hotmail.com

Autores: Benito Guerra, Nerea; Sardón Prado, Olaia; Cilla Eguiluz, Gustavo; Piñeiro Vazquez, Luis; Montes Ros, Milagrosa; Aristimuño Urdanpilleta, Henar; G. Pérez-Yarza, Eduardo; Korta Murua, Javier

OBJETIVOS: Determinar los aislamientos virales en hospitalizados por bronquiolitis menores de 3 años y analizar la incidencia de los distintos virus.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y transversal por revisión de historias clínicas de bronquiolitis hospitalizadas entre julio de 2006 y junio de 2009. Detección viral mediante PCR anidada/cultivo. Definición de caso: bronquiolitis por diagnóstico médico. Variables cuantitativas analizadas: edad, estancia hospitalaria, edad gestacional y peso recién nacido. Variables cualitativas: sexo, detección viral. Análisis estadístico descriptivo y comparación de diferencias mediante chi cuadrado (χ^2) y ANOVA.

RESULTADOS: Cohorte constituida por 463 bronquiolitis, 199/463 (43%) mujeres. Mediana de edad: 3 meses (rango 0 - 35). La mayoría de los ingresos se produjeron entre noviembre y febrero 370/463 (79,9%), con pico en diciembre 179/463 (38,7%). En 67 (14,5%) no se identificó ningún virus; en 338 (73%) se identificó un único virus; y en 58 casos (12,5%) dos virus. Se aislaron 454 virus: virus respiratorio sincitial (VRS) 321/454

(70,7%) y Rhinovirus 70/454 (15,4%), constituyendo su asociación la coinfección más frecuente 34/58 (58,6%). Los menores de 12 meses ingresaron con mayor frecuencia 388/463 (88,3%) ($p < 0,05$). Ingresaron 60/463 (13%) recién nacidos prematuros y 12/463 (2,6%) casos peso neonatal inferior a 1.500 g. La mediana de estancia hospitalaria fue 5 días (rango 1- 16). No hubo mortalidad.

CONCLUSIONES: Los virus más prevalentes son VRS y rinovirus. La mayoría de las hospitalizaciones se produjeron entre noviembre y febrero. Ingresaron con mayor frecuencia los varones, los menores de 12 meses y los prematuros con peso de recién nacido inferior a 1.500 g.

Médicos

Óxido nítrico exhalado y control de asma: medición con score clínico y broncoespasmo inducido por ejercicio

idComunicación: 88 Tipo:

Autor principal

Autor: Miguel Garcia Gonzalez
Empresa/Institución: Hospital de Sabadell
Servicio: Unidad de Neumología y Alergia Pediátrica
Dirección: Parc Tauli s/n
CP:
Población: Sabadell
Provincia: Barcelona
País: España
Teléfono: 937231010 (ext 21012)
E-Mail: mgarciago@tauli.cat

Autores: Garcia Gonzalez, Miguel; Jaramillo Hidalgo, Dolores; Bosque Garcia, Montserrat; Asensio de la Cruz, Oscar; Peñas Aguilera, Andreu; Costa Colomer, Jordi; Valdesoiro Navarrete, Laura; Larramona Carreras, Helena; Grau Lorente, Rosa

OBJETIVO: Los valores de óxido nítrico exhalado (ONe) están aumentados en el asma. En los pacientes asmáticos con hiperreactividad bronquial (HRB), medida como broncoespasmo inducido por ejercicio (BIE), se han observado mayores valores de ONe basal. Nuestro objetivo es determinar si, en pacientes asmáticos con sensibilización a aeroalergenos, el ONe puede predecir el BIE. Y si existe relación entre ONe y la percepción del control del asma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño prospectivo observacional. Se incluyeron 30 pacientes consecutivos asmáticos y sensibilizados a aeroalergenos. El BIE fue provocado con el test de carrera libre (8 minutos) (TCL). El grado de control del asma fue medida mediante ACT-test. Se realizó: espirometría y eNO basal, TCL, espirometría y ONe postesfuerzo, espirometrías (10 y 20 minutos post-esfuerzo), ACT. Pruebas realizadas acordes a los estándares de la ATS/ERS. Análisis estadístico con SPSS 15.0.

RESULTADOS: El nivel de ONe post-ejercicio (28.1 ± 23.7 ppb) fue significativamente menor que el nivel basal (37.8 ± 32 ppb) (paired t-test=5.19, fd=27, $p < 0.001$). Observamos una disminución significativa de FEV1 tras TCL ($5.1 \pm 5.4\%$) (paired t-test=5.21, fd=29, $p < 0.001$). ACT (mediana 24, rango 19-25) mostró buen control clínico en este grupo. ONe basal se correlacionó con ONe post-ejercicio ($R^2=0.965$, $p < 0.001$).

El grado de descenso de ONe se correlacionó con el descenso del FEV1 ($R^2=0.225$, $p=0.011$). No hallamos correlación entre ONe basal y ACT ($R^2=0.033$, $p>0.05$), ONe basal y descenso del FEV1 ($R^2=0.169$, $p>0.05$). El análisis del subgrupo de mayor HRB (descenso $>10\%$ FEV1) ($n=7$), reveló una correlación entre ONe basal y descenso FEV1 ($R^2=0.88$, $p=0.02$), pero no entre ONe basal y ACT ($R^2=0.08$, $p>0.05$).

CONCLUSIONES: En este estudio, grupo de asmáticos alérgicos clínicamente estables, ONe basal no ha mostrado utilidad como predictor de BIE. Asimismo, no encontramos asociación entre ACT y ONe. En el subgrupo de mayor HRB, niveles de ONe son significativamente mayores.

Médicos

BRONQUIOLITIS Y MANEJO EN URGENCIAS: INTERVENCION MEDIANTE REFUERZO EDUCACIONAL

idComunicación: 93 Tipo:

Autor principal

Autor: Ana Pérez Aragón

Empresa/Institución: Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Servicio: Pediatría

Dirección: Avda de las Fuerzas Armadas, s/n

CP:

Población: Granada

Provincia: Granada

País: España

Teléfono: 609618136

E-Mail: orzana.ana@gmail.com

Autores: Medina Martínez, Inmaculada; Pérez Aragón, Ana; Medina Navarro, Marina; Campos Martínez, Ana María; Guarino Narváez, Jessica; Romero Paniagua, María Teresa; Conde Puertas, Elena; López Contreras, Isabel María; Lobo Támer, Gabriela; Martínez Cañavate Burgos, Ana María

La bronquiolitis es una enfermedad muy frecuente en niños menores de 2 años, originando una gran demanda asistencial en atención primaria y en los servicios de urgencias pediátricos. Y, aunque todos los protocolos coinciden en la escasa evidencia científica del tratamiento farmacológico y la no indicación de exámenes complementarios, probablemente la angustia familiar que genera y la edad del menor, unido a la poca confianza en las medidas de sostén y masificación en Atención Primaria, aumenta la demanda de asistencia urgente y solicitud de pruebas complementarias.

Objetivo:

Tras revisión bibliográfica, nuestra propia experiencia en años previos y la escasa eficacia terapéutica de los diferentes fármacos, creemos que el tratamiento de sostén, junto a un seguimiento programado e individualizado reducirá el número de asistencias en Servicios de Urgencias durante la epidemia de bronquiolitis en nuestro medio.

Material y método:

Durante el mes de Enero, hemos recogido al azar y por distintos facultativos del Area de Urgencias Pediátricas una muestra de 52 niños menores de dos años, atendidos y diagnosticados de primer episodio de bronquiolitis, que no precisaron ingreso hospitalario. Se les ha instruido en bronquiolitis: cómo se contagia, a quien afecta y criterios de gravedad, así como tratamiento. Se les explica y da por escrito en hoja informativa sobre las medidas a aplicar en domicilio y beneficios de las mismas, motivos para solicitar asistencia urgente y por su Pediatra. Solicitamos consentimiento, comunicándoles seguimiento telefónico en 10 días. Valoramos evolución, medidas físicas aplicadas: si se realizaron y fueron efectivas, si precisaron asistencia en urgencias y motivo, consultas por su Pediatra y necesidad de otros tratamientos. Hemos analizado la edad, sexo, patología previa, necesidad de ingreso hospitalario, evolución. Descartamos los niños que al inicio precisaron ingreso hospitalario.

Resultados:

Ningún padre rechazó la colaboración.

Total niños: 52 (100%), 80% menores de 1 año y 60% varones. 4% precisó ingreso hospitalario en las siguientes 48h y otro 4% no se localiza. 60%, fueron reevaluados por su Pediatra en cita programada, de los cuales al 50% se les prescribió corticoides orales. El 80%, refiere ha realizado bien el tratamiento de sostén y transmiten la buena evolución del niño. Todos coinciden en la tranquilidad que les supuso saber cómo actuar. Ninguno fue derivado a Hospital. No hemos podido relacionar gravedad con positividad del VRS.

Conclusiones:

Actualmente, las medidas de soporte en la bronquiolitis es la mejor opción terapéutica en su manejo y así lo demuestra nuestro estudio y la evidencia científica en la bibliografía.

Y, a pesar de la evidencia científica, hemos encontrado pocos estudios que apoyen estas medidas, sobre todo desde la Atención Primaria. Aunque el servicio de urgencias no es el más idóneo para la intervención educacional, creemos que una mínima intervención puede generar beneficios importantes.

Nuestro reto es conseguir una mejora en la aplicación de las medidas de sostén que generen mayor beneficio en el tratamiento con la satisfacción familiar que conlleva.

ESTUDIO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO DE LAS BRONQUIOLITIS EN LACTANTES DE TERRASSA

idComunicación: 95 Tipo:

Autor principal

Autor: Marta Mumany Español
Empresa/Institución: Hospital de Terrassa
Servicio: Neumología Pediátrica
Dirección: Carretera Torrebonica s/n
CP:
Población: Terrassa
Provincia: Barcelona
País: España

Teléfono: 630341621
E-Mail: 39769mme@comb.es

Autores: Mumany Español, Marta ; Coderch, Claudia ; Yebenes, Silvia ; Cilvetti, Robert; Garcia , Roger; Perez, Josefa ; Mejías, Abel

OBJETIVOS

Definimos como bronquiolitis el primer episodio agudo de sibilancias en un niño/a menor de 24 meses. Se determinan los virus que causan las bronquiolitis en lactantes de nuestra población, su evolución aguda y durante 1 año de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio multicéntrico prospectivo observacional entre el Hospital de Terrassa y el Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Se incluyen lactantes con edades comprendidas entre 2 días y los 24 meses diagnosticados de bronquiolitis, de septiembre de 2009 a 2010. Se realiza un aspirado nasofaríngeo y se estudia la PCR Multiplex (adenovirus, coronavirus 229E/NL63, coronavirus OC43/HKU1, parainfluenza 1,2,3,4, rhinovirus A/B, VRS A, B, influenza A, B, bocavirus 1/2/3/4, metapneumovirus, enterovirus. Se registra la gravedad y tratamiento. Así como, la evolución posterior del cuadro agudo.

RESULTADOS

Se reclutan 80 lactantes que acuden al Hospital de Terrassa afectados de bronquiolitis, con una mediana de edad de 4 meses (rango 21 meses). Un 55% de sexo masculino. Un 14% presentaron al nacer un peso < 2500g. Un 20% resultaron prematuros. En un 12,5% de los lactantes la detección de PCRmultiplex fue negativa. El VRS A es el más frecuentemente aislado un 28,8%, seguido del Rhinovirus (16,3%). Se detecta coinfección viral en un 25%. La mayoría de los lactantes presentaron un cuadro leve 63%, precisando oxígeno el 16,3%. El salbutamol es el tratamiento más frecuentemente utilizado en un 87,5%. Un 15% precisó ingresar. A los 3 meses un 24% presentó ≥ 1 sibilancias recurrentes, prácticamente sin variar a los 6 meses.

CONCLUSIONES

1. El VRS A es el agente microbiológico más frecuente. La tasa de coinfección también se corresponde a la citada en la literatura.
2. La mayoría de lactantes que acuden al Hospital presenta una clínica leve. Aunque $\frac{1}{4}$ sufre otro episodio de sibilancias en los meses posteriores.
3. Es necesario más tiempo de seguimiento y más pacientes para conseguir significación estadística.

Médicos

Encuestas de control del asma en la Unidad de Urgencias

idComunicación: 98 Tipo:

Autor principal

Autor: María Angeles Villar Alvarez
Empresa/Institución: Hospital de Basurto

Servicio: Neumología Infantil
Dirección: Av Montevideo s/n
CP:
Población: Bilbao
Provincia: Biscaia
País: España
Teléfono: 655912556
E-Mail: jelorz@gmail.com

Autores: Villar Alvarez, María Angeles; González Hermosa, Andrés; Vázquez Ingelmo, Montserrat; Quilez Herrez, Izaskun; Landa Gárriz, María; Arbeloa Miranda, Amaia; Intxausti Apraiz, Tamara; Zurutuza Bengoa, Ane; Aramburu Arriaga, Nekane; Elorz Lambarri, Javier

Antecedentes y Objetivo: El asma es frecuentemente infravalorada. La severidad de asma es infrareportada por padres y pacientes. Las reagudizaciones que precisan asistencia en urgencias miden objetivamente su severidad. En la población los gastos por hospitalización son el principal coste en el tratamiento del asma. El objetivo de este estudio es valorar el grado de control en los meses previos y la validez de encuestas (CAN) comparada con el patrón oro (NAEPP) en esta población.

Material y Métodos: Muestra de conveniencia de 111 niños que acuden por asma en los meses de otoño. Edad media 6,26 años ($\pm 3,4$ SD). 74 (61%) niños. Se empleó el programa estadístico MedCalc

Resultados: Según NAEPP 27.7% estaban bien controlados. El CAN indicó mal control en 34,8%. 46,1% tenían prescrito tratamiento de fondo. 49,3% de los pacientes con mal control no lo tenían. Existió asociación significativa entre NAEPP y CAN, Chi cuadrado 41,9 ($p < 0,001$). El coeficiente Kappa fue bueno (0,63). El coeficiente alfa de Cronbach para los diferentes apartados del CAN fue muy bueno (0.85). La sensibilidad y especificidad del CAN fue 82.7% y 83.3% (LR+ 4.96 y LR-0.21). En esta muestra el corte ideal fue el sugerido en el estudio ≥ 8

Conclusiones: El empleo de criterios NAEPP o en su defecto del CAN por sus pediatras hubiese indicado un mal control del asma y la necesidad de incrementar el tratamiento de fondo o iniciarlo. Las reagudizaciones que precisan asistencia en urgencias son un criterio objetivo de control del asma y seleccionan una población que tiene una elevada movilidad y cuyo tratamiento supone un alto coste. La urgencia pediátrica permite captar a estos pacientes, educarlos para un mejor control y aconsejar la necesidad de un incremento en la medicación preventiva o su inicio.

NEUMONÍA CAVITADA EN LÓBULO MEDIO

idComunicación: 4 Tipo:

Autor principal

Autor: Tamara Concha García
Empresa/Institución: Hospital del Mar. Parc de Salut Mar
Servicio: Unidad de Neumología y Alergia pediátrica
Dirección: Passeig Marítim 25-29
CP:
Población: Barcelona
Provincia: Barcelona
País: España
Teléfono: 639878609
E-Mail: 97516@parcdesalutmar.cat

Autores: Concha García, Tamara; Caballero Rabasco, María Araceli; Esteller Carceller, María Inmaculada; Dias da Costa, Marcia; Maiques Llacer, Jose; Martínez Roig, Antonio; Busquets Monge, Rosa María

Introducción

Presentamos un caso clínico de un paciente que debutó de forma inespecífica tanto clínica como radiológicamente.

Caso clínico

Varón de 13 años ,ingresa en la unidad de pediatría por fiebre y tos de 1 semana de evolución. Orientado clínica y radiológicamente como neumonía por su pediatra, inicia tratamiento con amoxicilina 6 días antes. La persistencia de la fiebre motiva el ingreso. En la exploración física destaca discreta disminución del murmullo vesicular en la cara posterior del hemitórax derecho. La imagen radiológica puede ser compatible con neumonía, que en fase de resolución, ha evolucionado hacia la formación de neumatoceles. Se mantiene el mismo tratamiento antibiótico, y dada la buena evolución clínica se da de alta 6 días más tarde. En visita de control no refiere clínica, sin embargo persisten las imágenes radiológicas sugestivas de neumatoceles. El estudio con TC objetiva imagen nodular en lóbulo medio, encima de la cisura, con atelectasia de la misma región. Ante el posible diagnóstico de tuberculosis, se realiza prueba de tuberculina, con resultado de 20 mm, y fibroscopia para recogida de muestras bronquiales con cultivo positivo a *M. tuberculosis*. Considerándose como enfermedad tuberculosa, se inicia tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida, y etambutol. En el estudio de contactos se detecta el caso índice en el abuelo materno. Se controla mensualmente con buena evolución clínica y radiológica.

Discusión

El diagnóstico de enfermedad tuberculosa, no puede basarse solo en la clínica y en la radiología ya que son inespecíficas. Ante la sospecha se debe realizar siempre el diagnóstico mediante la evaluación de los datos clínicos, epidemiológicos, de la respuesta inmune "in vivo" mediante la prueba de la tuberculina, la respuesta de interferón (igras), bacteriológicos y radiológicos. Es de gran importancia buscar el caso índice adulto y las posibles infecciones latentes entre los convivientes para evitar las reinfecciones.

TOS FERINA EN EL PRIMER AÑO DE VIDA EN UNA REGIÓN CON ELEVADA COBERTURA VACUNAL

idComunicación: 5 Tipo:

Autor principal

Autor: Henar Aristimuño Urdampilleta
Empresa/Institución: Hospital Donostia
Servicio: NEUMOLOGIA INFANTIL. SERVICIO DE PEDIATRIA.
Dirección: Avda. Dr. Beguiristain 118.
CP:
Población: San Sebastián
Provincia: Guipúscoa
País: España
Teléfono: 670431302
E-Mail: osardon@euskalnet.net

Autores: Aristimuño Urdampilleta, Henar; Muga Zuriarrain, Ohiana; Sardón Prado, Olaia ; Cilla Eguiluz , Gustavo; Piñeiro Vazquez, Luis; Soledad Zapico , Maria; Korta Murua, Javier

Objetivo: Valorar el impacto de la infección por *Bordetella pertussis* en niños menores de 12 meses en una población con elevada cobertura vacunal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional, de los casos de tos ferina confirmados microbiológicamente entre 1999 y 2008, mediante aspirado nasofaríngeo y técnica de reacción en cadena de la polimerasa que amplifica la secuencia genética IS481 de *Bordetella pertussis*.

Resultados: Se confirmaron 54 casos, 33 (61,1%) en menores de 3 meses de edad. Se detectaron casos todos los años, con 3 brotes periódicos (1999, 2004 y 2008). La mitad de los casos ocurrieron en verano. El 55% de los casos no habían recibido ninguna dosis de vacuna y el 11% las tres primeras dosis. Al diagnóstico el 100% de los casos presentó tos, en la mayoría (85,4%) en forma de accesos paroxísticos, y el gallo inspiratorio estuvo presente en el 17%. En más del 50% hubo signos de dificultad respiratoria. Los diagnósticos iniciales más frecuentes fueron bronquiolitis (34%), infección de vías aéreas superiores (23%) o tos paroxística /accesos de tos (22%). El 72% fue hospitalizado, siendo la edad media 70 días (rango 16-354 días; mediana 56 días), y el 31,5% requirieron asistencia en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Un caso (49 días de edad) falleció con un cuadro compatible con tos ferina maligna.

Conclusiones: Pese a la elevada cobertura vacunal anti-pertúsica, los menores de 6 meses continúan siendo un grupo de riesgo para tos ferina. Es necesario introducir nuevas estrategias preventivas que disminuyan el impacto de esta enfermedad.

ESTUDIO DE CONTACTOS Y TUBERCULOSIS INFANTIL EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS EN UN HOSPITAL GENERAL

idComunicación: 17 Tipo:

Autor principal

Autor: Maria Esteller Carceller
Empresa/Institución: Hospital del Mar de Barcelona
Servicio: Unidad de Neumología y Alergia Pediátrica. Unidad de Infectología
Pediátrica.
Dirección: Passeig Marítim 25-29
CP:
Población: Barcelona
Provincia: Barcelona
País: España
Teléfono: 932483553
E-Mail: 99113@hospitaldelmar.cat

Autores: Esteller Carceller, Maria; Concha García, Tamara; Caballero Rabasco, M^a Araceli; Dias Da Costa, Marcia; Martínez-Roig, Antonio; Busquets Monge, Rosa M^a

Objetivos. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los niños atendidos en el dispensario de tuberculosis así como de sus casos índice.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de niños visitados en el dispensario de tuberculosis del Hospital del Mar (2005-2010) y casos índice, mediante la revisión de historias clínicas y encuestas epidemiológicas.

Resultados. Se visitaron 181 niños (varones 55,8%, edad media 7,57 años). El 39,62% eran autóctonos. El 22,65% vacunados de BCG. Desde 2008, se realizó la prueba del quantiferón: positiva en 20 (18 prueba de tuberculina positiva) y negativa en 57 (5 prueba de tuberculina positiva, 3 vacunados de BCG). El 91,71% fueron estudios de contactos. En 175 se llegó al diagnóstico: 61,71% exposición, 21,14% infección tuberculosa latente, 7,43% enfermedad tuberculosa y 6,86% no expuesto. Seis realizaron tratamiento directamente observado (TDO). La adherencia al tratamiento, medida mediante análisis de orina (desde 2007), fue negativa en el 30,77%. El seguimiento fue completo en el 69,54%. De 101 posibles, se estudiaron 85 casos índice (54,12% varones, edad media 40,19 años). El 45,88% eran autóctonos. Entre los factores de riesgo destacan: tabaquismo (51,25%), alcoholismo (20,25%) y hacinamiento (14,29%). El 49,38% eran bacilíferos, con una media de 68,87 días hasta su diagnóstico. La adherencia al tratamiento fue del 81,93% y el 33,73% realizó TDO.

Conclusiones. La mayoría de niños (60,38%) y de casos índice (54,12%) fueron foráneos. El estudio de contactos generó la mayoría de niños. Tanto la prueba del quantiferón como la de la tuberculina fueron útiles para el diagnóstico. Los casos índice presentaron una media de 3 meses de clínica hasta su diagnóstico y los factores de riesgo social fueron prevalentes, por lo que la coordinación con equipos de atención social sería de interés. El TDO, en algunos casos, probablemente mejoraría la adherencia al tratamiento y seguimiento.

SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO EVIDENTE EN LACTANTE: CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CASO ÍNDICE DE TUBERCULOSIS PULMONAR.

idComunicación: 25 Tipo:

Autor principal

Autor: Ofelia Fernández de la Cruz
Empresa/Institución: Hospital San Pedro de Alcántara
Servicio: Pediatría
Dirección: C/Moraleja nº12, 2º C
CP:
Población: Cáceres
Provincia: Càceres
País: ESPAÑA
Teléfono: 687947833
E-Mail: canfermin@gmail.com

Autores: Fernández de la Cruz, Ofelia; Casas Gil, Jose Manuel; Polo Antúnez, Antonio; Izquierdo Martín, Ana; Barros García, Patricia; López Lafuente, Amparo; López Rodríguez, María José; Remedios Muro, Javier; Viñuelas, Jesús ; Carretero Díaz, Valentín

Introducción: la tuberculosis (TB) continúa siendo una de las infecciones más devastadoras en el mundo. En 2007 la OMS estimó 431.518 nuevos casos y 63.765 muertes en Europa. España tiene la incidencia más alta del oeste europeo con 30 nuevos casos/100.000 habitantes/año. En lactantes la infección tuberculosa progresa a enfermedad en el 50% de los casos, de los cuáles el 30-40% desarrollarán enfermedad pulmonar y el 10-20% formas diseminadas y meningitis. Se requiere un alto índice de sospecha para el diagnóstico, por manifestarse con síntomas inespecíficos. Son infectados principalmente por contacto con caso de TB familiar. Iniciar el tratamiento precozmente previene la importante morbilidad y mortalidad. Caso clínico: lactante de 2 meses y 3 días alimentada con fórmula adaptada, sin antecedentes de interés. Presenta desde hace 4 días fiebre y tos. Administración de vacuna 6 días antes. Padre con proceso febril prolongado con aftas orales que finalizó antes de inicio del cuadro. E. física: P: 4560g; L: 54 cm; PC: 37,2 cm; Tº: 36,5°C. TA: 89/38. FC: 163 lpm. SatO2 99%. Buen estado general. Buena nutrición, hidratación y perfusión. Buen color. No exantemas ni petequias. Fontanela normotensa. Eupneica. AP: mvc bilateral, no ruidos sobreañadidos. Resto normal. P. complementarias: hemograma, bioquímica con transaminasas, coagulación, orina, urocultivo, hemocultivo y coprocultivo negativos. PCR 41,9 mg/dL. Fiebre persistente en los 3 días siguientes y aparición de hepatomegalia 2 cm; Rx tórax: imagen de consolidación retrocardíaca con broncograma aéreo en LID. Se inicia tratamiento con ampicilina y cefotaxima i.v. Fiebre en aumento en días siguientes y de PCR 73,1 mg/dL con estado general conservado. Se realiza Mantoux: 2 cm induración a las 24 h. Punción lumbar: citobioquímica de LCR normal. Tras 3 muestras de jugo gástrico, se inicia tratamiento antituberculostático con 4 fármacos (INH+PZD+RFP+Amikacina) hasta comprobar resistencias en cultivo. Estudio convencional de contactos: Madre Mantoux positivo. Rx tórax normal. Estudio ginecológico normal. Padre Mantoux positivo. Rx tórax: lesiones cavernomatosas en LSI. Se completa el estudio de la paciente con ecografía cerebral-abdominal normales y TAC torácico: patrón en vidrio deslustrado en LSI y totalidad de hemitórax derecho. Área de consolidación parenquimatosa alveolar en LSI que se extiende hasta región hilar con conglomerado adenopático necrótico. Cultivo LCR negativo. Jugo gástrico: tinción auramina negativo; en cultivo se aísla Mycobacterium tuberculosis

(sensible en antibiograma a INH,PZD,RFP,etambutol y estreptomina).Se suspende amikacina.Evolución favorable con controles analíticos normales.Mantiene tratamiento con 3 fármacos durante 2 meses y actualmente con 2 fármacos hasta completar ciclo de 4 meses.Pendiente de realizar TAC de control al finalizar tratamiento.Conclusiones:es fundamental la identificación y el tratamiento de los casos para interrumpir la transmisión de la infección entre los contactos íntimos.La utilidad diagnóstica de la TAC torácica en la TB es incuestionable en el niño sintomático con Rx tórax normal o dudosa, ya que permite valorar la extensión de la enfermedad y comprobar que los síntomas que presenta son atribuibles a la enfermedad.

Médicos

Una forma severa de tuberculosis pulmonar: neumonía cavitada en niña inmigrante

idComunicación: 26 Tipo:

Autor principal

Autor: Ana Castroviejo Gandarias
Empresa/Institución: Hospital Virgen del Camino
Servicio: pediatría
Dirección: Irunlarrea, 15 2ºB
CP:
Población: Pamplona
Provincia: Navarra
País: España
Teléfono: 626065618
E-Mail: acastrov255@hotmail.com

Autores: Castroviejo Gandarias, Ana; Herranz Aguirre, Mercedes; Burguete Archel, Edurne; San Martín García, Isabel; Moreno Galarraga, Laura; Garralda Torres, Irene; Torroba Álvarez, Luis; Beristain Rementería, Xabier; Bernaola Iturbe, Enrique

Introducción

La tuberculosis es un problema importante en España, siendo nuestra zona un área de baja incidencia. Las formas cavitadas, bacilíferas y endobronquiales son graves y raras en la edad pediátrica. Su diagnóstico precoz es importante para evitar el contagio en el entorno. Presentamos una TBC pulmonar severa que ocasionó un brote escolar.

Caso clínico

Niña, 12 años marroquí, en España desde hace 3 años. Previamente sana, vacunas según calendario + BCG. Presenta tos, fiebre y sudoración nocturna, pérdida de 3 kg de peso, astenia, anorexia, dolor torácico y esputo hemoptoico. Antecedentes familiares: tío paterno tuberculosis pulmonar bacilífera en tratamiento, contacto ocasional. Rx de tórax: caverna en LSI y condensación de LII. Mantoux 18 mm. Baciloscopia abundantes BAAR; cultivo positivo para Mycobacterium tuberculosis sensible a todos los tuberculostáticos. TAC pulmonar: lesiones cavitadas en vértices y amplia afectación parenquimatosa. Hemograma y bioquímica normales con VSG 88 mm/h, VIH negativo.

Se trata con 4 fármacos (rifampicina, isoiacida, pirazinamida, etambutol) con mejoría clínica. A los 7 días presenta vómitos, dolor abdominal y en analítica AST 4355 U/L, ALT 1790 U/L, Bilirrubina 2,7 mg/dl, tiempo de protrombina 49%, INR 1,68. Se sospecha hepatitis tóxica aguda y se suspenden los fármacos. Se reinicia tratamiento con estreptomina, etambutol y levofloxacino. Posteriormente reintroducción progresiva de pirazinamida y rifampicina, retirando estreptomina. La evolución es lenta, persistiendo bacilífera hasta el día +39 de tratamiento.

Estudio de contactos de entorno familiar y escolar: 10 enfermos (7 cultivos positivos).

Discusión

-La tuberculosis endobronquial y cavitada es una forma muy severa de TBC pulmonar, ocasionando gran morbi-mortalidad.

- El diagnóstico y tratamiento de un paciente con TBC bacilífera es una urgencia de salud pública, pudiendo desencadenar un brote como en nuestro caso.

- La hepatotoxicidad de los tuberculostáticos complica el tratamiento y empeora el pronóstico en los casos de TBC bacilífera.

Médicos

SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA (SAHS) INFANTIL ASOCIADO A LINFANGIOMA QUÍSTICO RETROFARÍNGEO Y MEDIASTÍNICO SUPERIOR

idComunicación: 28 Tipo:

Autor principal

Autor: Verónica Gómez Rodríguez

Empresa/Institución: Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Servicio: Unidad de Neumología. Servicio de Pediatría

Dirección: Carretera del rosario, 145

CP:

Población: Santa Cruz de Tenerife

Provincia: Tenerife

País: España

Teléfono: 661407704

E-Mail: verogomezr@telefonica.net

Autores: Gómez Rodríguez, Verónica; Almeida Sánchez, Zulay; Callejón Callejón, Alicia; Oliva Hernández, Concepción; Pérez Rodríguez, Alicia; González Castro, Inmaculada

Introducción: El SAHS es un trastorno respiratorio durante el sueño, caracterizado por una obstrucción parcial prolongada de la vía aérea superior y/o obstrucción intermitente completa que interrumpe la ventilación normal durante el sueño y los patrones normales del mismo. Puede tener consecuencias importantes en la salud de los niños. Se estima que la prevalencia del SAHS en niños oscila aproximadamente entre 2-3%. Los linfangiomas son lesiones benignas de origen vascular que aparecen en cualquier órgano o tejido del organismo, son frecuentes en los primeros años de vida y pueden ocasionar complicaciones importantes.

Caso clínico: Varón de 2³/₁₂ años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consulta por ronquido intenso nocturno, sin aparentes pausas de apnea. En los seis meses previos sufrió episodios repetidos de rinorrea mucopurulenta, asociados a fiebre en varias ocasiones que requirieron tratamiento antibiótico. La exploración física al ingreso fue normal. Se le realizó radiografía lateral de cuello donde se observa protusión retrofaríngea y tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética (RMN) de cuello y tórax superior, en las cuales se observó una lesión ocupante de espacio, multiquística, de 120 x 50 mm que afectaba al espacio retrofaríngeo derecho con extensión mediastínica con marcada afectación de la vía aérea. Dicha lesión se trató mediante esclerosis y embolización, con respuesta incompleta a ambos tratamientos. A los 3 años de edad, estando asintomático, se realizó TAC de cuello y tórax superior de control, donde persistía masa cervicotorácica multiquística de 65 x 35 mm. A los 4 años de edad comienza con ronquidos nocturnos. Por ello se le realizó adenoidectomía tras lo cual mejoró. A los cinco años, comenzó de nuevo con ronquido nocturno a lo que se añade pausas de apnea, dificultad respiratoria con retracción subxifoidea, interrupción del sueño, junto con somnolencia diurna. Fue valorado por ORL constatando hipertrofia amigdalar importante y consultan con neumología pediátrica. Se le realizó de nuevo TAC de cuello y tórax donde no se objetivó ningún cambio de tamaño del linfangioma respecto al previo y polisomnografía donde se objetivó un índice de apnea/hipopnea (IH) 17,4 por hora, saturación basal 98%, saturación mínima 74%, índice de desaturaciones > 3% 22/hora ,

CT 4,8% del registro por lo que se diagnosticó de SAHS severo. Se realizó amigdalectomía, con sangrado postquirúrgico que requirió transfusión. En el momento actual se encuentra asintomático.

Conclusiones: La etiología del SAHS en niños es multifactorial, siendo la causa más frecuente la hipertrofia adenoamigdalar. Su manejo requiere un abordaje multidisciplinar de especialidades médicas y quirúrgicas. Los linfangiomas son más frecuentes en los primeros años de vida y se localizan preferentemente en cabeza y cuello. En ocasiones pueden malignizarse por lo que requieren un seguimiento estrecho. Normalmente las complicaciones se deben a su tamaño y localización, que condicionan compresión de la vía aérea superior que junto con hipertrofia amigdalar pueden provocar SAHS infantil que puede ser reversible con la cirugía.

SINDROME FEBRIL SIN FOCO EN LACTANTE:CLAVE DIAGNÓSTICA DE CASO ÍNDICE DE TUBERCULOSIS PULMONAR

idComunicación: 30 Tipo:

Autor principal

Autor: Ofelia Fernández de la Cruz
Empresa/Institución: Hospital San Pedro de Alcántara
Servicio: Pediatría
Dirección: C/Moraleja nº12, 2º C
CP:
Población: Cáceres
Provincia: Càceres
País: ESPAÑA
Teléfono: 687947833
E-Mail: canfermin@gmail.com

Autores: Fernández de la Cruz, Ofelia; Casas Gil, Jose Manuel; Polo Antúnez, Antonio; Izquierdo Martín, Ana; Barros García, Patricia; López Lafuente, Amparo; López Rodríguez, María José; Remedios Muro, Javier; Viñuelas Bayón, Jesús ; Carretero Díaz, Valentín

Introducción: la tuberculosis (TB) es una de las más devastadoras infecciones en el mundo. España tiene la incidencia más alta del oeste europeo (30 nuevos casos/100.000/habitante/año). En lactantes la infección tuberculosa progresa a enfermedad en el 50%; el 30-40% desarrollarán enfermedad pulmonar y el 10-20% formas diseminadas o meningitis. Son infectados por contacto con caso de TB familiar. Iniciar el tratamiento precozmente previene la elevada morbi-mortalidad. **Caso clínico:** Lactante de 2 meses y 3 días, sin antecedentes de interés con fiebre (38,5°C) y tos desde hace 4 días. Vacunada 6 días antes. Padre proceso febril prolongado y aftas orales. Exploración física: normal. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación, orina, urocultivo, hemocultivo y coprocultivo normales. PCR: 41,9 mg/L. Fiebre persistente en los 3 días siguientes con aparición de hepatomegalia 4 cm; Rx tórax: consolidación retrocardíaca con broncograma aéreo en LID. Inicia tratamiento con ampicilina y cefotaxima. Persiste la fiebre (39°C) y PCR en aumento con estado general conservado; Mantoux positivo (2 cm induración en 24 horas). Punción lumbar con LCR normal. Tras 3 muestras de jugo gástrico, inicia tratamiento antituberculostático con 4 fármacos hasta comprobar resistencias en cultivo. Estudio contactos: Madre Mantoux positivo. Rx tórax normal. Estudio ginecológico normal. Padre Mantoux positivo. Rx tórax: lesiones cavernomatosas en LSI. Se completa estudio de la paciente con ecografía abdominal normal y TAC torácico: patrón en vidrio deslustrado en LSI y hemitórax derecho. Consolidación en LSI, se extiende a región hilar con conglomerado adenopático necrótico. Cultivo LCR negativo. Jugo gástrico: auramina negativo; cultivo: se aísla Mycobacterium tuberculosis (sensible a todo). Suspendemos amikacina. Evolución favorable, controles analíticos normales. Tratamiento con 3 fármacos durante 2 meses y con 2 fármacos hasta completar 6 meses. Pendiente de TAC torácico de control. **Discusión:** es fundamental la identificación y tratamiento de los casos para interrumpir la transmisión de la infección entre los contactos íntimos. La utilidad diagnóstica de la TAC torácica es incuestionable en el niño sintomático con Rx de tórax normal o dudosa, valorando la extensión de la enfermedad.

Médicos

MAGNITUD DE LA PANDEMIA DE GRIPE DE 2009: ¿CÓMO AFECTÓ A NUESTRA POBLACIÓN DE 100.000 NIÑOS?

idComunicación: 35 Tipo:

Autor principal

Autor: Luis Moral Gil
Empresa/Institución: Hospital General Universitario de Alicante
Servicio: Pediatría
Dirección: C/ Pintor Baeza, 12
CP:
Población: Alicante
Provincia: Alacant
País: España
Teléfono: 639602220
E-Mail: lmoralg@gmail.com

Autores: Moral Gil, Luis; Marco Lozano, Nuria; Toral Pérez, Teresa; Fuentes Bonmatí, M^a Jesús

MAGNITUD DE LA PANDEMIA DE GRIPE DE 2009: ¿CÓMO AFECTÓ A NUESTRA POBLACIÓN DE 100.000 NIÑOS?

Objetivo: Cuantificar el impacto que la pandemia de gripe por el virus influenza A H1N1 2009 tuvo en la población pediátrica de 3 departamentos sanitarios de la provincia de Alicante, cuya población conjunta era de 108.026 niños menores de 15 años.

Material y métodos: Se revisaron los pacientes de dichos departamentos que fueron ingresados con infección por influenza A H1N1 2009 confirmada mediante PCR-RT. Con esta información se calculó la tasa de hospitalización, ingreso en cuidados intensivos, asistencia respiratoria y fallecimiento en nuestra población. Esta información se complementó con la tasa acumulada de enfermedad gripal declarada en la Comunidad Valenciana en pacientes pediátricos.

Resultados: Setenta y tres niños (menores de 15 años) con infección por influenza A H1N1 2009 requirieron ingreso hospitalario durante la pandemia, lo que representó una tasa de hospitalización de 68 por cada 100.000 niños (intervalo de confianza del 95%, 52-83 por 100.000). Esta tasa fue disminuyendo con la edad: 234/100.000 en menores de 1 año, 83/100.000 entre 1-4 años de edad y 44/100.000 entre 5-14 años de edad. La tasa de ingresos en cuidados intensivos fue de 3,7/100.000 niños, la de asistencia ventilatoria de 1,9/100.000 y no hubo fallecidos en nuestra población pediátrica. La tasa acumulada de gripe declarada durante la pandemia en la Comunidad Valenciana fue de 7.772/100.000 niños menores de 5 años y de 9.983/100.000 niños de 5-14 años de edad, lo que indica que se hospitalizó al 1,7% de los menores de 5 años con gripe pandémica y al 0,5% de los de 5-14 años.

Conclusiones: El impacto de la gripe pandémica en nuestra población pediátrica indica una elevada morbilidad con una mediocre gravedad y escasa mortalidad. Nuestros datos son comparables a los de otros lugares del mundo durante la pandemia y a los de otras temporadas gripales no pandémicas en nuestro país.

UTILIZACIÓN DE OSELTAMIVIR EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN POR INFLUENZA A (H1N1) 2009

idComunicación: 36 Tipo:

Autor principal

Autor: Luis Moral Gil
Empresa/Institución: Hospital General Universitario de Alicante
Servicio: Pediatría
Dirección: C/ Pintor Baeza, 12
CP:
Población: Alicante
Provincia: Alacant
País: España
Teléfono: 639602220
E-Mail: lmoralg@gmail.com

Autores: Moral Gil, Luis; Marco Lozano, Nuria; Toral Pérez, Teresa; Fuentes Bonmatí, M^a Jesús

UTILIZACIÓN DE OSELTAMIVIR EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN POR INFLUENZA A (H1N1) 2009

Objetivo: Analizar los factores relacionados con la administración del oseltamivir en los niños ingresados con infección por influenza A H1N1 2009 y su evolución clínica.

Material y métodos: Se revisaron los datos de 82 pacientes ingresados con infección por influenza A H1N1 2009 confirmada mediante PCR-RT en 3 hospitales de la provincia de Alicante.

Resultados: Cuarenta niños (49%) fueron tratados con oseltamivir. El oseltamivir se inició en las primeras 48 horas de enfermedad en 13 niños (33% de los tratados y 16% del total). Los pacientes tratados con oseltamivir eran mayores que los no tratados: 5/18 (28%) niños de <1 año fueron tratados frente a 35/64 (55%) de ≥1 año de edad (P=0,044). Los pacientes con factores de riesgo recibieron oseltamivir de manera más frecuente (24/30, 80%) que los que no tenían factores de riesgo (16/52, 31%) (P<0,001). De los niños tratados con oxígeno, 82% recibieron oseltamivir, frente al 37% de los que no requirieron oxígeno (P<0,001). Ocho pacientes precisaron cuidados intensivos y todos ellos recibieron oseltamivir. La estancia fue más prolongada en niños tratados que en los no tratados con oseltamivir (mediana de 4 días frente a 3 días respectivamente, P=0,001). No encontramos diferencias en la estancia entre los no tratados y los que iniciaron el tratamiento en los 2 primeros días de la enfermedad (P=0,24). Los niños que iniciaron el tratamiento tras los 2 primeros días de enfermedad tuvieron una estancia hospitalaria más prolongada.

Conclusiones: Solo la mitad de los niños ingresados con gripe pandémica en 2009 fueron tratados con oseltamivir. El tratamiento se destinó principalmente a los que tenían factores de riesgo y a los más graves. El grupo de niños que no recibieron oseltamivir siguió una buena evolución y su estancia hospitalaria fue tan corta como la de los que recibieron tratamiento precozmente.

ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE DIAGNÓSTICO TARDÍO: A PROPÓSITO DE 3 CASOS.

idComunicación: 60 Tipo:

Autor principal

Autor: Cristina Remón García
Empresa/Institución: Hospital Infantil Virgen del Rocío
Servicio: Neumología Infantil
Dirección: Avenida Manuel Siurot s/n
CP:
Población: Sevilla
Provincia: Sevilla
País: España
Teléfono: 659108460
E-Mail: cristina.remon@gmail.com

Autores: Remón García, Cristina; Aldemira Liz, Andrea; Delgado Pecellín, Isabel; González Valencia, Juan Pedro

Introducción: La aspiración de cuerpo extraño (CE) es una patología prevalente en pediatría (mayor incidencia <5 años) con una morbi-mortalidad significativa. La mayoría de episodios de sofocación se resuelven espontáneamente y sólo en casos con tos ineficaz el CE pasará al árbol traqueobronquial. Tras la aspiración, puede existir un periodo asintomático (de minutos a meses de duración), que variará según características y localización del CE, grado de obstrucción y reacción inflamatoria que origine, pudiendo ocasionar un retraso diagnóstico.

Casos clínicos: Descripción mediante revisión de historias clínicas de casos de aspiración de CE de evolución prolongada. Encontramos 3 pacientes varones, de edades comprendidas entre 10-14 años. Entre los motivos de consulta: tos seca persistente, cuadros febriles intermitentes, anorexia, astenia y pérdida de peso, con tiempo medio de evolución de la sintomatología de 30 días. El diagnóstico inicial planteado en todos ellos es de neumonía, con imágenes radiológicas compatibles. Dada la tórpida evolución, se amplía estudio, hallándose alteraciones en TAC pulmonar que incluyen: atelectasia/condensación, bronquiectasias y adenopatías mediastínicas. Al reinterrogar a los pacientes encontramos antecedentes de crisis de atragantamiento en un periodo anterior al inicio de los síntomas variable entre 1 mes y 1 año. En fibrobroncoscopia: CE que provoca obstrucción bronquial a distintos niveles. Tras su extracción, evolución favorable, excepto en un paciente con granuloma estenótico residual que precisa lobectomía por bronquiectasias.

Discusión: Ante síntomas respiratorios prolongados es importante considerar la aspiración de CE, realizando una anamnesis detallada que permita identificar una historia sugestiva de crisis de sofocación. Aunque la mayoría son presenciadas, en muchas ocasiones, no encontramos un relato espontáneo por parte de los padres al no relacionarlo con la sintomatología. Si los síntomas irritativos son escasos y la clínica poco llamativa se puede retrasar el diagnóstico, aumentando el riesgo de complicaciones: infecciones pulmonares recurrentes, atelectasias, bronquiectasias, granulomas o estenosis.

UTILIDAD DE LOS MONITORES DE APNEA DOMICILIARIOS EN RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES DE RIESGO

idComunicación: 78 Tipo:

Autor principal

Autor: JOSE ANTONIO GIL SANCHEZ
Empresa/Institución: HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES
Servicio: PEDIATRÍA
Dirección: CARRETERA VALLDEMOSSA 79
CP:
Población: PALMA DE MALLORCA
Provincia: Balears
País: ESPAÑA
Teléfono: 608387714
E-Mail: josea.gil@ssib.es

Autores: GIL SANCHEZ, JOSE ANTONIO; PEÑA ZARZA, JOSE ANTONIO; OSONA RODRIGUEZ DE TORRES, BORJA ; FIGUEROLA, JOAN

INTRODUCCIÓN: Aunque la monitorización cardiorrespiratoria domiciliaria no disminuye el riesgo de muerte súbita, sigue siendo una práctica habitual en nuestro medio.

OBJETIVOS: Conocer las indicaciones principales de monitorización domiciliaria. Caracterizar los eventos registrados. Determinar el grado de utilización del monitor.

MATERIAL Y METÓDO: Estudio prospectivo descriptivo, realizado en recién nacidos y lactantes portadores de monitor de apneas domiciliario, entre el 1 de Enero 2010 y el 31 de Enero de 2011. En todos ellos se realizó un análisis de los registros de datos almacenados en el monitor (Modelo VITAGUARD VG 2100 de GETEMED), a través de un software de ordenador específico (VITAWIN 3.1).

RESULTADOS: Se incluyen >118.000 horas de monitorización documentadas, en 46 pacientes de riesgo: 23 prematuros afectos de Neumopatía crónica, 4 pacientes con arritmias, 4 con reflujo gastroesofágico severo, 3 afectos de metabolopatías, 2 con necesidad de O₂ domiciliario, 2 con anomalías en la vía aérea, 2 hermanos de fallecidos por síndrome de muerte súbita del lactante, 2 prematuros con incoordinación deglutoria, 2 que habían sufrido un episodio aparentemente letal, 1 neumopatía intersticial no filiada y 1 neonato con patrón de respiración periódica patológico. Se han detectado un total de 7070 eventos en 77 registros analizados (91.8 eventos/registro), de los cuales se han aceptado como reales 384 (2 apneas, 356 bradicardias, 26 taquicardias). La utilización media del monitor ha sido de 11.1 horas/día (rango 0.8-22.4 horas/día). Se han retirado 25 monitores (5 de ellos por falta de utilización), siendo la edad media de retirada de 9 meses.

CONCLUSIONES: El grupo de prematuros afectos de Neumopatía crónica representan la indicación más frecuente de monitorización domiciliaria. El 95% de los eventos registrados se deben a falsas alarmas o interferencias, lo que se traduce en una baja especificidad. El tiempo medio de utilización ha sido inferior al esperado, siendo la falta de utilización el criterio seguido para la retirada del 20% de los monitores.

IMPACTO DEL MONITOR DE APNEAS EN LA VIDA FAMILIAR

idComunicación: 79 Tipo:

Autor principal

Autor: JOSE ANTONIO GIL SANCHEZ
Empresa/Institución: HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES
Servicio: PEDIATRIA
Dirección: CARRETERA VALLDEMOSSA 79
CP:
Población: PALMA DE MALLORCA
Provincia: Balears
País: ESPAÑA
Teléfono: 608387714
E-Mail: josea.gil@ssib.es

Autores: GIL SANCHEZ, JOSE ANTONIO; OSONA RODRIGUEZ DE TORRES, BORJA; PEÑA ZARZA, JOSE ANTONIO; FERRER ESTEBAN, M^a CRISTINA; FIGUEROLA MULET, JOAN

INTRODUCCIÓN: El uso del monitor de apneas en el hogar plantea una serie de cuestiones sobre el efecto que causa este dispositivo en el niño, la familia y en la interacción entre padres e hijos.

OBJETIVOS: Valorar el adiestramiento de los padres realizado por parte del personal sanitario. Conocer el impacto que ha tenido el monitor de apneas en la vida personal y social de las familias de los niños monitorizados.

MATERIAL Y METÓDO: A través de un cuestionario realizado telefónicamente a uno de los progenitores de los lactantes que habían llevado o llevaban monitor de apneas domiciliario, entre el 1 de Enero de 2010 y la actualidad, se obtuvieron datos descriptivos relacionados con: la información recibida por parte de los profesionales sanitarios y los problemas psicológicos/sociales derivados de la utilización de estos aparatos.

RESULTADOS: 34 cuestionarios realizados de un total de 46 previstos. El 91% de los padres refieren que recibieron suficiente información acerca de la utilización del monitor y 32 (94%) sabían como tenían que actuar ante las diferentes alarmas. El 68% considera que la utilización del monitor ha tenido un impacto significativo en el ámbito familiar. Sólo en 11 casos (32%) se ha alterado la rutina en el cuidado del lactante por el uso del monitor. 21 familias (62%) se han sentido estresadas por las alarmas. Y aunque el 86% de los padres dicen dormir mejor una vez retirado el dispositivo, la mayor parte (80%) consideran que su uso ha sido beneficioso.

CONCLUSIONES: Aunque no se ve como un obstáculo en las relaciones normales entre padres e hijos, el conjunto de las familias cree que el uso del monitor ha tenido un impacto significativo en su vida personal y social. A pesar de que prácticamente la totalidad referían haber recibido suficiente información acerca del manejo ante las diferentes alarmas, la mayoría se habían sentido estresadas ante las mismas. En general, los padres consideran que el uso del monitor es beneficioso.

POLIGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) INFANTIL

idComunicación: 80 Tipo:

Autor principal

Autor: Zaida Santamarina González
Empresa/Institución: Hospital de Cruces
Servicio: Pediatría
Dirección: Plaza Cruces 12
CP:
Población: Barakaldo
Provincia: Biscaia
País: España
Teléfono: 699185534
E-Mail: zaida.santamarinagonzalez@osakidetza.net

Autores: Santamarina González, Zaida; del Arco León, Laura; Arantzamendi Artola, Nahia; Santiago Burruchaga, Mikel; Vázquez Cordero, Carlos

Introducción: el SAHS es un trastorno respiratorio frecuente en la infancia, con una prevalencia estimada de 2-3% y con una morbilidad importante que incluye alteraciones en el crecimiento, el comportamiento e hipertensión pulmonar (HAP).

Objetivos: revisar nuestra experiencia con la poligrafía respiratoria (PR) para el diagnóstico del SAHS y analizar su repercusión sobre el desarrollo ponderoestatural y la HAP.

Material y métodos: revisamos los informes de PR realizadas a niños con sospecha de SAHS entre Noviembre 2006-Enero 2011. Consideramos SAHS leve si índice de apnea-hipopnea (IAH) 3-5, moderado 6-9 y severo >10.

Resultados: De 707 PR, fueron valorables 629 (89%). Mediana de edad 4,4 años (0,9-14,75), 424 (60%) varones. La procedencia era: ORL 421 (59,5%), Pediatra 115 (16,3%) y otros 162 (22,9%). Tenían SAHS 190 (30,2%), sin diferencias entre niños (30,9%), y niñas (29%). SAHS leve 88 (13,9%; IAH $3,96 \pm 0,94$), moderado 53 (8,4%; IAH $7,48 \pm 1,12$), severo 49 (7,7%; IAH $20,78 \pm 8,92$). Mediana de edad 3,83 años (0,9-13) vs No SAHS 4,6 (1-14,75); $p < 0,001$). Del total de menores de 7 años tenían SAHS 33,8% vs 14,5% > 7 años ($p < 0,001$).

Z-scores de peso y talla No-SAHS: $0,51 \pm 1,46$ y $0,08 \pm 1,32$ vs SAHS $0,08 \pm 1,38$ ($p 0,003$) y $-0,13 \pm 1,49$ (NS). SAHS leve o moderado vs No-SAHS: NS. SAHS severo: peso $-0,34 \pm 1,34$ ($p 0,004$ vs No-SAHS), talla $-0,63 \pm 1,82$ ($p 0,042$ vs No-SAHS).

Se realizó ecocardiografía en todos los niños con SAHS severo, sin que hasta el momento hayamos detectado ningún caso de HAP.

Conclusiones: 1- La mediana de edad de los niños con SAHS fue significativamente menor. 2- Como otros autores, encontramos que la talla y peso de los niños con SAHS severo era significativamente inferior a la del resto de grupos.

¿SE PUEDE SOBREVIVIR CON 500 APNEAS NOCTURNAS?

idComunicación: 86 Tipo:

Autor principal

Autor: Raquel Lucas Sendra

Empresa/Institución: Unidad Neumología Infantil. Hospital Clínico Valencia.

Universidad Valencia

Servicio: Pediatría

Dirección: Calle Mar nº81

CP:

Población: Pego

Provincia: Alacant

País: España

Teléfono: 636046655

E-Mail: ralusen@hotmail.com

Autores: Lucas Sendra, Raquel; Marhuenda Baño, María; Teresa Palacio, Marta; Castillo Corullón, Silvia; Rubio Sanchez, Pilar; Escribano Montaner, Amparo

¿SE PUEDE SOBREVIVIR CON 500 APNEAS NOCTURNAS?

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de apneas-hipopneas del sueño suele ligarse a la obstrucción de la vía aérea superior en la infancia siendo menos frecuente su relación con alteraciones neurológicas.

El Síndrome de Ondine o hipoventilación central congénita (SHCC), es una rara entidad (1:200.000) por fallo en el control autonómico de la respiración, sobre todo durante la fase REM del sueño, con hipercapnia y sin una enfermedad primaria que lo justifique. Puede asociarse a hipotonía muscular, disfunción del sistema vegetativo, enfermedad de Hirshprung, anomalías oculares y tumores neurales.

Se diagnostica por exclusión y se relaciona con una mutación del gen PHOX2b. Se trata con soporte ventilatorio domiciliario.

CASO CLÍNICO

Niña de 9 años con prematuridad (36 semanas), bronquiolitis al mes de vida sin ingreso, síntomas broncoobstructivos desde los 4 años con buena respuesta a fluticasona, estrabismo convergente alternante y retraso psicomotor moderado.

A los 4 años refiere despertares frecuentes durante el sueño. En la polisomnografía nocturna presenta apneas centrales, de 6-14 segundos, en 2-3 ciclos respiratorios, interpretándose como "patrón respiratorio inmaduro". Cariotipo, EEG y RMN normales. Seis meses después, una poligrafía nocturna domiciliaria es normal. Se descarta patología de vías aéreas superiores.

A los 7 años, una nueva polisomnografía detecta 544 apneas centrales con microdespertares asociados. SpO2 promedio de 95%. CO₂ espirada no concluyente.

Gasometría arterial en vigilia normal. Tras instaurar BIPAP nocturna, la poligrafía no detecta apneas.

DISCUSIÓN

- El SHCC no es exclusivo del periodo neonatal. Su presentación tardía requiere una cuidadosa historia clínica con atención a la presencia de convulsiones/retraso psicomotor inexplicables.
- La polisomnografía es el un instrumento diagnóstico de elección. La poligrafía domiciliaria puede no ser útil.
- La ventilación no invasiva resuelve el problema en la mayor parte de los casos, evitando otras medidas invasivas como marcapasos diafragmático o traqueostomía.

CULTIVO BACTERIOLÓGICO EN LAVADO BRONCOALVEOLAR EN NIÑOS CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA CRÓNICA O RECURRENTE

idComunicación: 89 Tipo:

Autor principal

Autor: Pedro Mondéjar López
Empresa/Institución: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Servicio: Unidad de Neumología Pediátrica y Fibrosis Quística
Dirección: Carretera Madrid-Cartagena s/n
CP:
Población: El Palmar (Murcia)
Provincia: Murcia
País: España
Teléfono: 968369591
E-Mail: pmondejarlopez@yahoo.es

Autores: Mondéjar López, Pedro; Pastor Vivero, M^a Dolores; Bragado Alcaraz, Esther; Pérez Fernández, Virginia; Artero Moreno, Virginia ; Méndez, María; Hortelano Gómez, Matilde; Sánchez-Solís, Manuel

Objetivos: Habitualmente se ha infravalorado el papel de las bacterias en niños con síntomas respiratorios crónicos o recurrentes. Los objetivos del presente estudio son: describir la incidencia de cultivos bacteriológicos (CB) positivos en lavado broncoalveolar (LBA) en niños con síntomas respiratorios crónicos, y evaluar las diferencias entre niños con y sin bronquiectasias (BQ).

Métodos: Se llevó a cabo una revisión retrospectiva de todos los LBA realizados entre 2007 y 2010 a niños seguidos en consulta de Neumología Infantil. Se definieron 2 grupos: 1) BQ; 2) Otros problemas respiratorios (reflujo gastroesofágico – RGE -; asma de difícil control; laringitis o neumonía recurrente; bronquiolitis obliterante; atelectasia segmentaria). Se excluyeron los pacientes con fibrosis quística y enfermedades oncológicas, así como aquéllos que estaban recibiendo tratamiento antibiótico en el momento de la técnica. Para el análisis estadístico se ha utilizado el test de la chi-cuadrado de Pearson para establecer diferencias entre ambos grupos y la asociación entre el grupo 1 y la presencia de secreciones purulentas en la vía aérea; y una regresión logística multivariante usando la variable grupo como dependiente, y sexo, edad, malacia de la vía aérea y RGE como independientes.

Resultados: En dicho periodo de tiempo se realizaron 95 LBA; tras aplicar los criterios de exclusión, la muestra final consistió en 70 niños (55.7% varones; edad media 51.7±35 meses; grupo 1: 23; grupo 2: 47). El CB fue positivo en 48 (68.6%) niños: 19 (82.6%) en el grupo 1 y 29 (61.7%) en el grupo 2 ($p=0.077$). Entre los positivos, los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *Haemophilus influenzae* ($n=26$) y *Streptococcus pneumoniae* ($n=18$), seguidos de *Staphylococcus aureus* ($n=5$), *Pseudomonas aeruginosa* ($n=4$) y *Klebsiella pneumoniae* ($n=2$). Se aislaron 2 o más bacterias en 12 niños. Se encontró una asociación muy significativa entre el grupo 1 y la presencia de secreciones purulentas en la vía aérea ($p<0.0001$). Regresión logística:

	aOR	IC 95%	p
Varón	2.46	0.8-7.57	0.11
Edad	1	0.98-1.02	0.99
Malacia	0.59	0.2-1.79	0.35

GE	1.69	0.5-5.74	0.4
Grupo			
	2	1	-
	1	5.06	1.11-23.18
			0.037

Conclusiones: Aproximadamente 2/3 de los niños tuvieron un CB positivo en LBA. Los microorganismos más frecuentemente aislados son *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*. Aunque la positividad del CB es más frecuente en niños con BQ, se debería tener en cuenta el papel de las bacterias en otras enfermedades pulmonares no supurativas.

Médicos

¿Es aconsejable determinar el ADA en un niño con derrame pleural?

idComunicación: 96 Tipo:

Autor principal

Autor: Javier Elorz Lambarri
 Empresa/Institución: Hospital de Basurto
 Servicio: Neumología Pediátrica
 Dirección: Plaza Basurtogorta 6-5A
 CP:
 Población: Bilbao
 Provincia: Biscaia
 País: España
 Teléfono: 655912556
 E-Mail: jelorz@gmail.com

Autores: Elorz Lambarri, Javier; Villar Alvarez, María Angeles ; Aramburu Arriaga, Nekane ; Quilez Herrero, Izaskun; Arbeloa Miranda, Amaia; Intxausti Apraiz, Tamara; Zurutuza Bengoa, Ane; Pavía Lafuente, Maria; López, Begoña

Antecedentes y objetivo: La determinación del ADA (adenosin deaminasa) se realiza de rutina en el estudio del derrame pleural en el niño. Los meta análisis refieren sensibilidades y especificidades superiores al 90% para el diagnóstico de una etiología tuberculosa. Los estudios en niños son escasos y realizados en poblaciones de alta prevalencia de tuberculosis y muestran especificidades que varían entre 50% y más del 90%. El objetivo de este estudio fue comprobar el valor del ADA como prueba diagnóstica de etiología tuberculosa en niños con derrame pleural.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los derrames pleurales ingresados en nuestra unidad en los últimos 5 años en los que se había realizado determinación de ADA. Se empleó para su análisis el programa estadístico STATA 11.5

Resultados: Muestra de 32 niños. Mediana de edad 4 años (Q₁ 3- Q₃ 5,75). 21 (66%) eran niños. 19 (59,4%) eran empiemas. La mediana del ADA fue de 45 iu/l (Q₁ 27,5- Q₃ 94.2). El ADA estaba más elevado en los empiemas, mediana 73 iu/l versus 31 iu/l en los no complicados. Mann-Whitney p 0,07. 19 derrames (59,4%) tenían cifras de ADA superiores a 35 iu/l. El valor del ADA se correlacionó fuertemente con la glucosa (r=0,732, p<0,001) y LDH (r 0,614 p 0,001). Se correlacionó más débilmente con la PCR (r 0,32, p 0,05). Solo en 2 pacientes la etiología fue tuberculosa. El ADA fue de 86 iu/l y 46 iu/l. Los mantoux fueron de 7 mms y 18 mms. El quantiferón fue positivo en ambos. El

cultivo fue positivo en uno de ellos. La citología fue de predominio linfocitario en uno y otro presentó 48% de neutrófilos.

Conclusiones: En nuestro medio un ADA elevado es poco específico para el diagnóstico de etiología tuberculosa. Indica severidad del derrame paraneumónico. Basar el diagnóstico solo en una cifra de ADA alta puede conducir a falsos diagnósticos y tratamientos innecesarios.

PATOLOGÍA DEL SUEÑO EN PACIENTES CON MUCOPOLISACARIDOSIS

idComunicación: 10 Tipo:

Autor principal

Autor: ISABEL DELGADO PECELLÍN
Empresa/Institución: H.H.U.U. "VIRGEN DEL ROCÍO". HOSPITAL INFANTIL
Servicio: NEUMOLOGÍA
Dirección: AVDA. MANUEL SIUROT, S/N
CP:
Población: SEVILLA
Provincia: Sevilla
País: ESPAÑA
Teléfono: 635962528
E-Mail: idelpe@gmail.com

Autores: DELGADO PECELLIN, ISABEL; REMÓN GARCÍA, CRISTINA; BEJARANO ROJAS, JOSE ANTONIO; GONZALEZ VALENCIA, JUAN PEDRO

Objetivos: Mucopolisacaridosis (MPS) constituyen un grupo de enfermedades metabólicas hereditarias causadas por déficit o malfuncionamiento de enzimas que intervienen en el procesamiento de glucosaminoglicanos (GSG). El acúmulo de éstos a nivel de la vía aérea ocasiona una obstrucción de la misma, justificando que hasta el 90% de los pacientes desarrollen un síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS). El objetivo es valorar los trastornos del sueño, tratamientos y evolución las MPS que se siguen en nuestro hospital.

Material y métodos: revisión de historias clínicas de las MPS de nuestro hospital. Los datos recogidos son: tipo de MPS, edad, sexo, resultados de poligrafías nocturnas (PGN), tratamientos, evolución y complicaciones.

Resultados: encontramos 6 MPS (3 mujeres, 3 varones), concretamente 3 Hurlers, 2 Morquios y 1 Hunter. Las edades oscilaron entre 1 y 18 años. De las 6 MPS, 5 presentaron poligrafías patológicas: 2 Hurlers y 1 Hunter eran SAHOS moderados (IAH \geq 5 y $<$ 10) y los 2 Morquios SAHOS grave (IAH \geq 10). Los tratamientos fueron: 1 Hurler recibieron tratamiento hormonal sustitutivo (THS) con α -iduronidasa y CPAP con buena adaptación. El otro Hurler además de THS recibió un trasplante alogénico(TA) de células de sangre de cordón umbilical perdido a los 11 meses y posteriormente un TA de médula ósea de donante no emparentado y se encuentra bien adaptado a una CPAP. El Hurler recibe THS (iduronato-2-sulfatasa) y CPAP que ha podido ser retirada tras 2 años de THS. Los 2 Morquios han sido traqueostomizadas por insuficiencia respiratoria grave, falleciendo una de ellas a los 18 años.

Conclusiones: Debemos estudiar un posible SAHOS en todos las MPS. La PGN constituye una buena técnica para el diagnóstico de SAHOS en MPS. THS pueden mejorar los síntomas de SAHOS. La VMNI constituye un arma terapéutica en las MPS con SAHOS.

Pacientes traqueostomizados en hospitalización domiciliaria

idComunicación: 20 Tipo:

Autor principal

Autor: Pilar Caro Aguilera
Empresa/Institución: HRU Carlos Haya (Materno-Infantil)
Servicio: Pediatría
Dirección: C/ Arroyo de los Ángeles s/n
CP:
Población: Málaga
Provincia: Málaga
País: España
Teléfono: 655664193
E-Mail: pimacaro@yahoo.es

Autores: Madrid Rodríguez, Aurora; Rivera Cuello, Mercedes; Caro Aguilera, Pilar; Ramón Telo, Yolanda; Corripio Mancera, Ana; Pérez Ruiz, Estela; Pérez Frías, Javier; Urda Cardona, Antonio

Introducción: El manejo domiciliario de los pacientes traqueostomizados, tras el entrenamiento de los cuidadores, supone la normalización de la vida familiar y social del paciente así como una medida coste-efectiva para el sistema sanitario. Presentamos la experiencia del manejo de estos pacientes en la unidad de hospitalización a domicilio de nuestro centro.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, desde enero de 2000 hasta diciembre de 2010, analizando historias clínicas de pacientes traqueostomizados atendidos en nuestra Unidad. Análisis estadístico de: ingresos, edad, género, procedencia, patología previa, estancia media, número de visitas y llamadas de la Unidad y reingresos hospitalarios.

Resultados: En los últimos 10 años se han atendido 16 pacientes con traqueostomía, que han generado 123 ingresos en nuestra Unidad. Seis pacientes precisaron ventilación mecánica domiciliaria, además recibieron oxigenoterapia, aerosolterapia, nutrición enteral y tratamiento de soporte de acuerdo con las necesidades de cada uno. La edad media de ingreso fue de 3,5 años (rango 2 meses- 12 años). No hubo diferencias respecto al género. La patología de base más frecuente fueron las anomalías de la vía aérea (31,2%) y las enfermedades musculares (18,7%). La procedencia de los pacientes fue en su mayoría de la UCIP. La estancia media fue de 89,6 días (rango: 2-1876). Se realizaron una media de 6,5 visitas/ingreso por parte del pediatra y 8,7 visitas de enfermera, así como 35,4 llamadas telefónicas. Se produjeron 21 reingresos hospitalarios por empeoramiento de su patología de base y 58 reingresos programados y un éxito en domicilio, por empeoramiento de la patología previa. Los cambios periódicos de la cánula los realizaron habitualmente los padres con la ayuda y supervisión del personal de la Unidad. Como complicaciones se produjo un desplazamiento mecánico de la cánula que se resolvió sin repercusiones.

Conclusiones: Consideramos que el manejo domiciliario del paciente traqueostomizado es seguro a través del desarrollo de programas bien estructurados

de entrenamiento a los cuidadores y de protocolos de monitorización y seguimiento domiciliario.

Médicos

TUMORES ENDOBRONQUIALES: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

idComunicación: 21 Tipo:

Autor principal

Autor: Cristina Remón García
Empresa/Institución: Hospital Infantil Virgen del Rocío
Servicio: Neumología Infantil
Dirección: Avenida Manuel Siurot s/n
CP:
Población: Sevilla
Provincia: Sevilla
País: España
Teléfono: 659108460
E-Mail: cristina.remon@gmail.com

Autores: Remón García, Cristina; Delgado Pecellín, Isabel; Castillo Reguera, Yolanda M.; González Valencia, Juan Pedro

Introducción: Los tumores pulmonares primarios son raros en la infancia; dentro de ellos los tumores endobronquiales (TE) son extremadamente infrecuentes, siendo su incidencia exacta desconocida. El 75% son malignos, destacando el tumor carcinoide (40%) seguido del carcinoma broncogénico (17%) y blastoma pleuropulmonar (15%). Entre los benignos, predominan los pseudotumores inflamatorios (52%). Objetivos: describir características clínicas, radiológicas, endoscópicas y anatomopatológicas, así como opciones terapéuticas de los TE presentados.

Material y métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de TE diagnosticados en nuestro centro (2000-2010).

Resultados: 3 TE. Caso 1: mujer, 9 años; con antecedentes de asma extrínseco que en contexto de bronquitis aguda recurrente presenta condensación en lóbulo inferior derecho (LID) persistente pese a tratamiento correcto. En TAC y fibrobroncoscopia: tumor en bronquio LID que por biopsia se cataloga de tumor carcinoide. Se realiza lobectomía inferior-media derecha lográndose la curación. Caso 2: varón, 12 años; con tos persistente y cuadros febriles intermitentes durante 3 meses que en control radiológico se observa atelectasia masiva izquierda. En fibrobroncoscopia: tumor en bronquio principal izquierdo con histología de linfoma no hodgkin tipo B y estudio de extensión con afectación renal derecha. Curación tras tratamiento quimioterápico. Caso 3: mujer, 3 meses; consulta por rechazo de tomas. Destaca hipoventilación en hemitórax izquierdo y atrapamiento aéreo ipsilateral, visualizándose tumor en bronquio principal izquierdo con diagnóstico de tumor miofibroblástico peribronquial. Éxito con cirugía conservadora.

Conclusiones: Ante obstrucción bronquial persistente, infección o colapso pulmonar recurrente en la misma localización que no mejora pese a tratamiento correcto debe realizarse fibrobroncoscopia y estudios de imagen para descartar patologías subyacentes. Aunque infrecuentes en la edad pediátrica los TE también deben

barajarse entre las posibilidades diagnósticas. Su identificación precoz permite en la actualidad resecciones quirúrgicas conservadoras del tumor y/o ablación con láser. Aunque el pronóstico es en general bueno, requieren un seguimiento estrecho.

Fenotipos de traqueomalacia: revisión de una serie

idComunicación: 38 Tipo:

Autor principal

Autor: Laura del Arco León
Empresa/Institución: Hospital de Cruces
Servicio: Pediatría
Dirección: Plaza Cruces 12
CP:
Población: Barakaldo
Provincia: Biscaia
País: España
Teléfono: 639909857
E-Mail: lau_delarco@yahoo.es

Autores: del Arco León, Laura; Santamarina González, Zaida; Arantzamendi Artola, Nahia ; Vázquez Cordero, Carlos; Santiago Burruchaga, Mikel

Introducción

La debilidad de la tráquea causa un colapso dinámico y dificulta la eliminación de secreciones desencadenando obstrucción y/o infección traqueobronquial. Frecuentemente es secundaria a otras condiciones como prematuridad, malformaciones, síndromes...

Objetivos

Conocer las características de los pacientes diagnosticados de traqueomalacia (TM).

Material y métodos

Estudio retrospectivo de los niños diagnosticados de TM por Videobroncoscopia (Olympus 2,8, 3,8 mm) entre 2006 y 2010. Se valora patología asociada, indicación clínica del procedimiento y actitud. Se dividen en 2 grupos según la clínica: 1.- Obstrucción de vía aérea. 2.- Infección-inflamación broncopulmonar (IBP).

Resultados

De 212 procedimientos, 42 (19,8%) presentaron TM [16 (38%) asociada a broncomalacia y 4 (9,5%) a laringomalacia]. 26 varones (62%). 20 (47,6%) tuvieron 1 o más condiciones asociadas: 11 síndromes [Down (6), VACTERL, CHARGE, no filiados (3)], fístulas traqueoesofágicas (2), cardiopatías (3), estenosis traqueal, displasia broncopulmonar, subclavia aberrante y pectus excavatum. Grupo 1: 24 (57%) [estridor 14 (58%), colapso-insuficiencia respiratoria 4 (17%), imposibilidad destete ventilatorio 3 (13%), estenosis subglótica asociada (2), atragantamiento], mediana y media de edad (\pm DE) de 6 y 21 meses (\pm 34,7); 4 asociaron laringomalacia y otros 13 (54%) tuvieron una condición asociada; 7 (29%) requirieron una o más intervenciones [presión positiva 5, traqueostomía 3, aortopexia y stent]. Grupo 2: 18 (43%) [atelectasia (4), tos crónica (5), bronquitis recurrente (5), neumonía recurrente (3), bronquiectasias], mediana y edad media (\pm DE) de 63 y 60,7 meses (\pm 31) respectivamente, 5 (27,7%) tuvieron 1 o

más condiciones asociadas. En 9 se realizó lavado broncoalveolar siendo positivo en 4 para Haemophilus influenzae.

Conclusiones

La TM con clínica obstructiva fue de diagnóstico precoz, 50% se asoció a otra condición y el 25% requirió de intervención.

El 50% asoció IBP y fueron primarios en su mayoría.

Destacamos el papel de Haemophilus Influenzae como causante de IBP asociada a TM.

Médicos

FUNCIÓN RESPIRATORIA EN NIÑOS CON ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES

idComunicación: 40 Tipo:

Autor principal

Autor: Natalia Deltoro Prieto
Empresa/Institución: H. Universitario Príncipe de Asturias
Servicio: Pediatría
Dirección: Ctra/Alcalá- Meco s/n
CP:
Población: Madrid
Provincia: Madrid
País: España
Teléfono: 91.887.81.00
E-Mail: natashenk@hotmail.com

Autores: Deltoro Prieto, Natalia ; Bermejo Altamar, Iván ; Guizar Sánchez, Miriam ; Gutiérrez Martín, Diana; Paredes Espinoza, Patricia ; Penín Antón, María

INTRODUCCIÓN: La anemia de células falciformes es una de las enfermedades congénitas emergentes y más relevantes en nuestro medio dadas las corrientes migratorias. La hemólisis crónica y la vasoclusión de la microcirculación sanguínea explican la afectación sistémica en esta enfermedad. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de la población infantil con anemia de células falciformes en seguimiento en el H. universitario Príncipe de Asturias. El objetivo es determinar el número de complicaciones y su evolución tras la instauración de tratamiento; así como su correlación con la clínica respiratoria y la función pulmonar. En total se han recogidos datos de once pacientes de entre 11 meses y 17 años, con una media de 6,9 años (DS 5,4). El porcentaje de niños y niñas fue del 54,5 y 45,5% respectivamente. El 81,8% tenían un fenotipo Hb SS y el resto Hb SC. **RESULTADOS:** Cuatro pacientes (36,4%) presentaron al menos un episodio de síndrome torácico agudo (STA) (entre 1 y 5 episodios por paciente). Posterior al inicio del tratamiento con hidroxiurea, dos pacientes recurrieron, tuvieron 1 y 4 episodios respectivamente (este último está pendiente de trasplante de médula ósea). Seis pacientes tuvieron al menos un ingreso por crisis de dolor óseo (54,6%). Tras el inicio del tratamiento con hidroxiurea un paciente recurrió. Un paciente fue diagnosticado en dos ocasiones de secuestro esplénico, sin recurrencias tras el inicio del tratamiento. Sólo un paciente presentó prueba de imagen con alteraciones sugestivas de infarto antiguo cerebral, sin clínica. Los cuadros infecciosos han afectado a un 91% (10) de nuestros pacientes

(infección respiratoria y GEA-20%; paludismo, neumonía y síndrome febril sin foco 10%; infección urinaria, mononucleosis, varicela, VHB y VHC-5%. Cuatro pacientes (45%) tienen alteraciones ecocardiográficas y 2 (18,1%) fueron diagnosticados de HTP leve asintomática. En 5 pacientes fue estudiada la función pulmonar mediante espirometría forzada y en 4 de ellos también mediante pletismografía y test de difusión. Cuatro de ellos (80%) tienen un patrón obstructivo leve (FEV1 60-80%, con test de broncodilatación negativo), dos con aumento de resistencias y volumen residual y 3 refieren mala tolerancia al ejercicio, sin diagnóstico de asma. Se ha encontrado una ausencia de significación estadística entre en nº de STA y cifras de Hb basal y SatO2 basal, así como en las alteraciones de las pruebas de función pulmonar, probablemente debido al escaso número de sujetos incluidos en el estudio. Sin embargo hemos evidenciado que aquellos sujetos que no han padecido ningún episodio de STA tienen valores de SatO2 basal y cifras de Hb más elevadas.

CONCLUSIONES: Los datos coinciden con los expuestos en otros estudios realizados con mayor población, en los que el patrón obstructivo precede, especialmente en la edad infantil, a la fibrosis y patrón restrictivos. Es fundamental la evitación de complicaciones agudas de repetición, dado que la perpetuación de la agresión pulmonar contribuye muy negativamente al desarrollo de enfermedad pulmonar crónica.

Médicos

AFECCIÓN PULMONAR EN HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

idComunicación: 43 Tipo:

Autor principal

Autor: Eva Vierge Hernán
Empresa/Institución: HGU Gregorio Marañón
Servicio: Neumología pediátrica
Dirección: O'Donnell 48
CP:
Población: Madrid
Provincia: Madrid
País: España
Teléfono: 676771133
E-Mail: evavh84@hotmail.com

Autores: Vierge Hernán, Eva ; Fernández Lafever, Sarah Nicole; Ortiz San Román, Lucía; Delgado Carrasco, José ; Rodríguez Cimadevilla, Juan Luis ; Salcedo Posadas, Antonio

Introducción: la histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una enfermedad infrecuente en niños. Se produce por proliferación clonal y acumulación de estas células en distintos tejidos, y puede presentarse de forma focal o sistémica. La afectación pulmonar se ha documentado en el 40% de las formas sistémicas. La forma predominante es un infiltrado retículo-nodular que puede regresar espontáneamente o evolucionar a una forma multiquística.

Caso clínico: varón diagnosticado de HCL a los 16 meses por cuadro poliadenopático, hepatoesplenomegalia, tumoraciones en cuero cabelludo y lesión poliposa de conducto auditivo externo izquierdo. Presentaba anemia microcítica hipocrómica, VSG 90 mm y aumento de fracciones Alfa I y Alfa II en proteinograma. Asociaba lesiones óseas líticas. Aunque no presentaba clínica respiratoria, se objetivó infiltrado intersticial difuso bilateral en radiografía de tórax, y el TC torácico al inicio mostró

infiltrado intersticial de predominio micronodular en ambos campos pulmonares, con quistes parenquimatosos. En los TC torácicos realizados a lo largo de su evolución, se encontró incremento en número y tamaño de los quistes pulmonares. El seguimiento clínico y funcional, no mostró alteraciones reseñables. Se confirmó el diagnóstico mediante biopsia de ganglio linfático y granuloma de conducto auditivo externo. Se inició quimioterapia alcanzando la remisión completa a los 2 años de comenzado el tratamiento. En la actualidad, el paciente tiene 11 años y no presenta clínica respiratoria, persistiendo imágenes quísticas en TC torácico.

Discusión: la afectación pulmonar en la HCL sistémica es frecuente y debe ser investigada. Sin embargo, no se suele asociar un empobrecimiento del pronóstico. Es infrecuente que en niños pequeños evolucione a una forma quística. Sin embargo, llama la atención la ausencia de clínica en este paciente, en relación a la afectación radiológica. Es importante el seguimiento funcional respiratorio y clínico de estos pacientes, ante el riesgo de que aparezcan complicaciones pulmonares.

SEGUIMIENTO FUNCIONAL RESPIRATORIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES

idComunicación: 44 Tipo:

Autor principal

Autor: Eva Vierge Hernán
Empresa/Institución: HGU Gregorio Marañón
Servicio: Neumología Pediátrica
Dirección: O'Donnell 48
CP:
Población: Madrid
Provincia: Madrid
País: España
Teléfono: 676771133
E-Mail: evavh84@hotmail.com

Autores: Vierge Hernán, Eva; Cobo Elorriaga, Pilar Virginia; Huerta Aragonés, Jorge; Pérez Moreno, Jimena ; Martínez López, Ana Belén; Herráiz Cristobal, Raquel ; Rodríguez Cimadevilla, Juan Luis ; Salcedo Posadas, Antonio

Introducción y objetivo: La enfermedad de células falciformes (ECF) se asocia a complicaciones respiratorias como síndrome torácico agudo (STA), hiperreactividad bronquial, fibrosis pulmonar y síndrome de apnea obstructiva del sueño. El objetivo de nuestro estudio es documentar la prevalencia de patología respiratoria en pacientes afectados de ECF.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el periodo 2000-2010 de las características clínicas y parámetros funcionales respiratorios obtenidos de forma basal y a los 6, 12 y 24 meses de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes. La mediana de edad al diagnóstico fue de 6 meses. La comorbilidad de nuestra muestra es importante (hipertensión pulmonar en el 8.7% y más de 10 crisis vasooclusivas en un 26%). La media de edad del primer estudio respiratorio fue de 9 años, encontrando un patrón normal en el 63% de los casos. Entre los pacientes con patrón inicial alterado encontramos un patrón restrictivo (16%) de forma predominante. A los 24 meses se objetivó tendencia al incremento del patrón obstructivo, aunque en el 66% de los casos la función respiratoria fue normal. El 43.5% de los pacientes precisó broncodilatadores y el 9% corticoides inhalados. La edad del grupo con función pulmonar alterada fue significativamente mayor (mediana 13 años) que la del que tenía pruebas normales (mediana 6.5 años), $p < 0.05$. Se completó el seguimiento en el 26% de los pacientes. El 74% tenían antecedente de STA, pero no encontramos asociación con patrón funcional respiratorio anormal.

Conclusiones : La ECF conlleva importante morbilidad respiratoria. Se ha descrito una mayor incidencia de hiperreactividad bronquial con la evolución de la enfermedad, lo que concuerda con nuestros hallazgos. Es fundamental realizar un seguimiento de la función respiratoria en estos pacientes, ya que condiciona el pronóstico y la calidad de vida.

COMPRESIÓN EXTRÍNSECA DE LA VÍA AÉREA.

idComunicación: 50 Tipo:

Autor principal

Autor: Esther Bragado Alcaraz
Empresa/Institución: Sección de Neumología Infantil.
Servicio: Hospital Universitario Virgen de Arrixaca.
Dirección: Carretera Madrid-Cartagena s/n
CP:
Población: Murcia
Provincia: Murcia
País: España
Teléfono: 610393612
E-Mail: esther.bragado.alcaraz@gmail.com

Autores: Bragado Alcaraz, Esther; Mondéjar López, Pedro; Pastor Vivero, Maria Dolores; Sánchez-Solís, Manuel; García-Marcos, Luis

Introducción: Diversas patologías, congénitas o adquiridas, pueden causar distinto grado de compromiso de la vía aérea del paciente pediátrico, por compresión extrínseca o intrínseca, siendo accesibles a través del fibrobroncoscopio pediátrico.

Objetivo: Analizar las características de nuestra muestra, estudiar la incidencia de compresión extrínseca de la vía aérea y su etiología. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a fibrobroncoscopia flexible en nuestro Servicio de Neumología Infantil en los últimos 10 años. Datos recogidos: edad, sexo, sintomatología, hallazgos encontrados, pruebas complementarias, diagnóstico final. **Resultados:** (tabla adjunta). Periodo de estudio: Febrero 2000 a Diciembre 2010. Total de pacientes: 736 pacientes. Compresión de la vía aérea: 289 casos (39.2%), distinguiendo compresión extrínseca (30 casos/ 4.07%). Distribución por sexo: predominio varones (58.6%). Edad de los pacientes en el momento de la técnica: 0.2-129 meses (media 4.3 meses). Clínica más frecuente: estridor (66.6%), tos crónica (16.6%), neumonía recurrente (10%), distrés respiratorio neonatal (3.33%), SAOS severo (3.33%). Hallazgos endoscópicos: compresión tercio medio traqueal (53.3%); tercio distal traqueal (23.3%), BPI (13.3%), BPD (6.66%), laríngea (3.33%).

Conclusiones: El síntoma clínico más frecuente es el estridor. La incidencia de compresión extrínseca de la vía aérea de nuestra muestra es similar a la publicada en otros estudios. Las causas más frecuentes son la compresión por anillo vascular, adenopatías y quistes broncogénicos. Es importante realizar estudio completo de imagen tras hallar una compresión extrínseca de la vía aérea porque en algunos casos ayudará a ampliar o modificar el diagnóstico previo.

EVALUACIÓN DE LA TOLERANCIA AL ESFUERZO EN NIÑOS OBESOS

idComunicación: 57 Tipo:

Autor principal

Autor: Laura Fidalgo Marrón
Empresa/Institución: Hospital Universitario de Guadalajara
Servicio: Pediatría
Dirección: Donantes de Sangre s/n
CP:
Población: Guadalajara
Provincia: Guadalajara
País: España
Teléfono: 629384156
E-Mail: laurafm33@gmail.com

Autores: Fidalgo Marrón, Laura; Insfran Marrón, Estela; Garcia Mazario, María Jesús; Mateo Martínez, Gonzalo ; Pangua Gómez, María; Sánchez González, María del Carmen

Objetivos

Evaluar la tolerancia al esfuerzo en niños obesos de 6 a 14 años mediante una prueba de campo de intensidad submáxima (6MWT) y una ergoespirometría con protocolo de esfuerzo máximo sobre tapiz rodante. Estudiar la correlación entre las variables principales de ambos test.

Material y Método

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en niños obesos de 6 a 14 años con un grupo control de niños normopeso equiparado en edad y sexo. Al grupo de niños obesos se les realiza 6MWT y ergoespirometría en tapiz rodante con protocolo incremental de esfuerzo máximo según directrices de la ERS/ATS. Al grupo control se le realiza el 6MWT.

Resultados

Se han estudiado un total de 28 niños obesos (17 varones, 61%), con una media de edad de 10,90 años ($\pm 2,43$), BMI de 27,61Kg/m² ($\pm 3,46$) y SD BMI de 2,64 ($\pm 0,95$). La 6MWD media ha sido de 539,4 metros ($\pm 44,60$), lo que supone un 92,94% ($\pm 11,27$) del teórico. La frecuencia cardiaca alcanzada en el 6MWT ha sido un 70,10% ($\pm 7,24$) de la máxima y la media en la escala de esfuerzo percibido fue de 6,8 ($\pm 1,6$). El VO₂pico ha sido de 35,64 ml/Kg/min ($\pm 5,86$), situándose en un 83,21% ($\pm 5,86$) del teórico. La FCmax durante la ergoespirometría fue de 192,43 lpm ($\pm 10,10$) que supone un 92,05% ($\pm 5,17$) del máximo. El cociente respiratorio alcanzado (RER) ha sido de 1,15 ($\pm 0,13$) y la media en la escala de esfuerzo percibido fue de 9,40 ($\pm 0,84$). La correlación entre la 6MWD y el VO₂pico no resultó ser estadísticamente significativa ($p > 0,05$). En el grupo de niños normopeso la 6MWD fue del 95,5% ($\pm 7,56$) del teórico para su edad, el porcentaje de FCmax de 60,75% ($\pm 7,96$) y la media en la escala de esfuerzo percibido de 5,1 ($\pm 3,2$). Se encontraron diferencias significativas ($p \leq 0,05$) entre el esfuerzo percibido y el % FCmax alcanzada entre el grupo de niños normopeso y obesos.

Conclusiones

Los niños obesos son capaces de mantener la distancia caminada en una prueba de esfuerzo submáxima a expensas de una mayor frecuencia cardíaca máxima y una mayor percepción de esfuerzo que los niños normopeso. No hemos encontrado correlación significativa entre la 6MWD y el VO_2 pico en la prueba de esfuerzo máximo.

QUISTES LARÍNGEOS: CAUSA RARA DE ESTRIDOR EN EL NIÑO

idComunicación: 72 Tipo:

Autor principal

Autor: Pilar Caro Aguilera
Empresa/Institución: HRU Carlos Haya (Materno-Infantil)
Servicio: Pediatría. Sección de Neumología Infantil
Dirección: C/ Arrollo de los Angeles s/n
CP:
Población: Málaga
Provincia: Màlaga
País: España
Teléfono: 655664193
E-Mail: pimacaro@yahoo.es

Autores: Caro Aguilera, Pilar; Pérez Ruiz, Estela; Madrid Rodríguez, Aurora; Pérez Frías, Javier; Clarós, Andrés

Introducción: Los quistes laríngeos, generalmente subglóticos, constituyen una causa rara de obstrucción de la vía aérea en niños. Su origen es adquirido y se describen en prematuros que han precisado intubación. Ocasionan una reducción de la luz subglótica que determina la aparición de estridor bifásico. Su tratamiento consiste en la escisión o marsupialización mediante diferentes técnicas. Presentamos los casos de dos pacientes diagnosticados de quistes subglóticos tratados con éxito con láser CO₂.

Caso 1. Lactante varón de 4 meses con antecedentes personales de prematuridad (EG: 26 semanas, PRN 1076gr) que precisó intubaciones repetidas durante los tres primeros meses de vida, así como ventilación mecánica prolongada con desarrollo de displasia broncopulmonar. Ingresó en nuestro centro por dificultad respiratoria, objetivándose estridor bifásico.

Caso 2. Niña de un año de edad con antecedentes personales de prematuridad (EG: 26 semanas, PRN 730g) que precisó ventilación mecánica prolongada durante 80 días tras el nacimiento con desarrollo de displasia broncopulmonar. Ingresó en nuestro centro en dos ocasiones por cuadros de dificultad respiratoria en los que destacaba estridor bifásico.

En los dos casos, la fibrobroncoscopia mostró quistes mucosos subglóticos con obstrucción de un 70-80% de la luz (figura 1).

Se procedió a su tratamiento endoscópico mediante escisión con láser CO₂, en un solo acto, sin necesidad de intubación tras el procedimiento y desaparición completa del estridor.

Conclusiones: Ante un prematuro con estridor y antecedentes de intubación, se debe tener en cuenta la posibilidad de quistes mucosos subglóticos. El diagnóstico se alcanza mediante la exploración endoscópica de la vía aérea. Pueden ser tratados mediante técnicas no complicadas – láser CO₂, láser diodo, diatermia- que posibilitan su manejo conservador sin necesidad de traqueostomía, como ocurrió en nuestros

pacientes. No obstante, son, por naturaleza, recurrentes y pueden ser necesarias varias intervenciones, por lo que es necesario realizar un estrecho seguimiento clínico.

Médicos

LARINGOTRAQUEOBRONCOMALACIAS (LTBM). REVISIÓN DE NUESTRA SERIE.

idComunicación: 75 Tipo:

Autor principal

Autor: Sonia Albaladejo Beltran

Empresa/Institución: Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Servicio: Unidad de Neumología Pediátrica, Servicio de Pediatría.

Dirección: Baixada de la Font, 5 1º2ª

CP:

Población: Santa Maria de Martorelles

Provincia: Barcelona

País: España

Teléfono: 627795646

E-Mail: egara19@hotmail.com

Autores: Albaladejo Beltran, Sonia; Solsona Gadea, Maria; Asensio De la Cruz, Oscar; Valdesoiro Navarrete, Laura; Larramona Carrera, Helena; Costa Colomer, Jordi ; Gonzalez Moreno, Miriam; Roca Gardeñas, Gisela ; Maqueda Castellote, Elena ; Bosque García, Montserrat

Objetivo

Analizar la etiología, características clínicas, evolución y manejo de las LTBM en nuestro centro.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de LTBM mediante fibrobroncoscopia, en periodo de 1991-2010. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, clínica, prematuridad, indicación de fibrobroncoscopia, malformaciones asociadas, localización y severidad de la lesión, tratamiento, pruebas de imagen y evolución.

Resultados

92 pacientes diagnosticados de LTBM mediante fibrobroncoscopia: 59 niños (64.1%) y 33 niñas (35.9%). Edad media de diagnóstico 2.5 años (R: 1mes-13 años). Antecedentes de prematuridad en 20.7%. La indicación de fibrobroncoscopia fue: estridor (33.7%), bronquitis de repetición/asma (28.3%), neumonía recurrente (6.5%), distrés respiratorio (6.5%), sospecha de fístula traqueoesofágica (5.4%). El 62% presentan clínica moderada y 9.2% clínica grave. Las zonas afectadas fueron: laríngea (28.3%), laringotraqueal (20.7%), traqueobronquial (20.7%), bronquial (12%) y generalizada

(6.5%) con una severidad moderada en un 56.5%. El 48% presentó malformaciones asociadas: alteraciones vasculares mediastínicas (31%), RGE (22.2%), alteraciones de la vía aérea (17.7%) y atresia esofágica (11.1%). Se realizaron 156 exploraciones complementarias: 71 Rx tórax (35%alterada), 19 TC (63%alterado) y 23 TEGD (22%alterado) entre otras. El 100% recibió tratamiento médico. 30 requirieron ventilación mecánica no invasiva, el 73.3% en forma de fisioterapia respiratoria. Siete pacientes además, requirieron tratamiento quirúrgico por su patología de base (2 traqueotomías, 2 fístulas traqueoesofágicas, 3 dobles arcos aórticos). La evolución fue buena en el 85%. Tres casos fueron éxitos por causas ajenas a su malacia.

Discusión

La LTBM es muy frecuente en edad pediátrica ocasionando importante comorbilidad. Un porcentaje elevado presentan malformaciones asociadas. La fibrobroncoscopia es la prueba más sensible y específica para el diagnóstico de LTBM. Su diagnóstico es superior al clínico, hecho que nos motiva a pensar que posiblemente es una entidad infradiagnosticada. La mayoría reciben tratamiento conservador y el tratamiento quirúrgico se reserva para casos con grave compromiso respiratorio o malformaciones asociadas.

PATOLOGÍA DE LA VÍA AÉREA EN PREMATUROS INTUBADOS EN EL PERIODO NEONATAL

idComunicación: 87 Tipo:

Autor principal

Autor: Pedro Mondéjar López
 Empresa/Institución: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
 Servicio: Unidad de Neumología Pediátrica y Fibrosis Quística
 Dirección: Carretera Madrid-Cartagena s/n
 CP:
 Población: El Palmar (Murcia)
 Provincia: Murcia
 País: España
 Teléfono: 968369591
 E-Mail: pmondejarlopez@yahoo.es

Autores: Mondéjar López, Pedro; Pastor Vivero, M^a Dolores; Bragado Alcaraz, Esther; Martínez Carrasco, Elvira ; Brea Lamas, Ángel; Alcaraz León, José Luis; Sánchez-Solís, Manuel

Objetivos: Los recién nacidos pretérmino (RNPT) presentan una mayor morbilidad y mortalidad desde el punto de vista respiratorio que los recién nacidos término. Los objetivos del presente estudio son: 1) Describir las anomalías halladas en las fibrobronoscopias (FB) realizadas a RNPT con antecedente de intubación al nacimiento y clínica sugestiva de patología de la vía aérea. 2) Analizar los factores de riesgo para la existencia de dichas anomalías.

Métodos: Revisión retrospectiva de los hallazgos en las FB realizadas a exprematuros sintomáticos que habían sido sometidos a ventilación mecánica invasiva (VMI). Se describe las manifestaciones clínicas y los hallazgos endoscópicos, los cuales se han dividido en 3 grupos: A) Parálisis de cuerda vocal izquierda; B) Patología presumiblemente secundaria a la intubación y VMI (hipertrofia/edema supraglótico, granuloma/quiste laringotraqueal, estenosis subglótica y/o estenosis traqueal); C) Malacia de la vía aérea. Para el análisis estadístico se ha utilizado el test de la Chi-cuadrado de Pearson y dos regresiones logísticas en las que se consideran como variables dependientes los hallazgos del grupo B y la necesidad de traqueostomía, y como independientes el sexo, edad gestacional (EG), peso al nacimiento (PN), días de VMI y cierre quirúrgico del ductus arterioso persistente (DAP).

Resultados: Se realizó FB a 42 RNPT: edad media de 10.4±13.95 meses, EG 27.52±3.06 semanas, PN 1070±467 gramos y días de VMI 31.14±28.3 días. Las manifestaciones clínicas más frecuentes eran el estridor (76.2%), disfonía (38.1%), extubación fallida (11.9%) y función pulmonar sugestiva de obstrucción de la vía aérea extratorácica (11.9%). El 100% de los RNPT tenían anomalías en la vía aérea (y 74% patología del grupo B), siendo los hallazgos endoscópicos más frecuentes: malacia = 25 (59.52%), granuloma/quiste laringotraqueal = 19 (45.23%), PCVI = 14 (33.33%), estenosis subglótica =	GRUPO B			TRAQUEOSTOMÍA		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p

13 (30.95%), hipertrofia/edema supraglótico = 9 (21.43%) y estenosis traqueal = 3 (7.14%). 27 RNPT precisaron cierre quirúrgico del DAP, 9 traqueostomía y 6 cirugía de la vía aérea. El 100% de los RNPT con PCVI habían sido sometidos a cierre de DAP (p<0.0001). Regresión logística:						
Varón	0.48	0.08-2.96	0.43	0.69	0.08-5.62	0.73
EG	1.00	0.54-1.83	0.99	0.9	0.47-1.7	0.74
PN	1.00	0.99-1.009	0.16	0.999	0.993-1.004	0.74
Días VMI	1.091	1.01-1.18	0.026	1.06	1.01-1.12	0.015
DAP	0.22	0.02-2.05	0.18	0.37	0.02-5.52	0.47

Conclusiones: La FB fue anormal en el 100% de los exprematuros sintomáticos. La existencia de PCVI en RNPT se asocia directamente con la lesión del nervio laríngeo recurrente izquierdo durante el cierre quirúrgico del DAP. Por cada día de VMI, aumenta el riesgo de patología adquirida de la vía aérea en un 9% y la necesidad de traqueostomía en un 6% independientemente de otros factores.

SINTOMAS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO. CRIBADO EN CONSULTAS DE PEDIATRÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA.

idComunicación: 91 Tipo:

Autor principal

Autor: Eduardo Valerio Hernández
Empresa/Institución: Hospital Universitario de Canarias
Servicio: Pediatría
Dirección: Carretera de Ofra, s/n
CP:
Población: La Cuesta
Provincia: Tenerife
País: España
Teléfono: 616121670
E-Mail: edvahe@gmail.com

Autores: Valerio Hernández, Eduardo; Cobo Costa, Alejandro ; Hernández Hernández, Anselmo; Quintana Herrera, Cristina; Martínez Hernández, Andrés; Velasco González, Valle

INTRODUCCIÓN: Los trastornos respiratorios presentes durante el sueño del niño son pobremente reconocidos a pesar de su elevada frecuencia y repercusión. El objetivo de este estudio es analizar la utilidad de una encuesta propia, realizada en base al *Pediatric Sleep Questionnaire* y al *Score de Broulliette*, para el cribado de la sintomatología respiratoria nocturna del niño, la posible repercusión en el rendimiento escolar y el conocimiento y la actitud de los padres respecto al sueño de sus hijos.

MATERIAL Y MÉTODO: Durante los meses de diciembre de 2010 y enero de 2011, los padres de los pacientes entre 3 y 15 años que acudieron a las Consultas Externas de Pediatría y de Cirugía Infantil del Hospital Universitario de Canarias (Tenerife) y al Centro de Atención Primaria de Tacoronte (Tenerife) fueron invitados a realizar la encuesta previamente descrita (21 preguntas; autoadministrada). El análisis estadístico de los resultados se realizó mediante el paquete ofimático SPSS 17.

RESULTADOS: Un total de 369 encuestas fueron cumplimentadas correctamente. La edad media poblacional fue de 8,5 años ($\pm 3,6$ años) con una distribución por sexos de 52,3% (V) / 47,7% (M). En el 83,2% la persona que rellena la encuesta es la madre del paciente. Un 42,6% de los padres refiere no sentirse preocupado por cómo respira su hijo/a durante el sueño, si bien, el 59% de los encuestados refieren que sus hijos han sido diagnosticados de problemas respiratorios y/o algún tipo de alergia. Del total de los pacientes que refieren síntomas respiratorios durante el sueño (66,9%), un 37,2% asocia bajo rendimiento escolar y/o problemas de concentración, frente al 27,6% en el grupo de los pacientes que no refieren sintomatología nocturna. Tan sólo el 48,5% de los encuestados refieren haber sido interrogados, previamente, por otro profesional sanitario, acerca de la calidad del sueño de su hijo.

CONCLUSIONES: Existe una elevada prevalencia de los síntomas respiratorios durante el sueño en los niños, que se relaciona con su bajo rendimiento escolar. Este hecho continúa siendo infraestimado por los padres y los profesionales sanitarios. Son

necesarias nuevas estrategias para conseguir implementar las normativas sobre el estudio de los trastornos respiratorios del sueño en la edad pediátrica.

USO DE LA BIOPSIA TRANSBRONQUIAL EN PEDIATRIA

idComunicación: 92 Tipo:

Autor principal

Autor: Patricia Gorriz Hernando
Empresa/Institución: Hospital Vall d'Hebron
Servicio: Neumología Pediátrica
Dirección: paseo de la vall d'Hebron 119-129
CP:
Población: Barcelona
Provincia: Barcelona
País: España
Teléfono: 639543088
E-Mail: patidifusa19@hotmail.com

Autores: Gorriz Hernando, Patricia; de Mir Messa, Ines; Moreno Galdo, Antonio; Torrent Vernetta, Alba; Gartner, Silvia; Martin de Vicente, Carlos; Camba, Fatima; Ferreres, Carlos; Rovira Amigo, Sandra

Objetivo: Evaluar el uso de las biopsias transbronquiales en enfermedades pulmonares.

Diseño y métodos: se revisan las biopsias transbronquiales realizadas entre 1998 y 2010. Se estudiaron y compararon la técnica utilizada, tipo de broncoscopio, complicaciones, representatividad de la muestra y utilidad diagnóstica. Revisamos 137 biopsias, disponiendo de información completa de 112, en un total de 47 pacientes. De ellos 34 habían recibido un trasplante pulmonar o cardio-pulmonar (edades comprendidas entre los 6 meses y 22 años) y 13 eran pacientes no trasplantados (edades entre 18 meses y 18 años). En 22 procedimientos se utilizó un broncoscopio flexible de 3,6 mm con pinzas de 1,1 mm y en el resto de utilizó el de 4,9 mm con pinzas de 1,8 mm.

Resultados: Un 90% de las biopsias fueron representativas, suponiendo las no representativas el 10% de las biopsias realizadas con el broncoscopio de 4,9 mm y el 27,3% con el de 3,6 mm. En los pacientes no trasplantados la biopsia fue diagnóstica en un 75% de los casos (78% con el broncoscopio de 4,9 mm, 11% con el de 3,6 mm, 11% desconocido) e inespecífica en el 25%. En los pacientes trasplantados se diagnosticó rechazo agudo celular en un 25% de los casos. Fueron positivas a rechazo un 23% de las biopsias hechas por seguimiento, y un 33% de las que se realizaron por clínica compatible. Como complicaciones observamos 5 neumotórax, 3 cuadros de broncoespasmo, 17 sangrados leves y 2 graves, que cedieron tras instilación de suero frío y adrenalina.

Conclusiones: La biopsia bronquial es un método eficaz y relativamente seguro para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades pulmonares en pediatría, en pacientes seleccionados. El rendimiento es bajo con el broncoscopio pediátrico y pinzas de 1,1 mm.

Médicos

NECESIDAD DE LA INTRODUCCIÓN DE HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO DENTRO DE LA VALORACIÓN INTEGRAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE OBESO

idComunicación: 94 Tipo:

Autor principal

Autor: María Amparo Ros Forés
Empresa/Institución: Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
Servicio: Pediatría
Dirección: Av. Tres cruces s/n
CP:
Población: Valencia
Provincia: València
País: España
Teléfono: 636679352
E-Mail: mariamrosfores@hotmail.com

Autores: Ros Forés, María amparo ; Ojeda González, Lysbet; Álvarez Pitti, Julio; Meliá Ferrando, Herminia; Torró Domenech, María Isabel; Aguilar Bacallado , Francisco; Lurbe Ferrer, Empar

INTRODUCCIÓN:La obesidad infantil es un problema de enorme magnitud en nuestro entorno. Los trastornos respiratorios del sueño (TRS) están aumentados en este grupo de pacientes, implicando un aumento del riesgo cardiovascular. El Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ), validado en su versión española en su versión reducida (PSQr), parece una buena herramienta de cribaje de los TRS.

OBJETIVO:Determinar la utilidad del PSQr como herramienta para estudiar la prevalencia de TRS entre población infanto-juvenil obesa.

SUJETOS Y MÉTODOS:Estudio prospectivo realizado de septiembre a diciembre de 2010. Se realiza el PSQ a una muestra aleatorizada de pacientes obesos (IMC $p>95$) de la que se recogen datos de somatometría (peso, talla, IMC). El cuestionario es realizado por enfermera entrenada. Se considera positivo si el 33% de las respuestas son afirmativas.

RESULTADOS: Se realiza PSQ a 183 sujetos (96 varones, 52.5%), edad media 12 años, IMC medio de 28. El PSQr fue positivo en 25 (14%). En cuanto a síntomas respiratorios, un 54% ronca alguna vez y un 14% ronca más de la mitad del tiempo. En un 8% los progenitores han detectado que el niño tiene dificultad para respirar y/o le han visto dejar de respirar. En general un 11% ha estado preocupado por la respiración de su hijo. Síntomas diurnos: un 26% se despierta cansado, un 8% se duerme durante el día. En días laborables un 82% se acuesta más tarde de las 22h.

CONCLUSIONES: El porcentaje de pacientes que presentan según PSQr alto riesgo de sufrir TRS (14%) y la importancia de diagnosticar esta patología, hace recomendable el

introducir este cuestionario como una prueba diagnóstica rutinaria dentro de la valoración del niño obeso. Su positividad implica la necesidad de realizar estudios más fiables, por lo que la polisomnografía o la poligrafía respiratoria deberían de ser pruebas accesibles para estos pacientes.

Médicos

Evaluación de la implicación de un retraso diagnóstico en la evolución de la patología respiratoria secundaria a patología digestiva

idComunicación: 97 Tipo:

Autor principal

Autor: Carmela de Lamas Pérez
Empresa/Institución: Hospital clínico universitario de Salamanca
Servicio: Pediatría
Dirección: Paseo de San Vicente 56-182
CP:
Población: Salamanca
Provincia: Salamanca
País: España
Teléfono: 923291000
E-Mail: carmeladelamas@gmail.com

Autores: de Lamas Pérez, Carmela; Torres Peral, Ricardo; Grande Benito, Antonio; Muñoz Herrera, Ángel; Benito González, Fernando; Lorente Toledano, Félix ; Gaboli, Mirella

Objetivos: Describir la patología respiratoria crónica secundaria o asociada a patología digestiva sospechada a partir de síntomas respiratorios de difícil control. Describir la clínica y las alteraciones pulmonares en el momento del diagnóstico y su influencia sobre la evolución. Se relaciona el retardo diagnóstico con las complicaciones observadas y se valora la respuesta a los tratamientos aplicados.

Material y métodos: Se diseña un estudio descriptivo y retrospectivo en el que se incluyen 19 pacientes (11 niños, 61%, y 8 niñas) afectados de patología respiratoria crónica asociada a patología del aparato digestivo. Se recogen datos demográficos, síntomas, datos relativos al diagnóstico respiratorio y digestivo como fechas o métodos diagnósticos empleados (diagnóstico por imagen, fibrobroncoscopia, espirometrías, pulsioximetrías, endoscopias, phmetrías, y videoendoscopias), así como datos de la evolución y complicaciones tras el tratamiento.

Resultados: La media del retardo diagnóstico en la patología digestiva fue de 1,05 años (con valores que oscilan entre 0 y 8,29 años). Se observó cierta mejoría respiratoria en todos los pacientes tras el diagnóstico completo y el tratamiento correcto, consiguiéndose una remisión total de los síntomas respiratorios en 8 de los 19 pacientes (afectados de tos crónica, asma, estridor y laringitis de repetición) asociados, fundamentalmente, (el 87,5%), a enfermedad por reflujo gastro-esofágico (ERGE). De los 11 pacientes que mantuvieron clínica respiratoria importante después del tratamiento digestivo (7 afectados de disfagia, 63%, 3 de ERGE y 1 de fallo de medro), ninguno presentó progresión de la enfermedad. Todos ellos mantienen sintomatología probablemente secundaria a la patología respiratoria orgánica ya establecida

Conclusiones: El diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de la patología digestiva presente en niños afectados de patología respiratoria crónica puede resultar beneficioso, en relación con un mejor control y una menor progresión de la enfermedad respiratoria.

Médicos

ATRESIA ESOFÁGICA Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA

idComunicación: 99 Tipo:

Autor principal

Autor: Elena Maqueda Castellote
Empresa/Institución: Hospital de Sabadell. Cooperació universitària Parc Tauli
Servicio: Medicina Pediàtrica. Unidad Neumología y Alèrgia pediàtrica
Dirección: Parc Taulí s/n
CP:
Población: Sabadell
Provincia: Barcelona
País: España
Teléfono: 607568113
E-Mail: GROCA@tauli.cat

Autores: Maqueda Castellote, Elena ; Roca Gardeñas, Gisela; Valdesorio Navarrete, Laura; Larramona Carrera, Helena; Asensio de la Cruz, Oscar; Grau Lorente, M^a Rosa; Costa Colomer, Jordi; Sanvicente Vela, Begoña; Guallarte Alias, M^a Pilar; Bosque García, M^a Montserrat

ATRESIA ESOFÁGICA Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Introducción: La atresia esofágica es una malformación congénita (1/3000 RN vivos) que comporta una alta comorbilidad respiratoria.

Objetivos: Describir la patología respiratoria de la cohorte de pacientes con atresia esofágica controlados en el hospital de Sabadell (1999-2010).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas. Ampliación de un estudio previo (2006). Variables: diagnóstico prenatal, tipo de atresia, edad de cirugía, patología esofágica, estadiometría (Z score), laringomalacia y/o traqueomalacia, bronquitis, condensación pulmonar, fisioterapia respiratoria, ventilación mecánica no invasiva (VMNI) como soporte respiratorio, ingreso por patología respiratoria, pruebas complementarias: TAC, fibrobroncoscopia.

Resultados: 14 pacientes (10 niños, 4 niñas). 12/14 fueron intervenidos antes de los 4 días de vida, el resto al año. Tipos de atresia: Tipo III (8), Tipo II (2), Tipo I (2), Tipo IV (1), Tipo V (1). 10 niños tenían reflujo (71,4%) y 4 disfagia (28,6%). Mediana Z score: peso -1,26DS (r:-1,69, +0,29), talla -0,93 DS (r:-1,96,+0,7). Todos han presentado clínica de bronquitis i 6/14 (42,9%) laringotraqueítis. Han ingresado por reagudización respiratoria el 64% (9/14). El 57,1% (8/14) han presentado condensaciones pulmonares. En 9/14 se ha realizado fibrobroncoscopia i TAC: tenían malacia el 100% (9/9) i el 33,3% (3/9) bronquiectasias. La mayoría 10/14 (71%) precisan fisioterapia respiratoria, 2/14 (14%) antibióticos ciclados y 5/14 (35,7%) llevan VMNI.

Conclusiones: Todos los niños de la cohorte han presentado patología respiratoria relevante. Es necesario el seguimiento y el tratamiento precoz de la patología respiratoria de estos pacientes para minimizar las complicaciones. El seguimiento del niño con atresia ha de ser multidisciplinar.

Médicos

GLUCOGENOSIS PULMONAR INTERSTICIAL. EVOLUCIÓN A MEDIO PLAZO.

idComunicación: 7 Tipo:

Autor principal

Autor: Olaia Sardón Prado
Empresa/Institución: Hospital Donostia
Servicio: Unidad de Neumología Pediátrica
Dirección: Avda. Dr. Beguiristain 118.
CP:
Población: San Sebastián
Provincia: Guipúscoa
País: España
Teléfono: 670431302
E-Mail: osardon@euskalnet.net

Autores: Sardón, Olaia; Aldasoro Ruiz, Ane; Korta Murua, Javier; Moreno Galdo, Antonio; Ferreres, Joan Carles; G. Pérez-Yarza, Eduardo

Objetivo: Estudiar la evolución a medio plazo de pacientes afectos de glucogenosis pulmonar intersticial.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal de una muestra de pacientes diagnosticados de glucogenosis pulmonar desde mayo 2005 hasta febrero 2011. El diagnóstico se realizó mediante estudio de difusión de gases, TCAR pulmonar y biopsia pulmonar (BP). Se realizó función pulmonar mediante análisis de asa flujo volumen a respiración corriente, espirometría forzada (edad ≥ 3 años), pletismografía corporal total y determinación de difusión de monóxido de carbono (D_{LCO}) (edad ≥ 5 años). Variables cualitativas; sexo, tratamiento y motivo de consulta. Variables cuantitativas; edad gestacional y al diagnóstico, peso al nacimiento, frecuencia respiratoria al diagnóstico, ingresos, tiempo de seguimiento, D_{LCO} , FEV₁, resistencia total, resistencia específica y conductancia específica de la vía aérea.

Resultados: Se han diagnosticado 3 casos. La edad gestacional media fue 37,6 semanas y el peso medio al nacimiento 3.190 g. El primer caso (33,3%) precisó ingreso en periodo neonatal. La edad media al diagnóstico fue 5,33 meses y el motivo de consulta polipnea persistente (FR media= 60 resp/min). En todos los casos el TCAR pulmonar objetivó patrón en mosaico con atrapamiento aéreo distal y tractos periféricos. La BP evidenció engrosamiento de septos alveolares con proliferación intersticial de células con presencia de glucógeno. La diferencia alveoloarterial de O₂ fue > 350 torr. Todos precisaron ingreso hospitalario fuera del periodo neonatal (media 1,66). En el primer caso, el tratamiento se realizó con hidroxiclороquina oral. En el segundo, con pulsos de metilprednisolona intravenosa asociado a hidroxiclороquina oral y en el tercero, con pulsos de metilprednisolona. El tiempo de seguimiento fue 6 años en el primero, 4 años en el segundo y 8 meses en el tercero. Todos presentan patrón obstructivo en la función pulmonar con test de broncodilatación positiva y bronquitis sibilantes los primeros 4 años.

Comentarios: Enfermedad crónica excepcional que se presenta con polipnea persistente. Tratamiento no estandarizado. El pronóstico a medio plazo ha sido bueno.

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS.

idComunicación: 9 Tipo:

Autor principal

Autor: ISABEL DELGADO PECELLÍN
Empresa/Institución: H.H.U.U. "VIRGEN DEL ROCÍO". HOSPITAL INFANTIL
Servicio: NEUMOLOGÍA
Dirección: AVDA. MANUEL SIUROT, S/N
CP:
Población: SEVILLA
Provincia: Sevilla
País: ESPAÑA
Teléfono: 635962528
E-Mail: idelpe@gmail.com

Autores: DELGADO PECELLIN, ISABEL; REMÓN GARCÍA, CRISTINA; BEJARANO ROJAS, JOSE ANTONIO; GONZALEZ VALENCIA, JUAN PEDRO

Objetivos: Ventilación mecánica no invasiva (VMNI) se define como todo modo de soporte ventilatorio que mejora la ventilación alveolar sin necesidad de intubación endotraqueal ni traqueostomía. **Objetivos:** evaluar edad, sexo y patologías de base de los pacientes con VMNI, síntomas guías, resultados de estudios del sueño y tipos de VMNI, adaptación, interfases y complicaciones.

Material y métodos: Revisión historias clínicas de pacientes con VMNI de nuestro hospital. Datos recogidos: los señalados anteriormente.

Resultados: encontramos 23 pacientes (30% mujeres, 70% varones) con edades entre 1 y 19 años. Patologías de base: 1 fibrosis quística pretrasplante (4%), 4 mucopolisacaridosis (17%), 3 atrofas musculares espinales tipo II (13%), 1 sialidosis tipo II (4%), 1 acondroplásico (4%), 1 plagiocefalia (4%), 1 espina bífida con marcada escoliosis (4%), 1 síndrome Down (4%), 1 Prader-Willi (4%), 2 Duchenne (8%) y 8 pacientes con encefalopatías (34%). Síntomas guías: apneas obstructivas y ronquidos (52%), insuficiencia respiratoria crónica (17%), neumonías de repetición en pacientes neuromusculares o encefalopatas (19%) y un 12% pacientes asintomáticos con sueño patológico (indicado por enfermedades neuromusculares). El 82% de los pacientes el diagnóstico de apneas-hipoapneas obstructivas o centrales se realizó mediante poligrafías nocturnas (IAH>3/h), un 12% mediante pulsioximetrías nocturnas (%tiempo desaturado superior a 20%) y un 8% clínicamente. El 40% de los pacientes tienen BIPAPs espontánea, 31% BIPAP S/T y un 29% CPAP. 17% utilizan interfases nasales y un 83% nasobucal. El 100% de los pacientes la emplea durante las horas de sueño con una media de 7.5 h diarias. No hemos encontrado complicaciones salvo en 2 pacientes que desarrollaron pequeñas úlceras por presión.

Conclusiones: VMNI es una técnica segura para el manejo de pacientes con apneas-hipoapneas centrales u obstructivas. La poligrafía constituye una buena técnica para el diagnóstico de estos pacientes. El cumplimiento es elevado gracias a una buena adaptación y a escasas complicaciones.

Hiponatremia y SIADH en ingresos por neumonía adquirida en la comunidad

idComunicación: 13 Tipo:

Autor principal

Autor: Judith Sánchez Manubens
Empresa/Institución: Hospital General de Granollers
Servicio: Pediatría
Dirección: Av. Francesc Ribas s/n
CP:
Población: Granollers
Provincia: Barcelona
País: España
Teléfono: 680342425
E-Mail: 42528jsm@comb.cat

Autores: Sánchez-Manubens, Judith; Bosch Castells, Joaquim ; Bosch Marcet, Joaquim;
Corral Arboledas, Sonia ; Hernández Monleón, Idoia ; Català Puigbó, Margarita

HIPONATREMIA Y SIADH EN INGRESOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Introducción

Se presenta hiponatremia (HipoNa) en el 3% de los ingresos pediátricos. Por otro lado, la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se ha relacionado con HipoNa, aunque en la mayoría de casos, es de carácter leve. Ésta puede deberse a retención de agua libre y pérdidas urinarias aumentadas, constituyendo SIADH. La HipoNa se ha asociado a fiebre elevada al ingreso, leucocitosis y neutrofilia junto con proteína C reactiva (PCR) más alta al diagnóstico.

Objetivos

Conocer la incidencia de HipoNa en las NAC en niños ingresados en nuestro servicio de Pediatría y su relación con distintos parámetros clínicos y analíticos.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado entre octubre 2008 y octubre 2010. Se han incluido 106 pacientes de entre 4 meses y 17 años con criterios clínicos, radiológicos y analíticos de NAC ingresados en nuestro servicio. Se recogieron datos sobre fiebre al ingreso, recuento de leucocitos y neutrófilos, PCR al ingreso, natremia, natriuria, presencia de complicaciones (derrame pleural y hemocultivo positivo) y días de ingreso.

Resultados

La incidencia de HipoNa en la población estudiada fue del 69.8%. El 18.7% de nuestros pacientes presentaron derrame pleural y el 4.7% hemocultivo positivo. La PCR media fue de 271 mg/L. Se encontró relación estadísticamente significativa entre HipoNa y valores elevados de PCR ($p=0.008$). No se halló relación entre HipoNa y fiebre máxima, recuento de neutrófilos, presencia de complicaciones o días de ingreso. Entre los pacientes con HipoNa solo un 9.3% presentó hipernatriuria (SIADH).

Conclusiones

Destacar la incidencia de HipoNa en nuestra muestra que es superior a la descrita en otros trabajos. Encontramos asociación entre HipoNa y niveles altos de PCR, pero no con otros parámetros clínicos y analíticos. Los niveles bajos de sodio en orina descartan en el 60.5% el SIADH.

Médicos

DIFERENCIA DE POTENCIAL NASAL EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

idComunicación: 14 Tipo:

Autor principal

Autor: Andreu Peñas Aguilera
Empresa/Institución: Hospital de Sabadell. CPT
Servicio: Unidad Alergia y Neumología Pediátrica
Dirección: parc tauli s/n
CP:
Población: sabadell
Provincia: Barcelona
País: españa
Teléfono: 651 186351
E-Mail: andreupenas@yahoo.es

Autores: Peñas Aguilera, Andreu; Bosque Garcia, Montserrat; García Gonzalez, Miguel; Valdesoiro Navarrete, Laura ; Costa Colomer, Jordi; Larramona Carrera, Helena ; Asensio de la Cruz, Oscar; Grau Lorente, Rosa

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética en la que se altera la función de la proteína reguladora transmembrana de la FQ (CFTR). Esta proteína se localiza en la superficie apical de las células epiteliales y actúa como canal de cloro. Su alteración determina un desequilibrio electrolítico que se puede medir en forma de diferencia de potencial nasal (DPN).

Material y métodos: Estudio en 17 pacientes afectados de FQ con presentación clínica clásica, prueba del sudor patológica y presencia de 2 mutaciones de la CFTR (Grupo 1). Se estudió la función CFTR mediante la determinación de DPN. Mediante dispositivo Tholly-Medicap® con catéter nasal de plata se determinó mediante protocolo estandarizado. Se obtuvieron valores basales de DPN, solución de amiloride, libre de cloro e isoprotenerol. Se compararon con portadores sanos (Grupo 2) y con controles sanos (Grupo 3). También se analizaron el tipo de mutaciones en los pacientes afectados, los valores de la prueba del sudor, la presencia de insuficiencia pancreática y la colonización crónica bacteriana.

Resultados: Las mutaciones del grupo 1 se muestran en la tabla adjunta 1. Los valores medios \pm desviaciones estándar de la prueba del sudor y DPN de los 3 grupos se muestran en la tabla adjunta 2. En el grupo 1 se colonizaron crónicamente 10/17 pacientes por: S. Aureus (3), Pseudomona (1) y B. Cepacia (6). En el grupo 1 presentaban insuficiencia pancreática 12/17 pacientes.

Conclusiones: La determinación del DPN en pacientes FQ permite poner de manifiesto la alteración funcional de la CFTR, pudiendo valorar la relación genotipo-fenotipo y la eficacia de las terapias modernas que van encaminadas a aumentar la CFTR.

Financiación: Becas CIR – Fundació Parc Taulí ; Fundació Catalana de Pneumologia

Tipo de presentación: Comunicación oral.

Médicos

INFECCIONES RESPIRATORIAS RECURRENTES (IRR). EFECTO INMUNOMODULATOR DE AZITROMICINA EN NIÑOS CON DEFICIENCIA DE MBL (MANNOSE BINDING LECTIN).

idComunicación: 18 Tipo:

Autor principal

Autor: Peter Olbrich

Empresa/Institución: Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla

Servicio: Neumología pediátrica

Dirección: Plaza del Giraldillo N°7, 6B

CP:

Población: Sevilla

Provincia: Sevilla

País: España

Teléfono: 695600725

E-Mail: peterpolbrich@gmx.de

Autores: Olbrich, Peter; Remón García, Cristina ; Delgado Pecellin, Isabel; Sánchez Sánchez, Berta; Neth, Olaf; Gonzalez Valencia, Juan Pedro

Objetivo:

La deficiencia de MBL es una inmunodeficiencia frecuente y está asociado con un aumentado riesgo de infecciones. Azitromicina ha demostrado un efecto inmunomodulator en patologías pulmonares, mejorando la capacidad de fagocitosis de macrófagos y aumentando la expresión del receptor de manosa.

El objetivo de este estudio es determinar el posible impacto de profilaxis con azitromicina (10mg/kg/día durante 3 días cada 2 semanas) en niños con deficiencia de MBL e IRR.

Material y Métodos:

Estudio observacional en curso, de niños con IRR y deficiencia de MBL iniciado en 08/2008. Variables: número de infecciones, efectos secundarios de medicación y satisfacción de pacientes y padres tras iniciación del tratamiento.

Indicación para inicio de profilaxis: deficiencia de MBL (<400ng/ml), IRR +/- germen aislado, necesidad de antibioterapia repetitiva, +/-necesidad de ingreso hospitalario.

Resultados:

Un total de 19 pacientes con deficiencia de MBL e IRR vistos en consultas externas. 9 cumplieron los criterios de inclusión para la profilaxis con azitromicina.

Mediano de edad:5,7 años (2.1-12.1), media de episodios de IRR:4,5/año (rango 3-7), media de niveles MBL:136ng/ml (27-316). Niveles normales para su edad de IgG, A, M en todos los pacientes y adecuada respuesta a la vacunación neumocócica en todos menos 2.

Tras iniciación de azitromicina y tiempo medio de observación de 13,3 meses(rango 5-31), la media de IRR en estos pacientes fue 0.4 (rango 0-1) y se observó una mejoría subjetiva de la calidad de vida en todos. No efectos secundarios de la mediación.

Conclusiones:

La profilaxis con azitromicina en niños con IRR y deficiencia de MBL puede ser útil para prevenir infecciones respiratorias y mejorar la calidad de vida de pacientes y de sus familiares.

Estudios prospectivos y randomizados son necesarios para comprobar nuestra observación.

Médicos

EVOLUCIÓN DE MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

idComunicación: 23 Tipo:

Autor principal

Autor: GUADALUPE BORJA URBANO
Empresa/Institución: HOSPITAL VIRGEN MACARENA/SAS
Servicio: PEDIATRIA
Dirección: AVDA DR FEDRIANI N°3
CP:
Población: SEVILLA
Provincia: Sevilla
País: ESPAÑA
Teléfono: 626097189
E-Mail: gborjau@terra.es

Autores: BORJA URBANO, GUADALUPE; PÉREZ PÉREZ, GUADALUPE; ANDRÉS MARTÍN, ANSELMO; NAVARRO MERINO, MARTÍN

Título: EVOLUCIÓN DE MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Introducción: la malformación adenomatoide quística es una entidad poco frecuente producida por una anomalía en el desarrollo de la vía aérea. El objetivo es dar a conocer los cambios recientes en la clasificación e indicaciones de cirugía de las lesiones quísticas pulmonares.

Caso clínico: Lactante de 2 meses de edad que ingresa por tos e irritabilidad de 24h de evolución.

Exploración: Tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. SatO2 97%.Auscultación cardiopulmonar: sibilancias espiratorias diseminadas y disminución del murmullo vesicular en campo pulmonar superior derecho.

Exámenes complementarios: inmunofluorescencia directa para virus respiratorio sincitial y cultivo a virus respiratorios negativos. Radiografía de tórax con imagen de condensación en lóbulo medio y zona de hiperclaridad en lóbulo inferior derecho. TAC de tórax: lesión quística en lóbulo medio de 5cms de paredes finas multiloculada. Evolución: tras mejoría del cuadro respiratorio que motivó el ingreso se adopta una actitud expectante. Tras nuevos episodios de reagudización respiratoria se realiza TAC de control al mes del primero, donde se observa aumento considerable de la lesión quística, ocasionando compresión del parénquima contralateral y desviación del mediastino. Se decide su intervención quirúrgica urgente con resección de la lesión quística. En el estudio anatomopatológico se confirma el diagnóstico de malformación adenomatoide tipo I. Tras la cirugía presenta una evolución favorable, manteniéndose asintomático en los 4 años posteriores, con normalización radiológica y de la función pulmonar.

Discusión: La particularidad de nuestro caso es el rápido crecimiento de la lesión quística que obligó a cirugía urgente, lo que lleva a replantearse la actitud terapéutica en lesiones quísticas pulmonares inicialmente asintomáticas. Actualmente está indicada la cirugía en lesiones quísticas pulmonares de gran tamaño, incluso asintomáticas por la posible afectación del resto del parénquima pulmonar que comprime como por su riesgo de malignización.

Médicos

AGAMMAGLOBULINEMIA DE BRUTON CON EXPRESION COMPLETA DE BTK: CORRELACION FENOTIPO-GENOTIPO FAMILIAR

idComunicación: 24 Tipo:

Autor principal

Autor: Isabel María Sánchez García
Empresa/Institución: Hospital Universitario Virgen Macarena
Servicio: Pediatría
Dirección: c/ Dr Fedriani s/n
CP:
Población: Sevilla
Provincia: Sevilla
País: España
Teléfono: 625347858
E-Mail: isasangar76@gmail.com

Autores: Sánchez García, Isabel María; Sánchez Sánchez, Berta ; Perez Perez, Guadalupe; Andrés Martín, Anselmo; Navarro Merino, Martín

Introducción: Presentamos un raro caso de agammaglobulinemia de Bruton. Se demostró la presencia de BTK sin que las células B llegaran a madurar.

Caso clínico: Varón 2 años, derivado por bronquitis de repetición, 3 otitis supuradas, sinusitis maxilar y una bacteriemia por neumococo. AP: Sin interés. AF: tío materno con inmunodeficiencia en estudio. Tío abuelo materno fallecido joven. Exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos. Pruebas complementarias: Rx torax, bioquímica e IgE normal. Hemograma: neutropenia. Hipogammaglobulinemia con niveles bajos de las subclases de Ig. Niveles bajos de complemento. Subpoblaciones linfocitarias: No células B. No respuesta al mitógeno de células B SpA. Citometría de flujo: BTK presente en sujeto índice y en sus familiares. Secuenciación Gen BTK en cromosoma X: mutación en exón R520Q. Codifica una proteína de estructura normal, no funcionante, en los familiares maternos. Las mujeres portadoras son asintomáticas y los varones, afectados de la enfermedad. La madre del sujeto índice se encuentra encinta. Tras secuenciación del gen en el feto y encontrándose la misma mutación se realiza una IVE. Actualmente el paciente y su familiar afecto reciben terapia sustitutiva con gammaglobulina, habiendo remitido las infecciones bacterianas graves.

Discusión: La agammaglobulinemia de Bruton es una entidad dentro de las inmunodeficiencias congénitas, que cursa con infecciones de repetición piógenas, a partir de los 6-9 meses de vida. Se hereda ligada al cromosoma X, que porta una mutación en el gen de la BTK que impide la maduración de los linfocitos B. Los pacientes afectados tienen nula expresión de BTK. En este caso, no existe ausencia de la proteína, sino una proteína no funcionante. Es importante determinar en los casos con alta sospecha, no sólo la presencia de la misma, sino, también su secuenciación por técnicas de PCR, a fin de establecer un diagnóstico precoz, o bien ofrecer consejo genético.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO NEONATAL

idComunicación: 29 Tipo:

Autor principal

Autor: Rubén Martín de la Vega
Empresa/Institución: Hospital Universitario 12 de Octubre
Servicio: Pediatría. Sección Neumología y Alergia
Dirección: Avda de Córdoba s/n
CP:
Población: Madrid
Provincia: Madrid
País: España
Teléfono: 627609937
E-Mail: rubmv@yahoo.es

Autores: Martín de la Vega, Rubén ; Luna Paredes, María del Carmen; Troyano Rivas, María del Carmen; Gómez-Acebo Jerico, Francisca; García Hernández, Gloria

Introducción:

El tromboembolismo pulmonar masivo infantil es una entidad poco frecuente, cuya fisiopatología y curso clínico no están bien establecidos. Probablemente sean distintos a los referentes al tromboembolismo pulmonar en adultos. En la época neonatal la mayor parte de los casos descritos de trombosis están relacionados con el intervencionismo médico. Así mismo en el neonato se dan una serie de alteraciones metabólicas que favorecen los fenómenos trombóticos y hemorrágicos.

Caso Clínico:

Neonato a término sin antecedentes de interés que a las 18 horas de vida presentó cuadro de cianosis y bradicardia que requirió intubación endotraqueal y maniobras de RCP para su recuperación. Ante la imposibilidad de conseguir saturaciones de oxígeno mayores al 70% con ventilación mecánica intensiva y sospechando la presencia de una cardiopatía se instauró tratamiento con Prostaglandina y drogas vasoactivas sin éxito. Se realizó un ecocardiograma de urgencia con el hallazgo de un trombo que ocluía completamente la arteria pulmonar derecha y parcialmente el tronco de la arteria pulmonar. Se realizó tromboembolectomía selectiva de ambas ramas pulmonares. Clínicamente evolucionó sin complicaciones con disminución progresiva de las necesidades de oxígeno que se retiró definitivamente a los 2 meses y medio de vida. Actualmente asintomático. Radiológicamente presentó ausencia de aireación de pulmón izquierdo y áreas de afectación en mosaico en pulmón derecho que han tenido una evolución favorable.

Discusión:

Dada la escasa casuística existente no hay protocolos estandarizados de manejo del tromboembolismo pulmonar neonatal. El plan terapéutico de estos pacientes debe valorarse de forma individualizada ya que se desconocen el pronóstico y la evolución. Es necesaria la recogida de más casos y la realización de más estudios para la realización de protocolos de actuación generales.

PULMÓN HIPERCLARO UNILATERAL (SÍNDROME DE SWYER-JAMES) TRAS NEUMONÍA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE CON DERRAME PLEURAL COMPLICADO

idComunicación: 37 Tipo:

Autor principal

Autor: Silvia Escolano Serrano
Empresa/Institución: Hospital de La Ribera
Servicio: Unidad de Neumología Pediátrica. Servicios de Pediatría,
Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear
Dirección: Carretera de Corbera km.1
CP:
Población: Alzira
Provincia: València
País: España
Teléfono: 962458470
E-Mail: sescolano@hospital-ribera.com

Autores: Escolano Serrano, Silvia; Pérez Tarazona, Santiago ; Talens Gandía, Josefa;
Alfonso Diego, Julia; Amat Madramany, Ana; Mollá Olmos, Enrique; Tembl Ferrairo, Ana

INTRODUCCIÓN

El pulmón hiperclaro unilateral o síndrome de Swyer-James es una enfermedad poco frecuente, caracterizada radiológicamente por la hiperclaridad de un pulmón o alguno de sus segmentos. Es secundaria a una bronquiolitis constrictiva en cuya etiología están implicados diversos agentes infecciosos, principalmente virus.

CASO CLÍNICO

Niña de 4 años que ingresa por neumonía en lóbulo inferior izquierdo (LII) con derrame pleural asociado, en el contexto de un proceso febril de 5 días de evolución. Análítica sanguínea: 9.030 leucocitos (63%N,23%L,5%M,8%E); proteína C reactiva: 126 mg/L. Inicia tratamiento con cefotaxima IV. En las 24 horas posteriores presenta empeoramiento radiológico, precisando colocación de tubo de drenaje, que mantiene durante una semana. Ante persistencia de la fiebre a los cuatro días se sustituyó el tratamiento por vancomicina IV. Los parámetros analíticos no mostraron cambios destacables. El hemocultivo y el cultivo de líquido pleural fueron negativos, así como la prueba de la tuberculina. Serología positiva a *Mycoplasma pneumoniae* (IgM: 149 UA/mL). Se asoció tratamiento con claritromicina oral y quedó afebril tras 72 horas. Al alta persistía discreta hipoventilación basal izquierda. En Consultas Externas se detectó un mes después la existencia de crepitantes asociados. La TC torácica mostró áreas de atrapamiento aéreo especialmente marcadas en el pulmón izquierdo, compatible con bronquiolitis obliterante postinfecciosa (BOP). Inició tratamiento con fisioterapia respiratoria. En el control de TC un año después aparecieron bronquiectasias marcadas en LII junto a las imágenes iniciales. Estudio gammagráfico: hipoperfusión global del pulmón izquierdo, concordante con pulmón hiperclaro unilateral. Espirometría forzada: FVC: 78,3%; FEV1:75,4%; FEV1/FVC: 82,3%; MMEF25-75: 56,4%; PEF: 60% (prueba broncodilatadora negativa). En los cuatro años de seguimiento no ha presentado nuevos episodios de neumonía. Practica deporte sin referir ningún tipo de limitación.

DISCUSIÓN

La persistencia de alteraciones localizadas en la auscultación tras un proceso neumónico obliga a descartar complicaciones asociadas, entre ellas la BOP. El pulmón hiperclaro unilateral es una forma de BOP cuya evolución a corto plazo es en general favorable, aunque están descritos casos de neumonectomía por sobreinfección recurrente. No obstante, no hay publicadas series de seguimiento a largo plazo. La asociación entre derrame pleural paraneumónico por *Mycoplasma pneumoniae* y el pulmón hiperclaro unilateral ya había sido descrita, aunque es excepcional.

INFECCION GRAVE POR METAPNEUMOVIRUS EN TRASPLANTADO PULMONAR

idComunicación: 46 Tipo:

Autor principal

Autor: Stephanie Knaepper Martin
Empresa/Institución: Hospital Vall d'Hebron
Servicio: Neumología Pediátrica
Dirección: Ps Vall d'Hebron num 119-129
CP:
Población: Barcelona
Provincia: Barcelona
País: España
Teléfono: 625711349
E-Mail: knaepper.s@gmail.com

Autores: Knaepper Martin, Stephanie; Moreno Galdó, Antonio; Rossich Verges, Romy ; Busquets, Elisenda; Torrent Vernetta, Alba; de Mir Messa, Ines; Martin de Vicente, Carlos ; Gartner, Sivia; Rovira Amigo, Sandra

Introducción

La incidencia del Metapneumovirus está en aumento entre la población pediátrica, así como en pacientes con neumopatía crónica. Presentamos el caso de un trasplantado pulmonar con infección fatal por Metapneumovirus.

Caso clínico

Varón de 2 años y 5 meses trasplantado pulmonar a los 4 meses de vida por fibrosis pulmonar no filiada, inmunosuprimido con tacrolimus y prednisolona. Inicia cuadro de dificultad respiratoria y fiebre, presentando moderado distrés a su llegada a los servicios de urgencias. Dado el incremento de las necesidades de suplementos de oxígeno y la falta de respuesta al tratamiento nebulizado se traslada a la unidad de cuidados intensivos. Se realiza radiografía de tórax con aumento de densidad broncoalveolar en lóbulos superior derecho, medio e inferior izquierdo. Presenta progresivo aumento del trabajo respiratorio que requiere intubación con ventilación mecánica en modalidad SIMV-VC y posteriormente a alta frecuencia dada la falta de respuesta. Se realiza tratamiento corticoideo intravenoso sin observarse mejoría. Se objetivan signos analíticos de infección con proteína C reactiva máxima de 33,5 mg/dL y fiebre persistente, por lo que se inicia tratamiento intravenoso con levofloxacino, palivizumab (dosis única) y rivabirina. Dado el empeoramiento respiratorio se cambia antibioterapia inicialmente a meropenem, azitromicina y cotrimoxazol y posteriormente a vancomicina, previa realización de lavado broncoalveolar. Finalmente, se obtiene resultado positivo a Metapneumovirus en aspirado nasofaríngeo, aspirado traqueal y lavado y aspirado broncoalveolar, resultando negativos el resto de cultivos. Presenta deterioro clínico grave con desaturación progresiva siendo exitus el noveno día de ingreso. Se detecta antígeno a Metapneumovirus positivo en biopsia pulmonar.

Discusión

La infección por Metapneumovirus es una causa bien establecida de bronquitis y neumonía en la población infantil. Su implicación en pacientes inmunocomprometidos o con patología respiratoria crónica ha sido menos estudiada. Es necesario un mayor desarrollo de las medidas terapéuticas y profilácticas efectivas contra este patógeno.

Médicos

NEUMOTÓRAX A TENSIÓN RECIDIVANTE

idComunicación: 51 Tipo:

Autor principal

Autor: Esther Bragado Alcaraz

Empresa/Institución: Sección de Neumología y Cirugía Infantil.

Servicio: Hospital Materno-Infantil. Hospital Regional Universitario Carlo Haya.

Dirección: Avda Arroyo De Los Ángeles s/n

CP:

Población: Málaga

Provincia: Màlaga

País: España

Teléfono: 610393612

E-Mail: esther.bragado.alcaraz@gmail.com

Autores: Bragado Alcaraz, Esther; Girón Fernández, Francisco; Caro Aguilera, Pilar; Pérez Ruiz, Estela; Pérez Frías, Javier; Ruiz, Antonio

Introducción: La incidencia de neumotórax espontáneo en la infancia, fuera del periodo neonatal, es poco frecuente por lo que se debe descartar patología pulmonar subyacente que predisponga su aparición.

Caso clínico: Paciente de 8 años, previamente sano, seguido en nuestro centro por neumotórax izquierdo a tensión recidivante.

Primer episodio a los 5 años de vida, de aparición súbita, sin factor desencadenante identificado, que precisó toracocentesis y colocación de tubo de drenaje pleural, con resolución posterior.

Segundo episodio a los 7 años, tras inmersión en piscina, requiriendo videotoracoscopia asistida (VATS) con resección de bulla subpleural y segmentectomía.

Nuevo ingreso a los 8 años, por clínica de dolor torácico de 24 horas de evolución, de intensidad progresiva y localización en hemitórax izquierdo. No antecedente de traumatismo previo. Clínicamente, hipoventilación homolateral, con colapso pulmonar y neumotórax izquierdo a tensión en control radiológico. Manejo inicial: toracocentesis y colocación de tubo de drenaje pleural sin aspiración. Evolución posterior desfavorable, con recidiva del escape aéreo, programándose VATS. En dicha intervención, se comprueba existencia de pequeñas bullas subpleurales en segmentos posteriores de LII, realizándose resección de las mismas, segmentectomía y abrasión pleural mecánica. Postoperatorio favorable, presentando pequeño derrame pleural

bilateral de características serohemáticas, resolviéndose en las siguientes 72 horas con estabilidad clínica y resolución radiológica.

Estudio neumológico realizado normal, descartándose déficit de alfa1-antitripsina, Fibrosis Quística y Malformaciones Broncopulmonares.

Discusión: Las bullas subpleurales constituyen el hallazgo más frecuentemente encontrado en los neumotórax espontáneos primarios, apareciendo típicamente en varones adolescentes con hábito leptosomático. Su tratamiento es quirúrgico habiéndose consolidado la videotoracoscopia asistida como vía de abordaje de elección.

Médicos

Proteinosis alveolar pulmonar hereditaria

idComunicación: 55 Tipo:

Autor principal

Autor: Mikel Santiago Burruchaga
Empresa/Institución: Hospital de Cruces
Servicio: Pediatría (Neumología Infantil)
Dirección: Plaza de Cruces -Gurutzeta,12
CP:
Población: Barakaldo
Provincia: Biscaia
País: España
Teléfono: 946006485
E-Mail: MIKELAINGERU.SANTIAGOBURRUCHAGA@osakidetza.net

Autores: Santiago Burruchaga, Mikel; Acedo Alonso, Yordana; Zalacain Jorge, Rafa; Perez Zabala, Ana ; Velasco Benito, Veronica; Aguirregoicoa Olabarrieta, Ivan; Vazquez Cordero, Carlos

Introducción. La proteinosis alveolar pulmonar (PAP) es un síndrome raro que conduce a la insuficiencia respiratoria, que comprende un grupo de enfermedades caracterizadas por acumulo de surfactante en el alveolo por disfunción del macrófago. La mayoría son autoinmunes, detectándose anticuerpos contra el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF), y un mínimo porcentaje hereditarias por mutaciones genéticas con alteración molecular en el receptor para GM-CSF. En pocas ocasiones es secundaria.

Caso clínico. Niña de 2 años que ingresa con sospecha de neumonía atípica por dificultad respiratoria e hipoxemia. Presentó neutropenia (552/6%), LDH elevado (689) y serología positiva a Mycoplasma (viraje en 2 semanas). La evolución fue tórpida persistiendo hipoxemia y polipnea. El TAC torácico presentó patrón "crazy-paving" y el lavado broncoalveolar fue de aspecto lechoso con abundante material proteináceo granular PAS+ que llevó al diagnóstico de PAP. La biopsia pulmonar mostró alveolos llenos de material granular eosinofílico con macrófagos espumosos sin afectación intersticial y la microscopia electrónica mostró mielina tubular y cuerpos lamelares que confirmó el diagnóstico. Descartamos causas secundarias. Los Ac GM-CSF fueron negativos, el GM-CSF elevado (73,66 pcg/ml), fosforilización STAT5 anormal y el estudio genético detectó 2 mutaciones del gen para la cadena alfa del receptor del GM-CSF (CSF2RA) (Cincinnati Children's Hospital/Clinical Laboratory) compatible con PAP hereditaria. Se realizó 2 lavados pulmonares parciales con un intervalo de 2

eses con buena respuesta clínica y radiológica, permaneciendo en la actualidad estable sin necesidad de O₂ y pendiente de estudio genético familiar.

Discusión. La PAP hereditaria es debida a una resistencia al GM-CSF por alteración del receptor en el macrófago alveolar. Presenta marcadores biológicos específicos que pueden ayudar al diagnóstico. Destacamos el papel del *Mycoplasma pneumoniae* como agente desencadenante o coincidente y la buena respuesta al lavado pulmonar parcial seriado aunque el pronóstico final sea incierto.

Médicos

NEUMOTORAX ESPONTANEO DE REPETICION: PRIMARIO O SECUNDARIO? A PROPOSITO DE UN CASO.

idComunicación: 73 Tipo:

Autor principal

Autor: María Solsona Gadea

Empresa/Institución: Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí. Sabadell.

Barcelona

Servicio: Unidad de Neumología Pediátrica, Servicio de Pediatría.

Dirección: Gran via de les corts catalanes, 756 ppal 2º

CP:

Población: Barcelona

Provincia: Barcelona

País: España

Teléfono: 605-50-30-56

E-Mail: msolsona@tauli.cat

Autores: Solsona Gadea, María ; Albaladejo Beltrán, Sonia; Bosque García, Montserrat; Valdesoiro Navarrete, Laura; Larramona Carrera, Helena; Costa Colomer, Jordi ; Gonzalez Moreno, Miriam; Roca Gardeñas, Gisela ; Maqueda Castellote, Elena ; Asensio de la Cruz, Oscar

Introducción

Los neumotórax espontáneos en pediatría son una alteración poco frecuente, aunque su incidencia aumenta en la adolescencia. Pueden ser primarios o secundarios a patología pulmonar incluyendo enfermedades obstructivas de la vía aérea, infecciones pulmonares, drogas inhaladas, alteraciones congénitas, enfermedades intersticiales y conectivopatías, debiéndose descartar éstas ante un neumotórax de repetición.

Caso clínico

Presentamos un paciente varón de 16 años con cuatro episodios de neumotórax (tres izquierdos y uno derecho) en un periodo de seis meses. Antecedentes de válvula aórtica bicúspide con leve insuficiencia aórtica sin repercusión hemodinámica y miopía bilateral. No antecedentes de patología pulmonar ni hábitos tóxicos. Fenotipo asténico. Presentación clínica aguda de dolor torácico y dificultad respiratoria a mínimos esfuerzos. Durante el primer episodio se realizó tratamiento conservador con drenaje pleural. Los otros tres episodios requirieron intervención quirúrgica (bullectomía apical y abrasión pleural). Se realizó estudio de neumotórax de repetición, valorando en las exploraciones complementarias: TC torácica con bullas subpleurales apicales bilaterales, biopsia pulmonar inespecífica, estudio analítico donde únicamente destacaba un complemento bajo (C3) y autoinmunidad negativa, ECG normal. Ante

neumotórax de repetición con insuficiencia aórtica asociada, se realizó estudio de conectivopatías. Estudio oftalmológico sin evidencia de subluxación del cristalino. Pendiente estudio genético de síndrome de Marfan. Evolución favorable desde la última intervención quirúrgica.

Discusión

Las bullas apicales subpleurales son la causa más frecuente de los neumotórax espontáneos primarios. La evolución suele ser buena aunque existe una alta recidiva (50%) y la mitad ocurren dentro de los primeros treinta días del primer episodio. Además existe un riesgo de neumotórax contralateral hasta en un 25% a lo largo de la vida. Sin embargo ante un neumotórax de repetición se deben descartar causas secundarias, como en nuestro caso. El tratamiento puede ser conservador o invasivo dependiendo de la severidad clínica y la tendencia a la recidiva.

Médicos

FIBROSIS QUISTICA: ¿NUESTROS PACIENTES CUBREN SUS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES?

idComunicación: 90 Tipo:

Autor principal

Autor: Ana Pérez Aragón
Empresa/Institución: Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Servicio: Pediatría , Nutrición y Dietética
Dirección: Avda de las Fuerzas Armadas, s/n
CP:
Población: Granada
Provincia: Granada
País: España
Teléfono: 609618136
E-Mail: orzana.ana@gmail.com

Autores: Pérez Aragón, Ana; Lobo Támer, Gabriela; López Casado, Miguel Angel; Serrano López, Laura; Aguirre Gallego, Maria Isabel; Casas Maldonado, Francisco ; Maldonado Lozano, José; Pérez de la Cruz, Antonio; Romero González, Julio

INTRODUCCIÓN: La FQ es una enfermedad multisistémica, crónica y progresiva, variable en cada paciente, siendo preciso pautar un tratamiento nutricional individualizado. En los pacientes con FQ se recomienda que la ingesta habitual aporte entre el 120 y 150% de las calorías recomendadas y con un alto contenido en grasas, 35-40% del valor calórico total (VCT).

OBJETIVO: Valorar si la ingesta alimentaria de los pacientes diagnosticados de FQ se corresponden con las recomendaciones dietéticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para valorar la ingesta alimentaria se aplicaron los métodos "Recordatorio de 48 hs" (incluyendo un día laboral y un festivo) y "Frecuencia de consumo de alimentos" (frecuencia semanal), utilizando cuestionarios validados para la población española. Para el cálculo de la ingesta de nutrientes se utilizó el soporte informático Dietsource 3.00 y se correlacionaron con las RDI para FQ (año 2002).

RESULTADOS: Se han incluido 27 pacientes, con edad media de $20,4 \pm 16,1$ años (rango: 2-62 años). El 59,3% fueron varones y el 40,7% menores de 14 años (edad en la que se efectúa la transición entre Unidades pediátricas y de adultos).

Solamente el 14,8% (4 pacientes) ha realizado una ingesta calórica según las RDI (3265 kcal/día), el 25,9% cubrieron el 80-119% (2356 kcal/día) y el resto menos del 80% de las RDI (1791 kcal/día).

La ingesta y distribución porcentual de macronutrientes respecto al VCT fue la siguiente:

Carbohidratos: $228,6 \pm 80,4$ g (42,8%)

Proteínas: $85,7 \pm 37,4$ g (19,5%)

Grasas: $104,8 \pm 42,7$ g (43,4%)

El perfil de ácidos grasos (AG) fue:

AG saturados: $31,9 \pm 14,4$ g (13,5%) Exceso

AG monoinsaturados: $44,3 \pm 20,9$ g (19,0%) Exceso

AG poliinsaturados: $9,6 \pm 5,2$ (4,1%) Defecto

CONCLUSIONES: La ingesta alimentaria resultó ser insuficiente en un porcentaje importante de nuestra población, con una distribución de nutrientes inadecuada, especialmente en pacientes menores de 14 años y en la mujer.

Debido a que los pacientes con FQ tienen un riesgo importante de desarrollar desnutrición, secundaria a un balance energético negativo, es preciso un seguimiento estrecho y continuado para alcanzar los requerimientos nutricionales.

Por ello, la educación nutricional debe ser estrecha e individualizada. Y, dada la cronicidad del proceso es importante el recordatorio en cada visita programada.

FORMAS NO CLÁSICAS DE FIBROSIS QUÍSTICA, NECESIDAD DE ESTUDIO DEL FUNCIONAMIENTO DE CFTR PARA EL DIAGNÓSTICO

idComunicación: 100 Tipo:

Autor principal

Autor: Gisela Roca Gardeñas
Empresa/Institución: Hospital de Sabadell. Cooperació universitària Parc Taulí
Servicio: Medicina Pediátrica. Unidad de Neumología y Alérgia pediátrica
Dirección: Parc Taulí s/n
CP:
Población: Sabadell
Provincia: Barcelona
País: España
Teléfono: 607568113
E-Mail: GROCA@tauli.cat

Autores: Roca Gardeñas, Gisela; Maqueda Castellote, Elena ; Valdesoiro Navarrete, Laura; Larramona Carrera, Helena; Asensio de la Cruz, Oscar; Grau Lorente, M^a Rosa; Costa Colomer, Jordi; Valiente Planas, Andrea; Sanchez Barba, Alejandra; Bosque García, M^a Montserrat

FORMAS NO CLÁSICAS DE FIBROSIS QUÍSTICA, NECESIDAD DE ESTUDIO DEL FUNCIONAMIENTO DE CFTR PARA EL DIAGNÓSTICO

Introducción: Las formas atípicas de Fibrosis quística (FQ) son cada vez más frecuentes, diagnosticándose en la adolescencia o la edad adulta. Se estima que representan el 2% de la población FQ. El documento de consenso actual define este grupo de pacientes: clínica característica en un órgano y prueba del sudor normal o límite. El diagnóstico genético precisa de 2 mutaciones de CFTR. Si sólo se detecta una mutación, o una de ellas no es bien conocida, debería confirmarse el diagnóstico estudiando la función de CFTR.

Objetivo: Describir 2 niños afectados de forma no clásica de FQ con diagnóstico tardío y que presentan la siguiente mutación: $\Delta F508/ Y1014C$. Valorar la función de CFTR.

Resultados: Caso 1: Joven de 16 años diagnosticado a los 8 años de FQ. Clínica de sobreinfecciones respiratorias de repetición desde período lactante, sinusitis frecuentes y colonización crónica por *S aureus*. Radiografías y TAC de tórax normales. Prueba del sudor: concentración de cloro > 60 mmol/L. Función pulmonar: FEV1 103% (4,09L). Suficiencia pancreática (Elastasa y test de Sobel normal).

Caso 2: Joven de 13 años diagnosticada a los 5 años de FQ. Clínica de bronquitis de repetición desde los pocos meses de vida que ha precisado ingresos hospitalarios y sinusitis. Colonización crónica por *S aureus*. Ha presentado condensaciones pulmonares en Rx de tórax y Rx senos patológica, pero con TC pulmonar normal. Prueba del sudor: concentración de cloro 35 mmol/L. Función pulmonar: FEV1 89% (3,02L). Suficiencia pancreática (test de Sobel normal).

Comentarios: Los niños diagnosticados de las formas no clásicas de FQ con mutaciones no bien definidas presentan una gran variabilidad fenotípica. Es necesario el estudio de la función de CFTR para poder confirmar el diagnóstico de FQ.

Médicos

Neumopatía raquílica. Una patología también del siglo XXI

idComunicación: 101 Tipo:

Autor principal

Autor: ignacio iglesias serrano

Empresa/Institución: Hospital Sant Joan de Déu, Manresa. Xarxa assistencial Alhaia

Servicio: Neumología pediátrica

Dirección: Dr. Joan Soler, 1-3

CP:

Población: Manresa

Provincia: Barcelona

País: España

Teléfono: 649538640

E-Mail: iiglesia@vhebron.net

Autores: Iglesias Serrano, Ignacio; Dorca Vila , Judit ; Zambudio Sert, Silvia ; Lobato Salinas, Zulema; Martí Mas, Laia; Galceran Jové, Lluís ; Garriga Badía, Montse; March Salas , Josep Maria ; Sitjes Costas, Joan; Nevot Falcó, Santiago

Introducción

La neumopatía raquílica es una complicación poco frecuente en nuestro medio a pesar del resurgimiento de nuevos casos de raquitismo, sobre todo a raíz de la inmigración registrada en los últimos años.

Presentamos el caso de una lactante con un cuadro respiratorio de mala evolución y un tórax morfológicamente patológico a la inspección.

Caso clínico:

Niña de 7 meses de raza negra y padres de origen subsahariano. Parto a término, en nuestro centro. Prueba de detección precoz negativa.

Lactancia materna exclusiva (no acepta cereales ni fruta)

Enfermedad actual:

Bronquitis persistente manejada ambulatoriamente durante 8 semanas.

Ante la mala evolución respiratoria se deriva a urgencias por fiebre, dificultad respiratoria y tos con poca respuesta al tratamiento broncodilatador. Se decide ingreso hospitalario.

Exploración física:

Taquicardia, taquipnea, hipoxemia, febrícula.

- Peso: 7 kg (p20)
- Fontanela amplia con craneotabes parietal.
- Tórax pequeño y acampanado
- Hipofonesis generalizada con sibilantes espiratorios y crepitantes difusos. Tiraje sub-intercostal, aleteo nasal.
- Aspecto abdomen abombado

Exploraciones complementarias:

- Radiografía de tórax (se adjunta)
- Prueba de tuberculina: 0mm.
- Analítica: anemia ferropénica (Hb 9,6 g/dL); leucocitos 6000 /mcl (58% linfocitos); VSG 88 mm/h; PCR 10mg/L; FA 1410 U/L; P 1.5mg/dL; Ca 8.9mg/dL; vitD 25OH <4ng/mL, vitD 1-25OH 21.7pg/mL; PTHi 986pg/mL

Se inició tratamiento con vitD3 (4000 UI/día), broncodilatadores nebulizados, corticoides, amoxiclavulánico, azitromicina y oxigenoterapia.

Clínicamente mejora pero persiste la hipoxemia y la auscultación patológica (crepitantes bibasales) tras 4 semanas de ingreso por lo que se realiza TACAR (se adjunta).

Discusión

Ante un paciente con patología respiratoria de mala evolución, sobre todo si se presenta factores de riesgo para presentar raquitismo carencial (raza negra, poca exposición solar, lactancia materna exclusiva), se debe tener en cuenta la posibilidad de una neumopatía raquífica e inspeccionar cuidadosamente la morfología torácica, buscando alteraciones óseas propias de una mineralización deficitaria.