

Viernes, 3 de junio (17:15-18:45 h)

**PEDIATRÍA SOCIAL Y MEDICINA
DEL ADOLESCENTE**

**ZONA PÓSTER I (PLANTA SÓTANO DEL AUDITORIO)
P455 17:15 h**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PÉRDIDA DE PESO
FISIOLÓGICA EN RECIÉN NACIDOS SANOS**

Patricia Company Maciá, Irene Álvarez González, Yolanda Ruiz del Prado, Ana Peña Busto, Sandra Rovira Amigo, Fermín Cucalón Manzanos

Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño (La Rioja).

Introducción: La pérdida de peso tras el nacimiento es un proceso fisiológico que ha sido estudiado a lo largo de la historia y que es causa de angustia en los padres y, en algunos casos, determinante importante en el abandono de la lactancia materna. Durante los primeros dos días después del parto, la producción de leche es mínima, incrementándose la cantidad en los días sucesivos, por ello, factores que puedan influir en el retraso en el inicio de la producción de leche, podrían influir también en la mayor pérdida de peso del recién nacido.

Objetivo: Estudiar los factores que pueden influir de forma más marcada en la pérdida de peso del recién nacido.

Material y método: Estudio prospectivo y observacional de una población de 148 recién nacidos a término sanos que ingresaron en la Maternidad de un hospital de segundo nivel asistencial en el período comprendido entre diciembre del 2003 y marzo del 2004. Se realizó un cuestionario que fue cumplimentado por un solo observador, recogiendo datos de la madre y del recién nacido, tomando como información la historia del control del embarazo de la madre y la historia de la maternidad del recién nacido, completando los datos que faltaban con la familia en los casos en que fue posible.

Resultados: La media de la pérdida de peso de los recién nacidos a las 48h de vida fue mayor en aquellos cuya madre tenía un IMC elevado ($> 27 \text{ kg/m}^2$) que en los que su madre tenía $\text{IMC} \leq 27 \text{ kg/m}^2$, de forma estadísticamente significativa con $p < 0,015$, al relacionarlas con la prueba de la t de Student.

En los recién nacidos que tuvieron un parto distócico, la media de su pérdida de peso total a las 48h de vida fue mayor (de forma significativa con $p < 0,000$) que los nacidos por parto eutócico.

Al analizar la influencia del tipo de lactancia (materna u otra) con el porcentaje de pérdida de peso en los diferentes días, observamos que no existían diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre ellos.

Conclusiones: Los factores que, a la luz de los datos extraídos de nuestro estudio, influyen en la pérdida de peso de los recién nacidos, no son fácilmente modificables ya que no podemos in-

fluir en el tipo de parto que sufrirá una madre ni en el IMC de la misma.

P456 17:20 h
**CONHECIMENTO DE ADULTOS DE UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE SOBRE VANTAGENS, QUALIDADE
E TÉCNICA DE ALEITAMENTO E MOTIVAÇÃO
PARA AMAMENTAR**

Silvana Salgado Nader, Denise Neves Pereira, Caroline Togni, Cláudia Chitolina, Paulo Nader

Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre (Brasil).

Antecedentes e objetivos: Esse trabalho foi realizado para avaliar o nível de conhecimento a respeito de aleitamento materno entre adultos, homens e mulheres, que consultam regularmente em uma unidade básica de saúde, em Canoas (RS), Brasil.

Métodos: Foi realizado um estudo descritivo, transversal, cujos dados foram obtidos através de entrevistas com questões semi-estruturadas. A abordagem metodológica foi de natureza qualitativa e a análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, do tipo temática.

Resultados: A população se constituiu de 300 adultos, sendo 93,3% do sexo feminino, na sua grande maioria da raça branca (71,4%), com companheiro (79,2%), baixo nível sócio-econômico ($1,99 \pm 1,23$ salários-mínimos) e baixa escolaridade (70% com 8ª série incompleta, sendo que 6,4% analfabetos). A média de idade foi de $34,58 \pm 12,5$ anos e a do número de filhos, $2,83 \pm 1,87$. Todas as mulheres tinham filhos, sendo que 84,1% amamentou, numa mediana de 6 meses. A grande maioria demonstrou ter um conhecimento adequado em relação aos benefícios do leite materno para o bebê e à não interferência do tamanho dos seios na amamentação. Por outro lado, não apresentaram conhecimentos satisfatórios quanto às vantagens do aleitamento para a mulher e quanto aos prejuízos da mamadeira na amamentação. Em relação aos fatores que interferem na produção do leite materno, foram valorizados pelos entrevistados os fatores alimentares e a preocupação com a tranquilidade da mãe. Estes também demonstraram que a saúde e o bem-estar do bebê, assim como o vínculo com a mãe, são importantes motivações para amamentar.

Conclusiones: Concluímos que há um bom conhecimento dos benefícios do leite materno para o bebê a despeito do conhecimento dos seus benefícios para a mulher. Além disso, constatou-se que há influência dos tabus relacionados aos fatores que interferem na produção do leite materno, principalmente no que diz respeito aos fatores alimentares. A preocupação com a saúde e bem-estar do bebê, é sem dúvida, o maior motivo para a amamentação natural.

P457**17:25 h****EL BULLYING: NIÑOS CONTRA NIÑOS EN LA ESCUELA**

José Luis Pedreira Massa, Rocío Rodríguez Piedra, Ana Seoane Lago

Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid).

Introducción: El síndrome de estrés postraumático en la infancia (SEPT) es una entidad debatida desde que Terr sistematizara las tipologías de presentación. A las formas clásicas estudiadas, en la actualidad existe una forma de SEPT en la infancia que está apareciendo como emergente: El *bullying* o abuso psicológico desarrollado por pares.

Objetivos: 1) Actualizar los límites conceptuales del *bullying* en la infancia. 2) Estudiar los datos obtenidos en la práctica clínica.

Métodos: 1) Método: epidemiología puntual en población general y atención primaria pediátrica. 2) Instrumento: CBCL de Achenbach cumplimentado por figuras parentales. 3) Recogida de casos en un centro de salud mental infantil.

Resultados: Las conductas aisladas consideradas en el concepto *bullying* se sitúan en torno al 20-30% de los niños entre 6-11 años. Los casos graves rondan el 3-4%.

Se constatan los siguientes integrantes en el proceso *bullying*: el niño acosado, los acosadores, el grupo de pares, las familias de acosados y acosadores y el funcionamiento de la institución escolar.

La clínica que presentan los niños acosados estaría inmersa en las tipologías II-III de Terr del SEPT. Destacan las somatizaciones crónicas en los niños acosados.

Conclusiones: 1) El fenómeno *bullying* es una forma emergente del SEPT en la infancia. 2) La variedad clínica del *bullying* podría enmascarse con otras categorías diagnósticas descriptivas. 3) Es preciso sensibilizar a la institución escolar para la prevención e intervención precoz y a la pediatría de atención primaria para incrementar la capacidad de discriminación de este proceso.

P458**17:30 h****CAUSAS PRINCIPAIS DE MORBIMORTALIDADE INFANTIL NUM PAÍS EM VIAS DE DESENVOLVIMENTO**

Elsa Manuela Barbosa Gomes, Florencio Balboa de Paz

Hospital David Bernardino, Luanda (Angola) y Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivo: A luta contra as doenças, conhecida nossa epidemiologia, deve basear-se não só no tratamento médico da patologia que dizima a nossa população infantil, mas também na planificação de medidas sociais e ambientais num prazo razoável. Por ele identificar o estado epidemiológico do nosso país é o início de um arduo caminho que creemos interessante dar a conhecer.

Pacientes e métodos: Feito com base num estudo retrospectivo dos internamentos e óbitos ocorridos neste Hospital durante o ano de 2002. Com dois indicadores: diagnóstico e destino.

Resultados: Foram internados neste Hospital durante o ano de 2002, 26083 pacientes. Com uma mortalidade global de 15,8%. A principal causa de internamento foi anemia (malaria, drepanocitosis e hemofilia) com 8137 pacientes (31,2), segunda Malária com 4.608 (17,7%), seguindo Infecções respiratórias agudas, 4.342 (16,6%), doença diarreica aguda, 1.231 (4,7), Malnutrição

grave, meningite, sepsis de recién nacido, tétano pós neonatal, tétano neonatal, cardiopatías, sarampo e outras. Patología com maior índice de letalidade foi o tétano neonatal (80%), seguindo a meningite (53,5%), tétano pos neonatal (50%) e malnutrição grave (37,9). A de menor, foi Anemia (1,5%).

Conclusão: O índice de morbimortalidade são extremamente altos. Está na base dessa situação patologías infecciosas. Algumas delas facilmente preveníveis por um programa adequado de vacinação, educação e saneamento.

P459**17:35 h****PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA. ¿CUÁNDO SOSPECHARLA?**Juan Arnáez Solís, M^a Jesús Ceñal González-Fierro, María Arriaga Redondo, Marta Ortega Molina, Mercedes Sebastián Planas, José J. Casas Rivero, Marta Villares Alonso, Pedro José Pujol Buil
Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid.

Introducción: Los trastornos psicossomáticos, frecuentes, pocas veces se valoran en el diagnóstico diferencial y se realizan pruebas a veces innecesarias.

Caso 1: Niña de 12 años que acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos de horas de evolución. E. Física. abdomen blando con sensibilidad difusa. A. Personales y familiares, sin interés. Analítica completa y radiografía de abdomen, normal. Ante la persistencia del dolor y los vómitos biliosos, se realiza ecografía abdominal normal y ecografía ginecológica con sospecha de absceso en FID. TC abdominal: aumento de densidad en FID, intraluminal en ciego, sin significación patológica. El dolor y los vómitos biliosos persisten y le despiertan por la noche; no ceden con analgésicos ni placebo. La 2^a noche del ingreso refiere espontáneamente pánico a volver al colegio. En el instituto que ha iniciado este año, hay dos compañeras con prácticas de "riesgo" (fumar, beber) que le amenazan con "matarla" si no las acompaña o lo dice en casa. Se inicia tratamiento con ansiolíticos y terapia de apoyo, desapareciendo la sintomatología.

Caso 2: Niño de 11 años seguido en la consulta de Pediatría por dolor abdominal intermitente en epigastrio con sensación de reflujo ocasional. Tránsito EED: hernia de hiato deslizante con reflujo gastroesofágico masivo. pHmetría: reflujo leve (IR 9,4%). Resto, con ecografía abdominal, normal. Antecedentes sin interés. Recibe tratamiento con ranitidina sin mejoría, derivándose a la consulta de digestivo para endoscopia. En la anamnesis, el niño no refiere clínica de reflujo aunque la abuela cuenta un cuadro grave y tórpido de dolor abdominal. Llama la atención el comportamiento fuertemente inhibido del niño. Se le historia sin la abuela presente, refiriendo agobio escolar con insultos ("fideo, subnormal, apestado y enfermo"). "Quisieron tirarle por la escaleras y romperle las gafas". No tiene amigos y dicen que "su abuela esta loca". Seguido por psicólogo desde hacía tres años quien desaconseja el cambio de colegio sugerido por los padres. Se inicia tratamiento con ansiolíticos, posponiéndose la endoscopia.

Conclusiones: 1) El acoso escolar (*bullying*) es una causa frecuente de patología psicossomática. 2) La falta de sensibilización desde el entorno escolar del niño hace difícil su detección. 3) Se debe prestar atención a este aspecto e interrogar directamente al niño que a veces lo oculta a los padres.

P460 17:40 h LAS CONSECUENCIAS DE LOS TRAUMATISMOS PEDIÁTRICOS. REPERCUSIÓN A LARGO PLAZO EN CUANTO A SITUACIÓN FUNCIONAL Y GRADO DE ADAPTACIÓN SOCIAL

Paula Rivas Pumar, María del Carmen Mosquera Agrelo, Lorenzo Redondo Collazo, Federico Martínón Torres, Antonio Rodríguez Núñez

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

Antecedentes y objetivos: Los traumatismos son una causa importante de morbilidad pediátrica; la discapacidad a largo plazo que provocan ha sido poco estudiada. Este estudio ha intentado conocer su impacto a largo plazo sobre la funcionalidad física y psíquica y la calidad de vida de los pacientes.

Métodos: Estudio observacional transversal que incluyó los 92 niños ingresados en nuestra UCIP en 1999 y 2000 por traumatismos graves y sobrevivieron. Entre 4 y 5 años después, los familiares y, cuando fue posible, los pacientes fueron entrevistados, evaluándose la situación funcional con la escala Pediatric Overall Performance Category (POPC), la situación neurológica mediante la escala Pediatric Cerebral Performance Category (PCPC), así como la percepción subjetiva de calidad de vida y el nivel de adaptación social alcanzado.

Resultados: Al ingreso, la edad de los pacientes era de 9,0 + 4,3 años (rango 0,5-19). Las causas de los traumas fueron: accidentes de tráfico (39,1%), caídas (26,1%), accidentes de bicicleta (17,4%) y otros accidentes (7,6%). La situación clínica fue considerada moderada en 40,2%, grave en 31,5% y muy grave en 29,3%. El 75% presentaban traumas craneoencefálicos, el 25% traumas esqueléticos, el 11% traumas abdominales y el 13% otros traumatismos. Al alta hospitalaria, el 20,6% presentaban alguna secuela. El 79,3% precisaron seguimiento en consultas especializadas. En la evaluación, el 94,5% tenían una puntuación de 1 (normalidad) según las escalas POPC y PCPC. El 1,1% tenía POPC y PCPC de 2, otro 1,1% obtuvo 3 puntos y el 3,3% tenía 4 puntos en ambas escalas. El 6,5% precisaba algún tipo de ayuda para realizar sus actividades diarias, el 10,8% presentaba alguna alteración psicológica. La estimación subjetiva de la calidad de vida tuvo una mediana 9 (rango 2-10), mientras que el grado de distorsión de la dinámica familiar estimado tuvo una mediana de 0 (rango 0-10). El 20,6% de los padres refirieron pérdida de trabajo, separación o problemas psicosomáticos.

Conclusiones: La mayoría de los niños que sobreviven a un traumatismo grave tienen una buena situación funcional a largo plazo. Aunque los niños con secuelas importantes son escasos, sufren serias dificultades para su adaptación social, por lo que se deberían poner en marcha estrategias dirigidas a mitigar este problema.

P461 17:45 h EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y CAUSAS DE MUERTE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: 1996-2002

Sabina Pérez Vicente, Andreu Nolasco Bonmatí, Pamela Pereyra Zamora, Inmaculada Melchor Alós

Universidad de Alicante, Alicante y Registro de Mortalidad de Alicante, Alicante.

Antecedentes: La mortalidad infantil (MI) se ha reducido desde el pasado siglo a nivel mundial presentando notables dife-

rencias entre regiones desarrolladas y en desarrollo. Al mismo tiempo, la MI, presenta diferencias por causa de muerte.

Objetivo: Describir la tendencia de la MI y de sus principales causas de defunción en la Comunidad Valenciana (CV) durante el período 1996-2002.

Métodos: Se hace uso de los datos del registro de mortalidad de la CV de los años 1996 al 2002. Estos, fueron organizados considerando una lista reducida de 86 causas de muerte de acuerdo a la novena y décima clasificación de enfermedades. Para el cálculo de los indicadores de mortalidad, se ha hecho uso de la población infantil procedente del Instituto Nacional de Estadística. Se han calculado tasas de MI, neonatal, neonatal precoz, neonatal tardía y postneonatal, totales y estratificadas por sexo. De igual forma, se calculan las tasas específicas de mortalidad para las principales causas de muerte en MI.

Resultados: Las defunciones proceden del Registro de Mortalidad de la CV. En las defunciones se incluyen los nacidos vivos y fallecidos antes de las 24 h y las defunciones de más de 24 h de vida. Se analiza la mortalidad de acuerdo a la lista abreviada de causas de la CV (86 causas) tanto para las defunciones cuya causa básica ha sido codificada con CIE-9 como en CIE-10, no habiendo problemas de comparabilidad. Los datos referentes a población infantil proceden del Instituto Nacional de Estadísticas. Se han calculado tasas de MI, neonatal, neonatal precoz, neonatal tardía y postneonatal, por sexo y para ambos sexos conjuntamente. De igual forma, se calculan las tasas específicas de mortalidad para las principales causas de muerte de la MI.

Conclusiones: La disminución de la MI durante estos años a estudio es menor que la observada en décadas anteriores. Se produce una disminución de las tasas más pronunciada en las cifras de mortalidad neonatal e infantil total y por sexo.

Respecto a la mortalidad por causa de muerte, se ha observado en todas ellas una tendencia descendente, menos por causas perinatales en las que, además de darse tasas más elevadas, el aumento de mortalidad que se produce es notable, especialmente en los recién nacidos de sexo masculino.

P462 17:50 h LACTANCIA MATERNA SEGÚN ETNIA EN UN CENTRO DE SALUD

Lourdes Jovani Roda, Carina Aguilar Martín, Montse Nadal Ríos, Irene Mayor Peueroles, Pilar Gutiérrez Culsant, Cristina Verdera Benedicto

CAP La Sénia, Tarragona y CAP Ulldecona, Tarragona.

Introducción: La heterogeneidad de razas es un hecho en nuestros centros de salud. Conocer sus rasgos característicos nos ayuda a adaptarnos mejor a sus necesidades.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de todos los niños nacidos entre agosto del 1999 a septiembre del 2003 en Ulldecona.

Resultados: Tenemos 204 casos (112 niños y 92 niñas), de distintas etnias: 76% autóctonos, 13,7% magrebíes, 8,3% de Europa del Este, 1,5% Sudamericanos y 0,5% Subsaharianos. Estudiamos distintas variables como: edad gestacional, tipo de parto, peso al nacimiento, separación madre-hijo por patología neonatal, tipo de lactancia, tiempo de lactancia materna exclusiva media (LME), y total (LMT), motivo del destete, gemelaridad, hijos previos, edad, nivel de estudios y trabajo materno.

Los niños inmigrantes tienen mayor peso al nacimiento ($P = 0,002$), más prevalencia de lactancia materna ($P = 0,0001$) y más semanas de LME y LMT ($P = 0,006$ y $P = 0,0001$, respectivamente), tienen madres más jóvenes ($P = 0,0001$), con menor nivel de estudios ($P = 0,0001$) y menor trabajo fuera del hogar ($P = 0,0001$). Para el resto de variables no encontramos diferencias significativas.

No influye en el tipo de lactancia escogido ninguno de los factores estudiados excepto la etnia y la gemelaridad, y para el tiempo de LME y LMT son factores determinantes la etnia, el trabajo fuera del hogar y los días de separación madre e hijo en época neonatal.

Conclusiones: Los inmigrantes tienen una actitud ante la lactancia con connotaciones propias, que conlleva mayor incidencia y prevalencia de la LM.

P463 17:55 h AVALIAÇÃO DO APRENDIZADO DAS LACTANTES EM UM AMBULATÓRIO DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

Denise Neves Pereira, Silvana Salgado Nader, Paulo Nader, Cláudia Chitolina, Diana Wruck

Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre (Brasil).

Antecedentes e objetivos: O objetivo desse estudo foi o de avaliar o conhecimento das lactantes, a respeito de tópicos importantes em aleitamento materno, antes e após a primeira consulta no ambulatório de amamentação de uma Unidade Básica de Saúde, em Canoas (RS), Brasil.

Métodos: Optou-se por realizar um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, através da aplicação de um questionário com perguntas dirigidas ao conhecimento materno sobre aleitamento, antes e após a intervenção, que consistia na primeira consulta no ambulatório de amamentação. Ao todo, foram avaliadas, trinta e sete mães de lactentes. Foram excluídas desse estudo as pacientes que não estavam amamentando no momento, as que tinham algum grau de deficiência mental, e as que não permitiram a entrevista ou que não estavam consultando pela primeira vez. Foi feita uma análise qualitativa do conteúdo, do tipo temática.

Resultados: Encontramos uma melhora do conhecimento das mães em relação às vantagens do leite materno (LM) para o bebê e para a mãe, observando-se uma significativa melhora na aquisição desse último, após a consulta no ambulatório de amamentação. Quanto ao tempo ideal de aleitamento materno exclusivo, não houve mudanças significativas após a consulta ambulatorial, visto que as lactantes entrevistadas já possuíam conhecimento prévio de que o LM deva ser exclusivo até o sexto mês de vida. Com relação ao tempo de amamentação com alimentos complementares, encontramos, no nosso estudo, um pequeno acréscimo favorável após a realização da consulta. Em relação ao mito do leite fraco, não houve mudança significativa nas respostas, sendo que a maioria referiu que não existe leite fraco. Com relação à motivação para o aleitamento, não houve mudança significativa antes e após a consulta, sendo que a saúde para o bebê foi a maior motivação encontrada.

Conclusões: Concluimos que, apenas uma consulta com abordagem em aleitamento materno, já foi suficiente para se notar um acréscimo em alguns aspectos relacionados ao conhecimento de amamentação. Isso vai de encontro à necessidade de incentivo à amamentação em todas as unidades básicas de saúde, garantindo os benefícios que o aleitamento gera para a população.

P464 18:00 h PROPIEDADES DE LOS FÁRMACOS IMPLICADOS EN LAS INTOXICACIONES EN PEDIATRÍA

Celia M. Rodríguez Rodríguez, Gemma Novoa Gómez, Cristina Lorenzo Legerén, Clara García Cendón, Patricia Pernas Gómez, M. Carmen García Barreiro, Yolanda Pérez Saldeño, Susana Rey García, Pilar Casados Cembreros, Federico Martín Sánchez
Complejo Hospitalario, Ourense.

Antecedentes y objetivos: El abanico de sustancias tóxicas con las que se puede contactar en la edad pediátrica es muy amplio. Mi objetivo es reconocer las características de los medicamentos que están implicados en las intoxicaciones en nuestra área de influencia y así contribuir a su prevención.

Métodos: Se registran los datos de los fármacos implicados en los episodios de intoxicación que ocurrieron en nuestro Hospital en niños de 0 a 14 años durante el período 1993-2003. Seguimos la Clasificación Anatómica de Especialidades Farmacéuticas

Resultados: En los 248 casos revisados, están implicados 265 fármacos, de los que se identifican 92,5%, que correspondían a 110 productos. El nombre comercial consta en 92%. La vía de administración es la digestiva en 246 de los 248. El tóxico forma parte de la medicación de uso habitual por el niño en el 60%, de los padres 34,8% y de los abuelos 8,6%. Se registran 95 principios activos distintos, que se presentan 304 veces. Destaca el paracetamol 13,16%. La mayoría pertenecen a los sistemas nervioso, respiratorio y digestivo. Según el grupo terapéutico principal, los que aparecen en más ocasiones son los analgésicos, seguidos de los psicodélicos y los antiarrítmicos. Se conocen las formas farmacéuticas del 97%. Los comprimidos son la presentación más frecuente respecto al total 35,8%. Sin embargo al considerar su estado físico, las formas líquidas predominan cuando se trata de intoxicaciones accidentales y las sólidas en los episodios intencionados. Respecto al color de las presentaciones, se conoce el 80%, siendo el blanco el color más repetido; el rojo está implicado con más frecuencia cuando el motivo de intoxicación es la ingesta accidental por parte del niño ($p = 0,75$). Conocemos las propiedades organolépticas del 49%, el sabor fresa era más frecuente que los demás, aparecía en el 23,4% cuando se presenta el de fresa es más probable que se produzca la ingesta accidental niño, con un riesgo relativo de 2,66. ($p = 0,05$), seguido del limón 8,3%.

Conclusiones: Estos productos farmacológicos, deben ser objeto de revisión y sus formas de presentación deben evitar los factores que se observaron de riesgo e incorporar las medidas de seguridad necesarias para impedir las consecuencias de su abuso.

P465 18:05 h EL BULLYING: CAUSA DE RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO

Amagoia Andrés Olaizola, Itziar Fernández Respaldiza, Víctor Quintero Calcaño, Ana Fernández-Teijeiro Álvarez, Itziar Astigarraga Aguirre, M. Aurora Navajas Gutiérrez
Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

El elevado nivel de alerta que los pediatras tenemos actualmente frente a casos de *bullying* (acoso en el ámbito escolar) y de cualquier cambio de actitud o alteración de la conducta ha-

bitual en el niño no debe suponer un retraso en el diagnóstico de otras patologías.

Caso clínico: Varón de 12 años, asmático y con sobrepeso. Presentaba tos, anorexia, vómitos y disfga progresiva de 2 meses de evolución. Pérdida de peso en este período de 8 kg. Se identificaron problemas en el ámbito escolar sospechándose *bullying* pautándose seguimiento psicológico y ansiolíticos. A los 2 meses del inicio del cuadro, constatada la pérdida ponderal y con empeoramiento paulatino de la clínica, acude al hospital donde se documenta ortopnea. Se realiza radiografía de tórax en la que se observa la presencia de masa mediastínica, y se refiere al Hospital de Cruces para completar estudio. El examen físico aporta, polipnea y taquicardia (FR; FC), edema en esclavina de predominio izquierdo, miosis ojo izquierdo, hipoventilación en hemitórax izquierdo y desplazamiento del latido cardíaco a la derecha y hepatomegalia de 3 cm bajo reborde costal. Ante la sospecha de linfoma se realiza TC que evidencia, una masa lobulada en mediastino anterior de 16 14 22 cm, que desplaza la vía aérea con derrame pleural y pericárdico. Se programa biopsia a través de espacio supraclavicular y se completa estadije tumoral. Es diagnosticado de Linfoma de Hodgkin subtipo esclerosis nodular estadio 2B. Se inicia quimioterapia con franca mejoría clínica y disminución importante de la masa en el control de la radiografía de tórax realizada a los 10 días.

Conclusiones: 1) La sospecha de *bullying* o acoso en el medio escolar puede suponer retraso en el diagnóstico de otros procesos patológicos. 2) La presencia de un síndrome constitucional debe alertar a la realización de los exámenes complementarios adecuados para descartar procesos oncológicos. 3) El diagnóstico adecuado y la instauración precoz del tratamiento quimioterápico, conlleva la rápida resolución de los síntomas y de la imagen en los niños con procesos linfoproliferativo.

P466 18:10 h IMPACTO DE LA MIGRACIÓN EN LA SALUD INFANTIL

Patricia Lorena Paredes Lascano, Leonardo J. Bravo Valencia, Andrés E. Calle Miñaca

Hospital Municipal Ntra Sra de la Merced, Quito (Ecuador) y Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.

El objetivo fue estudiar niños(as) de padres emigrantes y la influencia de este fenómeno en la morbilidad orgánico psíquica. El estudio epidemiológico descriptivo de conjunto, en 100 niños(as), se realizó en el Hospital Municipal, durante el período 2003-2003 a 2004-2004, se realizó un análisis descriptivo e inferencial con la t de Student y T de diferencia de proporciones, considerando un nivel alfa igual o menor a 0,05 para ser considerado significativo.

La edad media fue de $7 \pm$ años. El 59% fue masculino. El 21% tiene edad preescolar; escolar el 68% y secundaria el 9%. Los tutores en su mayoría son los abuelos (46%), los cuáles son agricultores o desarrollan labores domésticas. La ausencia de su(s) padres es mayor a tres años (54%). La madre ausente es menor de 30 años (61%) y el padre (34%) para la misma edad, siendo mujeres y hombres jóvenes en plena edad productiva. La instrucción de los padres es baja (madre con educación primaria: 44%, y padre: 59%). El 72% de los padres son casados o tiene unión estable. El destino preferencial es España (padre:

46%, madre: 55%), donde trabajan en labores no profesionales. Las patologías respiratorias y diarreicas constituyen la patología prevalente (43%), pero existe también Varicela 10%, Hepatitis 5%, llama la atención signos evidentes de maltrato: quemaduras, equimosis etc. El 20% de casos tiene historia de abuso sexual; en el 33% existe penetración (7 casos). El 40% de los abusadores son familiares. El 36% de niños(as) presenta disminución del crecimiento y desnutrición de diversos grados. En el diagnóstico psicológico destaca conducta agresiva (20%), ansiedad (10%), depresión (12%), baja autoestima, enuresis (10%) y aquellos niños eutímicos simplemente son resilientes. En general existen alteraciones del desarrollo psicomotor (17%) y violencia intrafamiliar (20%), y consumo de drogas (7%); destacan casos de intento de suicidio. El bajo rendimiento escolar fue la regla sumándose a ello deserción escolar.

Se concluye que el abandono genera un fenómeno en cadena denominado maltrato infantil, dependiente del estado. Es una necesidad urgente en los pueblos latinoamericanos que aún tienen el sueño del paraíso europeo, que los gobiernos contrapongan el discurso frente a la solución de la crisis social.

P467 18:15 h DOLOR LUMBAR DE ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE EN UN ADOLESCENTE DE DOCE AÑOS

María Dolores Gómez Bustos, Andrea Campo Barasoain, María Dolores Romero Torres, Francisco Calvente Delgado, José Andrés Conejero Casares, Antonio González-Meneses López

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Antecedentes y objetivo: El dolor de espalda es un problema común entre niños y adolescentes y su prevalencia ha aumentado en relación a factores mecánicos y psicosociales. El incremento de las consultas por este motivo, determina la importancia de la exploración clínica en los niños con lumbalgia.

Métodos: Adolescente de 12 años que consulta por dolor lumbar de días de evolución, tratado con ibuprofeno. A la semana reconsulta por dolor en cara posterior de muslos, debilidad e impotencia funcional de 24 h de evolución. Tras tratamiento con reposo y antiinflamatorios sin mejoría, se ingresa. Deportista habitual y sin antecedente traumático claro. Exploración: aceptable estado general, fenotipo atlético. Marcha anómala, lenta, con flexión de caderas y rodillas. Actitud escoliótica, con ritmo lumbosacro alterado y test de Schober patológico (3,5). Movilidad lumbar limitada con dolor a la extensión, flexión y lateralización izquierda. No dolor a la palpación de apófisis espinosas. Contractura paravertebral. Lassegue positivo bilateral a 40° y maniobra del trípede positiva. Sensibilidad conservada, reflejos cutáneos presentes y de estiramiento muscular abolidos en miembros inferiores. Maniobras sacroilíacas negativas. Resto normal. Pruebas complementarias: hemograma, orina, VSG, PCR y ASLO normales; serología a VEB, CMV, toxoplasma, parvovirus B19 y brucella negativa; CPK 700 U/l, control 272 U/l. Radiografía (AP y L) de columna lumbar: lateralización izquierda, rarefacción en borde superior de S1 y estrechamiento del espacio intervertebral L5-S1. RM de columna lumbar: herniación del núcleo pulposo en el disco L5-S1, posteromedial, extruida, que comprime ambas raíces S1.

Conclusiones: La hernia discal es una patología infrecuente en el niño y generalmente se asocia a la práctica de algún deporte

o a traumatismo. Los discos herniados son de carácter elástico y los espacios habituales son los dos inferiores de la columna lumbar. Las manifestaciones clínicas difieren de las del adulto, sumándose a los signos clásicos de compresión radicular, una alteración de la marcha con flexión de rodillas, rigidez lumbar y una distribución atípica del dolor. Todas las modalidades de tratamiento parecen ser efectivas en el niño, y en este caso se optó por un tratamiento conservador, añadiendo a la terapia farmacológica, la confección y colocación de un corsé de fibra de vidrio en corrección en tracción axial.

URGENCIAS Y CUIDADOS INTENSIVOS

P468

17:15 h

¿COMO DEBE ACTUAR EL PEDIATRA ANTE UN TRAUMATISMO DENTARIO EN UN NIÑO?

Vanessa Paredes Gallardo, Bernardo Mir Plana, Carlos Paredes Cencillo

Centro de Salud Serrería I, Valencia, Rafelbunol, Valencia y Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Los traumatismos dentarios son accidentes muy frecuentes entre la población infantil. Estudios recientes han revelado que aproximadamente entre 4 y 30% de todos los niños españoles han sufrido a lo largo de su vida algún tipo de traumatismo en los dientes anteriores tanto temporales como permanentes.

Los niños son más propensos a sufrir lesiones en la dentición permanente que las niñas, especialmente entre los 7-11 años. En la dentición temporal no ocurre lo mismo, puesto que la prevalencia entre sexos es similar ocurriendo la mayoría de los traumatismos entre los 2-4 años.

El pediatra, al ser generalmente el profesional sanitario que primero reconoce al niño tras un traumatismo, debe conocer las medidas de urgencia en cada caso y aconsejar a los padres el modo de actuación.

Proponemos un esquemático y sencillo protocolo de actuación con representativas fotografías tanto para dentición temporal como permanente. Este protocolo diferenciaría entre: 1) Avulsión: Salida completa del diente de su alveolo. En dentición temporal no se debe reimplantar o recolocar el diente de nuevo en su alveolo, mientras que en dentición permanente sí, siendo cruciales el tiempo transcurrido entre el traumatismo y el reimplante, así como el medio de transporte del diente avulsionado. 2) Luxación: Desplazamiento del diente dentro de su propio alveolo sin que se produzca la salida del mismo. En dentición temporal se debe esperar a la reerupción espontánea del diente, mientras que en dentición permanente se debe recolocar en su lugar apropiado mediante fuerzas ortodóncicas (tratamiento de ortodoncia posteriormente). 3) Fractura: Diferentes grados de rotura de un fragmento del diente. En dentición temporal no se debe reconstruir, mientras que en dentición permanente sí. En la mayoría de los casos, los traumatismos pueden ir acompañados de heridas en la cara y/o labios que deben tratarse correctamente, además deben ir acompañados de tratamiento antibiótico específico y de antisépticos bucales como la clorhexidina. Es importante la observación del calendario vacunal del niño.

P469

17:20 h

ANTITÉRMICOS EN LA INFANCIA: CAMBIOS EN LOS HÁBITOS POBLACIONALES

Amaia Rodríguez Serna, Eider Astobiza Beobide, María González Balenciaga, Mikel Santiago Burrutxaga, Santiago Mintegi Raso, Javier Benito Fernández

Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

Introducción: En una encuesta realizada en nuestro Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) en el año 2000, el AT más utilizado en la infancia fue el paracetamol, siendo en menores de 2 años la alternativa preferida el ibuprofeno y en los mayores el AAS. Los hábitos poblacionales de utilización de antitérmicos (AT) fueron, en general, correctos.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar la existencia o no de cambios en los hábitos poblacionales en el uso de AT en la infancia en nuestro entorno en los últimos años.

Pacientes y método: Comparación de los resultados de 2 encuestas realizadas de manera aleatoria a los acompañantes de niños que consultaban en un SUP en 2000 (200 pacientes) y 2004 (421).

Resultados: El lugar de registro de temperatura preferido fue la axila (83,5% en 2000 *vs* 77,2% en 2004, $p = 0,08$), siendo el registro rectal casi exclusivo de los menores de 2 años (70% en el 2000 y 77,4% en 2004). En estos últimos, la temperatura rectal se registró en torno al 30%. El termómetro digital se convirtió en el de elección (46% en 2000 *vs* 60,6% en 2004, $p = 0,0008$), sin encontrarse diferencias en las distintas edades. El administrador principal del antitérmico fue la madre (72% de forma exclusiva en 2000, 81% en 2004, $p = 0,01$) y más del 95% escogió la vía oral en ambos años. Cerca del 40% recibió AT con una temperatura $< 38^{\circ}\text{C}$ y alrededor de la mitad de los pacientes recibieron medidas físicas además del tratamiento medicamentoso. Se detectaron cambios significativos a la hora de escoger el AT: el ibuprofeno se ha convertido en el AT de elección (18% en 2000 *vs* 48,9% en 2004, $p < 0,00001$), habiendo descendido el porcentaje de familias que utilizan preferentemente el paracetamol (56% *vs* 45,4%, $p = 0,01$) y, sobre todo, aspirina (20,5% *vs* 1%, $p < 0,00001$). Todos los niños menores de 6 meses habían recibido de forma exclusiva paracetamol, y de los menores de 12 meses un 83%. Alternaron AT alrededor de la mitad de las familias en ambas series.

Conclusiones: El termómetro digital ha desplazado al de mercurio en la forma de registrar la temperatura en los niños con fiebre y el ibuprofeno se ha convertido en el AT de elección en el tratamiento de estos niños, salvo en los menores de un año.

P470

17:25 h

ASPECTOS MEJORABLES DE LOS HÁBITOS DE MANEJO DE LA FIEBRE EN LA INFANCIA

Amaia Rodríguez Serna, María González Balenciaga, Eider Astobiza Beobide, Susana Capapé Zache, Santiago Mintegi Raso, Javier Benito Fernández

Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

Introducción: La fiebre constituye el principal motivo de consulta en los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) por la preocupación que genera sobre todo en los niños pequeños. La

administración de antitérmicos (AT) constituye una parte importante del manejo del niño con fiebre. A pesar de ser fármacos relativamente seguros, no están exentos de efectos secundarios y constituyen la primera causa de intoxicación accidental en la infancia.

Objetivo: Detectar los posibles errores en el manejo de la fiebre por parte de los padres en nuestro entorno.

Pacientes y método: Estudio prospectivo de 421 encuestas realizadas de forma aleatoria a acompañantes de los niños que consultan en un Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) desde el 15 junio hasta el 15 octubre de 2004.

Resultados: Más de la mitad de los encuestados considera fiebre una temperatura inferior a 38 °C y cerca del 80% de las familias registra la T³ en axila, si bien este porcentaje disminuye al 54% en los menores de 2 años. El 67,9% conoce la existencia de taponés de seguridad en los AT y utiliza preparados con este dispositivo el 54,4%. El padre participa en la administración del antitérmico en 68 casos (16,5%) y la madre en 406 (96,4%, $p < 0.00001$). Cerca de la mitad de los encuestados administra el AT con temperatura por debajo de 38 °C. El 10,4% administra una dosis incorrecta de AT: el 7,8% una dosis inferior a la correcta (la mayoría ibuprofeno) y el 2,6% una dosis excesiva (la mayoría paracetamol). Alrededor del 5% de los acompañantes reconocieron administrar el AT con un intervalo menor de 4 h y consideró que el efecto del AT debía ocurrir en los primeros 30 min tras la administración. El 46% de los encuestados alterna AT en el mismo episodio febril. Más de la mitad de los encuestados asoció fiebre elevada con patología grave y cerca del 80% relacionó el no descenso de la temperatura tras la administración del AT con patología grave.

Conclusiones: los hábitos poblacionales en el manejo de la fiebre durante la infancia son, en general, adecuados. Los aspectos de mejora debieran incidir en un mejor conocimiento del significado de la fiebre, una más amplia utilización de preparados con tapón de seguridad y una mayor implicación del padre en la administración de los AT.

P471 17:30 h INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS EN PEDIATRÍA

Celia M. Rodríguez Rodríguez, M. Carmen García Barreiro, Susana Rey García, Cristina Lorenzo Legerén, Clara García Cendón, Patricia Pernas Gómez, Gemma Novoa Gómez, Federico Martín Sánchez
Complejo Hospitalario, Ourense.

Antecedentes y objetivos: El aumento del nivel económico de la población se relaciona con el incremento de los accidentes infantiles. Al analizar las circunstancias epidemiológicas de las intoxicaciones medicamentosas en nuestra área de influencia, quiero contribuir a su mejor pronóstico y prevención.

Métodos: De forma retrospectiva analizamos las historias clínicas de los pacientes entre 0 y 14 años con sospecha de intoxicación por fármacos, atendidos en nuestro Hospital, desde 1993 a 2003.

Resultados: Se registran 248 casos y 265 fármacos. El porcentaje acumulado en el periodo 1994-1998 es 34,4% mientras que en 1999-2003, 53,3%, que representan el 0,093% del total de consultas urgentes. Ingesta por parte del niño de modo accidental 78%, intencional 3,6% y error en la administración

14,9%. La distribución según sexo es 103 niños (41,5%) y 145 niñas (58,5%). Respeto a la edad, la media cuando la ingesta es accidental 3,27 años, intencional 12,5 años y la varianza cuando se trata de error al administrar el fármaco 23,18. Recibieron el tóxico varios niños juntos 3,2%; polimedimentosas en el 6%; recidivan el 4%. El lugar de intoxicación fue el domicilio en el 98% 131 niños (53%) pertenecían al medio urbano y 117 (47%) al medio rural. Factores como drogadicción y negligencia por parte de los cuidadores, así como la desestructuración familiar son recogidos en 16 episodios (6,5%) de las historias clínicas revisadas. La vigilancia del niño en el momento de la intoxicación fue nula en 141 (56,9%) y escasa en 107 (43,1%); en estos casos el adulto estaba presente pero no prestaba suficiente atención al niño. Clínica: asintomáticos 54,5%, manifestaciones neurológicas el 68% de los sintomáticos. Buena evolución en el 100%. Los pacientes con patologías concurrentes y los que reciben el tóxico de forma pautada presentan clínica más frecuentemente. Reciben asistencia médica previa 19,7% y tratamiento 55% de ellos.

Conclusiones: Las intoxicaciones por fármacos presentan una tendencia al aumento en los últimos años en nuestra área de influencia, relacionada con la mayor disponibilidad en los domicilios de formas de presentación atractivas. Debemos incidir en la educación de la población para prevenir y ante la sospecha actuar rápida y eficazmente.

P472 17:35 h ASMA CASI FATAL: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS Y DE PACIENTES CON PERFIL DE ALTO RIESGO

Ángela Sempere Pérez, Roberto Reig, Ana Gutiérrez Amorós, Belén Romero Hidalgo, Fernando Alonso Ortega, Lorea Ruiz Pérez, Mónica Belda Anaya
Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción y objetivo: El asma es la enfermedad crónica más prevalente en la infancia (5-20%). Es una de las causas fundamentales de hospitalización y consulta.

“Asma casi fatal” o “estatus asmático” (ACF): Crisis aguda de broncospasmo con hipoxemia, importante trabajo respiratorio, con agotamiento o alteración de conciencia, consecuencia de la insuficiente respuesta al tratamiento (oxígeno, broncodilatadores y corticoides). Su frecuencia es 5/100.000 pacientes con asma/año habiéndose identificado múltiples factores de riesgo y desencadenantes que aumentan su probabilidad.

El objetivo del estudio es detectar factores relacionados con riesgo de muerte por asma mediante evaluación de los que sobrevivieron a un episodio ACF. Establecer un perfil común para identificar pacientes de alto riesgo.

Métodos: Revisión de historias clínicas de niños con ACF ingresados en Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de mayo-2001 a mayo-2004, describiendo las características epidemiológicas, enfermedades y factores relacionados y precipitantes del episodio.

Resultados: Se registraron 15 casos de ACF, 8 niños y 7 niñas. La edad media fue 25 meses, predominando de 1-4 años. Un 27% referían antecedentes familiares de asma. El 53% había tenido más crisis en el último año, habiendo requerido ingreso un 34%, 27% en UCIP. Sólo un 33% eran seguidos por especialis-

tas, y hasta el 73% carecía de tratamiento de base y plan de intervención precoz. En el 80% se determinó factor desencadenante, el más frecuente las infecciones. Predominan crisis de evolución lenta (53%), sin tratamiento prehospitalario, encontrando mayor número de ingresos por la noche y en otoño-invierno. El 60% presentaron complicaciones durante su ingreso, precisando el 47% ventilación mecánica.

Conclusión: El tratamiento del asma debe ser multifactorial. Es importante identificar los pacientes de riesgo elevado y conseguir la reducción de estímulos o factores precipitantes de dichas crisis. Particular atención deberán recibir los que han ingresado previamente y más aún los que han padecido una de ACF por el riesgo de reincidencia. No todas las ACF presentan estas características, por lo que se debe considerar toda crisis como potencialmente fatal.

P473 17:40 h MIDRIASIS UNILATERAL POR BROMURO DE IPRATROPIO

Juan Diego Toledo Parreño, Antonio Sánchez Andrés, Luis Maestre López

Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La midriasis unilateral arreactiva es una entidad poco frecuente en la infancia, de etiología múltiple y de diversa gravedad, que tiene una serie de connotaciones médicas a considerar de cara a su abordaje diagnóstico.

Caso clínico: Presentamos a un paciente de 3 años de edad, que acude a Urgencias de nuestro hospital, por haberle notado sus padres una dilatación de la pupila izquierda de aparición brusca, sin antecedente traumático previo. Como antecedentes de interés, destacar que se trata de un paciente con broncospasmos de repetición, que en los últimos días estaba siguiendo tratamiento con medicación inhalada (salbutamol y bromuro de ipratropio), que recibía con cámara de inhalación y mascarilla. Tras la toma de las constantes y una exhaustiva exploración neurológica, que resultaron normales, se descartó localización neurológica. Los tóxicos en orina, fueron negativos. Se remite al Servicio de Oftalmología para valoración, observándose reflejo fotomotor ipsilateral y reflejo consensuado contralateral abolidos. Se realizó un fondo de ojo, que fue normal y un test de Pilocarpina (0,125% y 1%), tras el cual, persistía la midriasis. Ante la sospecha de intoxicación local farmacológica, se decide ingreso preventivo en Observación, apreciándose una mejoría progresiva en las primeras 12 h, con normalización total de la pupila en 18h, dándose de alta a las 24 h de su ingreso con el diagnóstico de Midriasis Unilateral secundaria a Intoxicación Local por fármacos anticolinérgicos.

Discusión: Dada la gran cantidad de pacientes pediátricos que están siendo tratados con medicaciones inhaladas, sus efectos adversos, incluso los infrecuentes, como el que supone nuestro caso clínico, la midriasis unilateral por intoxicación local, han de tenerse en cuenta, de cara al posterior abordaje diagnóstico y terapéutico, para, de este modo, evitar exploraciones innecesarias y potencialmente dañinas. En ninguno de los casos de la bibliografía revisada, la neuroimagen fue positiva y en varios de ellos se omitió la realización del test de la Pilocarpina previamente al TC, a pesar de exploraciones neurológicas citadas como sin localización aparente.

P474 17:45 h TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO TRAS NEUROCIRUGÍA

Ana M. Reina González, Nuria García Zarza, Miguel Muñoz Sáez, Julio Salvador Parrilla Parrilla, Elena Mellado Troncoso, Elia Sánchez Valderrábanos, M. Teresa Charlo Molina, Javier Márquez Rivas, José Domingo López Castilla, Mercedes Loscertales Abril Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP) son enfermedades poco frecuentes en la edad pediátrica, generalmente asociadas a factores de riesgo identificables, como cirugía, inmovilización, edades pediátricas extremas (neonatos y adolescentes), obesidad y catéter venoso central, siendo este último el más relevante. Las indicaciones actuales de profilaxis de enfermedad tromboembólica en niños contemplan principalmente enfermedades e intervenciones cardiovasculares.

Caso clínico: Niño de 12 años de edad y 57 kg de peso que ingresa en la UCI por insuficiencia respiratoria aguda. Antecedentes personales: hospitalizado desde un mes antes por intervención de craneofaringioma habiendo presentado en el postoperatorio una fistula de LCR, que precisó un drenaje lumbar externo y posteriormente una meningitis por *Haemophilus influenzae b*, recibiendo antibioterapia intravenosa. En las 12 h previas a su ingreso comienza con disnea, taquipnea y sibilancias en la auscultación cardiorrespiratoria; con empeoramiento progresivo y asociación de ortopnea, subcianosis, mala perfusión periférica e inestabilidad hemodinámica. Se traslada a la UCIP, donde se le monitoriza y se solicitan radiografía de tórax, sin hallazgos patológicos; ECG, con taquicardia sinusal, elevación del segmento ST y ondas T prominentes en todas las derivaciones y gasometría venosa, con hipoxemia e hipocapnia. Ante estos hallazgos y bajo la sospecha de TEP, se realiza una angio-TC pulmonar con carácter de urgencia, que confirma el diagnóstico de TEP masivo, iniciándose tratamiento con heparina intravenosa. Sufre episodio de parada cardiorrespiratoria, que no responde a medidas de reanimación cardiopulmonar avanzada, siendo éxitus 45 min después.

Comentarios: El TEP es una enfermedad poco conocida en la infancia, cuyos síntomas y signos suelen ser inespecíficos. Los hallazgos ECG inespecíficos y la radiografía de tórax generalmente normal precisándose un alto grado de sospecha para su diagnóstico.

Es necesario la revisión de protocolos de profilaxis de TEP y TVP que amplíen sus indicaciones a pacientes sometidos a cirugía mayor, inmovilización prolongada, canalización de vías venosas centrales, obesidad.

P475 17:50 h SÍNDROME DE REYE LIKE RECURRENTE

Inmaculada Vives Piñera, Encarnación Bastida Sánchez, Carlos Pérez Cánovas, Pedro Torres Tortosa, Cinta Téllez González, Susana Reyes González, M. Juliana Ballesta Martínez Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El síndrome de Reye es una encefalopatía aguda asociada a disfunción hepática. Su etiología es multifactorial y su patogenia desconocida. Presentamos un caso de

síndrome de Reye como debut de una enfermedad metabólica.

Caso clínico: Niña de 2 años que presenta cuadro de vómitos y fiebre de 3 días de evolución con somnolencia progresiva en las últimas horas. A su llegada presenta un Glasgow de 10 con midriasis reactiva. La analítica básica detectó una acidosis metabólica con hipoglucemia no cetósica, realizándose corrección de las mismas, con empeoramiento neurológico y gasométrico. Se realiza cribado de causas de alteración del nivel de conciencia como son TC craneal, punción lumbar y tóxicos, que fueron normales. Ante la sospecha de coma metabólico se solicita estudio de aminoácidos y ácidos orgánicos en sangre, orina y líquido cefalorraquídeo. En perfil hepático se descubre aumento de enzimas hepáticas con niveles de amonio y creatininas elevadas. Dados los resultados y clínica compatibles con síndrome de Reye se inicia tratamiento del mismo presentando mejoría clínica evidente a las 24 h con exploración neurológica normal. Llegamos al diagnóstico gracias al estudio por cromatografía de gases de la orina recogida el día del ingreso con ausencia de cetóacidosis y presencia de ácidos orgánicos elevados específicos del déficit de 3-hidroxi - 3 metilglutaril Co A Liasa (HMG Co A Liasa). Ante este diagnóstico se realiza anamnesis más dirigida constatándose un episodio de características similares aunque menos florido a los 9 meses de vida que precisó ingreso. En esta ocasión no se sospecho la posibilidad de enfermedad metabólica. Una vez confirmado el diagnóstico se instaura tratamiento dietético específico reduciendo el aporte de proteínas y grasa, aumentando los hidratos de carbono y evitando los períodos de ayuno.

Conclusiones: La presencia tras un período de ayuno de letargia junto con hipoglucemia no cetósica debe hacernos sospechar en una alteración del metabolismo de las cetonas, destacando la importancia de una adecuada recogida de muestras para su diagnóstico. El déficit de HMG Co A liasa es un error innato del metabolismo de herencia autonómica recesiva que puede provocar daño neurológico, miocardiopatía, pancreatitis, sordera y retinitis pigmentaria.

P476

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO

Elena Taborga Díaz, José Alberto Medina Villanueva, Paula Touza Pol, Amparo Calvo Gómez-Rodulfo, Marta Costa Romero, Mónica García González, Juan Mayordomo Colunga, Laura Somalo Hernández, José Andrés Concha Torre, Corsino Rey Galán,

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Introducción: El síndrome neuroléptico maligno consiste en la combinación de signos extrapiramidales y trastornos de la regulación térmica, originados como una complicación, con más frecuencia pero no exclusivamente, del tratamiento con fármacos neurolépticos.

Material y métodos: Se presenta el caso de un niño de siete años con un síndrome neuroléptico maligno. Se realiza también revisión de la literatura.

Caso clínico: Niño de siete años, diagnosticado de autismo infantil y a tratamiento con trifluoroperazina; presenta de forma

brusca cuadro de desconexión del medio, alteraciones extrapiramidales y hipertonia generalizada. Posteriormente comienza con hipertermia e inestabilidad hemodinámica por lo que se decide ingreso en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Se realiza hemograma, bioquímica, coagulación, punción lumbar, sistemático y sedimento de orina, tomografía computarizada y resonancia nuclear magnética craneal, siendo todas las pruebas normales, salvo un aumento importante de la creatinofosfocinasa y ligera leucocitosis. Con el diagnóstico de síndrome neuroléptico maligno, se inicia tratamiento con dantroleno intravenoso y bromocriptina oral, apreciándose mejoría de la sintomatología a las 72 h de tratamiento con posterior normalización clínica.

Conclusiones: El síndrome neuroléptico maligno, aunque es una entidad más frecuente en adultos, también puede verse en la edad pediátrica. Por este motivo debe sospecharse ante un cuadro de fiebre e hipertonia en niños con alteraciones neurológicas y/o psiquiátricas, especialmente en aquellos que reciben tratamiento neuroléptico.

P477

INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA ENTRE VALPROATO Y MEROPENEM

M. Ángel Arias Consuegra, Elisa Vázquez Peñas, Pedro Gómez de Quero Masia, Francisco Fernández Carrión, Román Payo Pérez, Mirella Gaboli, Olga Serrano Ayestarán, José Manuel Sánchez Granados, Alexandra Villagrà Albert, Luis Manuel Prieto Tato

Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

Introducción: El meropenem es un antibiótico de amplio espectro antibacteriano. Comparándolo con otros carbapenemes, posee la ventaja de una menor afinidad por el receptor GABA, lo que le confiere un menor carácter epileptógeno, esta característica hace de él un antibiótico de óptimas cualidades para su uso en pacientes con procesos comiciales. Su uso simultáneo con valproato (AVP) conlleva una interacción producto de la cual, los niveles plasmáticos de AVP se tornan infraterapéuticos, este hecho ha sido constatado tanto en estudios de laboratorio como en modelos animales y en casos clínicos; siendo desconocido el mecanismo fisiopatológico.

Caso clínico: Varón de 8 meses de edad que ingresa en la UCIP tras 24 h en estado convulsivo, secundario a meningitis neumocócica por *Streptococcus pneumoniae* sensible a Penicilina. El día 26º de ingreso presenta infección nosocomial con incremento febril, leucocitosis, elevación de marcadores de infección y un infiltrado pulmonar derecho; objetivándose una colonización por *Enterobacter Cloachae*, por lo que se inicia tratamiento con cefotaxima y posteriormente con meropenem. El paciente seguía un tratamiento desde los primeros días de su ingreso con AVP, manteniendo niveles plasmáticos dentro de los límites terapéuticos (60-75 µg/ml) hasta la introducción del meropenem que los desciende bruscamente (aprox. 10 µg/ml), con lenta y gradual recuperación después de su retirada.

Comentario: El interés de este caso radica en el escaso conocimiento de esta interacción medicamentosa y en la muy

18:00 h

17:55 h

escasa literatura hallada en la edad pediátrica para este trastorno. Teniendo en cuenta que el meropenem es un antibiótico de amplio espectro y de extendida utilización en UCIP, al igual que el AVP; hay que tener en cuenta siempre esta interacción.

P478 18:05 h FALLO MULTIORGÁNICO POR EPSTEIN-BARR: SÍNDROME DE DUNCAN

Estefanía Romero Castillo, Sebastián Quintero Otero, M. Esther Guerrero Vega, Arturo Hernández González, Fernando Rubio Quiñones, Almudena Sampalo Lainz, Antonio Nieto Díaz, Servando Pantoja Rosso
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Siendo la mononucleosis infecciosa un cuadro autolimitado y con buen pronóstico en la mayoría de los casos, en algunas ocasiones sigue un curso desfavorable, incluso con desenlace fatal. Destacamos por su gravedad el trastorno asociado a la infección por Epstein-Barr; síndrome linfoproliferativo ligado al X (síndrome de Duncan). Su frecuencia es de 1/1.000.000 de varones. Es una enfermedad del sistema inmunitario recesiva ligada al X, en la que se produce una proliferación linfocitaria diseminada y fulminante que afecta a múltiples órganos, tras la primoinfección por el virus epstein barr. Edad media de presentación es inferior a 5 años. Presenta una mortalidad de hasta el 80%. Los varones afectados permanecen sanos hasta la infección por este virus.

Caso clínico: Ingresa en UCIP varón de 2 años por disminución brusca del nivel de conciencia, crisis parcial compleja y fallo hepático agudo. Diagnosticado en los días previos de mononucleosis infecciosa por epstein barr mediante clínica y serología. Tras detectarse hallazgos clínicos y analíticos claros de fallo hepático, coagulación intravascular diseminada, afectación de las tres series hematológicas y alteración inmunológica, así como el empeoramiento progresivo, se sospecha Síndrome de Duncan. Se inicia tratamiento con aciclovir, corticoides, inmunoglobulinas, y anticuerpos monoclonales anti-CD20 y se completa estudio para confirmación genética (hasta 40-50% no se encuentra mutación en el gen alterado). A pesar del tratamiento referido y el soporte intensivo, desarrolla fallo multiorgánico falleciendo a los 10 días del ingreso. Exámenes complementarios a destacar: hemoglobina: 7,3 leucocitos 230,96% linfocitos: GPT, 368; GOT, 1.573. Alteración de la coagulación persistente. Bilirrubina total 21,84. Bc 19,53. IgM e IgA elevadas. Gran hepatoesplenomegalia en ecografía abdominal

Conclusiones: 1) Ante una mononucleosis infecciosa de evolución tórpida y fallo hepático agudo en varón, pensar en síndrome de Duncan y primoinfección por Epstein-Barr. 2) Resaltar la relevancia de la historia familiar detallada y el consejo genético en esta patología, así como la detección si es posible de los varones afectados antes de que contraigan la primoinfección. 3) Destacar la importancia de la globalización de la información, la comunicación y colaboración entre distintas especialidades y departamentos. Es fundamental compartir conocimientos para obtener mejores logros en nuestra labor asistencial en casos tan complejos como este.

NEUROLOGÍA

ZONA PÓSTER II (PLANTA SEGUNDA DEL AUDITORIO) P479 17:15 h

ENCEFALITIS HERPÉTICA: IMPORTANCIA DE SOSPECHA DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO PRECOZ

Pilar Martín Mellado, Concepción Sierra Corcoles, José Carlos Salazar Quero, Isabel Leiva Gea, Rafael Parrilla Muñoz, Rosa M. Rodríguez García, M. Dolores Gámez Gómez, Carmen Santiago Gutiérrez, Miguel Ángel Avilés Parras, Jesús de la Cruz Moreno
Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

La encefalitis herpética tiene una incidencia anual de 1,5 casos por cada 200.000-500.000 niños. Los síntomas prodrómicos son fiebre, cefalea y alteraciones del comportamiento tras lo cual aparecen alteraciones del estado de conciencia, convulsiones focales o generalizadas y déficit neurológicos. La mortalidad en pacientes no tratados es superior a 70% y solo el 2,5% de los supervivientes regresan a su vida normal.

Caso clínico: Niña de 2 años y 8 meses con episodios de movimientos clónicos de miembro superior y mioclonías en comisura bucal derecha, sin pérdida de conciencia de 30 min de duración. Tratada con bolo de VPA y perfusión, no siendo efectivo se administra bolo de fenitoína. A su ingreso febril, Glasgow 12/15, tendencia al sueño, mioclonías en comisura bucal derecha que ceden con midazolam. En UCIP se realiza P.L: líquido claro, tensión normal, análisis: 2 leucocitos, 68 hematíes, glucosa y proteínas normales. Hemograma: 12.970 leucocitos con 66% neutrófilos, PCR: 4,7 mg/dl. En el E.E.G se aprecia lentificación generalizada y se inicia tratamiento con Aciclovir y Ceftriaxona. A las 24 h Glasgow 8, se repite la P.L: 24 leucocitos, 10% neutrófilos, 90% linfocitos y 230 hematíes; recogiendo muestra para detección del ADN virus herpes mediante PCR, E.E.G. muestra mayor enlentecimiento y RM evidencia lesiones a nivel temporal izquierdo y frontal. A los días estado de coma, iniciándose monitorización de la PIC y medidas de control. Tras 15 días de ingreso se despierta y abre los ojos, sigue con la mirada, moviliza los miembros izquierdos, con hemiparesia derecha, coge objetos con cierta dismetría y comprende ordenes pero no habla. EEG ausencia de anomalías paroxísticas y tras aciclovir durante 21 día y con PCR VHS positivo es dada de alta con el diagnóstico de Encefalitis Herpética (encefalitis focal de lóbulo temporal y frontal izquierdo, incluidos núcleos talámicos izquierdos y leve afectación en el hemisferio derecho) con Afasia de Broca y Hemiplejía derecha como secuelas.

Conclusiones: Es fundamental el diagnóstico rápido y el inicio precoz del tratamiento con aciclovir que podrá cambiar la historia natural de esta grave entidad y disminuir de forma significativa la mortalidad. En todo niño febril con crisis focales de repetición y síntomas acompañantes como la disminución de conciencia o trastornos de la conducta se debe de comenzar tratamiento hasta descartar E.H. con RM y PCR viral.

P480 17:20 h SÍNDROME DE MOYA-MOYA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Lourdes Valdés Urrutia, Mabel del Alcázar Casielles, Lilia Ahuar
Hospital Pediátrico de Centro Habana, La Habana (Cuba).

Introducción: El síndrome de Moya-Moya es un raro desorden de causa desconocida que se presenta con obliteración progresiva de las arterias endocraneanas en su porción proximal, abarcando la arteria carótida y las arterias cerebrales medias y anteriores. Esta vasculopatía conduce a una oclusión arterial endocraneana progresiva, compensándose con la formación de telangiectasias de vasos colaterales que produce la típica imagen arteriográfica. El pronóstico es pobre y el tratamiento es variado que incluye desde antiaglutinantes plaquetarios hasta tratamientos quirúrgicos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un niño de 4 años de edad que comienza agudamente con cefalea e irritabilidad. Posteriormente la madre nota desviación de la comisura bucal hacia el lado derecho, decidiendo llevarlo hasta nuestro centro para su evaluación. En el camino al hospital presenta vómitos y la madre refiere que el niño tuvo un movimiento tónico de poca duración en los cuatro miembros que no repitió posteriormente. Al llegar al hospital se constata que el paciente está somnoliento con una parálisis facial de causa central y una disminución de la fuerza muscular en el hemicuerpo izquierdo. Es ingresado en una sala de Terapia Intensiva con el diagnóstico sospechoso de un accidente vascular encefálico. Al siguiente día el paciente recupera el sensorio completamente manteniendo los restantes hallazgos al examen físico e iniciándose las investigaciones humorales e imaginológicas pertinentes y diagnosticándose por arteriografía con imagen típica el "Síndrome de Moya-Moya".

Conclusiones: En nuestro joven paciente el evento se presentó como un fenómeno de déficit focal que en este momento está recuperado. La angiografía cerebral constituyó el elemento clave para el diagnóstico de la enfermedad.

P481 17:25 h PARÁLISIS FACIAL UNILATERAL SECUNDARIA A MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

Marta Bueno Barriocanal, Florencio Jiménez Fernández,
Ana Colmenero Fernández, Blanca Álvarez Fernández,
M^a Elisa Corrales del Río, M. Pilar Gutiérrez Díez
Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Antecedentes y objetivos: La parálisis facial es una complicación rara de la infección por virus de Epstein-Barr, se han realizado comunicaciones de casos clínicos aislados, con recuperación completa a los tres meses de seguimiento. Siendo más frecuente la asociación con virus de la varicela-zóster, virus herpes simples, *Borrelia burgdorferi* y virus de la inmunodeficiencia humana.

Métodos y resultados: Paciente de 17 meses de edad, con síndrome mononucleósico de 10 días de evolución, que ingresa procedente de urgencias por episodio comicial con rigidez generalizada y miembros superiores en abducción y flexión. Con cultivo de LCR: negativo, objetivándose al sexto día de su ingreso una parálisis facial derecha, con recuperación total a los

dos meses de su seguimiento. Presentando TC craneal dentro de la normalidad. Durante su evolución recibió tratamiento con lágrimas artificiales, oclusión nocturna y colirio de gentamicina y dexametasona. Los Anticuerpos heterófilos fueron positivos, y la IgM frente al virus de Epstein-Barr: positiva.

Durante su seguimiento ha presentado un nuevo episodio febril, sin crisis comicial, en control analítico presentaba hipertrigliceridemia. Alta definitiva de neurología a los dos meses.

Conclusiones: Destacar la parálisis facial unilateral como complicación neurológica de la mononucleosis infecciosa, así como la recuperación completa sin tratamiento corticoideo a los dos meses de su seguimiento.

P482 17:30 h NEUROBORRELIOSIS INFANTIL

Soledad Martínez Regueira, M. Esther Vázquez López,
Alba Manjón Herrero, Ana García González, Carmen Almuíña Simón, José Luis Fernández Iglesias, Ramón Morales Redondo
Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.

Introducción: La enfermedad de Lyme es una infección transmitida por garrapatas y provocada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*. La enfermedad de Lyme primaria se presenta habitualmente como enfermedad de tipo gripal, acompañada en ocasiones de el eritema migrans. Se han descrito amplia variedad de síndromes neurológicos que van desde una miositis aguda a una encefalopatía crónica, siendo las parálisis faciales y la meningitis aséptica las manifestaciones más frecuentes de la neuroborreliosis. Presentamos un caso de neuroborreliosis cuya manifestación clínica fue una meningitis.

Caso clínico: Niño de 11 años que consulta por mialgias, lumbalgia, cefalea, anorexia, decaimiento y pérdida ponderal de 2 kg desde hace 7 días. Antecedentes familiares y personales: sin interés. En la exploración física: peso = 35 kg, talla = 144 cm, PA = 100/50, temperatura 36 °C. Se aprecia discreta rigidez de nuca y dolor a la palpación en cuerpos vertebrales, siendo el resto de la exploración física normal.

Pruebas complementarias: Hemograma, frotis en sangre periférica, bioquímica en sangre y orina, urocultivo, coprocultivo, VSG, PCR, FR normales, LCR: Hiperproteínoorraquia y celularidad inflamatoria de predominio linfocítico (linfocitos 70%, histiocitos 27% y polimorfonucleares 3%) y cultivo de LCR: PCR para VEB, CMV, VHS: negativos y serología *Borrelia burgdorferi* IgG y IgM: positivas. Radiografía de tórax, fondo de ojo y EEG normales. En RM se aprecia engrosamiento a nivel de cubiertas meníngeas compatible con meningitis espinal.

Resultados: Ante el hallazgo de serología positiva a *Borrelia burgdorferi*, sugestiva de enfermedad de Lyme se pauta tratamiento con ceftriaxona durante 14 días. Se realizan punción lumbar de control objetivándose disminución del recuento celular y la normalización progresiva de la hiperproteínoorraquia. A las 6 semanas del ingreso el paciente está totalmente recuperado.

Conclusiones: Ante una meningitis aséptica de predominio linfocitario con hiperproteíнемia se debería incluir la enfermedad de Lyme en el diagnóstico diferencial. La parálisis facial y la meningitis aséptica son las manifestaciones más frecuentes de la neuroborreliosis.

P483**17:35 h**

HEMIPARESIA IZQUIERDA POR GERMINOMA CEREBRAL. DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS AL COINCIDIR CON MUTACIÓN DE LA PROTROMBINA ASOCIADA A TROMBOEMBOLISMO

Yolanda Pérez Saldeño, Clara García Cendón, Patricia Pernas Gómez, Celia M. Rodríguez Rodríguez, M. Carmen García Barreiro, Susana Rey García, Cristina Lorenzo Legerén, Gemma Novoa Gómez, José Augusto Viso Lorenzo, Federico Martínón Sánchez

Complejo Hospitalario, Ourense.

Introducción: La etiología de la hemiparesia izquierda en edad pediátrica puede ser determinada en la mayoría de los casos gracias a las exploraciones de imagen. Sin embargo, los hallazgos pueden conducir a errores diagnósticos, sobre todo si concurren en pacientes con patología básica subyacente. El caso que aportamos es buena expresión de esta afirmación.

Caso clínico: Varón de 9 años de edad que desde hace 6 meses presenta dificultades en la marcha que un traumatólogo justifica como consecuencia de coxa-valga e indica rehabilitación. Ante una evolución no favorable, acude a nuestro Departamento donde se detecta una hemiparesia izquierda y se constata, por resonancia magnética nuclear, lesiones a nivel de cápsula interna derecha sugestivas de atrofia focal secundaria a patología isquémica, así como la mutación G202-10A de la protrombina, por lo que es diagnosticado de infarto cerebral con hemiparesia izquierda y tratado con ácido acetilsalicílico.

En los controles evolutivos, la RM detecta una masa compleja con componente multiquístico que afecta a núcleos caudado y lenticular, capsula interna y externa y porción lateral del tálamo derecho. Mediante biopsia con navegador se alcanza el diagnóstico de germinoma. El paciente es sometido a radioterapia y quimioterapia.

Conclusiones: Este paciente pone en evidencia la necesidad de un diagnóstico diferencial cuidadoso de la etiología de la hemiparesia; incluso ante la presencia de un proceso básico justificativo de los hallazgos clínicos y de las pruebas de imagen.

P484**17:40 h**

INFARTO ISQUÉMICO CEREBRAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA EN NIÑO PREVIAMENTE SANO

Ignacio Ledesma Benítez, M. Carmen de Fuentes Acebes, Raquel Álvarez Ramos, M. Blanca Herrero Mendoza, Santiago Lapeña López de Armentia, Rogelio Simón de las Heras

Hospital de León, León y Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La hemiparesia aguda es un cuadro de presentación rara en la edad pediátrica. Presentamos las características clínicas y diagnósticas de un niño con cuadro de hemiparesia aguda de presentación brusca.

Caso clínico: Niño de 2 años y 9 meses que acude por hemiparesia derecha de aparición brusca de una hora de evolución. Mientras estaba corriendo en el parque, sin traumatismo previo, sufre pérdida repentina de fuerza en extremidades derechas, cayendo hacia este lado. Al intentar ponerlo de pie tiende a caer de nuevo a la derecha. Imposibilidad de coger objetos con la mano derecha. Desviación de la comisura bucal hacia la izquierda con buena oclusión ocular. No hay pérdida de conoci-

miento ni presencia de movimientos anormales. Afebril y signos meníngeos negativos. Como antecedente personal de interés había presentado 3 días antes síndrome febril sin ninguna otra sintomatología y autolimitado en 48 h. Se realiza hemograma, coagulación y bioquímica con iones y transaminasas normales, y PCR de 38,9 mg/l. Punción lumbar, ecocardiograma y eco-Doppler de troncos supraórticos sin alteraciones. Al ingreso se realiza RM cerebral y angio-RM que objetiva dudosa lesión de muy pequeño tamaño de probable origen isquémico en región periventricular izquierda. A las 36 h se repite RM que determina la presencia de dos pequeñas lesiones isquémicas situadas en núcleo lenticulado y región periventricular izquierdas. No se observan zonas de hemorragia. Se realiza de nuevo angio-RM que descarta la presencia de malformaciones vasculares. Se realiza estudio de hipercoagulabilidad congénita y adquirida, lipidograma, hormonas tiroideas, test de vasculitis y autoinmunidad y serologías de CMV, VHS, VEB, VIH, Coxsackie A9 y B, y micoplasma que son negativos. Virus en LCR negativos. El paciente evoluciona muy bien de forma espontánea con recuperación completa de la hemiparesia derecha en cinco días. No se instaura tratamiento antitrombótico. Actualmente se encuentra asintomático.

Conclusión: El infarto cerebral es una etiología cada vez más frecuente en los cuadros de hemiparesia aguda. Suelen ser de dos tipos: isquémicos (los más frecuentes) y hemorrágicos. En un 40% de los casos se desconoce su etiología (como ocurre en nuestro paciente) El tratamiento es muy controvertido, siendo primordial tratar la causa y/o factores de riesgo subyacentes.

P485**17:45 h**

MIELITIS TRANSVERSA

Nuria Marco Lozano, Ana Calviño Ramón, Rocío Jadraque Rodríguez, Eladio Ruiz González, Fernando Vargas Torcal
Hospital Universitario de Elche, Alicante.

Antecedentes: La mielitis transversa aguda es una enfermedad inflamatoria caracterizada por la disfunción medular aguda o subaguda motora, sensitiva y autonómica. Su incidencia es baja (1-4 casos por 10⁶ habitantes/año), la mayoría pacientes inmunodeprimidos. Ante lo excepcional de esta patología en nuestro medio, se describe un caso en niño inmunocompetente.

Caso clínico: Varón de 12 años, previamente sano, presenta tras esfuerzo, dolor agudo en la espalda seguido de forma brusca por parálisis de miembros inferiores e incontinencia de esfínteres. Exploración neurológica: paraparesia flácida bilateral asimétrica en miembros inferiores, acentuada en miembro inferior izquierdo, reflejos hipoactivos en extremidad derecha, abolidos en la izquierda. Reflejo cutáneo plantar flexor derecho. Sensibilidad profunda conservada. Sensibilidad superficial disminuida en hemitronco inferior. Reflejos abdominales y cremastérico abolidos.

Exploraciones complementarias: Hemograma y bioquímica sanguínea normal. Bioquímica, cultivo y PCR herpes y enterovirus de LCR negativo. Hemocultivo, Coprocultivo, rotavirus y enterovirus en heces negativo.

Serología: Herpes, CMV, VEB, Mycoplasma negativo. Radiografía y RM de cráneo y dorsolumbar normal. Potenciales Evoca-

dos Visuales, Acústicos y Somestésicos extremidades superiores normales. En extremidades inferiores: asimetría en las latencias de las respuestas a nivel del córtex parietosensorial.

A los 3-4 días inicia mejoría neurológica. Estabilización en la tercera semana, presentando en miembro inferior izquierdo tono espástico, reflejos vivos, clonus aquileo y Babinski positivo, sensibilidad superficial disminuida. No reflejos abdominales. No tono en esfínter anal y vejiga hipertónica.

Conclusiones: La mielitis transversa aguda es un proceso inflamatorio medular de patogenia desconocida. Se sospecha una base autoinmune. En la mayoría de casos existe un antecedente infeccioso. El inicio con dolor intenso y rápida progresión a parálisis y disfunción esfinteriana predice una recuperación menos alentadora. Los corticoides no son efectivos aunque a dosis altas se usan a menudo para reducir el edema medular. El 50% de los pacientes se recuperan completamente. Un 30% curan con secuelas y el 20% quedan con invalidez grave.

P486 17:50 h ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN NIÑOS CON SÍNDROME DE WEST

Cristina Álvarez Álvarez, José Luis Herranz Fernández,
Rosa Arteaga Manjón-Cabeza

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria)
y Universidad de Cantabria, Santander (Cantabria).

El síndrome de West es una encefalopatía epiléptica característica del lactante, cuyo pronóstico depende de la etiología, pero también de la persistencia o control de los espasmos y de la hipsarritmia EEG. Por ello, la supresión de las crisis debe considerarse objetivo primordial y urgente del tratamiento, de modo que una medicación ineficaz sea sustituida inmediatamente por otra.

Presentamos los casos de dos lactantes con espasmos en flexión e hipsarritmia, en los que fueron necesarios diversos ensayos terapéuticos.

Primer caso: Niña nacida con reproducción asistida, que a los tres meses de edad padece salvos de espasmos en flexión y tiene EEG con hipsarritmia. Tratada sin éxito con vigabatrina (hasta 130 mg/kg/día), se administran paulatinamente hidrocortisona, ACTH, piridoxina, biotina y topiramato (hasta 18 mg/kg/día). Finalmente, con 100 mg/kg/día de valproato se suprimieron las crisis en pocos días y desapareció la hipsarritmia.

Segundo caso: Niña con síndrome de Down, que presentó desde los 7 meses espasmos en flexión y EEG con hipsarritmia. Tratada sin éxito con vigabatrina (hasta 200 mg/kg/día), se sucedieron los siguientes tratamientos, igualmente ineficaces: hidrocortisona, ACTH y valproato (hasta 200 mg/kg/día). La administración, por último, de topiramato con dosis de 10 mg/kg/día suprimió los espasmos y la hipsarritmia en pocos días.

Conclusiones: 1) Aunque la vigabatrina es, habitualmente, la mejor alternativa terapéutica en niños con síndrome de West, cuando es ineficaz deben ensayarse con mucha agilidad otras alternativas –valproato, ACTH, hidrocortisona, topiramato, piridoxina, biotina– de modo que no se demore la supresión de las crisis y de la hipsarritmia EEG, habida cuenta que la persistencia de dichas alteraciones electroclínicas supone un paréntesis

en la evolución psicomotora y peor pronóstico a largo plazo. 2) Estos casos reflejan la heterogeneidad de las epilepsias, no solo en su etiología, sino en la respuesta a las terapias administradas, subrayando que cada paciente responde a un fármaco concreto, lo que debe potenciar la terapia individualizada prospectiva, que ya está comenzando a desarrollarse mediante la farmacogenómica.

P487 17:55 h HIDROCEFALIA EXTERNA: CAUSA FRECUENTE DE MACROCEFALIA EN LACTANTES

M. del Carmen Medina Gil, María Cormenzana Carpio,
Laura Acosta Gordillo, Josefina Márquez Fernández,
M. Ángeles Aguilera Llovet
Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

Antecedentes y objetivos: La hidrocefalia externa (HE) subyace frecuentemente en niños con macrocefalia, y su diagnóstico va en aumento debido al uso creciente de la tomografía computarizada (TC). La interpretación de los informes radiológicos ante este hallazgo, pueden confundir en el diagnóstico con otras enfermedades de distinto pronóstico y tratamiento, lo cual nos lleva a presentar esta revisión.

Introducción: La HE o ensanchamiento benigno de los espacios subaracnoideos se presenta como macrocefalia, con perímetro craneal (PC) en P₉₀₋₉₇ al nacer, que aumenta por encima del P₉₇, siguiendo una curva paralela después. Son niños sanos con cráneo cuadrado y frente amplia, sin clínica neurológica ni hipertensión intracraneal, con fontanela abierta y normotensa, a veces con mínimo retraso del desarrollo psicomotor y antecedentes familiares de macrocefalia. Se diagnostica mediante TC, que visualiza un aumento de los espacios subaracnoideos en regiones frontales y hasta la cisura de Silvio, con ventrículos cerebrales normales.

Métodos: Revisamos las historias clínicas de niños en seguimiento por macrocefalia, en las consultas externas de nuestro hospital en los últimos 5 años.

Resultados: Hallamos 20 casos, con edades entre los 4 y 30 meses, diagnosticando 6 casos de HE, más de un 25%, mediante TC informado como "atrofia corticosubcortical con aumento de los espacios subaracnoideos frontales". De ellos 5 tenían ecografía transfontanelar previa: normal en 4 casos y dudosa en 1. El TC se había indicado por aumento brusco del PC en 3 casos, frente prominente y asimetría craneal en 2, y ecografía previa dudosa en 1. Salvo la presencia de macrocefalia, la exploración física, somatometría y desarrollo psicomotor eran normales para su edad. El desarrollo neurológico de todos fue normal y el PC se mantuvo en percentiles mayores o iguales al P₉₀₋₉₇ tras 16-24 meses de seguimiento.

Conclusiones: El TC debe interpretarlo un radiólogo con experiencia para diferenciarlo de otras patologías como colecciones subdurales o las lesiones finales del "síndrome del niño zarandeado", que suelen precisar evacuación, o las atrofas corticales, que asocian clínica neurológica y PC disminuido. El conocimiento de esta entidad es necesario para, ante la clínica y hallazgos radiológicos descritos, adoptar una actitud expectante, pues evoluciona a la normalización espontáneamente.

P488**18:00 h****ATAXIA CEREBELOSA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD CELÍACA**

Enrique Palomo Atance, Izaskun Dorronsoro Martín, Marta Taida García-Ascaso, Antonio Martínez Bermejo, Samuel Ignacio Pascual Pascual, Joaquín Arcas Martín, Isabel Polanco Allué
Hospital Materno-Infantil La Paz, Madrid.

Antecedentes: Se considera que, aproximadamente, en el 16% de las alteraciones neurológicas de origen desconocido subyace la enfermedad celíaca. Según se ha observado, la prevalencia de IgG antigliadina está aumentada en las ataxias idiopáticas respecto a los controles sanos.

Caso clínico: Niña de 2 años que acude por presentar desde las 3 semanas previas marcha inestable, ligero temblor y dismetría en miembros superiores. Coincidiendo con el inicio del cuadro comienza con 4-5 deposiciones diarias, blandas y pastosas. En la exploración física destaca hipotonía marcada en miembros y tronco con reflejos osteotendinosos muy aumentados, temblor leve en manos y marcha inestable con aumento de la base de sustentación y tendencia a la caída, siendo el resto de la exploración normal. Se decide su ingreso para estudio no observándose alteraciones en la neuroimagen (TC y RM) ni en las pruebas neurofisiológicas, así como tampoco en la bioquímica sanguínea ni en el líquido cefalorraquídeo. También resultan normales los estudios de aminoácidos y ácidos orgánicos en sangre y orina, así como los niveles de ácido láctico, pirúvico, vitamina B₁₂, ácido fólico y catecolaminas. Se realiza estudio de otras enfermedades metabólicas (enfermedades peroxisomales, de la glucosilación de las proteínas, del metabolismo APOB, del ciclo de la urea, del metabolismo del cobre y del hierro y de los neurotransmisores dopaminérgicos) sin encontrarse alteraciones. Se encuentran, sin embargo, anticuerpos antigliadina IgA e IgG positivos así como antiendomio y antitransglutaminasa positivos. Se realiza biopsia intestinal no viéndose atrofia vellositaria pero sí un infiltrado de linfocitos en la lámina propia. Se retira el gluten de la dieta con mejoría llamativa de los síntomas neurológicos y disminución de los niveles de anticuerpos antigliadina.

Conclusiones: 1) Las manifestaciones neurológicas forman parte del espectro de síntomas extradigestivos de la enfermedad celíaca. 2) Se debe descartar enfermedad celíaca ante toda ataxia de origen desconocido. 3) La dieta sin gluten puede mejorar los síntomas de estos pacientes.

P489**18:05 h****NEUROFIBROMATOSIS TIPO I EN LA INFANCIA. REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS**

Belén Romero Hidalgo, Ángela Sempere Pérez, Fernando Alonso Ortega, Eduardo Martínez Salcedo, Emilio Rodríguez Ferrón
Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: La neurofibromatosis tipo 1, es la más frecuente de las neurohamartomatosis y uno de los trastornos hereditarios más frecuentes en la población, con una incidencia calculada entre 1:2500-1:3000. El diagnóstico es eminentemente clínico. En ausencia de un test sencillo que pueda confirmar el diagnóstico, en 1987 se aprobaron unos criterios clínicos para el diagnóstico de la enfermedad. Se han identificado siete com-

ponentes importantes del síndrome, precisando la presencia de al menos dos de ellos para realizar el diagnóstico. Sólo la mitad de los pacientes cumplen los criterios con un año de edad, sin embargo, casi todos (97%) los cumplen entre los 4 y los 8 años y todos los cumplen a los 20 años.

Objetivo: Descripción de los pacientes seguidos por NF1 en una consulta de Neuropediatría. Se pretende describir las características de la enfermedad, revisando el motivo de consulta, manejo, realización de pruebas complementarias, complicaciones aparecidas... El propósito es resumir los progresos realizados en los últimos 10 años en el diagnóstico y manejo de la NF1, basándose en la bibliografía publicada, y apoyándose en esta revisión, para así establecer unas recomendaciones de manejo de estos pacientes.

Material y métodos: Estudio longitudinal, retrospectivo, descriptivo de una serie de casos. Recogida de datos mediante revisión de historias clínicas, cumplimentando una plantilla previamente diseñada. Fecha de revisión: mayo 2004. N.º de pacientes: 18.

Resultados: Se describen motivos de consulta, antecedentes familiares, manifestaciones clínicas y complicaciones, siendo lo encontrado similar a lo descrito en la bibliografía sobre la historia natural de la enfermedad. En el apartado de pruebas complementarias realizadas, se pone de manifiesto que cuando estas se realizan como *screening* inicial, los resultados son negativos, habiendo sido positivos únicamente en los casos en los que existía una sospecha clínica de complicación intracraneal.

Discusión: La neurofibromatosis I es una enfermedad cuyo diagnóstico es eminentemente clínico, por ello los pediatras deben conocer la historia natural de la enfermedad y las posibles complicaciones, así como el momento típico de aparición de estas. También deben ser capaces de dar información y consejo genético a los pacientes y las familias, incidiendo en el pronóstico y riesgo genético de futura descendencia. Las pruebas complementarias solo deben realizarse cuando esté clínicamente indicado.

P490**18:10 h****ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL EN NIÑA DE 12 AÑOS**

Cristina Serra Amaya, Pablo Sáez Pérez, Antoni Bergadà Masó, Andreu Peñas Aguilera, Alejandro Luque Moreno, Carmen González Mancilla, Emma Amatller Malfaz, Gemma Giralt García, Josep M. Mengibar Garrido, Jaume Macià Martí
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona.

Niña de 12 años consulta por 2 episodios tónico-clónicos del brazo derecho y un tercero que afectaba a brazo izquierdo con desviación de la cabeza y la boca al mismo lado. No existe ningún antecedente de interés. *Exploración física:* parálisis facial izquierda con desviación de la comisura bucal hacia la derecha y disminución de la fuerza de la EESS izquierda. Resto exploración normal. *Exploraciones complementarias:* RM (ingreso): infarto agudo del territorio superficial de ACM derecha con afectación frontoinsular. EEG: probable focalidad irritativa en región frontal anterior del mismo hemisferio. Hemograma, bioquímica y citobioquímica de LCR: normales. RM (48 h) muestra nueva lesión isquémica a nivel insular izquierdo. Ecocardio: pequeña

CIA fenestrada que no permite pasar contraste a VE ni con maniobras de Valsalva. Eco-Doppler color de TSA y tras craneal: normales. Serologías: RPR-prueba reagínica, VIH, CMV, *Borrelia burgdorferi*, VHS I y II, HVZ, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia (pneumoniae, psittaci y trachomatis)*, todas ellas negativas o inmunes. Autoanticuerpos (anti-nucleares, anti-ADN, cardioplipina), C3 y C4 del complemento, factor reumatoide y homocisteína, negativos. Estudio de hipercoagulabilidad (TTPA, TP, antitrombina III, proteína C, proteína S, resistencia proteína C activada, anticoagulante lúpico) normal. Hemocultivo, cultivos de LCR y Serologías herpéticas en LCR, negativos.

Evolución y tratamiento: Se inicia tratamiento con ácido valproico, aciclovir, claritromicina y cefotaxima. A las 48 h presenta importante disfagia, y disartria, por lo que se realiza nueva RM y se inicia tratamiento antiagregante y anticoagulante con AAS y heparina de bajo peso molecular a la espera de los resultados. El décimo día, la paciente presenta importante cefalea y fiebre, por lo que se inicia tratamiento con corticoides mejorando la sintomatología en 24 h y presentando buena evolución, recuperando la fuerza del brazo y mejorando la parálisis facial.

Conclusiones: Definimos el AVC como déficit neurológico focal de comienzo agudo y de más de 24 h de duración, que se acompaña de evidencia de infarto cerebral en los estudios de imagen. El AVC infantil es una entidad poco frecuente pero con un número mayor de causas que en el adulto y en un 20-40% de los casos la etiología queda sin identificar. Este hecho sugiere que las anomalías pueden ser transitorias o que otros mecanismos desconocidos puedan estar involucrados, como infecciones latentes que afectan a nivel celular la pared vascular.

P491

MIASTENIA GRAVIS INFANTIL: UN CASO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Francisco de la Cerda Ojeda, Raquel Merino Ingelmo, Marcos Madruga Garrido, Bárbara Blanco Martínez, Miguel M. Rufo Campos

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

En la última década se han producido importantes avances en el conocimiento de las enfermedades que afectan a la unión neuromuscular. El grupo incluye la Miastenia Gravis (MG), tanto en su forma Juvenil (autoinmune) como Congénita (en su mayoría autosómica recesiva), el botulismo, el síndrome de Eaton-Lambert (excepcional en niños) y los cuadros miasteniformes inducidos por fármacos (aminoglucósidos, penicilamina,...).

Caso clínico: Paciente de 23 meses que ingresa en nuestra unidad tras presentar de manera brusca (en menos de 48 h) un cuadro de ptosis palpebral bilateral, exotropía del ojo izquierdo, disfagia, disartria e inestabilidad en la marcha. Manifiesta empeoramiento de los síntomas a lo largo del día. No antecedentes familiares de interés, salvo consanguinidad parental de tercer grado. Pruebas complementarias: ausencia de anticuerpos frente al receptor de acetil-colina, TC torácica normal, EMG que evidencia una fatigabilidad patológica de la unión neuromuscular. El test de Edrofonio muestra una clara mejoría transitoria. Tras iniciar tratamiento con piridostigmina oral se constata una mejoría mantenida. Se da de alta con el diagnóstico de

MG, si bien los datos obtenidos no permiten clasificarla como tipo juvenil o congénita.

Comentarios: Ante cuadros de fatigabilidad muscular fluctuante que debutan en los primeros años de vida, con una presentación atípica y ausencia de anticuerpos frente al receptor de acetil-colina, debemos plantearnos el diagnóstico de MG Congénita. Esta engloba varias entidades heterogéneas que, en ocasiones precisan de la propia evolución de la enfermedad o de sofisticadas técnicas de genética molecular para su diagnóstico definitivo.

P492

LESIÓN DEL NERVIIO PERONEO COMÚN COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN GANGLIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sergio José Quevedo Teruel, Miguel F. Sánchez Mateos, Carolina Blanco Rodríguez, M^a Llanos Carrasco Marina, María Vázquez López, Ángel Arregui Sierra

Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

18:20 h

Antecedentes: El ganglión es un quiste de la sinovial, cuya localización más frecuente es en la mano, pero puede presentar otras localizaciones. Suele ser asintomático, aunque en ocasiones puede producir síntomas por compresión.

Caso clínico: Niño de 11 años que desde el mes previo a consultar, presenta dolor y sensación de hipoestesia en dorso de pie izquierdo y dificultad para flexión dorsal del pie izquierdo que dificultaba la marcha. Camina con el pie caído. No síntomas de infección ni ingesta de medicación o tóxicos. **Antecedentes personales:** Diabetes gestacional en embarazo (Peso al nacer: 5 kg). Parto y período neonatal normal. Desarrollo psicomotor normal con marcha liberada al año y desarrollo del lenguaje normal. **Antecedentes familiares:** sin interés. **Exploración:** Psiquismo normal. Fondo de ojo: normal. Marcha con pie izquierdo caído. Debilidad 1/5 para la dorsiflexión y extensión de los dedos del pie izquierdo. No afectada la eversión ni inversión del pie. Fuerza normal a otros niveles. Área de hipoestesia localizada en dorso de pie izquierdo y ligeramente por encima del maleolo externo del tobillo. ROT: normales. Babinski: flexor. No ataxia ni disimetría. Romberg negativo. Herida en fase costrosa sobre cabeza peroné izquierdo. Resto de exploración normal. **Exploraciones complementarias:** radiografía de rodilla izquierda: normal. Hemograma, bioquímica, iones, creatinina, calcio y ferritina normales. ANA: negativos. TSH: normal. Serología toxoplasma, hepatitis B y Borrelia negativas. Electromiograma (EMG): signos lesión axonal aguda del nervio peroneo común izquierdo. EMG de control (2 meses después): Axonotmesis incompleta en fase positiva de evolución y recuperación, con escasa actividad de denervación y profusos potenciales polifásicos de reinervación en musculatura dependiente. RM pierna izquierda: ganglión a nivel de cabeza de peroné izquierdo en localización del peroneo común. Evolución: Mejoría progresiva de la motilidad activa con tratamiento conservador, realizando rehabilitación. Mantiene ligera hipoestesia en dorso del pie izquierdo.

Comentarios: Resaltar la presentación con afectación nerviosa, debido a la localización del ganglión, debiendo hacer diagnóstico diferencial con otros procesos compresivos a nivel de la cabeza del peroné.

P493**18:25 h****CEFALEA PUNZANTE IDIOPÁTICA: TRES CASOS EN NIÑOS MUY JÓVENES**Anna T. Zlatanova Gueorguieva, Montserrat Álvarez Rabanal, M^a Jesús Redondo Granada

Centro de Salud Rondilla I, Valladolid.

La cefalea punzante idiopática o primaria es una cefalea de breve duración y buen pronóstico, poco publicada en niños y aun menos en menores de cinco años, pero probablemente infra-diagnosticada.

Se presentan tres casos, uno de dos años y medio y dos de cinco años, con episodios de cefalea de segundos a 5 min de duración, en zonas de distribución de pares craneales, con varios episodios diarios, de intensidad leve en uno y en dos moderada-intensa, en ocasiones acompañada de síntomas gastrointestinales.

Diagnósticos iniciales: Sinusitis en uno y en dos cefalea psicósomática. Todos tienen antecedentes familiares de jaqueca. Estudios de neuroimagen normales. Uno de ellos fue tratado con paracetamol con respuesta incierta.

Evolución: En un año de evolución uno de los casos ha mejorado pero han aparecido jaquecas. En otros dos casos persiste la cefalea punzante migratoria durante tres meses.

Conclusión: La cefalea punzante se caracteriza por una clínica intrigante que puede originar preocupación en padres y profesionales. El diagnóstico es sencillo si se piensa en ella y el diagnóstico diferencial con cefaleas orgánicas necesario.

P494**18:30 h****SÍNDROME DEL LÓBULO FRONTAL COMO CONSECUENCIA DE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO**

José Carlos Salazar Quero, Concepción Sierra Corcoles, Pilar Martín Mellado, Rafael Parrilla Muñoz, Isabel Leiva Gea, Luis Palacios Colom, M. Dolores Gámez Gómez, Juan Francisco Expósito Montes, Francisco Alados Arboledas, Jesús de la Cruz Moreno

Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Objetivos: Los TCE con lesión a nivel de los lóbulos frontales pueden dar lugar al desarrollo de un Síndrome del Lóbulo Frontal.

Material y métodos: Dos casos diagnosticados de Síndrome del Lóbulo Frontal tras TCE. *Caso 1:* niña de 6 años que ingresa por politraumatismo con fractura frontal izquierda. Se le realiza TC con pequeño hematoma subdural frontal derecho, fractura frontal izquierda próxima a la línea media. Evolución: convulsiones tratadas con fenitoína y posteriormente con valproico, siendo controladas y retirándose el valproico. EEG con lentificación generalizada grado medio-discreto, algo más evidente en el hemisferio izquierdo, con mejoría de los registros posteriores. RM con alteración en ambos lóbulos frontales así como del lóbulo temporal izquierdo, con atrofia y discreta dilatación pasiva del asta frontal y ventrículo izquierdo. En los controles posteriores se constatan problemas de relación social y familiar, comportamiento infantil y la necesidad de apoyo para el aprendizaje. *Caso 2:* paciente de 11 años que ingresa tras sufrir un TCE. Glasgow 13/15, resto de la exploración normal. Evolución y complementarios: TC cerebral: lesiones puntiformes hemorrágicas a nivel frontal, foco hiperdenso en lóbulo frontal derecho. Se inicia tratamiento con fenitoína. A las 24 h nueva TC con algo más de edema sin desplazamiento de la línea media, pautándose dexametasona. A los 2 días se pasa a planta con sensación de mareo, ataxia, falta de fuerza en miembros inferiores, cefalea intensa frontal y ocular, gran irritabilidad y un comportamiento agresivo y antisocial. Se le realiza RM con zona de hiperseñal en T2 e hiposeñal en T1 corticosubcortical parietal bilateral más acentuada derecha, con hiperseñal de surcos y cisuras de la cara inferior de ambos frontales. Se le realiza EEG con leve lentificación cerebral generalizada. Durante su estancia va desapareciendo la cefalea y mejorando el comportamiento. Actualmente sin secuelas.

Conclusiones: 1) La recuperación de las funciones motoras y del lenguaje en los niños con TCE suele ser bastante buena, pero en cambio pueden quedar déficit neuropsicológicos que van a alterar el futuro académico/social de estos niños. 2) Las alteraciones en la conducta y/o dificultad en el aprendizaje pueden ser signos sutiles de secuelas de un TCE con afectación frontal. 3) Muchas de estas secuelas sólo se ponen de manifiesto con el seguimiento del niño.