

Sábado, 9 de junio (10:45 - 12:15)

INFECTOLOGÍA

Sala 122 (Planta 1)

701

10:45

TUBERCULOSIS EN LOS INMIGRANTES: ¿ES UNA ENFERMEDAD IMPORTADA?

M. Neus Altet Gómez, Celia Milá Augé, María Ángeles Jiménez Fuentes, María Luisa de Souza Galvao, Carles Valero, Jordi Solsona Peiró, Concepción Mata Perelló, Matilde Barrios Gutiérrez

Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis del CAP Drassanes, Barcelona.

Antecedentes y objetivos: Identificar la transmisión de la tuberculosis (TB) en la población inmigrante para conocer si los casos son importados o adquiridos en España, durante 2005-06.

Métodos: Tras el diagnóstico del caso de TB (caso índice) se realizó el Estudio Convencional de Contactos (ECC), según normativas establecidas. Se practicó prueba de tuberculina (PT) según técnica estándar de la OMS (se consideró positiva una PT ≥ 5 mm de induración). En los infectados se realizaron las técnicas apropiadas para el diagnóstico de TB. Se considera como brote a la detección de uno o más casos relacionados con el caso índice; caso importado: definidos por criterios clínicos: cuando llegan ya diagnosticados de tuberculosis, o son diagnosticados en los 3 primeros meses de llegada, o posteriormente pero con síntomas en los primeros 3 meses. Caso adquirido en España: definidos por criterios clínicos: cuando se constata el C.I auténtico habría producido el contagio ya en España; y/o criterios microbiológicos: formar parte de un "agrupamiento".

Resultados: Se han diagnosticado 229 casos de TB, de los que: 41 (17,9%) eran niños y 115 (52%) inmigrantes. Se diagnosticaron 62 brotes de los que 28 (45,2%) eran en inmigrantes; se investigaron una media de 13,3 contactos por brote; el 64,3% de los casos involucrados en brotes eran inmigrantes recientes. Todos los casos de TB en niños fueron casos adquiridos en España, pero en los adultos convivientes el 54% se consideraron casos probablemente importados, El 30,69% como casos adquiridos en España y en el 14,85% no se pudo determinar.

Conclusiones: En los brotes de TB en inmigrantes el número de niños involucrados es menor que en los autóctonos, probablemente relacionado con factores socioeconómicos asociados a la inmigración reciente. Una proporción importante de TB en inmigrantes no es importada, sino que ha sido adquirida en España. La epidemiología molecular investigará el tipado genómico de las cepas de *M. Tuberculosis*.

Trabajo financiado por el FIS Expediente PI041710.

702

ROTAVIRUS COMO CAUSA DE INGRESO HOSPITALARIO

10:52

María Dolores Hernández Gil, Lorena Conesa Hernández, Isabel María Valcárcel Díaz, María Isabel Martínez Lorente, María José Arroyo Marín, Santiago Alfayate Miguélez, Lluís Marín Vives

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Las gastroenteritis (GEA) siguen constituyendo una causa importante de ingresos hospitalarios; de ellos, los producidos por rotavirus son los más frecuentes en países desarrollados y en nuestro entorno oscila en cifras entre el 30-40%, sobre todo en niños menores de 2 años. La aparición de una vacuna eficaz en el último año hace que estudios de incidencia, morbi-mortalidad o coste tengan un valor, no sólo estadístico-epidemiológico, sino que es importante valorar el impacto de las nuevas vacunas.

Objetivos: Conocer las características clínico-epidemiológicas de las infecciones por rotavirus en niños menores de 5 años en el área de influencia de nuestro hospital.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo del año 2006, utilizando como fuente de información la base de datos CMBD, de todos los ingresos por GEA aguda en niños menores de 5 años, seleccionando las producidas por rotavirus.

Resultados: Durante el año 2006 ingresaron en nuestro hospital 216 niños con GEA, de los que 99 lo fueron por rotavirus (45,41%). El 60 % ocurrió en lactantes menores de 12 meses, con una incidencia muy elevada de infección nosocomial (26%). Existe un pico máximo de incidencia entre los meses de diciembre y febrero, que supone más del 70% de los ingresos. La estancia media fue de 4'3 días, en los que la causa principal fue la GEA y de 11,2 días en los nosocomiales (mayoritariamente bronquiolitis). Se produjeron 2 cuadros de sepsis durante el ingreso de 2 lactantes, uno con dermatitis atópica y ambos sin inmunodeficiencia, y un éxitis por enterocolitis necrotizante en un prematuro con pluripatología.

Conclusiones: Las gastroenteritis por rotavirus ocasionan un porcentaje muy importante de ingresos hospitalarios, sobre todo en lactantes menores de 12 meses, con un pico de incidencia en los meses de invierno en los que se asocia a otras patologías frecuentes, como la bronquiolitis, lo que provoca un gran número de casos de enfermedad nosocomial. Aunque suele ser una enfermedad benigna, tiene unas cifras de mortalidad muy similares a las de la varicela y complicaciones graves (deshidrataciones, sepsis, etc.) difíciles de entender en una sociedad desarrollada, existiendo una vacuna eficaz.

703 10:59 BOCAVIRUS, ALGO MÁS QUE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA

Olga Carvajal del Castillo, Cristina Martos Lozano, Gloria Rodrigo García, María Luz García García, Pilar Pérez Breña, Inmaculada Casas, Francisco Pozo, Cristina Calvo Rey

Servicio de Pediatría del Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) y Laboratorio de Gripe y Virus Respiratorios del Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Antecedentes: El bocavirus humano es un parvovirus identificado en agosto de 2005 en infecciones respiratorias de niños hospitalizados. Por tratarse de un parvovirus podría ser un agente causal también de patología no sólo respiratoria.

Objetivos: Describir los casos clínicos de tres pacientes con infección por bocavirus en los que se asoció patología hematológica o *rash* petequial.

Pacientes y métodos: Fruto del estudio prospectivo de las infecciones respiratorias virales llevado a cabo en nuestro centro mediante PCR (reacción en cadena de polimerasa) durante las temporadas 2004/05 y 2005/06 en pacientes hospitalizados detectamos 117 niños con infección por bocavirus. Se describen las características clínicas de tres de ellos, por su presentación atípica.

Caso clínico 1: Niña de 14 meses remitida por petequias de 14 horas de evolución en el contexto de cuadro catarral sin fiebre. Analítica al ingreso: 14.000 plaquetas, resto de series: normales. Estudio de coagulación: normal. Ingresó con el diagnóstico de púrpura trombocitopénica idiopática, recibiendo tratamiento con gammaglobulina i.v. con buena evolución. En el aspirado nasofaríngeo (ANF) se detecta bocavirus. La serología realizada con posterioridad presenta IgG positiva para parvovirus.

Caso clínico 2: Niño de 12 meses con cuadro de 10 días de evolución de tos, febrícula, amígdalas con exudado y adenopatías cervicales. En las últimas 24 horas desarrolla exantema petequial generalizado y fiebre hasta 39,3 °C. Se objetiva leucocitosis con desviación izquierda (20.120 leucocitos) y PCR: 22 mg/L. Frotis faríngeo, hemocultivo y cultivo LCR: negativos. Ante la sospecha de sepsis ingresa con tratamiento antibiótico i.v. Mantiene fiebre durante 4 días, con buen estado general. Se aísla bocavirus en el aspirado nasofaríngeo.

Caso clínico 3: Niño de 3 años que acude por fiebre elevada de 20 horas de evolución, regular estado general y aparición de petequias en tronco. El hemograma, bioquímica y coagulación fueron normales. Hemocultivo: negativo. PCR: 80 mg/L. Ingresó con tratamiento antibiótico i.v. por sospecha de sepsis, evolucionando sin complicaciones. En el aspirado nasofaríngeo se detecta bocavirus.

Conclusiones: El bocavirus es un patógeno frecuente en las infecciones respiratorias pediátricas. Su expresividad clínica parece ser más amplia y agresiva que el resto de los virus respiratorios.

704 11:06 SÍNDROME DE ESCALDADURA ESTAFILOCÓCICA: REVISIÓN DE 26 CASOS EN LA ÚLTIMA DÉCADA

Ana Pilar Nso Roca, Fernando Baquero Artigao, María Jesús García-Miguel, F. Javier Aracil, María Isabel de José Gómez, Fernando del Castillo Martín

Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid.

Antecedentes y objetivos: El síndrome de escaldadura estafilocócica es una enfermedad cutánea ampollosa causada por *S.*

aureus productor de exotoxinas de presentación clínica y evolución características. Sin embargo, no existen estudios sobre la epidemiología de la enfermedad en nuestro medio.

Métodos: Estudio observacional de cohortes en el que revisamos todos los casos de escaldadura estafilocócica controlados en nuestro hospital en los últimos 10 años (enero 2007-diciembre 2006).

Resultados: Durante el período de estudio obtuvimos un total de 26 casos, 7 en los primeros 5 años y 19 en los siguientes. La edad media al diagnóstico fue de 29 meses, apareciendo 4 casos (15%) en el período neonatal. El 67% de los casos tuvo lugar en primavera y verano. Las manifestaciones clínicas fueron: eritrodermia con aparición de ampollas y descamación posterior (100%), afectación costrosa perioral (54%), fiebre (46%), conjuntivitis (42%), y edema palpebral o labial (31%). En la analítica no se detectó aumento significativo de leucocitos ni de reactantes de fase aguda (cifras medias de leucocitos: 11.264/µl y PCR: 9,14 mg/l). El diagnóstico fue principalmente clínico, con aislamiento del *S. aureus* en frotis nasal o conjuntival en el 54% de los casos. Todas las cepas fueron sensibles a cloxacilina, clindamicina y vancomicina. El tratamiento se realizó con cloxacilina con evolución favorable, aunque en tres pacientes se sustituyó empíricamente por vancomicina al presentar una evolución más lenta.

Conclusiones: El síndrome de escaldadura estafilocócica parece ser más frecuente en los últimos años y debe sospecharse en un niño con eritrodermia aguda y afectación conjuntival o peribucal, incluso en el período neonatal. La fiebre sólo aparece en la mitad de los casos y no se detectan alteraciones analíticas significativas. En nuestro estudio no hemos detectado la presencia de cepas meticilin-resistentes. El tratamiento con cloxacilina consigue la curación sin secuelas.

705 11:13 UTILIDAD DE LA INMUNOFLORESCENCIA INDIRECTA EN EL DIAGNÓSTICO DEL PALUDISMO EN PEDIATRÍA

Juan Arnáez Solís, Miguel Ángel Roa Francia, Leticia Albert de la Torre, Javier Blumenfeld Olivares, María Rosario Cogollos Acuña, Agustín Benito, Aída de Lucio, Mercedes Rodríguez, J. Miguel Rubio Muñoz, Pedro José Pujol Buil

Hospital de Móstoles, Madrid y Instituto Nacional Carlos III, Madrid.

Introducción y objetivos: El número de casos de malaria importada en la población pediátrica es cada vez más numeroso. La técnica diagnóstica de elección es la visualización directa al microscopio de los parásitos en una muestra de sangre teñida con Giemsa. La detección de anticuerpos anti-P. falciparum con inmunofluorescencia indirecta (IFI) en el suero de los pacientes resulta poco útil en el diagnóstico de rutina ya que un resultado positivo señala una infección previa por *Plasmodium* sin caracterizar el carácter agudo-actual o pasado de la misma. Sin embargo, esta técnica podría tener su utilidad en pacientes sin exposición previa al parásito como ocurre en los casos de paludismo del viajero.

Métodos: Revisión de las técnicas utilizadas en el diagnóstico de los pacientes con paludismo del viajero en los últimos 10 años con especial atención a la serología.

Resultados: De los 58 casos diagnosticados de malaria importada, 14 pacientes fueron casos de paludismo del viajero pertenecientes al grupo denominado VFRs (*Visiting friends and*

relatives) que adquieren la enfermedad al viajar a su país de origen durante estancias de 30 días de mediana. Ninguno de ellos realizó una quimioprofilaxis adecuada. La edad media en este grupo es de 5,3 años. Todos los padres procedían del África Subsahariana. Se realizó examen microscópico en todos los pacientes, con resultado positivo. Se solicitó PCR para *Plasmodium* en 9 e IFI en 8. Estas dos últimas pruebas no fueron útiles para el diagnóstico ya que los resultados llegaron después del alta hospitalaria. La PCR permitió caracterizar la especie en un caso no identificado con la microscopía y la IFI resultó positiva en todos los pacientes en los que se realizó excepto en uno.

Conclusión: La técnica de IFI es de escasa utilidad en el diagnóstico de rutina de la malaria debido a la incapacidad para diferenciar un resultado positivo como infección reciente o pasada, excepto en los pacientes no infectados previamente por el parásito. El diagnóstico con la microscopía fue positivo e inmediato en nuestra serie mientras que el resultado de la IFI se conoció después del alta hospitalaria.

Los CDC señalan la utilidad de la IFI en la detección de donantes con bajas parasitemias no detectables con microscopía; en el paciente febril con sospecha de malaria y gotas gruesas repetidamente negativas o bien en el caso de un paciente tratado recientemente por sospecha de malaria sin confirmación diagnóstica.

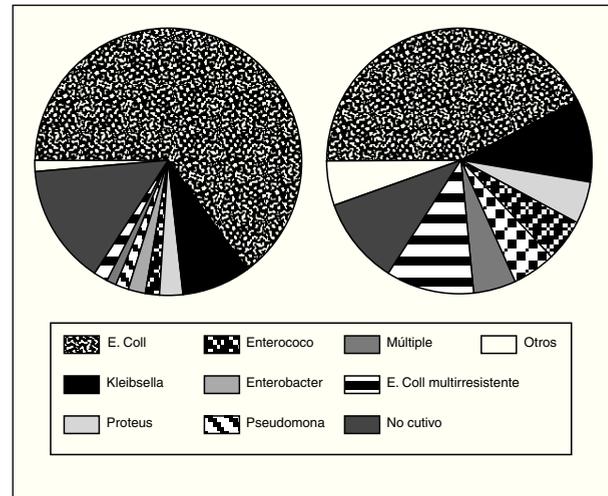
706 11:20 REVISIÓN RETROSPECTIVA DE GERMEN EN CULTIVO EN PACIENTES INGRESADOS POR INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO DURANTE UN AÑO

Rocío Calvo Medina, Antonio Morales Martínez, David Moreno Pérez, José López López, Ana Cordón Martínez, Antonio Jurado Ortiz

Hospital Materno Infantil de Málaga.

Introducción: La infección del tracto urinario (ITU) es la enfermedad bacteriana no epidémica más frecuente en el niño, así como la infección bacteriana grave más común en menores de 3 años con fiebre sin foco. El conocimiento de los gérmenes más habituales en esta patología es fundamental para orientar la antibioterapia empírica. El uso de profilaxis antibiótica es controvertido; uno de sus perjuicios es la selección de cepas y aparición de nueva flora.

Material y métodos: Revisión retrospectiva del resultado del urocultivo inicial en 206 ingresos por ITU recogidos desde junio 2005 a junio 2006. Todas las muestras para cultivo fueron obtenidas por sondaje transuretral. No existieron diferencias en cuanto al sexo, salvo predominio masculino en menores de 3 meses. Rango edad: 0 a 30 meses, media: 3'75 meses. Hubo tres casos nosocomiales. 177 urocultivos resultaron positivos, el germen aislado más frecuentemente fue *E. coli* (75,7%) seguido de *Klebsiella* (9,6%). Resultados similares se hallaron en 76 urocultivos positivos de los 99 pacientes menores de 3 meses. Del total, hubo 19 reingresos, la mayoría (84,2%) con profilaxis antibiótica, 17 de ellos con urocultivo positivo: 47% *E. coli*, 11,7% *Klebsiella* y 11,7% *E. coli* multi-resistente (frente al 1,3% de *E. coli* resistente en primer ingreso). Se aislaron en ambos grupos *Proteus*, *Pseudomona*, *Enterobacter* y otros en proporción mayor al doble en el subgrupo de los reingresos.



Conclusiones: *E. coli* es el germen más frecuente en todos los grupos con descenso de su prevalencia en pacientes reingresados; en ellos aparece mayor flora poco habitual y más resistencias. En dicho grupo se debe vigilar la respuesta por la posibilidad de fallo terapéutico. Se deben valorar siempre ventajas e inconvenientes del uso de antibióticos en profilaxis y se deben conocer los gérmenes habituales y los patrones de resistencias locales.

707 11:27 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA) A NIVEL EXTRAHOSPITALARIO EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES

Eva Parra Cuadrado, M. Mercedes Bueno Campaña, Sergio José Quevedo Teruel, Cristina Calvo Rey, Inmaculada Casas, Alberto Delgado Iribarren

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid y Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

Introducción: La IRA de origen viral es la causa principal de morbimortalidad en los niños menores de 1 año; sin embargo existen pocos trabajos que investiguen las IRAs en lactantes pequeños en el ámbito extrahospitalario.

Objetivo: Describir el espectro de IRAs virales, sus características clínicas extrahospitalarias y factores epidemiológicos en lactantes menores de 6 meses.

Material y métodos: Estudio prospectivo en una cohorte de RN reclutados al nacimiento en las Áreas 8 y 9 de la Comunidad de Madrid entre 1 de noviembre de 2005 y 31 de enero de 2006, excluyendo aquellos con patología neonatal grave o prematuridad. El seguimiento (hasta 30-Abr-06), se hizo mediante llamadas quincenales, concertando una visita para la toma de aspirado nasofaríngeo (ANF) cuando los síntomas sugerían IRA según criterios establecidos. La detección viral se llevó a cabo mediante PCR.

Resultados: Se reclutaron 316 RN. El 48,4% pertenecían al Área 8, y el 51,6% al Área 9. El 51,3% fueron varones. El 80,1% de las madres eran de nacionalidad española. 37% tenían hermanos en edad escolar y al final del estudio 7 acudían a guardería. Se concertó un total de 103 visitas por enfermedad en 80 niños (27%). Los síntomas más frecuentes fueron rinitis (91%), tos (69%), fiebre (15%) y dificultad respiratoria (12%). Se hizo Rx tórax en el 7,8% y analítica en el 11%. Fueron dados de alta tras

la visita el 84,5%, con el diagnóstico de CVA en el 83% de los casos. Ingresó un 15,5% de los niños, siendo la bronquiolitis responsable del 29% de los casos; en el 47% el diagnóstico fue otro diferente a la IRA. Se recogió ANF para determinación de PCR viral en el 93% de los casos. De las 89 muestras de ANF recogidas para PCR, en 17 (19%) el resultado fue (+). Los virus encontrados fueron: rinovirus (38%), VRS (33%), adenovirus (5%) y parainfluenza (16%). Las bronquiolitis con ANF (+) correspondieron a VRS y rinovirus pero el diagnóstico más frecuente con estos virus fue el CVA (81%). La tos y la dificultad respiratoria fueron más frecuentes en los niños con detección viral positiva (OR 4 [1.049-15.412] para la tos y OR 5,55 [1.187-25.9] si se asocia tos y dificultad respiratoria).

Conclusiones: 27% de los niños presentaron IRA en los primeros meses de vida, la mayoría banales. Un 15,5% requirió ingreso. El rinovirus y el VRS fueron los virus más frecuentes. El cuadro clínico es inespecífico; sólo la presencia de tos y dificultad respiratoria se asociaron con más frecuencia a presencia de virus en ANF.

708 11:34 GASTROENTERITE AGUDA POR ROTAVÍRUS NO INTERNAMENTO DE UM SERVIÇO DE PEDIATRIA

Otilia Cunha, Mafalda Sampaio, Laura Soares, Virginia Monteiro, Arménia Oliveira, Miguel Costa
Hospital de São Miguel, Oliveira de Azeméis (Portugal).

Introdução: O rotavírus é a causa mais comum de gastroenterite na criança. Associa-se a um elevado número de internamentos, consultas médicas e absentismo laboral dos pais. A infecção por rotavírus sendo altamente contagiosa, condiciona o aparecimento rápido de novos casos a nível comunitário e em meio hospitalar.

Objectivo: Avaliar o contributo da gastroenterite aguda por rotavírus no internamento do Serviço de Pediatria do Hospital de São Miguel.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos das crianças por gastroenterite aguda por rotavírus entre 1 de Janeiro de 2005 e 31 de Dezembro de 2006. Foram analisados parâmetros epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Resultados: Durante o período referido foram internadas 1486 crianças, das quais 333 (22,4%) por gastroenterite aguda, tendo sido detectado rotavírus nas fezes em 102 (7%) crianças. Nas 102 crianças com gastroenterite por rotavírus, 56 (55%) pertenciam ao sexo feminino e a média de idades foi de 19,2 meses (mediana 12 meses). Registou-se uma maior incidência da infecção por rotavírus em Março (37%). Clínicamente, 91 (89,2%) apresentaram vômitos, 53 (51,9%) sinais de desidratação e 52 (51,0%) febre. Analiticamente, constatou-se hiponatremia em 3 casos (2,9%) e hipernatremia em 7 (6,8%). A duração média de internamento foi de 2,8 dias (1-10 dias), num total de 289 dias. Foram reinternadas 6 crianças. Todas as crianças apresentaram uma evolução clínica favorável.

Discussão: A gastroenterite aguda por rotavírus continua a ser uma causa importante de internamento em idade pediátrica. Neste estudo constatou-se um número considerável de internamentos (7%) por este agente, que para além do sofrimento causado à criança e à família, acarretou grandes custos económicos. Estima-se que o rotavírus seja responsável por cerca de 5% das mortes em idade pediátrica e que por cada criança hospitalizada existam mais 32 crianças infectadas. Esta

casuística não incluiu as infecções nosocomiais, que nos países industrializados afectam o mesmo número de crianças que adquiriram o vírus na comunidade. Apesar da melhoria das condições de vida não se tem verificado uma diminuição da incidência desta doença. Assim, a introdução da vacina poderá ser a forma ideal de resolver este problema de saúde pública, sem obviamente esquecer todas as outras formas de prevenção.

709 11:41 PREDICTORES CLÍNICOS Y ANALÍTICOS DE DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO Y DE ESTANCIA HOSPITALARIA

María Dolors Casellas Vidal, Andreu Peñas Aguilera, Anna Ruiz Llobet, Federico Pérez Álvarez, Montserrat Ros Miquel, Lluís Mayol Canals, Jaume Macià Martí
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona.

Antecedentes y objetivos: En los últimos años la incidencia de derrame pleural paraneumónico parece aumentar. Nuestro objetivo es determinar los factores clínicos y de laboratorio que pueden estar asociados al derrame pleural y a mayor estancia hospitalaria.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes menores de 14 años ingresados por neumonía de junio 2005 a julio 2006. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y de tratamiento.

Resultados: Ingresaron 106 niños con neumonía (edad media 2,3 años). Presentaron derrame pleural 26 pacientes (24,5%). La media de días de fiebre hasta el ingreso-diagnóstico fue de 5,35. Se aisló germen en un 30,7% de los casos (*S. Pneumoniae* 75%). El 11,5% requirió drenaje convencional y el 46% videotoracoscopia. El único factor que se asoció significativamente con derrame pleural fue la edad (3-4 años). No se asoció la inmunización previa con vacuna heptavalente. La presencia de saturación de hemoglobina menor del 95%, proteína C reactiva (PCR) mayor a 8 mg/dL, tabicaciones en el momento del ingreso y la edad (menores de 3 años) se asociaron a un mayor tiempo de hospitalización ($p < 0,05$). La realización de videotoracoscopia redujo la estancia media en comparación con el drenaje convencional. No influyeron los antecedentes (bronquitis o neumonía), la leucocitosis, o el tamaño del derrame (mayor o menor a 1 cm).

Conclusiones: Los niños de 3-4 años presentan más derrame pleural paraneumónico. La hipoxemia moderada, la elevación de PCR, la edad y la presencia de tabicaciones pueden ser predictores de mayor estancia media. Puede reducir los días de ingreso favorecer la realización de videotoracoscopia precoz.

710 11:48 CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO: NOVEDADES EN EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO

Antonio Morales Martínez, Rocío Calvo Medina, Esmeralda Núñez Cuadros, María Mercedes Chaffanel Peláez, David Moreno Pérez, Francisco Jesús García Martín
Hospital Materno Infantil, Málaga.

Introducción: El citomegalovirus (CMV) es la infección congénita más frecuente a nivel mundial. La mayoría de los afectados son asintomáticos. Excepcionalmente causa secuelas neurológicas, no disponiéndose de factores pronósticos para su

desarrollo. Parece que la afectación del sistema nervioso central (SNC) y la sepsis podrían ser las únicas indicaciones de tratamiento antiviral. La detección viral por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es un método rápido y fiable en el diagnóstico de la infección.

Resultados: Presentamos dos casos de CMV congénito: *Caso 1:* recién nacido (RN) en cuya ecografía prenatal se evidencian ventriculomegalia y calcificaciones periventriculares, hallazgos confirmados por ecografía transfontanelar postnatal. Hipertonía leve de miembros. *Caso 2:* RN en el que se evidencia hipertensión moderada del cuello y miembros, con discreta parálisis facial izquierda; se solicitó ecografía en que se halla hemorragia subependimaria en evolución, quiste porencefálico derecho de 1,8 cm, calcificaciones periventriculares e imágenes compatibles con vasculopatía mineralizante. Se realizó despistaje de afectación multiorgánica resultando negativo, confirmándose la afectación de SNC por TAC y RMN. En ambos casos el perímetro craneal fue adecuado para la edad en todo momento. Ninguna de las madres aportaba serología a CMV en el embarazo. La serología IgG e IgM de CMV resultó positiva en ambos, confirmando el diagnóstico a través de PCR con carga viral elevada, tras lo cual se realizó tratamiento con ganciclovir i.v. El primero de ellos presentó anemia y neutropenia en relación con el tratamiento, precisando transfusión de hematíes y G-CSF. Tras 4 semanas, prosiguió con valganciclovir oral, que se suspendió a los 4 meses del diagnóstico. Presenta mejoría en la neuroimagen y la hipertensión, sin hipoacusia, y con carga viral CMV indetectable. El segundo recibe actualmente ganciclovir i.v.

Discusión: Es necesario recordar esta patología en el RN con síntomas neurológicos no explicados y/o afectación radiológica del SNC. La PCR ayuda al diagnóstico precoz permitiendo iniciar tratamiento con prontitud. Ganciclovir i.v. seguido de valganciclovir oral pueden mejorar el pronóstico neurológico. Se debería reconsiderar la recomendación de no realizar cribaje serológico materno frente a CMV dada la prevalencia y potenciales secuelas.

711 ADENITIS POR MICOBACTERIAS ATÍPICAS: NUESTRA EXPERIENCIA EN 9 AÑOS

Patricia García Soler, David Moreno Pérez, Francisco Jesús García Martín, Pilar Bermúdez Ruiz, Antonio Jurado Ortiz
Hospital Universitario Materno-Infantil Carlos Haya, Málaga.

Objetivo: La linfadenitis cervical es la manifestación más frecuente de la infección por micobacterias no tuberculosas (MNT) en niños. Establecer las características clínicas, microbiológicas y evolutivas de esta patología en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo realizado durante el periodo 1997-2006. El criterio de inclusión fue el aislamiento de MNT en muestras ganglionares periféricas de pacientes < 14 años.

Resultados: 11 pacientes (9 mujeres y 2 varones, 4,5:1) de edad comprendida entre 8 meses y 6 años (media: 33 meses). El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 33,9 días, durante el cual 8 de los pacientes recibió tratamiento antibiótico (ATB) empírico, siendo la amoxicilina-clavulánico el más empleado. Dos pacientes presentaron fiebre en las 48 h previas a la consulta; el resto no presentó síntomas sistémicos. Dos de los niños tenían contacto con pájaros y en nin-

gún caso hubo exposición a tuberculosis (TBC). Todos eran de localización cervicefacial, de predominio unilateral (9/11), siendo el área submandibular la más afectada (6/13) y su tamaño osciló entre 1,7 x 0,6 y 6 x 3 cm estimado por ecografía. El Mantoux fue > 5 mm en 9 pacientes y en 7 de éstos fue > 10 mm. La radiografía y TC torácica fueron normales en todos los sujetos. Se aisló *M. avium* en 10 pacientes y *M. scrofulaceum* en un paciente. El análisis anatomopatológico halló granulomas necrotizantes. Los antibiogramas muestran escasa sensibilidad a claritromicina (50%), etambutol (50%), ciprofloxacino (40%) y amikacina (50%). La rifabutina y rifapentina obtuvieron mayor porcentaje de sensibilidad (80 y 86%, respectivamente). Siete pacientes siguieron tratamiento específico inicial (6 con isoniazida + rifampicina + pirazinamida 6 meses por supuesta etiología tuberculosa y uno con azitromicina + etambutol), de los que 5 requirieron exéresis, uno sufrió fistulización y uno alcanzó la curación. Un paciente recibió cirugía como único tratamiento con buena evolución. En los otros 3 casos se practicó drenaje junto a ATB; de ellos, 2 necesitaron cirugía ulterior. Un total de 8 pacientes necesitaron exéresis quirúrgica, con una parálisis facial transitoria como complicación.

Conclusión: Ante la sospecha clínica de infección por MNT (> 1 mes de evolución, > 2 cm, sin síntomas sistémicos ni exposición a TBC) se recomienda la biopsia excisional dada la alta incidencia de fallo terapéutico y secuelas con los ATB disponibles actualmente. El Mantoux no permite diferenciar entre infección por TBC de MNT.

712 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS INGRESOS POR ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS EN LA REGIÓN DE MURCIA

Isabel María Valcárcel Díaz, María José Arroyo Marín, Santiago Alfayate Miguélez, Lluís Marín Vives, María Concepción Rex Nicolás, María Dolores Hernández Gil, Ana Almansa García
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La tuberculosis continúa siendo un problema de Salud Pública importante. En los países desarrollados, la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias y la aparición de tratamiento específico supusieron una disminución de la frecuencia así como una mejoría en el pronóstico de la enfermedad. El sida y los movimientos migratorios de países con alta incidencia de tuberculosis han representado un aumento de la incidencia.

Objetivos: Conocer la evolución de esta enfermedad como causa de ingreso en el área de incidencia de nuestro hospital, con alto porcentaje de inmigrantes, así como las diferentes formas de presentación, diagnósticos, tratamiento y complicaciones de la misma.

Método: Revisión de las historias clínicas de todos los niños menores de 10 años en las que en su informe de alta se hubiera codificado como uno de los diagnósticos el de tuberculosis en cualquiera de sus formas en los últimos 30 años. Se analizan datos demográficos, diagnósticos y clínicos.

Resultados: Se encontraron 99 casos, de los cuales 70 fueron formas pulmonares, 16 formas meníngeas, 7 adenitis tuberculosas y 1 forma ósea aislada. Cinco de los casos fueron formas mixtas, meníngeas y miliares. Por grupos de edad, el 52% fueron mayores de 2 años, detectándose que hasta un 10% del resto fueron menores de 6 meses. En casi la mitad (46%) se encontraron an-

tecedentes familiares cercanos o convivientes afectados de tuberculosis. Hubo un predominio en varones (61%). En cuanto al diagnóstico, el 62% presentó un Mantoux positivo, diagnosticándose el resto bien por biopsia ganglionar compatible o bien por clínica compatible y adecuada respuesta al tratamiento. De todos los casos revisados, sólo se obtuvo la confirmación microbiológica en 6 de ellos, por crecimiento en cultivo de Lowestein y uno por observación en jugo gástrico. Hubo complicaciones en 31 de los 99 casos revisados, siendo las más frecuentes las neurológi-

cas postmeningitis. 5 niños presentaron complicaciones por el tratamiento, todos por rifampicina, siendo 4 de ellas digestivas (hepatitis) y otra hematológica (neutropenia).

Conclusiones: En esta revisión se observa: un rebrote de tuberculosis en los últimos años, aparición de cepas resistentes que ha hecho necesario rescatar antiguos tuberculostáticos. El TAC supone un gran avance en el diagnóstico de la infección tuberculosa pulmonar. La población inmigrante es, en los últimos años, diana de esta enfermedad.