

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

Los resúmenes de los trabajos libres son
reproducción exacta de los enviados por los autores.

La Sociedad Argentina de Pediatría no tiene
responsabilidad alguna sobre sus contenidos.

PO : Presentación oral
RPD: Recorrida póster digital

Busi L.¹; Sly P.²; Llancamán L.³
HOSPITAL DE TRELEW¹; CHILDREN'S HEALTH AND
ENVIRONMENT PROGRAM, QUEENSLAND CHILDREN'S
MEDICAL RESEARCH INSTITUTE, UNIVERSITY OF
QUEENSLAND, BRISBANE, AUSTRALIA²
lucianobusi2@gmail.com

INTRODUCCIÓN: Hasta donde llega nuestro conocimiento, ningún CDPANP ha sido correctamente validado en español en Latinoamérica.

OBJETIVO: Determinar la utilidad de un CDPANP en nuestra población.

POBLACIÓN: Niños preescolares de 6 jardines de infantes elegidos al azar de la ciudad de Trelew.

MATERIAL Y MÉTODOS: El CDPANP fue validado previamente en padres de niños escolares. La forma de elaborar las preguntas surgió a partir de información de un grupo de padres de niños asmáticos seleccionados al azar en el Hospital de Trelew (n=181). Se incluyeron: P1) Tos persistente; P2) Disnea nocturna; P3) Dificultad para respirar hondo; P4) Ruidos al respirar; P5) Disnea con ejercicio; P6) Tos nocturna; P7) Tos con ejercicio; P8) Inasistencia a jardín por problemas respiratorios. Se distribuyeron los cuestionarios en la población (n=639) para ser llenados por los padres. Se realizó un test de confiabilidad en 187 padres seleccionados al azar. Se citaron a todos los niños a evaluación clínica completa por el médico neumonólogo infantil (MNI), espirometría

con respuesta a salbutamol y radiografía de tórax. Se utilizó el software SPSS 20.0.

RESULTADOS: Fueron completados y recibidos el 97,02% de los cuestionarios. La confiabilidad con un intervalo de 2-5 semanas y la consistencia interna fueron excelentes ($p \geq 0,31$ para todos los ítems y \bar{D} de Cronbach=0,81). El MNI encontró 16,97% de los niños con asma. 85% realizaron una espirometría correctamente. No hubo diferencias significativas entre las respuestas en cuanto a edad, sexo, raza, jardín de infantes o barrio de residencia. Los ítems, al compararlos frente al diagnóstico de asma por el MNI, obtuvieron sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativos (VPP y VPN) aceptables. Sin embargo, fueron las combinaciones de ítems las que lograron los mejores resultados: por ejemplo, dos ítems positivos de todo el cuestionario obtuvieron sensibilidad de 93,20%, especificidad de 86,11% y VPN de 98,41%. La regresión logística múltiple de una combinación de los 3 mejores ítems fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$) con $r^2 = 0,663$ y $\text{Exp}(B) = 0,204$. Los niños con respuestas positivas a P3, P4, P5 y P7 tuvieron menor VEF₁ y VEF_{0.5} ($p < 0,01$), y cambios más positivos en la respuesta a salbutamol ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES: El CDPANP obtuvo alta consistencia, sensibilidad, especificidad y VPN en nuestra población, resultando un elemento útil para la detección de asma en preescolares.

Llapur C.¹; Martínez M.²; Caram M.³; Bonilla F.⁴; Cabana C.⁵; Yu Z.⁶; Tepper R.⁷
HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS TUCUMÁN¹; FACULTAD DE
MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN²;
INSIBIO INSTITUTO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES
BIOLÓGICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN³;
HOSPITAL JORGE URO, LA QUIACA JUJUY, ARGENTINA⁴;
6DEPARTMENT OF BIO-STATISTICS, INDIANA
UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE, INDIANAPOLIS,
USA⁵; SECTION OF PULMONOLOGY, RILEY HOSPITAL
FOR CHILDREN, INDIANA UNIVERSITY SCHOOL OF
MEDICINE, INDIANAPOLIS, USA⁷
cjllapur@hotmail.com

Los niños y adultos que viven a gran altitud (GA) presentan volúmenes pulmonares más grandes comparado con los de baja altitud (BA). Sin embargo, no se conoce si esta respuesta a la hipoxia crónica empieza en etapas tempranas de la vida. Nuestro objetivo fue evaluar si lactantes nacidos a gran altitud presentan volúmenes pulmonares más grandes comparados con los nacidos a baja altitud. Se midieron saturación de oxígeno (SaO₂), Capacidad Residual Funcional (FRC)

y niveles séricos de Factor de Crecimiento del Endotelio Vascular (VEGF) y Eritropoyetina (EPO) en niños de 1 mes a 24 meses de edad nacidos a GA (La Quiaca-Jujuy, 3440 msnm) (N=50) y a BA (S. M. de Tucumán, 440 msnm) (N=35). No hubo diferencias entre los grupos cuando se los comparó por tamaño corporal. Sin embargo, los sujetos nacidos a GA tenían SaO₂ más bajas (88,5% vs. 96,7% $p < 0,001$). Sujetos de GA tenían mayor FRC con respecto a los sujetos de BA (media del grupo 209ml vs. 157ml $p < 0,0001$), ajustada por tamaño corporal. Los varones de GA tenían mayor FRC que los varones de LA (diferencia 57ml; $p < 0,0001$). Sin embargo, el aumento de FRC de las mujeres de GA no fue significativo comparado con las mujeres de LA (diferencia 20ml; $p = 0,1$). VEGF y EPO fueron significativamente mayores en GA comparado con LA sin haber efecto de género (diferencia Log VEGF 0,137pg/ml; $p < 0,003$ y diferencia Log EPO 0,34mIU/ml; $p < 0,03$). En conclusión, los lactantes de GA tienen saturaciones más bajas, niveles séricos de VEGF y EPO aumentados y mayor FRC comparado con los lactantes de BA; sin embargo, la hipoxia crónica parece generar una mayor respuesta en el crecimiento pulmonar de los varones comparado con las mujeres en etapas tempranas de la vida.

Fleitas H.¹; Tames L.²; Iacullo E.³; Pérez Slanac S.⁴
 INSTITUTO MEDICO DE LA COMUNIDAD; HOSPITAL DE JUNÍN^{1,2,3,4}

hhfleitas@yahoo.com.ar

INTRODUCCION: El derrame paraneumónico (DP) es la colección de líquido en el espacio pleural en relación con una neumonía. Cuando esta colección es purulenta se denomina empiema. Un manejo inadecuado aumenta la morbilidad y la aparición de complicaciones, prolongando los días de internación. Evaluar nuestro accionar en esta patología nos permitirá sacar conclusiones que optimicen nuestra conducta diagnóstica y terapéutica.

OBJETIVO: Mostrar nuestra experiencia en el manejo diagnóstico y terapéutico del DP. Identificar las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de esta cohorte.

POBLACION, MATERIAL Y METODOS: Estudio transversal, prospectivo y descriptivo. Se incluyeron pacientes de 1mes a 15 años, que se internan con diagnóstico de neumonía con derrame en una clínica privada y en el Hospital Público de la ciudad de Junín, Provincia de Buenos Aires. Marco temporal: Mayo de 2009 a Abril de 2011. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, infectológicos y terapéuticos.

RESULTADOS: Se evaluaron 30 pacientes, 18 masculinos. Mediana de 4 años (rango 7 meses a 15 años). El 100% de los pacientes tenían fiebre, tos y diagnóstico de neumonía al ingreso. El 53% (16) recibían Antibióticos (ATB) previo a la internación. Se realizó drenaje pleural bajo agua en el 73,3%(22), toracocentesis única en el 20%(6), toracocentesis repetida en un paciente, drenaje pleural bajo agua y luego VATS en un paciente. Se rescató germen de líquido pleural en el 30%(9) de los pacientes. 20%(6) Streptococcus pneumoniae, 2 además con bacteriemia; 3,3 %(1) Staphylococcus aureus meti- R; 3,3%(1) Pseudomona aeruginosa; 3,3%(1) Klebsiella pneumoniae. Presentaron complicaciones el 56,6% (17). Neumotórax 23,3%(7); SIHAD 20%(6); Neumonía Necrotizante 6,6% (2); Fístula Broncopleural 3,3% (1) y Fístula Pleurocutánea 3,3% (1) El promedio de días de internación fue de 11 días.

CONCLUSIONES: Fiebre y tos fueron síntomas presentes en todos los pacientes. Tuvimos un bajo porcentaje en el rescate de gérmenes quizás asociado a que más de la mitad tenían ATB previo. El promedio de días de internación resulta prolongado. Tuvimos un alto porcentaje de complicaciones. Deberíamos contar con alternativas terapéuticas (uso de fibrinolíticos, VATS precoz en quien corresponda) para disminuir los días de internación y optimizar los costos.

Fleitas H.¹; Roldan L.²; Asurmendi P.³; Fernandez A.⁴; Cerulli C.⁵

INSTITUTO MEDICO DE LA COMUNIDAD; HOSPITAL DE JUNÍN^{1,2,3,4,5}

hhfleitas@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN: La bronquiolitis, definida como la inflamación difusa y aguda de las vías aéreas inferiores, por lo general es secundaria a una infección viral. Menos del 3% de los niños sin factores de riesgo requieren internación. El virus sincicial respiratorio (VSR), es el agente etiológico más frecuentemente involucrado. Nos preguntamos, si aquellos casos de Bronquiolitis a VSR vs otros virus, requieren más días de internación, mayor necesidad de oxigenoterapia, y están expuestos a mayores complicaciones.

OBJETIVOS: Primarios: Evaluar la morbilidad en la bronquiolitis a VSR vs NO VSR expresada fundamentalmente en los días de internación.

Secundarios: Evaluar eventos asociados a evolución desfavorable (tipo- tiempo de oxigenoterapia, sobreinfección, ingreso a UCIP)

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: Estudio descriptivo, observacional, prospectivo.

- Población: niños de 1 mes a 2 años internados en el Hospital de Junín desde abril a julio de 2012 con diagnóstico de Bronquiolitis. Se les realiza inmunofluorescencia para virus respiratorios

- Criterios de exclusión: Factores de riesgo para IRAB grave (excepto prematuridad y edad).

RESULTADOS: Ingresaron 47 pacientes, 29 masculinos (62%). 32 (68%) VSR (+), 15 (32%) VSR (-)/otros virus. Promedio de edad: 4,2 meses. (1m a 30 meses). El promedio de días de internación fue de 4,85 días para VSR (+) y de 4,86 días para NO VSR.

El uso promedio de O2 complementario fue de 2,8 días para VSR (+) y de 1,8 días para otros.

De los pacientes VSR (+) un total de 13 (41%), sufrieron complicaciones (6 con atelectasias, 4 con sobreinfección bacteriana y 3 combinaron atelectasia y sobreinfección). Pacientes con VSR (-) 4 (27%) se complicaron con sobreinfección bacteriana.

1 paciente, VSR (+) requirió ingreso a UCIP para ventilación mecánica (VM)

En los pacientes prematuros el promedio de días de internación fue de 4,25 días para VSR (+) y 4,5 días para otros.

CONCLUSIONES: No hubo diferencias significativas en cuanto a los días de internación en los pacientes con VSR (+) vs otros virus. Los pacientes con VSR (+) requirieron mayor tiempo de oxigenoterapia y sufrieron mayor porcentaje de complicaciones. Solo 1 paciente, VSR (+) requirió ingreso a UCIP con VM.

No hubo mayor morbilidad en los pacientes con antecedentes de prematuridad en esta cohorte.

Karakachoff M.¹; Fernandez G.²; Battagliotti C.³; Diez S.⁴; Baroni M.⁵; Zalazar F.⁶; Gianni R.⁷; Mayoral C.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS DR O. ALASSIA SANTA FE^{1, 2, 3, 4}; FACULTAD DE BIOQUÍMICA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS-UNL^{5, 6, 7, 8}

mariokarakachoff@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN: El *Streptococcus pneumoniae* (Sp) es el principal causante de neumonías bacterianas de la comunidad con un alto índice de morbimortalidad en menores de 5 años de edad. El uso de técnicas moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa (nPCR) permiten mejorar la identificación de casos que los métodos convencionales (cultivos). **Objetivos:** Describir aspectos epidemiológicos y clínicos de un grupo de niños internados con neumonías neumocócicas y evaluar la utilidad de nPCR en el proceso diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: De un grupo de 94 niños de 3 a 59 meses de edad, ingresados al Hospital de Niños de Santa Fe entre mayo de 2011 y abril de 2012; se eligieron prospectivamente 28 y describieron 25 con neumonías confirmadas bacteriológicamente. Obtuvieron cultivos (hemo y pleura), nPCR en sangre y aspirados naso faríngeos para virus respiratorios: influenza A y B, virus sincitial respiratorio (VSR), parainfluenzas 1, 2, 3, y adenovirus. Las Rx de tórax, fueron valoradas, a ciegas, por un pediatra radiólogo.

RESULTADOS: La edad media fue de 20.4 meses. (r: 4 a 59). La distribución por sexo fue similar. Solo 2 niños estaban inmunizados contra el neumococo, uno parcialmente. Todos los niños tuvieron fiebre al ingreso, todos presentaron el 96%, rinorrea el 28%, retracción costal el 66%, taquipnea 20%, se auscultaban rales crepitantes en el 32%, sibilancias en 20% y soplo tubario en el 16%. Recuento de leucocitos y neutrófilos mayores a 15.000 y 10.000 por mm³ respectivamente se encontraron en el 56% de los niños. Eritrosedimentación mayor de 60 mm en la hora se constató en el 36%. Radiológicamente el 80% presentó infiltrados alveolares, el 32% intersticiales y 20% derrame pleural. En el 37.2% de internados (35/94) se confirmó un diagnóstico etiológico y en 3 niños coinfección (VSR + Sp). Los cultivos fueron positivos en 6.1% y nPCR en 35.3% de 65 niños estudiados con ambas técnicas. Recibieron antibióticos el 60% de los niños antes de internarse; el 92% entre 1-4 días previos de realizar nPCR. La media de internación fue de 5.7 y el rango: 2-17 días. En 3 niños se colocaron drenajes torácicos; no hubo fallecidos.

CONCLUSIÓN: La técnica de nPCR permitió mejorar la capacidad diagnóstica de neumonías; a pesar del tratamiento previo con antibacterianos e interpretar situaciones clínicas compatibles con infecciones mixtas.

Luque M.¹; Bossio J.²; Arias S.³; Fernández H.⁴; Landra F.⁵; Garcilazo D.⁶; Veronesi I.⁷; López R.⁸

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI"^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8}

gimeluque@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TBC) pediátrica tiene impacto sobre la salud del niño y la familia, e implicancias para la Salud Pública, indicando la presencia de TBC en la comunidad.

OBJETIVOS: Describir la tendencia de la TBC en menores de 15 años en 1990-2010 en Argentina y sus jurisdicciones.

POBLACIÓN: todos los casos de TBC menores de 15 años notificados en Argentina en 1990-2010.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo de diseño ecológico. Los casos se obtuvieron del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni" y la población del Instituto Nacional de Estadística y Censos. Se excluyeron las jurisdicciones con menos de 100.000 habitantes menores de 15 años (La Pampa, La Rioja, Santa Cruz y Tierra del Fuego), por el bajo número de casos notificados. Para el total país y las 20 jurisdicciones se calcularon tasas anuales por 100.000 habitantes. La tendencia se analizó con un modelo exponencial. Se realizó regresión lineal simple del logaritmo natural de las tasas con respecto al tiempo. Se calculó el coeficiente de correlación de

Pearson, el de regresión lineal y los intervalos de confianza (IC) del 95%. El coeficiente de regresión, se expresó como variación anual promedio (VAP) porcentual de la tasa.

RESULTADOS: La tasa de TBC pediátrica en Argentina se redujo 67.6% y la VAP fue -4.9% anual (-5.9; -3.9). La tasa en menores de 5 años tuvo una VAP (-5.65%, -6.67; -4.62) mayor que la de 5 a 9 (-5.18, -6.41; -3.93) y que la de 10 a 14 (-3.49, -4.59; -2.38); pero la diferencia solo fue estadísticamente significativa con el grupo de 10 a 14. La Ciudad de Buenos Aires tuvo tendencia al aumento: la VAP y su IC se ubicó por encima de cero, y la tasa en 2010 fue 56.3% mayor que en 1990: 22.2 y 14.2 por 100.000, respectivamente. En el resto de las jurisdicciones la tendencia fue al descenso (VAP menor de cero), pero fue estadísticamente significativa solo en 14 jurisdicciones. La VAP varió de -16.2% (-22.7; -9.1) en San Juan a -2.6% (-4.8; -0.4) en Chaco.

CONCLUSIÓN: La tasa de notificación de casos de TBC en menores de 15 años en el país disminuyó en 1990-2010, especialmente en menores de 5 años. La tendencia fue diferente en las jurisdicciones y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se registró un aumento. Hay fuentes de infección que ocasionan casos antes de los 5 años, por lo que la TBC continúa siendo un problema de salud pública pediátrica, especialmente en algunas de las jurisdicciones del país.

EFFECTO DE LA AZITROMICINA SOBRE LA FUNCIÓN PULMONAR Y LAS EXACERBACIONES RESPIRATORIAS EN NIÑOS CON BRONQUIOLITIS OBLITERANTE POST INFECCIOSA

PO 8

Salim F.¹; Castaños C.²; Pereyra C.³; Aguerre V.⁴; Lucero B.⁵; Bauer G.⁶; Zylbersztajn B.⁷; Leliveld L.⁸; Gonzalez Pena H.⁹

HOSPITAL DE PEDIATRIA GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}
maxisalim@uolsinetis.com.ar

INTRODUCCIÓN: Hay escasos recursos terapéuticos para la Bronquiolitis Obliterante Post Infecciosa (PIBO). Azitromicina (AZ) se usa como antiinflamatorio, en algunas enfermedades respiratorias obstructivas.

OBJETIVO: evaluar efectividad de la AZ para mejorar la función pulmonar y reducir las exacerbaciones en pacientes con PIBO.

MÉTODOS: estudio randomizado, doble ciego, placebo controlado en pacientes con PIBO, clínicamente estables que realicen PFP. Randomización aleatoria: AZ (intervención) o placebo trisemanal durante 6 meses. Medidas de resultado: cambio en PFP y número exacerbaciones.

RESULTADOS: Se incluyeron 29 p, 8 abandonaron el estudio, total 21p (12AZ y 9 placebo) no diferencia entre los grupos. Exacerbaciones 3 en cada grupo.

CONCLUSIÓN: Observamos diferencias significativas en CVF del grupo AZ, no observamos diferencias significativas en los demás parámetros funcionales ni el número de exacerbaciones entre los dos grupos.

		Azitromicina	P Value*	Placebo	Valor de p
Parámetro funcional		n 12		n 9	
CVF	Mayor	9	0,004	6	0,08
Cambio relativo	Menor	0		2	
1m - 6m	Igual	3		1	
VEF1	Mayor	7	0,2	3	0,85
Cambio relativo	Menor	4		3	
1m - 6m	Igual	1		3	
		n 12		n 6	
CPT	Mayor	9	0,07	3	0,4
Cambio relativo	Menor	2		3	
1m - 6m	Igual	1			
VR	Mayor	6	0,93	5	0,07
Cambio relativo	Menor	6		1	
1m - 6m	Igual	0		0	

SÍNDROME DE SWYER- JAMES MAC LEOD O PULMÓN HIPERLUSCENTE UNILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO EN UN ADOLESCENTE

RPD 9

Lagandara P.¹; Salmain M.²; Jolly M.³; Berner E.⁴

HOSPITAL ARGERICH^{1,2,3,4}

pamelalagandara@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN: El pulmón hiperluciente unilateral es una entidad poco frecuente, relacionada con bronquitis, bronquiolitis obliterante o neumonía viral en la infancia. Los agentes etiológicos más frecuentes son Paramyxovirus, Bordetella P., Micobacterium Tuberculosis, Mycoplasma Pneumoniae, Influenza A y Adenovirus. Se caracteriza por una hiperclaridad pulmonar o lobar unilateral asociada a un atrapamiento aéreo en la espiración. Las manifestaciones clínicas varían desde asintomáticas a infecciones respiratorias bajas a repetición. Tradicionalmente para el diagnóstico se utilizaban técnicas invasivas. Presentamos el caso de una paciente adolescente cuyo diagnóstico se realizó con técnicas no invasivas. La radiografía de tórax estableció la sospecha y la TAC de tórax la confirmó.

OBJETIVO: Dar a conocer entre los colegas una entidad clínica de aparición poco frecuente en la práctica diaria.

CASO CLÍNICO: Paciente de 18 años, sexo femenino, que concurre al Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich en

agosto 2011, para control clínico de neumonía de base derecha en tratamiento con amoxicilina.

Antecedentes personales: broncoespasmos a repetición desde la lactancia, sin internaciones. Antecedentes familiares: padre asmático.

Examen físico: hipoventilación en base derecha.

Trae radiografía de tórax previa que evidencia imagen radioopaca en campo medio pulmonar derecho.

Rx control al mes: hiperlucencia unilateral asociada a atrapamiento aéreo durante la espiración.

Se interconsulta con servicio de neumonología que solicita TAC de tórax y espirometría.

La paciente completa el tratamiento antibiótico e inicia tratamiento con budesonide-formoterol con buena respuesta. Se indica vacuna antigripal y antineumocócica.

CONCLUSIONES: Resaltamos la importancia de considerar éste síndrome ante el hallazgo radiológico de una hiperlucencia en pacientes con cuadros broncoobstructivos a repetición y antecedentes de infecciones respiratorias bajas.

Langandara P.¹; Burgos C.²; Pellegrini M.³; Berner E.⁴
HOSPITAL ARGERICH^{1,2,3,4}

pamelalangandara@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad de Castleman, es una enfermedad linfoproliferativa de las células B infrecuente. Afecta adultos jóvenes entre la segunda y cuarta década de la vida. Se presenta en el 70% de los casos como un tumor solitario de localización mediastinal. Histológicamente benigno pero que puede comportarse como maligno. Su diagnóstico es dificultoso, siendo muchas veces tardío.

OBJETIVO: Dar a conocer una patología poco pensada en la práctica diaria a partir de un caso clínico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 17 años, sexo femenino, sana. Consulta por edema facial, cervical y de miembros superiores, con disnea grado III-IV de dos semanas de evolución asociado a síndrome de impregnación. Examen físico: paciente en regular estado general, palidez cutáneo mucosa generalizada, hipoventilación bibasal, MV disminuido bilateral, broncofonía, matidez hasta vértice pulmonar izquierdo sin adenopatías periféricas ni organomegalias, músculo ECM izquierdo aumentado de tamaño doloroso.

Con sospecha de patología tumoral se interna.

Se realiza toracocentesis por derrame pleural bilateral, compatible con quilotórax y se completan estudios de estafilocación.

DISCUSIÓN: La Enfermedad de Castleman es una patología de etiología incierta poco frecuente. No tiene predominancia de sexo o raza. La edad promedio de presentación es a los 23.5 años de edad. El diagnóstico puede ser casual o por presencia de masa dolorosa de larga evolución. Puede afectar cualquier cadena linfática. Histológicamente existe el tipo vascular-hialino (90%) y el de células plasmáticas (10%). Semejantes a los encontrados en la Enfermedad de Hodgkin, artritis reumatoide, síndrome de Sjogren, reacción a drogas (fenitoína), drenaje de nódulos linfáticos en carcinomas, inmunosupresión iatrogénica, y estado de inmunodeficiencia adquirida o congénita.

La escisión quirúrgica es curativa en la mayoría de los casos, la sobrevida a cinco años es del 100%, aunque puede haber recidiva.

CONCLUSIÓN: La enfermedad de Castleman es un desorden benigno de los nódulos linfáticos infrecuente. Clínica y radiológicamente no tiene datos patognomónicos creando dificultades para su diagnóstico. Es fundamental tener un alto grado de sospecha para realizar su diagnóstico diferencial con otras enfermedades como neoplasias, enfermedades infecciosas y autoinmunes.

Díaz Cazaux A.¹; Cohen C.²; Palacio S.³; Aguerre V.⁴;
Haag D.⁵; Leske V.⁶

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6}
<adiazcazaux@gmail.com>

INTRODUCCIÓN: Si bien la hipertensión pulmonar (HTP) asociada a enfermedad pulmonar con hipoxemia es generalmente leve a moderada, tiene impacto en la calidad de vida y el pronóstico del paciente. Las causas más comunes son enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad pulmonar intersticial y trastornos de la ventilación.

OBJETIVO: Destacar la importancia de una historia clínica y examen físico completos para sospechar la presencia de HTP.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 5 años, sexo masculino. Sin antecedentes perinatólogicos relevantes.

Consulta por neumonía recurrente y múltiples internaciones por dicha causa. Refiere tos y broncorrea matinal, ahogos con la alimentación, ronquido y sudoración profusa nocturnos, déficit de atención e hiperactividad.

Regular estado general. FC 130 lpm, FR 26 rpm, SaO₂ 90-92%. Peso y talla <p3. Pectus carinatum, diámetro antero posterior aumentado, hipocratismo digital, tórax con elasticidad disminuida. Regular entrada de aire bilateral, subcrepitantes bibasales, sibilancias aisladas. Hiperactivo.

Se descartan fibrosis quística, tuberculosis e inmunodeficiencia.

Videodeglución: alteración dinámica del segundo tiempo, pasaje de líquido a vía aérea con reflejo tusígeno. TAC de tórax con áreas de hipoperfusión en mosaico bilaterales, opacidades parenquimatosas en vidrio esmerilado en ambos lóbulos inferiores, engrosamiento del intersticio peribroncovascular. Ecocardiografía: PAPs 40-45 mmHg. Laringotraqueobroncoscopia normal. Polisomnograma: SAOS severo.

DIAGNÓSTICOS: Enfermedad pulmonar crónica secundaria a síndrome aspirativo crónico.

Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) severo
Hipertensión pulmonar

Se inicia alimentación por SNG y VNI nasal en sueño. Al mes desaparecen los síntomas en sueño, mejora la conducta y se observa adecuado progreso de peso. Ecocardiografía normal.

DISCUSIÓN: Describimos un paciente con enfermedad pulmonar crónica secundaria a síndrome aspirativo crónico, complicado con HTP secundaria a SAOS.

Existen pocos estudios epidemiológicos de HTP asociada a enfermedad pulmonar con hipoxemia en la población pediátrica, la cual probablemente esté subdiagnosticada y subregistrada. Los síntomas pueden ser sutiles y suelen estar enmascarados por la enfermedad de base, por lo que se requiere una alta sospecha diagnóstica por parte del personal médico.

Villalba L.¹; Bossio J.²; Landra F.³; Arias S.⁴; Fernandez H.⁵; Garcilazo D.⁶; Varonesi I.⁷; Lopez R.⁸

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEADES RESPIRATORIAS^{1,2,3,4,5,6,7,8}

leonardomvillalba@gmail.com

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública en Argentina y los casos pediátricos representan el 10%. La desigual distribución del problema se estudió para todos los casos, no así para los casos pediátricos.

OBJETIVOS: Analizar la desigualdad en la distribución de la TB pediátrica por departamentos en provincias seleccionadas y explorar su asociación con la condición socioeconómica de la población.

POBLACIÓN: Casos de TB menores de 15 años en Chaco (CH), Jujuy (JUJ), Misiones (MIS), Salta (SAL) y Santa Fe (SFE).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio ecológico mixto con departamentos como unidad de análisis. Se seleccionaron departamentos con 50.000 habitantes o más según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censo. Los casos de TB se obtuvieron del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Se calcularon tasas por 100.000 para 2008-2010. Se utilizó el % de población en viviendas precarias (%VP), el % de hogares sin heladera (%SH) y el % de hogares sin computadora (%SC) del Censo 2010. Se

evaluó la desigualdad entre tasas de TB en menores de 15 por departamento mediante el Índice de Gini (IG) y su intervalo de confianza del 95%. Se evaluó la asociación con la condición socioeconómica mediante el coeficiente de correlación (r) y de regresión (b) y sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Se utilizaron los programas Excel 2010 y EpiDat 3.1.

RESULTADOS: En dos de los 27 departamentos seleccionados no se notificaron casos de TB en menores de 15 en el trienio 2008-2010. En los departamentos con casos las tasas fueron de 0,7 (Castellanos, Santa Fe) a 46,5 por 100.000 (General Güemes, Chaco). El IG fue 0,467 (0,374; 0,560): el 20% de la población en departamentos con mayor tasa aportó el 53% de los casos y el 23% de la población en departamentos con menor tasa aportó solo 4% de los casos.

Se encontró asociación entre el valor de la tasa de notificación de TB pediátrica y el %VP, $r = 0,507$ (0,157; 0,744), $p = 0,007$, y $b = 1,06$ (0,32; 1,81): la tasa se incrementa un caso por 100.000 por cada aumento en un punto del %VP. También se encontró asociación con el %SH, $r = 0,444$ (0,077; 0,705), $p = 0,020$, y $b = 0,57$ (0,10; 1,04). No se encontró asociación estadísticamente significativa con el %SC.

CONCLUSIONES: La TB en menores de 15 años se distribuye de forma desigual a nivel departamental y esta desigualdad se asocia a las condiciones socioeconómicas de la población.

MICOBACTERIA ATÍPICA EN PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RPD 15

Andreozzi P.¹; Gonzalez A.²; Giusti S.³; Peluffo G.⁴; Zapata A.⁵

HOSPITAL A. POSADAS^{1,2,3,4,5}

Drapatricia@yahoo.com

El motivo de la presentación es evaluar el impacto clínico que produce el *Mycobacterium abscessus* (*M. abscessus*) como microorganismo emergente, en una paciente con Fibrosis Quística (FQ) cuyo nicho ecológico pulmonar presenta colonización por múltiples gérmenes.

Criterios diagnósticos de Micobacterias Atípicas (MNT) de acuerdo al documento de la Sociedad Torácica Americana (año 2007).

PRESENTACIÓN DEL CASO: Fecha de nacimiento: 06/08/1988. Sexo: femenino. Edad: 24 años.

Antecedentes previos de patología respiratoria, diarrea, bajo peso y hepatopatía. 10 meses confirmó diagnóstico de FQ con 2 Test del sudor patológicos. Controles en el Hospital Posadas desde los 2 años de vida. Espustos iniciales: *Staphylococcus aureus* meticilino sensible. (*Sa*). *Pseudomonas aeruginosa* (*Pa*) a partir de los 14 años. Inicia tratamiento de erradicación y luego terapia supresiva para *Pa* de acuerdo a consenso. Curva flujo/volumen obstructiva. Esputo: bacilo positivo *Nocardia*. Recibe tratamiento con Trimetroprima /Sulfametoxazol. A los 18 años: dificultades en la adherencia al tratamiento.

2010: 3 internaciones por exacerbaciones respiratorias a *Pa seca* y *Pa mucoide* (*Pam*). *Aspergillus Fumigatus*; *Flavus*. Serología negativa. IGE:normal. Presentó esputo: 5BAAR p/c. MNT (colonias de crecimiento rápido): *M. abscessus* (Sensible: Claritromicina, Ciprofloxacina, Amikacina, Cefotaxime). Estudio repetido en 3 oportunidades: directo y cultivo positivo. Espirometría: Cvf: 90 Vef: 79 FMMF: 63. TACAR de Torax: imagenseudocavitaria en vértice pulmonar derecho. Bronquiectasias en lóbulo inferior derecho e izquierdo. Tapones mucosos en lóbulo medio. Árbol en Brote. Tratamiento: Claritromicina. Meropenem/Amikacina EV: 2 meses. Continuo con Claritromicina / Ciprofloxacina vía oral y Amikacina nebulizable: Estado actual: Peso 42,5 Kg y talla 147 cm IMC18,7. Función hepática y glucemia normal. Espustos: *Pam*, *Pa*, *Sa*. Directo y cultivo negativo para *M. abscessus* al 1 año del inicio de tratamiento. TACAR de Tórax: mejoría. Pletismografía: normal.

CONCLUSIÓN: *M. abscessus* es un germen emergente que se observa con el aumento de sobrevida de los pacientes. La terapia antibiótica es variable en la respuesta clínica, con recurrencia y chance mínima de cura. Al año del tratamiento se encontró mejoría clínica y tomográfica dentro de un contexto de infección pulmonar crónica a *Pam* y a pesar de las dificultades a la adherencia de las indicaciones médicas.

Melillo K.¹; Bisero E.²; Lombardero L.³; Luque G.⁴; Sclavo L.⁵

HOSPITAL PROF. DR. A. POSADAS^{1,2,3,4,5}

karina1971a@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis, enfermedad prevenible y curable continua siendo importante amenaza para la salud publica mundial. Se estima que cada año 9 millones de personas enferman y 2 millones de ellas mueren por esta enfermedad en todo el mundo. La TBC intestinal Históricamente, conocida como «la gran simuladora» es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis* u ocasionalmente por *Mycobacterium bovis*.

La tuberculosis intestinal representa alrededor del 10% de todas las formas extra pulmonares. El 75% de los casos se localizan en el área ileocecal y en yeyuno ileon

OBJETIVO: Describir una forma de presentación grave de tuberculosis.

CASO CLÍNICO: Se presenta una niña de 9 años, con antecedente de trastorno general del desarrollo, que concurre periódicamente a un centro de cuidado diario. Consulta al hospital por vómitos recurrentes de tres meses de evolución exacerbado en las últimas horas, intenso dolor abdominal. A su ingreso presenta: fiebre de 39 °C, masa móvil de 4 cm

x4 cm en fosa iliaca derecha. P.P.D 2UT 0 mm. Se realiza ecografía abdominal con imagen compatible con invaginación intestinal. Colon por enema que lo confirma a nivel del ángulo hepático del colon. Se decide conducta quirúrgica identificándose formación friable que compromete ileon terminal, ciego, apéndice cecal y parte de colon ascendente. Se encontró también adenitis mesentérica. Resección de ileon y hemicolectomía derecha quedando con colostomía en caño de escopeta. Anatomía patológica: ileo colitis granulomatosa tuberculosa. Técnica de ZN: +. C: + *Mycobacterium tuberculosis*. TACAR de tórax se evidencian ganglios calcificados en ileo derecho a nivel retrocava y pretraqueales TAC de abdomen: calcificaciones retroperitoneales y en ganglios mesentéricos. Se inicia tratamiento antifímico con cuatro drogas. Presenta síndrome malabsortivo por *Clostridium difficile* que requiere de la suspensión transitoria del tratamiento. Actualmente se encuentra con buena evolución clínica, con cierre de la ostomía y cumpliendo medicación antituberculosa.

CONCLUSIÓN: Los casos de tuberculosis intestinal son infrecuentes debido a la in especificidad de sus síntomas, es necesario un elevado nivel de sospecha para su diagnóstico, especialmente en los casos donde el compromiso pulmonar no es evidente.

TUBERCULOSIS EN UNA POBLACION PEDIATRICA ATENDIDA EN UN HOSPITAL PÚBLICO. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ESTUDIO DESCRIPTIVO 1 RA. PARTE.

RPD 17

Bisero E.¹; Borda M.²; Luque G.³; Melillo K.⁴; Zapata A.⁵; Varela S.⁶

HOSPITAL NACIONAL PROF. POSADAS^{1,2,3,4,5,6}

elsibisero@yahoo.com.ar

RESUMEN: A partir de la estrategia definida por la Organización Mundial de la Salud "Alto a la Tuberculosis", se evaluó la situación existente en el Hospital Prof. Dr. A. Posadas.

OBJETIVO PRIMARIO: Describir las características clínico-epidemiológicas de una población pediátrica con Tuberculosis. **OBJETIVO SECUNDARIO:** evaluar adherencia al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de niños con diagnóstico de tuberculosis. Se definió: abandono del tratamiento, cuando un paciente no recibe los medicamentos durante un mes o más, en cualquier fase del tratamiento. Indicador de abandono de tratamiento: N° de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis durante el periodo que abandonan el tratamiento / total de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis durante el periodo x 100. Se utilizaron datos primarios, volcados en una planilla "ad hoc" de notificación de casos. Los datos de los pacientes que no fueran notificados se obtuvieron del registro del Laboratorio de Microbiología.

RESULTADOS: durante los años 2008-2009, hubo 30 niños con Tuberculosis con edad de 9±5 años (0.08-15) y mediana de 11 años. El índice de masculinidad fue de 0.87. En el momento de la consulta 80% eran sintomáticos y el 86% eutróficos. El caso índice se detecto el 72%. P.P.D. 2 UT fue positiva ≥ 10mm en el 63% En la forma pulmonar, los signos y síntomas fueron inespecíficos. La forma pulmonar predominó como forma de presentación. La forma pulmonar grave se registró en 12/23 y la común o moderada 11/23 .Entre las extrapulmonares la pleural predominó. Radiografía de tórax: predominó la forma unilateral sin cavidad (USC) 11/23. Diagnostico bacteriológico: se obtuvo en el 36,7%. 2008, tasa de abandono 50 %. 2009, 44,44%. No hubo fallecidos.

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes correspondió al grupo de 10 a 13 años. Existe una baja detección de casos por antecedente de contacto. No hubo diferencias entre las formas graves y las pulmonares comunes. La Tuberculosis pleural predominó como forma extrapulmonar. El abandono de tratamiento fue muy alto en esta población por lo que se propusimos realizar intervenciones en lo individual, particular y general.

Bisero E.¹; Borda M.²; Luque G.³; Melillo K.⁴; Zapata A.⁵; Varela S.⁶

HOSPITAL NACIONAL PROF. POSADAS^{1,2,3,4,5,6}
elsibisero@yahoo.com.ar

RESUMEN: A partir de la alta tasa de abandono del tratamiento de la tuberculosis observada en la 1ra. parte del trabajo durante los años 2008 – 2009, se implementaron intervenciones con el fin de disminuirlas.

OBJETIVO PRIMARIO: Describir las características clínico-epidemiológicas de una población pediátrica atendida en un hospital público. **OBJETIVO SECUNDARIO:** evaluar la adherencia al tratamiento, luego de la implementación de intervenciones en lo individual, particular y general.

MATERIAL Y MÉTODO: diseño observacional, descriptivo y prospectivo. Pacientes <16 años con diagnóstico de TB, atendidos en 2010. Se utilizaron las mismas variables, definiciones, indicadores y base de datos para la evaluación estadística de la 1ra. parte del trabajo Intervenciones: en lo individual, particular y general.

RESULTADOS: 2010, 25 niños con tuberculosis. La mediana de edad 10 años. No hubo diferencias significativas en

cuanto al sexo. 84 % fueron eutróficos. El caso índice se detecto en casi el 64% P.P.D. 2 UT \geq 10mm en el 76 % .Al momento de la primera consulta los signos y síntomas fueron inespecíficos (febrícula, astenia, pérdida de peso, tos). Como forma de presentación predominó la pulmonar. La forma común o moderada 14/25 y la pulmonar grave 7/25. Entre las extrapulmonares la forma ganglionar resultó más frecuente. Radiografía de tórax: predominó la unilateral sin cavidad 11/25. Diagnóstico bacteriológico: se obtuvo en el 64%. 2010 la tasa de abandono correspondió al 12 % de los pacientes. Al comparar la tasa de abandono 2008-2009 con el año 2010, se pudo observar que en este último año se produjo un descenso en la misma estadísticamente significativo ($p=0.004$).

CONCLUSIONES: Al igual que en 2008-2009, en la forma pulmonar, los signos y síntomas fueron inespecíficos. Se mantuvo una baja detección de casos por antecedente de contacto con enfermos. La mayoría de los pacientes correspondió a las formas comunes o moderadas. La TBC ganglionar predominó como forma extrapulmonar. La tasa de abandono descendió luego de la implementación de las intervenciones en lo individual, particular y general.

De La Fuente G.¹; Giampaoli G.²; D`agostino G.³; Rentería F.⁴; Segal E.⁵; Diez G.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS "SOR MARÍA LUDOVICA"^{1,2,3,4,5,6}
guskidlf@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN: La prueba de marcha de 6 minutos (PM6M) evalúa la capacidad funcional para realizar un ejercicio moderado. Mide la distancia caminada durante un período de 6 minutos. Es una prueba estandarizada, reproducible y económica.

OBJETIVOS: 1) Determinar la distancia recorrida durante la PM6M en niños y adolescentes con Fibrosis Quística. 2) Correlacionar el porcentaje del valor teórico de la distancia en metros con las variables de VEF1, Saturación de O₂, Z-score IMC y Talla.

POBLACIÓN: 60 pacientes (29 sexo femenino) con las siguientes características:

Edad $11,7 \pm 3$ años; talla $143,7$ cm ± 17 ; Z-score IMC $-0,56 \pm 1$; VEF1 $73,8$ % ± 27 ; saturación de O₂ inicial 97 % ± 2 .

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de corte transversal.

Se realizó la PM6M de acuerdo al Protocolo de la ATS.

Se evaluó frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, score de disnea y esfuerzo antes y después de la prueba. Se calculó Z-score IMC. Se consideró el funcional respiratorio (VEF1) al momento de realizado el test.

Se midió la distancia y se calculó el porcentaje teórico según ecuaciones de referencia para niños y adolescentes entre 6 y 18 años.

RESULTADOS: La distancia promedio del grupo fue de 606 ± 85 metros, un 93 % del teórico ($R=409-759$).

Los varones caminaron 627 ± 86 metros y las mujeres 583 ± 77 metros ($p<0.05$) 95 % y 92 % del teórico respectivamente. Los pacientes con VEF1 > 65 % (n: 41) recorrieron 628 ± 78 metros, aquellos con VEF1 $40-65$ % (n: 9) 601 ± 60 metros ($p=0.02$) y con VEF1 < 40 % (n: 10) 519 ± 72 metros ($p=0.001$). Porcentajes del teórico 97%, 95% y 78% en cada grupo.

Los índices de correlación entre la distancia expresada como porcentaje promedio y las variables para el total de los casos fueron los siguientes:

VEF1, $r=0.599$ ($p < 0.01$) Fig.1; Saturación O₂, $r=0.591$ ($p < 0.01$) Fig.2; Z-score IMC, $r=0.418$ ($p < 0.01$) Fig. 3; Talla, $r=-0.057$ ($p=0.665$).

CONCLUSIONES: Hubo una correlación moderada entre el porcentaje teórico de la distancia recorrida y los valores de VEF1, Saturación de O₂ e IMC. Se observó una diferencia significativa de las distancias entre ambos sexos. El VEF1 < 40 % se asocio a una disminución significativa de la distancia. Casi todos los pacientes estudiados presentaron valores normales de distancia. La PM6M es útil para objetivar el desempeño global de los pacientes para realizar actividades físicas moderadas como las relacionadas a la vida cotidiana.

Vidaurreta S.¹; Marcone D.²; Ellis A.³; Videla C.⁴; Ekstrom J.⁵; Ricarte C.⁶; Carballal G.⁷; Echavarría M.⁸
CEMIC^{1,2,3,4,5,6,7,8}

svidaurreta@gmail.com

INTRODUCCIÓN: Las infecciones respiratorias agudas (IRA) especialmente bajas, son la causa de internación más frecuentes en edades extremas de la vida.

OBJETIVOS: determinar y comparar la frecuencia, estacionalidad y características clínicas en dos grupos de pacientes, ambulatorios vs. internados, con infección respiratoria aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS: se enrolaron 620 niños previamente sanos, menores de 5 años de edad con IRA desde 2008 hasta 2010. De ellos se estudiaron muestras de secreciones nasofaríngeas para virus clásicos por inmunofluorescencia y para Rinovirus (RVH) por PCR-RT en tiempo real. Asimismo se llenó una ficha con datos clínicos y demográficos.

RESULTADOS: se identificó la presencia viral por IF en 208/434 pacientes internados (48%) y en 69/186 ambulatorios (37%). Cuando se agregó PCR-RT el diagnóstico aumentó a

361 (83%) en los internados y 115 (62%) en los ambulatorios. El RVH fue el virus más prevalente en ambos grupos y circuló durante todo el año. Se halló significativamente más frecuentemente en los internados (47%) que en los ambulatorios (27%) ($p < 0.001$), y su presencia demostró ser un factor de riesgo para internación (OR: 2.47, IC95% 1.60-4.00). El RVH se halló como único patógeno en el 35% de los niños internados, especialmente con diagnóstico de bronquiolitis. En los ambulatorios, se halló mayor asociación con diagnóstico de IRA alta y bronquitis. El segundo virus en frecuencia fue el VSR (31%), asociado especialmente con bronquiolitis y predominantemente en los meses de invierno. Se observó una asociación significativa entre las coinfecciones con 2 o más virus y el requerimiento de internación ($p = 0.03$), siendo RVH y VSR la coinfección más frecuente. Asimismo, hallamos que la lactancia materna fue un factor protector de internación en niños con IRA (OR: 0.47, IC95% 0.21-0.97).

CONCLUSIONES: el RVH fue el virus más frecuentemente aislado, inclusive en niños internados con diagnóstico de bronquiolitis. La infección por RVH aislado o en coinfección resultaron factores de riesgo para internación, mientras que la lactancia materna resultó un factor protector para la misma.

TBC EN PEDIATRÍA OTRAS FORMAS DE PRESENTACIÓN

Gosn A.¹; Llanes R.²; Sosa L.³

HOSPITAL DE EZEIZA^{1,2,3}

adriana_gosn@yahoo.com.ar

Describir formas infrecuentes de presentación de TBC

Caso 1: Niña RNTBPEGRCIU, a los 8 días de vida ingresa por hiperbilirrubinemia, onfalitis, sospecha de sepsis, recibe 10 de atb., cultivos -

Se reinterna (2 m de vida) en regular estado general, desnutrición, sospecha de sepsis. Se policultiva y medica con ceftriaxone a 100mg/kg.

Laboratorio: hto 26 hb: 8.4 gb: 19000 70%N /18%L esd: 95; medio interno, hepatograma y EAB: normales. HIV negativo. BCG sin nódulo rx torax : infiltrado nodulillar e imágenes hiliofugales bilaterales. PPD-, 2 lavados gástricos y cultivo p/ BAAR +, ecografías y TAC de cerebro, abdomen y pelvis normales. TAC de pulmón múltiples imágenes nodulillares en ambos pulmones y áreas de consolidación en LII y en LID, con cavitación central. Resto de cultivos -

Madre sana con PPD negativa, padre sintomático respiratorio. Tto: 2HRZE/2HR 9 m.

Caso 2: Niño de 4 a ingresa por enfisema celular subcutáneo de cuello. Eutrófico, vacunas incompletas, internado a los 14 m por neumopatía Repite broncoespasmos, recibiendo budesonide 400mcg /día, respuesta irregular. Padres y hermana sana, Tío materno completó tto tbc en 2005, catrastro familiar -

Presentó enfisema celular subcutáneo de cuello y mentón y hemitorax superior, anterior y posterior. FC80/ min, FR20/ min., sat.98%. Con cicatriz de BCG rx de tórax: aumento hiliar bilateral y periadenitis TAC tórax imágenes pseudo nodulares subpleurales, focos de consolidación, tractos fibroticos, neumomediastino y neumopericardio Laboratorio: hb 12 hto 34%. gb 13400 N62% L 27% M10% Hepatograma normal PPD -. Lavado gástrico BAAR x 2+, cultivos + Tto. Oxigenoterapia: 2HRZE/4HR 7m

En la tbc miliar (diseminación linfohematógena del micobacterium tbc) el inóculo y la inmunidad del huésped determinan su evolución, El desafío en este caso es diferenciar una tbc congénita de la neonatal; la placenta no pudo ser observada y la madre tuvo baciloscopias -, rx torax y examen clínico ginecológico normales. La niña no presentó compromiso de otros órganos fuera del foco pulmonar. El foco infectante fue su papa.

El enfisema celular subcutáneo, es secundario a ruptura de bulla subpleural. La TAC, permitió el hallazgo de lesiones no evidenciables con la rx simple confirmandose TBC con resultado del cultivo

La tbc infantil tiene diferencias epidemiológicas, de presentación clínica y rentabilidad de los métodos diagnósticos, el equipo de salud debe estar alerta para la detección, tto precoz, y búsqueda de nuevos casos.

Giubergia V.¹; Gravina L.²; Castaños C.³; Chertkoff L.⁴
HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4}
verogiubergia@hotmail.com

Los polimorfismos del receptor β_2 -adrenérgico (β_2 RA) de acuerdo a nueva evidencia disponible, pueden condicionar una modificación del control del asma en pacientes recibiendo tratamiento prolongado con broncodilatadores β_2 -agonistas adrenérgicos de acción prolongada (β_2 AP).

OBJETIVOS: Determinar la influencia de los polimorfismos del β_2 RA sobre el control del asma en un grupo de pacientes con diagnóstico de asma grave bajo tratamiento crónico con β_2 AP (salmeterol) y corticoides inhalados (CI).

MÉTODOS: Noventa y siete niños con diagnóstico de asma grave fueron genotipificados para las variantes genéticas del β_2 RA en posición 16 y 27. Luego de 12 meses de seguimiento se evaluaron el número de exacerbaciones, el tiempo a la primera crisis asmática, el número de internaciones y el uso de medicación sintomática durante 12 meses. Se analizó la función pulmonar al inicio y al final del estudio (VEF₁, CVF, VEF₁/CVF, FMMF).

RESULTADOS: El número total de exacerbaciones de asma y la proporción de pacientes que presentaron al menos un evento fue similar en todos los genotipos del β_2 RA tanto en posición 16 (Arg/Arg; Arg/Gly; Gly/Gly) como 27 (Gln/Gln; Gln/Glu; Glu/Glu). No se observaron diferencias significativas en el tiempo a la primera crisis entre los distintos polimorfismos. No hubo variantes genéticas asociadas a mayor número de internaciones por asma. El análisis longitudinal de la función pulmonar desde el inicio hasta el final del estudio no mostró modificaciones significativas relacionadas con los polimorfismos del β_2 RA tanto en posición 16 como 27. No se encontró asociación significativa entre los tres haplotipos más frecuentes (Arg/Arg-Gln/Gln; Gly/Gly-Gln/Gln; Gly/Gly-Glu/Glu) y el número de participantes con al menos una crisis o con el número total de exacerbaciones.

CONCLUSIONES: Los polimorfismos del β_2 RA no se asociaron con un riesgo mayor de exacerbaciones de asma o con empeoramiento de la función pulmonar en una población de niños argentinos con asma grave, bajo tratamiento crónico con CI y β_2 AP. El uso esta medicación no se asoció a una modificación del control del asma en este grupo de pacientes.

A PROPOSITO DE UN CASO: TBC CONGENITA: ANTIGUA ENFERMEDAD
¿NUEVA INFECCION PERINATAL?

Belgradi V.¹
HOSP. MASVERNAT ENTRE RIOS¹
<vanesabelgradi@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN: La TBC perinatal es una entidad infrecuente requiere un alto grado de sospecha. Apenas 300 casos de TBC congénita han sido descriptos mundialmente hasta la actualidad.

OBJETIVO: Describir un caso de Tuberculosis congénita en nuestro hospital.

DESCRIPCIÓN: RNT/AEG (39s/3100gr) parto vaginal eutóxico. Madre de 23 años, quien presenta en puerperio inmediato neumonía atípica. Se indica alta conjunta a las 48 hs. A los 13 días de vida el RN se interna por mal progreso de peso (pérdida de 16%PN) Laboratorio PCR 62 mg/l, GB 16100 mm³ (N66/20). Urocultivo: negativo. Evaluación cardiológica: normal. Al 4° día presenta, fiebre, distensión abdominal, hepatoesplenomegalia, dificultad respiratoria. Por sospecha sepsis, se indica vancomicina + imipenem. PCR 105 mg/l GB 19000 mm³ (63/20) Hemocultivos por 2: negativos, Rx tórax: infiltrado difuso bilateral, LCR: leucocitos 3 mm³ glucosa 0.49 gr/1 proteínas 620 mg/dl, Gram -. Cultivo: negativo. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia, disminución difusa de la ecogenicidad, adenopatías periportales. Ecografía cerebral: normal, cultivos negativos a gérmenes comunes. Se

reinterpreta el diagnóstico: Visceromegalia + linfadenopatía a descartar: infección perinatal-hematológica-enfermedad de depósito-tumoral-autoinmunitaria. Laboratorio: PCR (123MG/l). Lavado gástrico para BAAR: directo: negativo, VDRL-Chagas-Toxoplasmosis-HIV-HB- Ig M rubéola y CMV: negativos. Frotis sangre periférica: granulaciones tóxicas. TAC de tórax: pulmones con múltiples infiltrados micronodulillares, e imágenes cavitadas. Hepatomegalia, esplenomegalia con imágenes hipodensas nodulares, adenomegalias retroperitoneales. A los 28 días de internación se deriva a centro de mayor complejidad, donde por sospecha de TBC congénita vs. neonatal se comienza tratamiento con isoniacida /pirazinamida/rifampicina. A las 4 semanas de la toma de muestra de lavado gástrico en nuestro nosocomio se recibe informe de cultivo para BAAR positivo para M. TUBERCULOSIS. Biopsia de endometrio materno cultivo + para M. TUBERCULOSIS.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico de TBC congénita y/o neonatal representa un desafío. Resulta necesario mantener un alto índice de sospecha, fundado en el reinterrogatorio materno, epidemiología, y conocimiento fisiopatológico de la enfermedad para interpretar la clínica, e incorporarla como entidad propia en las infecciones perinatales y sospecha precoz en el diagnóstico diferencial de sepsis neonatal.

Paulon Y.¹; Brambilla G.²; Kuppervaser J.³; Ramirez E.⁴; Graziano M.⁵

HOSPITAL DELICIA MASVERNAT^{1,2,3,4,5}
yamipaulon@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La tos ferina es una infección aguda de vías respiratorias, causada por *Bordetella Pertusis*. Los lactantes presentan la máxima morbi-mortalidad, aunque adolescentes y adultos suponen en la actualidad la mayoría de los casos, siendo estos el principal reservorio. La protección frente a la enfermedad comienza a desaparecer a partir de los 3 a 5 años posteriores a la vacunación y es inapreciable a los 12 años.

OBJETIVOS: Conocer los casos de coqueluche, sospechados y confirmados, en niños de 1 a 24 meses en el periodo analizado. Identificar, en los casos confirmados, factores de riesgo: edad, sexo, enfermedades asociadas, laboratorio y esquema de vacunas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Es un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se analizaron historias clínicas de niños de 1 a 24 meses internados en el servicio de pediatría del Hospital D. C. Masvernata entre enero del 2005 y diciembre 2011 con diagnóstico de egreso: Síndrome Coqueluchoide. Las diferentes variables fueron recavadas y procesadas en Excel.

RESULTADOS: Se analizaron 50 HC de las cuales el 52% (n=

26) fueron positivas para *Bordetella Pertusis*, el 26% (n=13) negativas y caso probable 22% (n=11). De los positivos el 88% (n=23) menores de 6 meses, la media 3,2 meses. Presentaron carnet de vacunas incompleto el 50% (n=13) y completo el 46,1% (n=12). Solo el 26,9% (n=7) presentó enfermedades concomitantes. Se observó que el 57,6% (n=15) presentaron una leucocitosis mayor de 20.000/mm³. El 100% (n=22) recibió como tratamiento eritromicina y al 38% (n=10) se le asoció otro antibiótico. La media para los días de internación fue de 12, el 53,8% (n=14) permaneció más de 10 días. Un 15,3% (n=4) ingresaron a UTIP, falleciendo el 7,6% (n=2). De los confirmados se registraron en el año 2006, 65,4% (n=17), en el 2008, 3,4% (n=1) y en el 2011, 30,8% (n=8).

CONCLUSIÓN: La morbi-mortalidad se concentra casi en forma absoluta en lactantes menores de 6 meses con vacunación incompleta o no vacunados, situándolos en un grupo de alto riesgo. La eficacia de la vacuna luego de la 3er dosis se estima en el 80%. Ni la inmunización ni la infección confieren inmunidad de por vida.

RECOMENDACIONES: El éxito del control de la enfermedad se sustentaría en lograr una adecuada cobertura de vacunación tanto en lactantes como en adolescentes; ya que estos últimos aunque presentan formas clínicas más leves actúan como reservorio y son la fuente de infección para los niños.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE TBC DISEMINADA PULMONAR, GANGLIONAR Y DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Lombardero L.¹; Luque G.²; Melillo K.³; Bisero E.⁴; Sclavo L.⁵

HOSPITAL POSADAS^{1,2,3,4,5}
lorenalombardero@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis sigue siendo un problema global de salud pública. Las formas extrapulmonares son menos frecuentes.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas de un paciente pediátrico con tuberculosis diseminada.

CASO CLÍNICO: niña de 2 años y 10 meses de edad, fiebre de 20 días de evolución y pérdida de peso, mal estado general., emaciada. Adenopatías cervicales y hepatoesplenomegalia. Madre con antecedente de TBC, tratamiento completo. No se realizó catastro.

Hemograma: GB11900/ mm³ (80% polimorfonucleares), hemoglobina 8.1 gr/dl. PCR 23. Hepatograma y función renal normal. Ecografía abdominal: esplenomegalia homogénea, hígado ligeramente aumentado de tamaño, múltiples adenomegalias a nivel retroperitoneal, mesenterio con alteración de la estructura ganglionar. Se descarta proceso linfoproliferativo. RX tórax: imagen radiopaca retrocardíaca. HIV, *Epstein barr*, serología para *Mycoplasma pneumoniae*, hepatitis B y C, toxoplasmosis negativos. *Citomegalovirus* IgM

positiva. Ig con hipoalbuminemia e hipergama policlonal. PPD 2UT 0 mm Fondo de ojo: normal.

Se asume como séptica, se medica con ceftriaxone, amikacina y tuberculostáticos .Se recibe: LG: ZN: 8 BAAR por cada 100 campos. Cultivo + *Mycobacterium tuberculosis*. Biopsia de ganglio cervical: adenitis granulomatosa con presencia de granulomas tuberculoideos, necrosis caseosa ZN: + C: + A los 20 días de internación presenta fiebre por lo cual se solicita nuevamente screening de infección de bajo riesgo, LG ZN -, HMC -, VSNF -. Fondo de ojo con tubérculos coroides. TAC de cerebro: áreas hipodensas con edema infra y supratentoriales, con contraste múltiples imágenes de refuerzo nodular. TACAR de tórax múltiples imágenes micronodulares en ambos pulmones, diseminación miliar y conglomerado ganglionar mediastinal e hilar izquierdo. TAC de abdomen: conglomerado ganglionar patológico retroperitoneal y mesentéricos.

Se asume como diseminación intratamiento. La paciente presenta una evolución favorable y es dada de alta.

CONCLUSIONES: La Tuberculosis es una enfermedad que debe ser detectada a tiempo y medicada correctamente. Es de suma importancia el catastro ante la presencia de un foco contagiante. Aún siguen presentándose casos diseminados graves de larga evolución: que podrían ser evitados.

Luque G.¹; Bisero E.²; Sclavo L.³; Inwentarz S.⁴; Favier M.⁵; Jaime S.⁶

HOSPITAL NACIONAL PROF. A POSADAS^{1 2 3 5 6}; INSTITUTO DE TISIONEUMONOLOGÍA PROF. RAUL VACCAREZZA⁴

gfluque2@gmail.com

INTRODUCCIÓN: Sdme de Dress, farmacodermia grave, potencialmente fatal, caracterizada por fiebre, exantema, adenopatías, alteraciones hematológicas, afectación visceral. Etiología desconocida. Los tuberculostáticos en dosis terapéuticas pueden producirlo. La mortalidad es de 8 al 10%.

OBJETIVO: destacar la importancia de la farmacovigilancia para detección y tratamiento precoz.

CASO CLÍNICO: Niña de 14 años, presenta tos y expectoración hemoptoica, acantosis nigricans, palidez de piel y mucosas, suberepitantes en campo pulmonar derecho. Rx tórax: opacidad heterogénea en lóbulo superior y medio derecho. P.P.D 2UT omm Baciloscopia ZN +C + Asumida como TB se inicia tratamiento con 4 drogas (H-R-Z-S). Antecedente de tío tratado por TBC con reacciones adversas a drogas. Evolución: vómitos alimentarios, fiebre persistente, rash eritematoso y pruriginoso, eritema maculopapular morbiliforme generalizado con prurito, edema peribucal, lengua depapilada,

hepatomegalia, edema de miembros inferiores y picos febriles altos. Rx tórax: opacidades heterogéneas en ambos campos pulmonares. Hepatograma normal. Se indica difenhidramina con regular respuesta. Presenta mayor sintomatología luego de la estreptomycinase suspende e indica etambutol. Día 22 aumentan las transaminasas x 3, Dgt 109U/L. GB: 23000/mm³, 1610 eosinófilos/mm³. Se asume como Síndrome de Dress Se suspenden tuberculostáticos. Día 27 de internación, descienden las transaminasas comienza con 4 drogas de 1ra línea y dexametasona, suspendiendo éstas al 5° día por aumento x 6/7 las transaminasas;luego de la normalización, se comienza en dosis progresivas con isoniacida, al agregar de igual forma la rifampicina recrudcece la sintomatología anteriormente mencionada, por lo cual a partir del día 50 comienza a recibir sólo levofloxacina y etambutol (dexa 25 días). Día 60 de internación se normalizan enzimas(GOT43 GPT68). Cumplió 1 año de medicación con buena evolución.

CONCLUSIONES: Paciente con diagnóstico de TBC pulmonar. Asumido como síndrome de Dress, se procedió a la suspensión del tratamiento antifímico, con evolución favorable. Los fármacos antituberculosos pueden producir reacciones adversas, las mayorías leves y autolimitadas, a veces pueden ser graves e incluso mortales.

Zaragoza S.¹; Rodriguez V.²; Lubovich S.³; Manonelles G.⁴; Galanternik L.⁵; Ratto P.⁶; Teper A.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5,6,7}

silvinazaragoza@gmail.com

La infección por SAMR se ha incrementado tanto en la población general como en los pacientes FQ. Creemos que la infección crónica por SAMR se asocia con una enfermedad más severa que la infección por Staphylococcus aureus meticilino sensible (SAMS)

OBJETIVO: comparar características clínicas y funcionales en pacientes con FQ crónicamente colonizados con SAMR vs. SAMS.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio observacional, de corte transversal. Se analizó género, edad, genética, Puntaje Z de IMC (Índice de Masa Corporal), VEF1 y cursos de antibióticos endovenosos recibidos durante 2011. Fueron excluidos los pacientes que además estaban colonizados con *Pseudomonas aeruginosa* o *Burkholderia Cepacea Complex*.

RESULTADOS: de 110 pacientes, 36 estaban crónicamente infectados con SA (39% SAMR y 61% SAMS). 10 pacientes del grupo SAMR y 5 del grupo SAMS estaban colonizados con otra bacteria, por lo que fueron excluidos del análisis. En el grupo SAMR (7 mujeres, 54%) la mediana de edad fue 8 años (rango 6 a 12) y en el grupo SAMS (8 mujeres, 40%) fue de 5 años (rango 3 a 10). En el grupo SAMR el 46% tenía la mutación p.F508del en estado homocigota y el 55% en el grupo SAMS. La mediana de Puntaje Z de IMC fue -0.15 (-0.7 a 0.1) y -0.06 (-0.4 a 0.3) respectivamente. (p= NS). La mediana de VEF1 fue 75% (70 a 88) en el grupo SAMR y 99% (85 a 105) en el grupo SAMS (p= 0.03). Hubieron 1 (1 a 2) cursos de antibióticos y 0 (0 a 1) respectivamente. (p= 0.01).

CONCLUSIÓN: Los pacientes con FQ crónicamente colonizados con SAMR presentaron función pulmonar disminuida y requirieron más cursos de antibióticos endovenosos en comparación con el grupo SAMS.

Rodriguez V.¹; Teper A.²; Salvaggio O.³; Aranda C.⁴; Muntaabski P.⁵

HTAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3}; DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA REDES DE SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD CABA^{4,5}

vivi.a.rodriguez@gmail.com

La FQ es la enfermedad hereditaria letal de mayor prevalencia en la raza blanca.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de la enfermedad durante 7 años de funcionamiento del programa (2002-2009) y describir los métodos utilizados para el proceso diagnóstico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron todos los recién nacidos entre Diciembre 2002 a Diciembre del 2009. Se realizó medición de Tripsina Inmunorreactiva (TIR) antes del 2° día de vida. Aquellos con valores ≥ 70 ng/ml se les tomó una segunda muestra antes de los 28 días de vida. Los que

mantuvieron valores superiores a 60 ng/ml o no concurren en tiempo y forma completaron esquema diagnóstico, realizándose Test del Sudor.

RESULTADOS: Fueron pesquisados 244.889 RN y se detectaron 33 pacientes con FQ. La mutación $\Delta F508$ homocigoto se detectó en el 52 % de los afectados. La primera y segunda determinación de TIR ($x \pm DS$) en los afectados y en los normales fue de: 184 ± 84 y 170 ± 78 y 96 ± 38 y 83.5 ± 27 , respectivamente. La edad ($x \pm DS$) que se realizó la primera y segunda determinación de TIR fue a los 4 \pm 5 días y a los 16 \pm 10 días de vida, respectivamente. La edad ($x \pm DS$) del informe final fue de 79 \pm 55 días de vida. El 83% de los padres de la población pesquisada fue de procedencia argentina.

CONCLUSIÓN: La FQ presenta una prevalencia de 1:7420 nacidos vivos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ramos M.¹; Andreottola M.²

HTAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO^{1,2}

miriamramos@hotmail.com

INTRODUCCION: Los indicadores epidemiológicos de la TBC son la morbilidad, la mortalidad y la infección. El déficit socioeconómico juega un rol importante en la etiopatogenia de la enfermedad, de allí que la TBC sea una enfermedad ligada a la pobreza y a la marginalidad social. Actualmente el 95% de los casos de enfermedad y muerte ocurren en los países pobres. El número de niños enfermos o infectados es un indicador fiable del número de pacientes con infección que existen en la comunidad.

OBJETIVO: Determinar el número de casos graves de TBC en 13 años de trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional.

Período comprendido: 1/12/98 al 31/12/11, realizado en el Cons. de Neumonología del Htal. del Niño de San Justo.

Criterios de inclusión: pacientes con TBC grave en edades comprendidas entre RN a 18 años. **Criterios de exclusión:** pacientes con diagnóstico de primoinfección o TBC moderada en iguales edades.

Variables consideradas: edad, forma de presentación (UCC: unilateral con cavernas; USC: unilateral sin cavernas; BCC:

bilateral con cavernas; BSC: bilateral sin cavernas), BCG, PPD, confirmación diagnóstica y estado nutricional.

RESULTADOS: En el período estudiado se medicaron como TBC 485 pacientes; 91 fueron formas graves todos ellos confirmados.

Formas de presentación de las formas graves: 22 pacientes UCC; 15 USC; 14 BCC; 10 BSC; 14 con derrame; 4 asociadas a SIDA (3 UCC y 1 BCC); 3 meningoencefalitis; 1 con TBC miliar; 6 con TBC ganglionar; 1 con TBC congénita y 1 mal de Pott.

Edad: 0-4 años: 18 pac; 5-10 años: 19 pac; 11-16 años: 53 pac; >16 años: 1 pac.

BCG: aplicada con cicatriz: 66 pac; sin cicatriz: 16 pac; no aplicada: 2 pac y no constatada: 7 pac.

PPD: positiva: 15; negativa: 65; y no constatada: 11.

Conf. diag: directo: 35 pac; cultivo: 40 pac; directo y cultivo: 16 pac.

Est. nutricional: eutróficos: 70 pac; desnutridos: 12; no constatados: 9.

CONCLUSIONES: Pac. confirmados (91 pacientes), 79 fueron formas pulmonares, 12 extrapulmonares. Se observa que la mayoría de las formas graves pudieron confirmarse por laboratorio, dicho de otra manera, todos los pacientes confirmados eran graves; pero no todas las formas graves pudieron confirmarse.

Mengoni E.¹; Vojnov A.²

ICT MILTEIN^{1,2}

emengoni@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La principal causa de morbimortalidad en la Fibrosis Quística (FQ), es la complicación respiratoria asociada a la infección por *Pseudomonas aeruginosa* (PA). PA coloniza los pulmones de los fibroquísticos, originando infección e inflamación. La patogenicidad de PA está regulada por el quorum sensing (QS) que involucra dos sistemas génicos principales *lasI-lasR* y *rhlI-rhlR*. Ambos, producen moléculas difusibles, las acyl-homoserin lactona (AHL) que se unen a los reguladores transcripcionales, e inducen la expresión de los genes de patogenicidad. Por ello, interrumpir QS favorecería la atenuación de la virulencia y la infección. El xilitol (Xy) es un polialcohol, y como el manitol, el dextrano y la lactosa, incrementan el *clearance* mucociliar. Sin embargo,

de todos, el Xy no puede ser metabolizado por las bacterias.

OBJETIVO: Evaluar si la disminución de la virulencia observada en PA por el Xy, se debe a que interfiere con el QS.

MÉTODOS: 1) Se analizó la producción de AHLs de PAO1 tratado con Xy (0 y 7%) por TLC 2) PAO1 se transformó con pME3846 (*rhlI-lacZ*) o pME3853 (*lasI-lacZ*) y se cultivó con Xy (0-10%). La respuesta se valoró por colorimetría utilizando ONPG como sustrato.

RESULTADOS: la adición de Xy al medio de cultivo con PAO1 disminuyó la producción de AHLs. La expresión de *lacZ* en la cepa transformada demostró que el Xy interfiere con el QS de PA conforme aumenta la concentración.

CONCLUSIONES: el Xy interfiere con el QS, disminuyendo la virulencia de PA. El Xy es un potencial candidato para emplearse en pacientes fibroquísticos.

Anteliz E.¹; Kunstas V.²; Muzio F.³; Blanco C.⁴; Ferrucci G.⁵; Saitta M.⁶

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE^{1,2,3,4,5,6}

eliananteliz@hotmail.com

INTRODUCCION: La Neumonía Bacteriana continúa siendo una causa importante de morbimortalidad, entre 10 y el 15% del total de infecciones respiratorias bajas. El inicio oportuno del tratamiento determina una evolución favorable en la mayoría de los casos, cuando esto no ocurre hay que descartar las posibles complicaciones.

OBJETIVO: Presentar un paciente con una neumonía que evoluciono a absceso.

POBLACION: Paciente de 2 meses de edad, con neumonía persistente y sus complicaciones.

MATERIAL Y METODOS: Lactante RNPTBPEG y CMV Congénito sin compromiso neurológico. Se interna por BQL VSR+, inicia tto para BQL y al 3 día presenta fiebre 39 ° C, mayor compromiso respiratorio y en Rx de Tórax: aparece foco de consolidación en HD. Inicia Ceftriaxona por

7 días. HMCX2 neg. Permanece internado para recuperación nutricional y respiratoria. A los 26 días nuevamente empeora el cuadro respiratorio, y en Rx Tórax persiste foco neumónico en HD, alteración de saturometría y alteración del laboratorio. HMCX2; neg. IFI: negativo. Inicia ceftriaxona. Se solicitan estudios: **Seriada Gastroduodenal:** deglución conservada. **PPD:** neg. Baciloscopia: neg. **TAC de Tórax:** consolidación de espacio multifocal con compromiso de LSD, LM y parcial de LID, donde se muestra imagen hipodensa, rodeada con ligero refuerzo periférico, localizado en segmento apical del LID y otras áreas redondeadas que podrían corresponder a áreas de necrosis y/o AP. **Fibrobroncoscopia:** se realiza lavado bronquial y toma muestra para cultivo; con rescate Klebsiella Pneumoniae. Recibe tratamiento con ceftriaxona y luego amoxiclavulanico por total de 21 días, con favorable evolución de su cuadro respiratorio y nutricional.

CONCLUSION: La evolución a absceso en una neumonía persistente no es un evento frecuente pero hay que tenerlo en cuenta a fin de realizar adecuado diagnóstico y tratamiento.

Giusti S.¹; Bisero E.²; Luque G.³; Scervo L.⁴; Moncada K.⁵; Zapata A.⁶; Kottar C.⁷

HOSPITAL PROF A POSADAS^{1,2,3,4,5,6,7}
silvanagiusti2@hotmail.com

INTRODUCCION: Peripleuritis es la inflamación de los tejidos situados entre la pleura parietal y la pared torácica propiamente dicha. También se la conoce como celulitis o fascitis endotorácica, epipleuritis o absceso peripleural. La principal vía de infección de la peripleura es la linfática. El signo de Skarby es característico de esta patología.

OBJETIVO: Presentar dos formas diseminadas de tuberculosis con Peripleuritis.

Caso 1: Niña de 11 años. Con antecedente de foco. 3 meses previos a la consulta presenta adenomegalias cervicales, pérdida de peso de 5 Kg, tumoraciones, laterocervical izquierda de 4x4 cm de consistencia duroelástica y supraclavicular 2x2 cm, hepatomegalia. BCG con cicatriz. VRS₁₄ 0 mm³, HIV-. Rx tórax: BSC y derrame pleural bilateral. P.P.D 2UT 0 mm. Espustos ZN- C - TACAR de tórax: derrame bilateral. Ganglios mediastinales calcificados. Múltiples imágenes pulmonares nodulares. TAC de abdomen: hepatomegalia, ascitis. Ecografía abdominal: hepatomegalia con puntillado homogéneo y adenopatía. Biopsia pleural y de ganglio: adenitis y pleuritis

granulomatosa con necrosis caseosa. ZN + C+. Al cuarto mes de tratamiento, consulta por tumefacción en región laterocervical y supraclavicular izquierda fistulizada. Nuevo esputo ZN -. Rx tórax donde se observa signo de Skarby. TACAR de tórax: engrosamiento nodular de aspecto extrapulmonar, en campo medio izquierdo. Múltiples calcificaciones de aspecto ganglionar en mediastino y en cuello.

Caso 2: Niño de 13 años, neumonía derecha y derrame pleural a los 10 años. Abuela con Tuberculosis. Comienza 3 meses antes de la consulta con tumoración duro elástica en parrilla costal derecha de 5 x 4 cm no dolorosa, pérdida de peso. B.C.G c/cicatriz. Rx. de tórax: Imágenes radiopacas en parrilla costal con convexidad hacia adentro multiloculadas. Imagen osteolítica en 3er arco costal anterior derecho. Imágenes radiopacas nodulares en pulmón derecho. Se asume como Tuberculosis diseminada, con compromiso pulmonar, ganglionar y óseo. VRS 40mm³. P.P.D 2UT 0 mm. Esputo ZN- C+. Biopsia ganglio axilar: granuloma tuberculoso con caseificación. ZN: - C: +.

COMENTARIO: La peripleuritis es muy poco frecuente, entre sus múltiples causas debe considerarse a la tuberculosis. El compromiso peripleural es consecutivo a la existencia de lesiones intratorácicas pulmonares o pleurales.

BRONCOESPASMO INDUCIDO POR EJERCICIO EN NIÑOS ASMÁTICOS TRATADOS CON CORTICOIDES INHALADOS: VALOR PREDICTIVO DE LA FRACCIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO, LA CONCENTRACIÓN ALVEOLAR DE ÓXIDO NÍTRICO, Y LA TEMPERATURA DEL AIRE EXHALADO

Figueroa J.¹; Vocos M.²; Velasco Suarez C.³; Roque M.⁴; Primrose D.⁵; Donth Leger G.⁶; Schavrts A.⁷

HOSPITAL DE CLÍNICAS^{1,4,5,6,7}; HOSPITAL DE CLÍNICAS; FUNDACIÓN P.CASSARÁ³
figuejuan@gmail.com

INTRODUCCIÓN: el broncoespasmo inducido por ejercicio (BEIE) es frecuente en la población con asma. En su origen participarían tanto el estado inflamatorio como la remodelación estructural de la vía aérea. El test de ejercicio certifica la respuesta del tono bronquial ante el ejercicio y se postula que es también una manera de monitorear el control del asma. Como contrapartida el test de ejercicio requiere dedicación de recursos y personal entrenado, y al mismo tiempo no determina claramente los mecanismos de la ausencia o presencia de respuesta. En los últimos años se han desarrollado métodos de aproximación a los mecanismos del asma mediante el estudio de características del aire exhalado: la Fracción Exhalada de Oxido Nítrico (FeNO) refleja la inflamación eosinofílica de las vías aéreas de mayor calibre; la medición de la Concentración Alveolar de Oxido Nítrico

(Calv) requiere aparatología y métodos más complejos pero refleja más específicamente la inflamación de la pequeña vía aérea; por último las variaciones en la Temperatura del Aire Exhalado (TE) son fáciles de medir y reflejarían el flujo sanguíneo bronquial. Nuestro objetivo fue evaluar el valor predictivo de las mediciones en el aire exhalado en relación al broncoespasmo inducido por test de ejercicio en niños con asma controlado por tratamiento con esteroides inhalados.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: 79 niños que presentaban asma controlado (ACT) en tratamiento con corticoide inhalado; se realizó medición basal de la FeNO, Calv, y TE; y posteriormente test de ejercicio en treadmill según norma ATS. Se analizaron y compararon las curvas ROC en relación a la respuesta de BEI positivo.

RESULTADOS: 15 niños presentaron test de ejercicio con caída de VEF₁ mayor a 12% pese a presentar asma controlado. Las curvas ROC mostraron a la FeNO (>29,8 ppb) como único predictor válido de broncoespasmo inducido por test de ejercicio en nuestra población.

Figueroa J.¹; Krüger A.²; Boggio C.³; Roque M.⁴; Primrose D.⁵

HOSPITAL DE CLÍNICAS^{1,2,4,5}; HOSPITAL PIROVANO^{3,5}
figuejuan@gmail.com

INTRODUCCION: el reflujo gastroesofágico (RGE) es mas frecuente en los asmáticos que en la población general. El patrón de referencia para diagnóstico de RGE es la Ph metría (Phm), y el tratamiento recomendado es el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP). Existe controversia sobre el efecto del tratamiento del RGE en la evolución del asma.

OBJETIVO: evaluar cambios en la evolución de niños asmáticos con RGE diagnosticado por Phm y tratados con IBP.

POBLACIÓN: niños asmáticos tratados con corticoides inhalados en quienes se realizó Phm por sospecha de RGE ante mala respuesta al tratamiento antiinflamatorio.

MATERIALES Y MÉTODOS: se analizaron retrospectivamente las HC de los pacientes estudiados con Phm entre 2009 y 2012. Se incluyeron aquellos con Phm positiva con 3 o más controles en los 6 meses previos y posteriores al estudio. Se registraron antec. familiares de atopia, e historia personal de rinitis, dermatitis, tabaquismo pasivo, y valores de IgE. Se analizaron

en la evolución: uso de broncodilatadores y corticoides sistémicos, observación en guardia por exacerbaciones, internaciones, modificaciones en el tratamiento de base, y en la espirometría en los que la realizaban.

RESULTADOS: se incluyeron 30 pacientes (5 años de edad (mediana)).

Las espirometrías fueron normales y no mostraron cambios en el seguimiento.

CONCLUSION: observamos una disminución estadísticamente significativa del uso de broncodilatadores durante los 6 meses posteriores al inicio del tratamiento con IBP.

	Uso de B2 (mediana-m)	Uso de CTC sistémico (m)	Guardia (m)	Incremento del tto de base (media)
Pre	3	1,5	0	67%
Post	2	1	0	33%
P	0.02	0.24	0.07	0.67

Wilcoxon sign rank test para datos pareados

Figueroa J.¹; Dugour A.²; Elías F.³; Callello M.⁴

HOSPITAL DE CLÍNICAS¹; FUNDACIÓN P.CASSARÁ;
TIMEDNA^{2,3}; FUNDACIÓN P.CASSARÁ⁴
figuejuan@gmail.com

INTRODUCCIÓN: en los últimos años ha ganado peso la problemática del asma de difícil control. La principal característica de estos pacientes es la mala respuesta al corticoide inhalado. Investigaciones realizadas sobre muestras de BAL o biopsias han mostrado en este subgrupo de pacientes niveles más altos de IL-1 β e IL-8 que en el resto de los asmáticos. Paralelamente ha aumentado el reconocimiento sobre la actividad del epitelio respiratorio en la modulación de la actividad de la cascada inflamatoria del asma. En trabajos previos describimos que la estimulación con IL1- β induce la liberación de IL-8 por una línea de células bronquiales humanas (Calu-3) cultivadas en monocapa en interfase líquido-aire y que este efecto disminuye ante el tratamiento de las células con budesonide (BUD).

OBJETIVO: evaluar el efecto de concentraciones crecientes de IL1- β sobre la liberación de IL-8 y sobre la acción antiinflamatoria del BUD en una línea de células bronquiales humanas.

MATERIALES Y MÉTODOS: se cultivaron células Calu-3 en monocapa en placas de cultivo de 96 pocillos y se trataron con H₂O₂ y concentraciones crecientes de IL1- β (10 a 150 ng/ml). Después de 4 hs de incubación se retiró el agente inflamatorio y las células fueron tratadas con BUD (30 y 120 μ M) o placebo durante 24hs. Finalizado este tiempo se cuantificó la liberación de IL-8 mediante un ELISA de captura (*Human IL-8 ELISA Set, BD Biosciences*) y se midió también la viabilidad celular (*The CellTiter 96@ Aqueous Non-Radioactive Cell Proliferation Assay, Promega*).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: a mayor concentración de IL1- β mayor fue la respuesta de liberación de IL-8 por las células Calu3. El BUD disminuyó la liberación de IL-8 por las Calu-3, pero este efecto antiinflamatorio fue menor en las células estimuladas con mayores concentraciones de IL1- β . Igualmente las diferencias del efecto antiinflamatorio entre menor y mayor dosis de BUD fueron menos marcadas en las células estimuladas con altas concentraciones de IL1- β .

El comportamiento de este modelo de inflamación epitelial concuerda con datos del comportamiento clínico-biológico de los pacientes con asma severa.

Lubovich S.¹; Zaragoza S.²; Rodríguez V.³; Scigliano S.⁴;
Galanternik L.⁵; Ratto P.⁶; Tonietti M.⁷; Manonnelles G.⁸;
Teper A.⁹

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}
slubovich@gmail.com

Todo centro de Referencia en Fibrosis Quística (FQ) debe conocer las características de su población para optimizar el uso de los recursos humanos y económicos.

OBJETIVO: reportar las características epidemiológicas y clínicas de nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional, transversal. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con Fibrosis quística atendidos en el año 2011.

Se analizó: edad, sexo, edad al diagnóstico, % de pacientes diagnosticados por pesquisa neonatal, suficiencia pancreática, genético, puntaje z de Índice de masa corporal (IMC), % de VEF1 y colonización bacteriana crónica (más del 50 % de los cultivos

positivos a la misma bacteria con un mínimo de 4 cultivos por año).

RESULTADOS: incluimos 110 pacientes, (56 sexo masculino). Mediana de edad actual 6 años (0.3 a 24.5). Mediana de edad al diagnóstico 0.3 años (0.01 a 12.1). El 36% de los pacientes fueron diagnosticados por pesquisa. El 83% tienen al menos una mutación p.F508 del (41 % es homocigota). 15% presentan suficiencia pancreática. El 27% se halla crónicamente colonizado con *Pseudomonas aeruginosa* (PA), 21% con *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR), y 6% con *Burkholderia cepacia* (CBC). Mediana IMC es -0.26 (-0.8 a 0.3). La mediana de VEF1 es 84% (57 a 99).

CONCLUSIONES: un alto porcentaje de nuestros pacientes fueron diagnosticados por pesquisa neonatal por lo cual la edad al diagnóstico es temprana. La mutación habitualmente encontrada es la p. F508 del. La colonización crónica con PA y SAMR es frecuente. Los pacientes tienen un aceptable estado nutricional y buena función pulmonar.

Kofman C.¹; Martínez M.²; Balinotti J.³; Teper A.⁴
CENTRO RESPIRATORIO. HOSPITAL DE NIÑOS
RICARDO GUTIÉRREZ^{1,2,3,4}
ckofman@gmail.com

INTRODUCCIÓN: La administración de medicación nebulizada constituye un pilar fundamental en el tratamiento de pacientes con fibrosis quística.

El objetivo de este estudio fue conocer aspectos técnicos, forma de uso e higiene de los nebulizadores tipo jet domiciliarios de los pacientes con fibrosis quística de nuestro servicio.

RESULTADOS: Se evaluaron 48 nebulizadores de 43 pacientes (edad media 6.7 ± 5 años) provenientes de 37 familias. Los compresores estudiados fueron Pari (24), Devilbiss (22), San Up (1) y Aspen (1) con un tiempo de uso (mediana, rango) de 16.7 (0 - 96) meses. Las pipetas nebulizadoras fueron Pari LC Plus (41), LC Sprint (6), Aeroeclipse (1) y genérica (1) con un tiempo de uso (mediana, rango) de 4.7 (0-33) meses. El 20% de los pacientes mayores de 4 años aún utilizaban una máscara facial. La higiene se realizaba con detergente (28),

agua (10), lavandina (6) o ácido acético (4). El flujo de aire generado por los compresores fue de 10.1 ± 1.4 lpm (sin pipeta nebulizadora) y de 5.5 ± 0.8 lpm (con la pipeta nebulizadora). Con un volumen de llenado de 3 cc de solución fisiológica, administraron en promedio 2.3 ± 0.4 cc en un tiempo de 14.6 ± 3 minutos. Los compresores Devilbiss dispensaron un flujo superior a los Pari (11.1 ± 1 y 9.1 ± 1 respectivamente, p < 0.001), y solo en los Pari Trek se observó una correlación inversa del flujo con el tiempo de uso del compresor (R = -0.62, p < 0.05). Aunque la forma de higienizar la pipeta nebulizadora no se asoció con cambios en el flujo ni en el tiempo de nebulización, el tiempo de uso de la pipeta afectó significativamente el flujo de aire (R = -0.35, p < 0.05), y el tiempo de nebulización (R = 0.41, p < 0.05).

CONCLUSIÓN: La evaluación periódica de los nebulizadores domiciliarios de los pacientes con fibrosis quística permite identificar factores que pueden afectar la calidad del tratamiento de los mismos.

Kofman C.1; Balinotti J.2; Teper A.3

CENTRO RESPIRATORIO. HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1,2,3}

<ckofman@gmail.com>

INTRODUCCIÓN: la colistina nebulizada se utiliza para el tratamiento de determinadas infecciones respiratorias en pacientes con fibrosis quística. La introducción de medicamentos genéricos requiere conocer que la biodisponibilidad de la medicación sea similar al original para indicarse en forma análoga.

OBJETIVO: comparar el espectro de dispersión del tamaño de las partículas obtenidas con una nebulización de colistimetato sódico genérico (ToliscriinMR, Laboratorios Dosa, Argentina), con la marca original (ColomycinMR, Forest Laboratories, Reino Unido).

MÉTODOS: el tamaño de partículas fue determinado in Vitro mediante un analizador de difracción láser (Malvern Mastersizer) durante la nebulización con Toliscriin o Colomycin mediante un compresor Devilbiss PulmoAide (11.1 lpm) y una pipeta nebulizadora Pari Jet LC Plus. Cada medicación fue investigada por triplicado.

RESULTADOS: El promedio del tamaño de partículas (diámetro mediano aerodinámico de masa \pm desvío Standard geométrico) fue de 5.3 ± 0.51 micrones y 5.5 ± 0.34 micrones para Toliscriin y Colomycin respectivamente (NS). El porcentaje de partículas menores de 4.8 micrones fue de 54.2% para Toliscriin y 63.6% para Colomycin (NS).

CONCLUSIÓN: la formulación genérica de Toliscriin genera partículas de tamaño similar a las de la fórmula original.

Chang D.¹; Balinotti J.²; Castro Simonelli C.³; Martinez F.⁴; Filli S.⁵; Villagra G.⁶; Testa M.⁷; Kofman C.⁸; Teper A.⁹

HOSPITAL DE NIÑOS "DR. RICARDO GUTIERREZ"^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}
danielvictorchang@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: En pacientes controlados con dosis bajas de antiinflamatorios resulta difícil predecir la pérdida de control luego de su suspensión. Valores elevados de óxido nítrico en el aire exhalado (FeNO) reflejan la inflamación eosinofílica de las vías aéreas en el asma.

OBJETIVO: Determinar la utilidad del FeNO para predecir la pérdida de control en niños asmáticos controlados en condiciones clínicas de suspender el tratamiento antiinflamatorio.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, de cohorte prospectivo. Se incluyeron pacientes entre 6 y 18 años con diagnóstico de asma controlado durante más de 6 meses con dosis bajas de corticoides inhalados (n= 37, edad 11 ± 3 años; 62% varones). Al ingreso se efectuaron control clínico, cuestionario ACT, espirometría y medición FeNO. Controles mensuales fueron efectuados durante un año o hasta presentar

al menos un criterio de pérdida de control (exacerbación clínica, alteración del ACT o de la espirometría).

RESULTADOS: El FeNO basal fue de (mediana; rango) 24.5 (3.1-135.5) ppb. Veinticinco sujetos (71.4%) perdieron control (grupo 1) y 10 permanecieron estables (grupo 2). Los valores basales de FeNO fueron de (mediana, rango) 30.1 (5.9 - 135.5) y 13 (3.1 - 61.1) ppb en el grupo 1 y grupo 2 respectivamente (p= 0.041). Mediante regresión logística multivariada ajustado a sexo, talla, tabaquismo pasivo y prick test se determinó que los valores basales de FeNO se asociaron a pérdida de control (OR: 7.66; 95% CI 1.5 a 38.4). Asimismo, un valor de FeNO basal de 21.8 ppb predice pérdida de control con una sensibilidad de 68%, y una especificidad de 70%. En el grupo de pacientes con FeNO basal ≥ 21.8 ppb, la pérdida de control ocurrió antes que en el grupo de pacientes con FeNO < 21.8 ppb. (8 vs. 28 semanas, logRank; Mantel-Cox p= 0.017).

CONCLUSIONES: La medición de FeNO a las 4 semanas de suspendido el tratamiento antiinflamatorio en pacientes asmáticos controlados es una medida objetiva que contribuye a predecir pérdida de control.

Cohen C.¹; Tucci Del Papa N.²; Giugno H.³; Castaños C.⁴
 HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4}
 yococo297@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La Fibrosis Quística (FQ) es la enfermedad genética más frecuente en la raza blanca. En los últimos años ha aumentado la expectativa de vida en estos pacientes en parte a los avances terapéuticos y al diagnóstico precoz por la pesquisa neonatal. Se ha propuesto que el diagnóstico precoz podría mejorar el estado nutricional y disminuir el daño pulmonar irreversible.

OBJETIVOS: Evaluar y comparar a una población de niños con FQ diagnosticados a través de la pesquisa neonatal o por síntomas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes (p) con FQ diagnosticados y en seguimiento entre el año 2000 al 2011. Se recolectaron las siguientes variables (por interrogatorio o historia clínica: forma de diagnóstico (dx), edad, peso y talla al dx, peso, talla a 1, 3 y 6 años (para los datos de peso y talla se calcularon los score Z); se valoró función pulmonar (FP) a los 4 y 6 años. Se usaron medidas de resumen y dispersión y las comparaciones se realizaron mediante test no paramétricos

RESULTADO: Se incluyeron 98 pacientes (57 diagnosticados por síntomas y 42 por pesquisa neonatal) G0: FQP por síntomas G1: FQP por pesquisa, expresados en Mediana (RIQ)

Edad al diagnóstico G0: 10 (4 - 29 meses) G1: 2 (1 a 3 meses) p: < 0,05

Peso Dx (SZ) G0: -2,33 (-3,3 a -1,53) G1: -0,66 (-1,4 a 0,75) p: < 0,001

Peso 1 año (SZ) G0: -1,38 (-2,3 a -0,25) (n 26) G1: -0,56 (-1,54 a -0,08) (n 27) p: 0,07

Peso 3 años (SZ) G0: -0,61 (-1,38 a 0,9) (n 32) G1: -0,58 (1,56 a -0,19) (n 22) p: 0,93

Peso 6 años (SZ) G0: 0,57 (-1,17 a 0,1) (n 25) G1: 0,8 (-1,43 a 0,94) (n 7) p: 0,33

Talla al Dx (SZ) G0: -1,71 (-3,22 a -0,3) G1: -0,26 (-2 a 1,45) p: 0,002

Talla al año (SZ) G0: -1,17 (-2,35 a -0,16) (n25) G1: -0,31 (-1,22 -1,27) (n27) p: 0,04

Talla 3 años (SZ) G0: -0,56 (-1,3 a 0,31) (n 33) G1: -0,24 (-1,55 a 0,48) (n 19) p: 0,64

Talla 6 años (SZ) G0: -0,68 (-1,1 a 0,17) (n25) G1: 0,38 (-0,36 a 1,02) (n 7) p: 0,17

La función pulmonar (VEF1) a los 4 años fue mayor en el grupo pesquisa (106% , 88 a 110 vs 86% , 75 a 97; p: 0,04; a los 6 años no se observaron diferencias 94% , 75 a 101 vs 94% , 79 a 102; p: 0,72

CONCLUSIÓN: si bien encontramos diferencias significativas en el peso y talla al diagnóstico, estas no persistieron en el tiempo. La FP medida a los 4 años fue significativamente mayor en los diagnosticados por pesquisa, aunque esta diferencia no se observó a los 6 años.

Reynoso López V.¹; Trejo C.²; Sanjuanelo S.³; Santin S.⁴;
 Bergese L.⁵; Squassi I.⁶; Navone Lier C.⁷; Perez Marc G.⁸;
 Gaivronsky R.⁹
 HOSPITAL MILITAR CENTRAL^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}
 patitoreynoso@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El pulmón es asiento de enfermedades locales y sistémicas. Las infecciones son las más frecuentes. La sepsis por *Estafilococo aureus* meticilino resistente de la comunidad (SAMR-CO) compromete al pulmón en un alto porcentaje, produciendo bronconeumonía, neumatocele, supuración pleuropulmonar y abscesos múltiples. También la *tuberculosis* (TBC) es un problema sanitario importante con 10657 casos nuevos en el 2009, 85% compromiso pulmonar y 20% en niños.

OBJETIVO: Presentar un paciente que ingresa con diagnóstico presuntivo de TBC, confirmando luego sepsis por SAMR-CO con abscesos pulmonares múltiples.

CASO CLINICO: Paciente masculino de 13 años que se interna por fiebre, pérdida de peso, astenia, tos y esputo hemoptoico de 15 días de evolución. Refiere contacto con hermana bacilífera 10 meses antes. No recibió profilaxis. Al ingreso se encuentra adelgazado, con examen respiratorio normal, saturación 98% e impotencia funcional de codo izquierdo con flogosis. Rx tórax: imágenes cavitarias bilaterales. Rx codo sin lesión ósea. Planteos diagnósticos: TBC pulmonar y

ósea vs artritis bacteriana. Se medica con 4 drogas antiTBC, ceftriaxona-clindamicina. Estudios positivos: HMC: GB14700 (76-10) PCR 34, ESD 90, HIV, PPD y baciloscopia negativa. Evoluciona con fiebre y dolor en cadera izquierda. Ecografía de codo y cadera: aumento de líquido articular. Centellograma con hipercaptación. Se realiza punción articular obteniéndose material purulento. Se recibe HMC y cultivo articular SAMR-CO. Se rota antibióticos a clindamicina-rifampicina. RMN osteoartritis de codo y cadera. TAC pulmonar imágenes cavitarias múltiples de paredes gruesas con consolidación alveolar. Presenta excelente evolución clínica con resolución total de los síntomas e imágenes radiológicas a los 15 días. PCR y cultivos para TBC en líquido articular y esputo negativos. Se asume el cuadro como sepsis por SAMR-CO con abscesos pulmonares múltiples y osteoartritis de codo y cadera. Suspende anti-tísicos. Cumple en forma ambulatoria 3 meses de tratamiento con TMS.

CONCLUSIONES: Las infecciones invasivas por SAMR-CO se caracterizan por una gran variedad de presentaciones clínicas, con elevada morbimortalidad y alta frecuencia de compromiso pulmonar. El conocimiento de las mismas y su posible evolución resultan indispensables para el diagnóstico precoz y tratamiento empírico adecuado.

Todo paciente con clínica compatible, contacto e imágenes sugestivas debe sospecharse y descartarse TBC.

Prates S.¹; D'alejandro V.²; Varas C.³; Rentería F.⁴; Diez G.⁵
HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA^{1,2,3,4,5}
silviprates@yahoo.com.ar

INTRODUCCION: Las Bronquiectasias (BQ) postinfecciosas son generalmente consecuencia de infecciones pulmonares severas, de común observación en países en desarrollo. Las BQ en Fibrosis Quística son consecuencia del círculo infección –inflamación característico del compromiso respiratorio de la enfermedad. La presencia de BQ determina una enfermedad pulmonar crónica supurativa caracterizada por obstrucción de la vía aérea e hiperinsuflación que condiciona, con frecuencia, disminución de la tolerancia al ejercicio, que puede no correlacionarse con pruebas funcionales en reposo

OBJETIVO: Evaluar tolerancia al ejercicio y factores predictores de consumo máximo de Oxígeno (VO₂ max) en niños con BQ postinfecciosas y en niños con FQ.

MATERIALES Y METODOS: Estudio transversal. Se compararon 2 grupos de niños: Uno con evidencia clínica, radiológica y tomográfica de bronquiectasias postinfecciosas (GB) y un grupo de niños con FQ (GFQ) en relación con un grupo de niños control sanos (GS). Se evaluaron: test de función pulmonar como espirometría, volúmenes pulmonares por pletismografía corporal total y prueba de ejercicio máximo en treadmill. Se determinó Índice de Masa Corporal (IMC). Variable de resultado VO₂ max y variables independientes

IMC y los resultados de pruebas de función pulmonar. Análisis estadístico: análisis de correlación

RESULTADOS: Se incluyeron 30 niños (edad media 13,5 años) en el GB, 47 (12,1 a) en el GFQ y 49 (13,04 a) en el GS. Los niños del GB y del GFQ presentaron menor volumen espiratorio forzado al primer segundo (VEF1) 70,7 % y 78,5 % respect (vs) 102,9 % del GS; menor capacidad inspiratoria (CI) 1.8 litros (l) (GB) y 1.92 (GFQ) vs 2.47 y mayor atrapamiento aéreo (VR/CPT) 39,8 (GB) y 38,2 (GFQ) vs 24,6 que el GS. Durante el ejercicio máximo, mostraron menor capacidad aeróbica (32,8 (GB), 32,06 (GFQ) vs 40,1 ml/min/kg). El IMC fue 18,3 para el GB, 18,3 para el (GFQ) vs 20,1 para el GS. No hubo diferencias significativas entre GB y GFQ. Las diferencias fueron significativas al compararlos con el GS (p < 0,0001) En la tabla se puede apreciar los resultados de las correlaciones. * p < 0,0001

	VEF1	CI*	VR/CPT*	IMC*
VO ₂ GB	0.11	0.75	-0.4	0.55
VO ₂ GFQ	0.19	0.78	-0.4	0.57
VO ₂ GS	0.08	0.84	-0.24	0.42

CONCLUSIONES: En niños con bronquiectasias el IMC, VR/CPT y la CI fueron los parámetros más relacionados con la tolerancia al ejercicio.

Figueroa J.¹; Elías F.²; Dugour A.³; Duchenne A.⁴
HOSPITAL DE CLÍNICAS¹; FUNDACIÓN P.CASSARÁ;
TIMEDNA^{2,3}; HOSPITAL ESCUELA FCV UBA⁴
figuejuan@gmail.com

INTRODUCCIÓN: el asma inducida por sensibilización con ovoalbúmina en ratones adultos es un modelo ampliamente estudiado; pero son escasas las investigaciones en crías, y la mayoría de esos estudios se han realizado en neonatos. Los estudios en humanos muestran que la sensibilización atópica entre el primer y tercer año de vida sería un importante factor de riesgo para desarrollar asma.

OBJETIVO: describir el efecto de la sensibilización con ovoalbúmina sobre la respuesta inmune y la histología bronquial en ratones de 3-4 semanas de edad (correspondiente, desde el punto de vista del desarrollo pulmonar e inmunológico, a los 1-3 años del humano).

MATERIAL Y MÉTODOS: siguiendo un esquema utilizado en

adultos se inocularon ratones de 3 semanas de edad (destete) con ovoalbúmina (ova) y adyuvante por vía intraperitoneal (ip); luego fueron sensibilizados 3 días con ova intranasal (in). Al finalizar este período los animales (n=10) fueron desafiados con ova in y sacrificados. Un grupo control (n=10) fue tratado con solución fisiológica más adyuvante (ip) y solución fisiológica (in). Se obtuvieron muestras de sangre para evaluar la respuesta T y se extrajeron los pulmones para su estudio histopatológico. Las muestras fueron clasificadas con un score semicuantitativo de 0 (no daño) a 6 (daño severo) por un patólogo ciego al diseño de los grupos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: los niveles de IgG1 e IgE específica aumentaron en los animales inmunizados con ova (500 x 10³ t y 153 x 10³ t). En ellos se observó mayor infiltrado linfocitario que en los controles (mediana 5 (rango 1-6) vs 2 (1-4)) y aumento de células caliciformes (2 (0-4) vs 0,5 (0-3)). Estos resultados confirman el establecimiento de alergia bronquial en el modelo desarrollado.

Nieto M.¹; Antonioli C.²; Botto H.³; Cocciaglia A.⁴; Roques Revol M.⁵; Cuestas G.⁶; Rodriguez H.⁷

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. J. P. GARRAHAN, BUENOS AIRES, ARGENTINA^{1,2,3,4,5,6,7}

marynieto14@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La laringitis aguda se caracteriza por estridor, disfonía, tos crupal y dificultad respiratoria de grado variable. La etiología más frecuente es la viral, afectando principalmente a niños entre los 6 meses y 4 años. Son generalmente autolimitadas y en su mayoría no requieren estudios complementarios. La radiografía de perfil de cuello aporta datos sobre el sitio de obstrucción, y sólo se debe realizar en casos de duda diagnóstica o cuadros atípicos en pacientes estables. En casos excepcionales, es necesaria la exploración endoscópica para diagnóstico y tratamiento.

OBJETIVOS: Presentar 4 pacientes con laringitis aguda de causa poco frecuente, que por su presentación requirieron ser evaluados endoscópicamente atendidos en el Servicio de Endoscopia Respiratoria del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan.

Describir la metodología diagnóstica de las laringitis agudas y su tratamiento.

DESCRIPCIÓN: Caso N°1: Paciente que comienza a partir de

los 8 meses con laringitis recurrente severas, requirió en una oportunidad asistencia respiratoria mecánica. Diagnóstico: Laringitis severa por reflujo gastroesofágico (confirmada por PHmetría). Requirió traqueostomía a los 21 meses.

Caso N°2: Paciente de 45 días de vida con estridor bifásico, tos crupal y dificultad respiratoria moderada, cuyo diagnóstico endoscópico fue angioma subglótico. Requirió tratamiento con propranolol.

Caso N°3: Paciente de 2 años que durante la alimentación presenta tos laringea, estridor y dificultad respiratoria. Por sospecha de aspiración de cuerpo extraño se realiza endoscopia respiratoria y extracción del mismo.

Caso N°4: Paciente de 12 años con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda en inducción, con antecedente de mucositis en fauces, que comienza con laringitis aguda. Se realiza diagnóstico endoscópico de cloroma.

CONCLUSIÓN: Los pacientes con laringitis de comienzo abrupto (niño previamente sano), en edades no habituales, y que por su severidad o ser el paciente inmunocomprometido, o en los que no esté claro el diagnóstico, está indicado realizar además de la exploración física, la evaluación radiológica simple y/o tomográfica; más la endoscopia respiratoria (fibrinolarinoscopia con anestesia local y/o laringoscopia directa con anestesia general y ventilación espontánea) para arribar al diagnóstico de certeza e instituir el tratamiento adecuado.

Borrajog C.¹; Gomez F.²; Punzi M.³; D'Alessandro V.⁴; Diez G.⁵; Vodanovich M.⁶

FUNDACION BIOQUIMICA ARGENTINA^{1,2,3}; SERVICIO DE NEUMONOLOGIA. HIAEP "SOR MA. LUDOVICA". LA PLATA^{4,5}; LABORATORIO CENTRAL. HIAEP "SOR MA. LUDOVICA". LA PLATA⁶

borrajog@net-alliance.net.ar

INTRODUCCIÓN: La inclusión de la Fibrosis Quística (FQ) en los paneles de Pesquisa Neonatal (PN) resulta hoy en día una decisión incuestionable desde el punto de vista de la salud pública. Dicha pesquisa permite acceder a un diagnóstico precoz, implementar un tratamiento oportuno y adecuado, reducir la extensión y severidad de la morbilidad, proporcionar una mejor calidad de vida con una evidente mejoría en el crecimiento, y proveer el mejor escenario para el consejo genético y la planificación familiar. En Argentina la PN de FQ es obligatoria desde 1994 por Ley 24438, normativa refrendada en 2007 por Ley 26279. Sin embargo, y excluyendo a la Ciudad de Buenos Aires, hasta hace algo más de 5 años su alcance se circunscribió mayormente al sector privado y su implementación se realizó principalmente a demanda. En la Provincia de Buenos Aires (PBA) su obligatoriedad quedó definida en 2008 por Ley 13905.

OBJETIVO: presentar los resultados obtenidos en la PN de FQ en el período Jul/95-Dic/11, empleando la estrategia TIR/TIR y confirmación por Test del Sudor.

MATERIALES Y MÉTODO: La medida de TIR se realizó con la tecnología DELFIA empleando un valor de corte de 70.0 ng/ml. Dado que la estrategia definida no contempló la búsqueda de mutaciones, los estudios moleculares sólo se realizaron una vez confirmado el diagnóstico.

RESULTADOS: Durante los primeros 15 años la PN se realizó exclusivamente a demanda hasta que en Jul/10 se implementó en forma organizada como parte del Programa de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Congénitas (Prodytec) del Ministerio de Salud de la PBA. Del total de 1.168.524 RN pesquisados, en promedio el 85% correspondía a la PBA mientras que el resto al interior del país. Desde la inclusión de la FQ en el Prodytec se experimentó un crecimiento muy significativo alcanzando en 2011 un total de 200.463 RN pesquisados (86.7% pertenecientes a la PBA) y una cobertura provincial del 60%. El n° de casos confirmados fue de 166 con una incidencia de 1:7.039 nacidos vivos. 13 de estos casos correspondieron a resultados falsos negativos (FN), pero sólo 5 se consideran FN reales puesto que el resto correspondió a RN con íleo meconial (IM). 2 de estos 5 FN se presentaron con TIR normal en 1° muestra y 3 con TIR normal sólo en la 2°.

CONCLUSIONES: La tasa de recitación, sensibilidad (excluyendo IM), y especificidad fueron 0.55%, 96.8% y 99.96% respectivamente, índices de magnitud similar a la reportada en la literatura para la estrategia TIR/TIR.

Smith S.¹; Giorgetti M.²; Gonzalez N.³; Macha E.⁴; Pawluk V.⁵; Bonina A.⁶

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6}
 smithsilvina@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: En todo el mundo cada vez son más frecuentes los reportes de infecciones causadas por gérmenes multirresistentes como *Pseudomona aeruginosa*, *Acinetobacter Baumannii* y Enterobacteriaceae productoras de B lactamasa de espectro extendido o productoras de carbapenemasa. La presencia de estos microorganismos complica el manejo institucional y la evolución de los pacientes. La *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa (KPC) se ha asociado a altas tasas de mortalidad y tiene el potencial de diseminarse ampliamente.

OBJETIVO: Comunicar el caso de un paciente con Fibrosis Quística (FQ) en quién se aisló KPC.

CASO CLÍNICO: Paciente de 3 años, atendido en la División Neumotisiología del Hospital Elizalde desde los 7 meses de vida, con diagnóstico de FQ.

Recién nacido pretérmino, hijo de padres HIV +, en el niño: 2 PCR y ELISA para HIV negativos al año.

Sintomas respiratorios desde los 15 días de vida, mal progreso pondoestatural; internado a los 45 días con diagnóstico de

neumonía, ARM 38 días. Cultivo de punta de catéter positivo para *Klebsiella*. Internado por bronquiolitis al 3º mes, a los 4 meses por neumonía; requirió ARM 27 días, cultivo de aspirado traqueal *P. aeruginosa*. Realizan Test de sudor: Na 111mEq/l Cl 103 mEq/l.

Presentó varias exacerbaciones respiratorias con aislamiento de *Staphilococo aureus* meticilinosensible, *Acinetobacter* y *P. aeruginosa*.

No concurre a varios controles a causa de una internación del padre en un Hospital de Infectología.

Ingres a UCIP en mal estado general, con deshidratación, exacerbación respiratoria, hipoxia y desnutrición crónica. Al ingreso se cultiva de secreciones respiratorias *P. aeruginosa* y KPC. Se toman medidas de aislamiento y cumple 21 días de antibiotioterapia.

En el hisopado de control, al mes de finalizado el tratamiento, se aísla *P. aeruginosa* resistente a carbapenemes. Tratado con Colistina/Pipertazobactam, egresa estable con oxigenoterapia domiciliaria.

COMENTARIO: Este caso corresponde al primer aislamiento de KPC en nuestro hospital, y uno de los pocos casos reportados en pacientes FQ. Se constató el desarrollo de resistencia a carbapenemes en gérmenes altamente patógenos para el paciente FQ como la *P. aeruginosa*.

SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA POR
 METAPNEUMOVIRUS HUMANO Y VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN
 NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Gonzalez N.¹; Castro M.²; Calleri B.³; Cortes L.⁴; Santos G.⁵; Vila C.⁶

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6}
 negonza@intramed.net

INTRODUCCIÓN: Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) en menores de 5 años son una importante causa de morbimortalidad. Los agentes etiológicos más frecuentes son los virus, predominando el virus sincicial respiratorio (VSR). En la última década se ha podido adjudicar cierto rol al Metapneumovirus humano (MPVH) en pacientes hospitalizados.

OBJETIVO: Evaluar si existe diferencia en la gravedad de la evolución y presentación clínica de las IRAB producidas por VSR y MPVH en niños menores de 5 años hospitalizados.

MATERIAL Y METODOS: Se realiza un estudio transversal, utilizando historias clínicas de pacientes internados en un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires entre el 1 de Noviembre de 2010 y el 31 de Octubre de 2011 con IRAB e identificación viral de aspirado de secreciones nasofaríngeas positivas para VSR y MPVH. Se excluyen pacientes con comorbilidades. **Variables de resultado:** Forma de presentación, tiempo de internación, requerimiento de oxigenoterapia, asistencia respiratoria mecánica, utilización de corticoides, complicaciones.

RESULTADOS: Se hallaron 274 aspirados de secreciones nasofaríngeas con identificación viral positiva. De ellos el 78,83% correspondió a VSR, y el 21,17% a MPVH. La media del tiempo de internación para los pacientes con aislamiento positivo de MPVH fue de 8,62 días, sin encontrarse diferencias significativas con VSR. La cantidad de días de oxigenoterapia, administración de corticoides y requerimiento de ARM tampoco mostraron diferencias significativas entre los pacientes con aislamiento viral positivo. Con respecto al diagnóstico de ingreso el grupo de pacientes con aislamiento positivo para MPVH, tenían 24,81 veces más probabilidades de presentar síndrome coqueluchoide como cuadro clínico de inicio (OR 24,81 IC (2,86 a 558) p=0,0004). Los pacientes infectados con MPVH presentaron 8,19 veces mayor riesgo de desarrollar sepsis a foco respiratorio (OR 8,19 IC (1,74 a 42,97) p=0,003).

CONCLUSIÓN: Los niños con IRAB causada por MPVH y VSR tuvieron similares características clínico epidemiológicas. Sin embargo, se evidenció un mayor número de casos que tuvieron sepsis como complicación cuando el virus infectante fue MPVH. Otra diferencia, observada es la presentación como síndrome coqueluchoide de la infección causada por MPVH.

Lozano Ramirez C.¹; Kunstas V.²; Ferreira V.³; Santillan F.⁴; Ferrucci G.⁵; Saitta M.⁶

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE^{1,2,3,4,5,6}

akeiral@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La neumonía por aspiración es la lesión del parénquima pulmonar producida por la entrada de una sustancia extraña en las vías respiratorias de forma aguda. La clínica varía según el volumen, el tipo de material aspirado, la frecuencia de los episodios aspirativos y las defensas del huésped. Se puede diagnosticar al presenciar el episodio, por sospecha clínica, al ocurrir en un paciente "con riesgo de aspiración" y por imágenes diagnósticas.

OBJETIVO: Presentar un caso clínico con diagnóstico de Neumonía aspirativa por cuerpo extraño en paciente con neumonía persistente

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 4 años de edad sin antecedentes perinatólogicos ni patológicos. Con clínica de neumonía persistente que requirió internación en 3

oportunidades en un lapso de 1 mes, ingresando con tos, fiebre y dificultad respiratoria y pese al manejo médico no obtuvo mejoría definitiva de su cuadro.

Imágenes diagnósticas

Rx. Tórax: infiltrado alveolar basal derecho con borramiento del ángulo costo y cardiofrénico ipsilateral.

TAC tórax: correlación con hallazgo radiológico se evidencia atelectasia asociada

El tratamiento realizado fue antibioticoterapia E.V. conjunto a la realización de fibrobroncoscopia que confirma la presencia de cuerpo extraño (maní) en bronquio fuente derecho realizándose su extracción

CONCLUSIÓN: Se debe tener presente este diagnóstico ante la presencia de neumonías recurrentes o persistentes y en episodios de broncoobstrucción sin otra causa que los expliquen sobre todo en los niños más pequeños y aun en ausencia del episodio asfíctico.

ESTUDIO POBLACIONAL DE PROTEINA ASOCIADA A PANCREATITIS (PAP) EN RECIEN NACIDOS PARA SU UTILIZACION EN LA PESQUISA NEONATAL DE FIBROSIS QUISTICA.

PO 54

Borrajog G.¹; Castillo P.²; Doña V.³; Dietz M.⁴; Punzi M.⁵; Di Carlo C.⁶; Gomez F.⁷

FUNDACION BIOQUIMICA ARGENTINA^{1,2,3,4,5,6,7}

borrajog@net-alliance.net.ar

INTRODUCCIÓN: La Proteína Asociada a Pancreatitis (PAP) es un marcador útil en la Pesquisa Neonatal de Fibrosis Quística (FQ) porque asociado a la medida de IRT permitiría mejorar su eficiencia diagnóstica y reducir su tasa de recitación. Sin embargo, recientemente se describió que la PAP puede presentar falsos negativos cuando la edad de toma de muestras (ETM) es <48 hs de vida.

OBJETIVO: Presentar los resultados del estudio de distribución de PAP en una población de recién nacidos (RN) sanos a fin de realizar su caracterización estadística y de verificar la potencial influencia de la ETM.

MATERIALES Y MÉTODO: La medida de PAP se realizó sobre muestras de sangre entera colectadas en papel de filtro con el kit mucopAP de Dynabio. La población de RN estudiada comprendió 400 individuos con ETM entre 25.2 y 193.8 hs de vida y una media de 56.8 hs. El 50% de estos RN presentaban ETM entre 24 y 48 hs (RN 24-48) mientras que el 50% restante >48 hs de vida (RN>48). Los parámetros estadísticos calculados para IRT y PAP expresados en ng/ml fueron la media (X) y el rango, mientras que para PAP se

calcularon también los percentiles (P) 99.0, 99.5 y 99.75, y se estimó el percentil correspondiente a PAP=1.0, recomendada por algunos autores como valor de corte a utilizar.

RESULTADOS: XIRT=22.7, rango (2.8;58.3); XPAP=0.45, rango (0.00;2.37), P99.0PAP=1.93, P99.5PAP=2.07, P99.75PAP=2.10. La estimación del P correspondiente a PAP=1.0 fue P91.8 (33 RN con PAP>1.0). Para estudiar la influencia de la ETM se calcularon los parámetros antes mencionados en forma separada para los 2 grupos etáreos y se aplicó un test z para verificar diferencias en las XPAP. Para el grupo [RN 24-48] los parámetros calculados fueron: XETM=43.7 hs, XIRT=25.0, XPAP=0.45, P99.0PAP=1.63 y P99.5PAP=1.80; mientras que para el grupo [RN>48] fueron: XETM=69.8 hs, XIRT=20.4, XPAP=0.42, P99.0PAP=2.07 y P99.5PAP=2.10. Por otra parte, el test z demostró que no existen diferencias significativas entre las XPAP de ambos grupos (p>0.05), más allá de lo cual la estimación del P correspondiente a PAP=1.0 fue P91.3 y P92.7 para uno y otro grupo respectivamente, resultando necesario corroborar el comportamiento de PAP en función de la ETM en RN con FQ.

CONCLUSIONES: El método utilizado resultó operativamente apropiado, aunque lineal en un rango de trabajo inferior al reportado por el fabricante, y con un costo que en principio no resultaría apropiado para su implementación en Pesquisa Neonatal.

Borrajó G.¹; Castillo P.²; Doña V.³; Dietz M.⁴; Punzi M.⁵; Di Carlo C.⁶; Gomez F.⁷

FUNDACION BIOQUIMICA ARGENTINA^{1,2,3,4,5,6,7}

borrajog@net-alliance.net.ar

INTRODUCCIÓN: La incorporación de la Proteína Asociada a Pancreatitis (PAP) a la Pesquisa Neonatal de Fibrosis Quística (FQ) a través de una estrategia en la cual se mide PAP exclusivamente a recién nacidos (RN) con TIR elevada, permitiría incrementar su especificidad y sensibilidad, y reducir el n° de 2° muestras y de indicaciones de Test del Sudor (TS).

OBJETIVO: Presentar los resultados de la evaluación preliminar de la estrategia TIR/PAP en forma comparativa respecto a la estrategia TIR/TIR en uso actualmente.

MATERIALES Y MÉTODO: Dado que el valor de corte (VC) actual para TIR es 70 ng/ml (P99.5), y que la estrategia TIR/PAP permite mover dicho VC al P99.0 (TIR=60 ng/ml), se midió PAP en 71 RN con TIR > 70 ng/ml y en 54 RN con TIR 60-70 ng/ml con el kit mucoPAP de Dynabio. Adicionalmente, y a fin de evaluar su sensibilidad, se midió PAP retrospectivamente en 19 RN diagnosticados con FQ entre Ene/11-Mar/12.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Al total de 71 RN con TIR > 70 ng/ml se les solicitó 2° muestra para repetir TIR según el algoritmo actual, aunque sólo 39 (54.9%) presentaron

PAP > 1.0 ng/ml. De estos 39 RN, 3 fueron confirmados con FQ (PAP=2.99, 1.70 y 1.86 ng/ml, y ETM > 48 hs de vida), 25 fueron descartados (20 por TIR normal en 2° muestra y 5 por TS), 2 fallecieron, 8 no se localizaron y 1 aún tiene pendiente el TS. Entre los 54 RN con TIR 60-70 ng/ml, 16 (29.6%) presentaron PAP > 1.0 ng/ml, de los cuales sólo 1 requirió TS con resultado negativo, 11 tuvieron TIR normal en 2° muestra y 4 no fueron localizados. En ninguno de los 2 grupos anteriores se reportaron falsos negativos. El análisis combinado de estos resultados y la tasa de recitación (TR) esperable para TIR, permite inferir que los VC preliminares de 60.0 y 1.0 ng/ml para TIR y PAP respectivamente incrementarían la sensibilidad, reducirían el número de TS en 25 % y mantendrían una inesperadamente alta TR de 0.57%.

El análisis retrospectivo de pacientes con FQ, mostró que 15/19 RN (78.9%) mantuvieron valores de PAP > 1.0 ng/ml, 2 presentaron PAP normal aún en 2° muestra y 1 con ETM=34 hs de vida tuvo PAP > 1.0 ng/ml en 2° muestra. No obstante esto, se desconoce si estos casos no detectados pueden deberse a la antigüedad de las muestras, por lo cual no es posible sacar conclusiones definitivas sobre potenciales resultados falsos negativos. Aún resta definir experimentalmente la influencia de la ETM < 48 hs de vida en individuos con FQ y ajustar el VCPAP para incrementar la especificidad del sistema.

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL EN NIÑOS CON BRONQUIECTASIAS ASOCIADAS A ASMA O A ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA POSTVIRAL

RPD 56

Figueroa J.¹; Donth Leger G.²; Roque M.³; Primrose D.⁴
HOSPITAL DE CLÍNICAS^{1,2,3,4}

figuejuan@gmail.com

INTRODUCCIÓN: si bien en los últimos años ha crecido la atención sobre las bronquiectasias no fibroquísticas y su asociación con diferentes patologías broncopulmonares crónicas, no están claras las implicancias de los diferentes trastornos de base en la evolución clínica de los pacientes con bronquiectasias.

OBJETIVO: Describir y comparar la evolución clínica y funcional de niños con bronquiectasias asociadas a asma o a enfermedad pulmonar crónica postviral (EPCP).

POBLACIÓN Y MÉTODOS: pacientes con 3 o más años de seguimiento (en el año 2012), con diagnóstico de bronquiectasias (confirmado por TAC) y test del sudor negativo, asociadas a diagnóstico de asma (historia clínica y examen funcional con respuesta al broncodilatador) o de enfermedad pulmonar crónica postviral (antecedentes de bronquiolititis severa con requerimiento de internación, y síntomas y daño radiológico persistentes). Estudio retrospectivo: se revisaron las historias clínicas y se rescató edad de comienzo, número de internaciones en el seguimiento posterior al diagnóstico inicial, número de interurrencias/

año, número de cultivos positivos, y mejor espirometría anual de cada paciente durante los últimos 3 años de seguimiento.

RESULTADOS: 13 pacientes bronquiectasias y asma (69%) y 6 bronquiectasias y EPCP (31%). El número de internaciones, interurrencias/año y de cultivos de esputo positivos no mostró diferencias significativas entre los grupos. Las espirometrías iniciales eran mejores en los asmáticos que en los EPCP: CVF 93.25 ± 16 vs. 65.4 ± 10.6 (P:0.007); VEF1: 80.58 ± 20 vs. 43.4 ± 8.2 (P:0.003); y FMF: 69.58 ± 35 vs. 27.8 ± 14.3 (p:0.02). La variación a los 3 años no mostró significancia estadística para ninguno de los parámetros en ninguno de los grupos y la diferencia entre ambos grupos se mantuvo en la espirometría del 3° año de seguimiento: CVF: 97.22 ± 15.85 vs. 71 ± 7 (p:0.014); VEF1: 83.66 ± 14.9 vs. 46.2 ± 6.8 (P:0.014); y FMF: 68 ± 29 vs. 21.25 ± 6.6 (P:0.014).

CONCLUSIONES: Los niños con bronquiectasias y EPCP tenían un peor historial clínico inicial y peor función pulmonar inicial que el grupo con bronquiectasias y asma. No observamos diferencias en la evolución clínica o funcional entre ambos grupos. La diferencia en los exámenes funcionales se mantuvo igual luego de 3 años de seguimiento, sin progresión del deterioro para ninguno de los grupos.

Figueroa J.1; Mengoni E.2; Dugour A.3; Vojnov A.4
HOSPITAL DE CLINICAS¹; FUNDACIÓN P.CASSARÁ²;
FUNDACIÓN P.CASSARÁ; TIMEDNA³; ICT MILSTEIN⁴
figuejuan@gmail.com

INTRODUCCIÓN: la infección por *Pseudomona aeruginosa* (PA) es la principal causa de morbimortalidad en la Fibrosis Quística (FQ). Esta bacteria libera al medio productos con actividad citotóxica, lo que favorece la progresión de la infección y la inflamación. La IL-8 es uno de los principales mediadores liberados por el epitelio respiratorio agredido, que está presente en las vías aéreas de los pacientes con FQ en proporción a la severidad del daño pulmonar. La IL-8 atrae y activa a los neutrófilos y favorece la remodelación patológica de las vías aéreas. El Xylitol (Xy) es un azúcar alcohol natural que potencia la acción inhibitoria de la Tobramicina sobre PA e inhibe la formación de biofilm, estando actualmente en las fases iniciales de investigación clínica para el tratamiento de la FQ.

OBJETIVO: evaluar la acción del Xy sobre la liberación de toxinas y la acción proinflamatoria de PA en cultivos de una línea de células bronquiales humanas (Calu3).

MÉTODOS: 1) se cultivó PA en medio habitual o adicionado con diferentes concentraciones de Xy (1-12%). 2) se valoró la liberación de elastasas, proteasas, y piocianina al sobrenadante. 3) se valoró la producción de IL8 en células Calu3 expuestas al sobrenadante de los diferentes cultivos.

RESULTADOS: la adición de Xy al medio de cultivo disminuyó la producción de elastasas, proteasas, y piocianina por PA. Los sobrenadantes producidos por PA tratadas con Xy indujeron menor liberación de IL8 por las células Calu3.

CONCLUSIONES: el Xy disminuye la liberación productos citotóxicos por *Pseudomona Aeruginosa* y esto atenúa su acción proinflamatoria sobre las células de epitelio bronquial.

**Figueroa J.1; Kalimberg V.2; Marinelli S.3; Residencia
De Pediatría- uba C.4; Velasco Suarez C.5**
HOSPITAL DE CLÍNICAS^{1,2,3,4,5}
figuejuan@gmail.com

INTRODUCCIÓN: investigaciones epidemiológicas han mostrado que el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) es una frecuente causa de morbilidad en los niños. Sin embargo existe un marcado subdiagnóstico de esta patología. A partir de esta premisa desarrollamos un programa piloto de pesquisa de SAOS.

OBJETIVO: describir la experiencia inicial de aplicación de un programa de pesquisa de SAOS en un Consultorios Externo de Pediatría de un Hospital general.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: el programa se dirigió a niños mayores de 3 años, cuyas madres los llevaran a consulta por control o por cualquier causa no relacionada con ronquido o síntomas respiratorios durante el sueño. Se les propuso contestar un breve cuestionario validado para establecer presunción de SAOS (criterios de presunción: observación de ronquido frecuente o permanente, y de apneas o tiraje en alguna oportunidad). A los padres de los niños con presunción de SAOS se les explicó la implicancia de un potencial SAOS y se les ofreció un turno en el "Consultorio de Ronquido" de la Sección de Neumonología Infantil, a cargo de dos médicos especialistas. A quienes accedieron se les solicitó una Rx de

cavum, una videograbación de los síntomas nocturnos, y se les programó un monitoreo de oximetría nocturna con grabación en su domicilio.

RESULTADOS: se encuestaron 195 pacientes, de los cuales 37 resultaron con presunción de SAOS (19 %). Todos estos pacientes aceptaron concurrir para continuar la evaluación. Concurrieron a control 11 de los pacientes citados (31%) y de éstos en todos se confirmó el SAOS en la saturometría y el video nocturnos.

DISCUSIÓN: observamos una elevada prevalencia de síntomas respiratorios durante el sueño en una población de niños que consultaba por otras causas. Se observó una alta correlación entre los criterios de presunción de la encuesta y la presencia efectiva de SAOS en quienes completaron el algoritmo propuesto en el programa, aunque solo un porcentaje pequeño de los pacientes citados para ampliar estudios concurren a su control. Esto podría atribuirse a que las familias no registraban a los ronquidos y apneas como marcadores de una entidad con potencial morbilidad (pese a que habían notado estos síntomas no consultaban por ellos).

CONCLUSIÓN: la experiencia inicial del programa se plantea como exitosa pero probablemente sea necesario mejorar la concientización sobre las implicancias del SAOS para lograr una mayor adherencia al mismo.

Caccamo M.¹; Ginestet M.²; Gonzalez N.³; Lopez M.⁴

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4}

maedith2000@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La primera infección con *Mycobacterium tuberculosis* generalmente tiene lugar en la edad pediátrica y casi siempre asienta en los pulmones.

La mayoría de los niños con tuberculosis (TB) primaria presentan lesiones cerradas, con escaso número de bacilos, por lo que el diagnóstico se basa en la clínica, historia de contacto con enfermo bacilífero, radiología y prueba tuberculínica (PPD).

La forma común o moderada incluye pacientes con TB pulmonar sin complicaciones o extrapulmonar menos severa (pleural unilateral, ganglionar localizada o cutánea). Generalmente responde al tratamiento con triple asociación de fármacos.

La OMS propone tratar la TB en adultos con cuatro drogas. Aún no se ha determinado si dicho esquema debe ser aplicado en pediatría.

OBJETIVOS: Describir las características clínico-radiológicas-epidemiológicas y la evolución con esquemas de tratamiento con tres fármacos en una serie de pacientes con TB moderada. Comparar dichas características en diferentes grupos etarios.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseño: Retrospectivo descriptivo observacional. Revisión de historias clínicas de pacientes con TB pulmonar moderada atendidos en un Hospital Pediátrico

durante el período Julio 2008-Julio 2011. Tratados con el esquema 2HRZ/4HR.

RESULTADOS: Se incluyeron 202 pacientes, 114(56%) varones. La edad promedio fue 6,4 años siendo 85(42%) menores de 5 años, 67(33%) entre 5 y 10 años y 50(25%) mayores de 10 años.

Tenían BCG 175 pacientes (86,63%), 29(14,35%) habían recibido quimioprofilaxis previa y la PPD fue positiva en 79(39%).

El foco de contagio fue conocido en 189(93,56%), siendo habitual en 153(75,74%) y ocasional en 36(17,8%).

En relación a la clínica, 103(51%) fueron asintomáticos. De los sintomáticos, el 90,9% tuvo síntomas respiratorios y 20,2% síntomas generales.

Todas las radiografías fueron patológicas. Se observó patrón radiológico ganglionar mediastinal en 74,25%, infiltrados en 40,1% y derrame pleural 2%.

Evolución: 139 pacientes completaron tratamiento (69%), 56 abandonaron (27,5%) y 7 fueron derivados a otros centros (3,5%).

Según los diferentes grupos etarios, no se hallaron diferencias significativas en las variables analizadas excepto en la PPD que fue positiva con mayor frecuencia en mayores de 5 años (p:0,0035).

CONCLUSIÓN: No se observó fracasos ni recaídas en los pacientes que finalizaron tratamiento. Se halló PPD positiva con mayor frecuencia en el grupo mayor de 5 años.

Gonzalez N.¹; Delgado M.²

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1,2}

negonza@intramed.net

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Existen varios sistemas de puntuación y escalas para diagnóstico de tuberculosis (TBC) en pediatría. Una de las escalas más difundidas es la de Keith Edwards, que fue recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el presente estudio se aplicó la mencionada escala, en pacientes pediátricos con diagnóstico de TBC, para objetivar si eran detectados por la misma y para determinar si podía predecirse en ellos las formas de presentación grave o extrapulmonar.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño retrospectivo, observacional analítico, transversal. Se incluyeron pacientes de 1 mes a 19 años de edad con diagnóstico de enfermedad TBC, que iniciaron su tratamiento entre el 01/01/2008 y el 31/12/2010. Se excluyeron re-tratamientos y casos cuyas historias clínicas no contaran con la información necesaria. A cada uno de ellos se le aplicó la escala para diagnóstico clínico de TBC de la OMS. Un puntaje > 7 establece una alta probabilidad diagnóstica.

RESULTADOS: De un total de 219 pacientes, 52 (24%) presentaron puntaje > 7, con un intervalo de confianza del 95% entre 0,18 y 0,30.

Se observó una asociación estadísticamente significativa entre un puntaje > 7 y confirmación bacteriológica y/o anatomopatológica de la enfermedad (p<0,005 RR 1,79 IC 95% 1,35-2,37), pero con una sensibilidad de sólo un 47,22%.

El puntaje > 7 tuvo una asociación significativa con las formas graves (p<0,0001 RR 2,26 IC 95% 1,72-2,97), con una baja sensibilidad (41,3%), pero con una alta especificidad (89%).

Por último, el puntaje > 7 se asoció en forma significativa con la presentación extrapulmonar de la enfermedad (p<0,005 RR 6,3 IC 95% 2,67-14,85) con una sensibilidad del 65%, una especificidad 81,87% y un alto valor predictivo negativo 95%.

CONCLUSIÓN: En los pacientes evaluados la escala clínica de la OMS no sería lo suficientemente sensible para diagnosticar tuberculosis. En cambio, posee una alta especificidad para las formas pulmonares graves y extrapulmonares.

Selvino M.¹; Maffey A.²; Eguiguren C.³; Sciancalepore Y.⁴; Teper A.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5}
veroselvino@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: la disfunción de las proteínas del surfactante es una entidad poco frecuente de elevada morbimortalidad y que puede ocasionar enfermedad pulmonar crónica. Se produce por mutaciones de distintos genes que codifican proteínas necesarias para el funcionamiento normal del mismo, siendo las alteraciones más comunes el déficit de Proteína B (SP-B), C (SP-C) y transportadora (ABCA).

OBJETIVO: describir la forma de presentación, evolución clínica y tratamiento de tres pacientes atendidos en el Centro Respiratorio del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

CONCLUSIÓN: en pacientes que presentan taquipnea, hipoxemia y compromiso del intersticio pulmonar debe considerarse el diagnóstico de alteración del metabolismo del surfactante. Los tres pacientes de esta serie, con déficit de SP-C y/o ABCA3, desarrollaron enfermedad pulmonar crónica y se encuentran en tratamiento con corticoides e hidroxiloroquina.

Pacientes:

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Edad actual	7 años	3 años	2 años
Ant. familiares	No	No	No
Inicio de síntomas	3 meses	20 meses	Al nacimiento
Síntomas de inicio	Taquipnea- Hipoxemia	Taquipnea- Hipoxemia	Síndrome de distres respiratorio
Edad al diagnóstico	7 meses	21 meses	18 meses
Signos y Síntomas actuales	Taquipnea- Retraso de crecimiento	Taquipnea- Retraso de crecimiento	Taquipnea- Retraso de crecimiento
Biopsia de pulmón	Neumonitis Crónica inespecífica	Neumonitis Crónica inespecífica	Neumonitis Crónica inespecífica
Estudio molecular	Mutación 173T, SP-C	Pendiente(Déficit SP-C vs ABCA3)	Pendiente (Déficit SP-C vs ABCA3)
Tratamiento	Pulsos de metilprednisolona, Hidroxiloroquina	Pulsos de metilprednisolona, Hidroxiloroquina	Pulsos de metilprednisolona, Hidroxiloroquina
Evolución	Cronicidad	Cronicidad	Cronicidad

PECTUS EXCAVATUM. SEGUIMIENTO PRE Y POSTQUIRURGICO NEUMONOLOGICO. REPORTE DE CASOS EN LA PROVINCIA DE LA RIOJA

Zarate M.¹; López U.²; Contreras S.³; Troncoso V.⁴; Ojeda A.⁵
HOSPITAL ENRIQUE VERA BARROS - UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA RIOJA¹; HOSPITAL ENRIQUE VERA BARROS^{3,4,5}
mazlarioja@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN: La consulta neumonológica para evaluación pre quirúrgica es poco habitual. Aún siendo su objetivo identificar a los pacientes con factores de riesgo quirúrgico o durante la anestesia. Los niños con Pectus excavatum, presentan patrones restrictivos evaluados durante la función pulmonar, alteración mecánica respiratoria y una peor tolerancia a la anestesia.

OBJETIVOS: Reportar nuestra primera experiencia en el seguimiento neumonológico pre y postquirúrgico del Pectus excavatum y analizar su evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio, observacional, longitudinal y prospectivo. Se realizó en pacientes con Pectus excavatum (PE), historia clínica neumonológica con P/ E, T/E, IMC, ant.perineonatólogicos, patológicos, Espirometrías, TAC de Tórax, valoración cardiológica y ECO Doppler.

RESULTADOS: **Caso 1:** Paciente sexo Femenino, 16 años, P/E 40Kg, T/E160cm, IMC 15 (desnutrido agudo leve). Ant. Peri neonatólogico parto vaginal no controlado, Peso al

nacer 3800gr, Ant. Patológicos broncoespasmo. Al examen físico, se observa deformación torácica, TAC de Tórax PE mediastino lateralizado a la izquierda. Hiperinsuflacion del lóbulo medio y segmento antero lateral lóbulo inferior del pulmón dcho. Informe cardiológico R1, R2 normo fonético, soplo sistólico 2/6. ECO Doppler normal, Espirometría pre y post B2 con patrón restrictivo. Paciente que ingresa a cirugía correctiva con técnica de Nuss, con resultados satisfactorios. El control posterior, 30 días con espirometrías pre y post B2 sin modificación. El seguimiento fue óptimo durante su evolución por 15 meses.

Caso 2: Paciente sexo masculino, 15 años, P/E 46,7Kg, T/E164cm, IMC 17 (desnutrido agudo leve) Peso al nacer 3300gr, antecedentes de broncoespasmos. A la inspección PE, TAC de Tórax deformación torácica sin otro compromiso. Valoración cardiológica y ECG con riesgo quirúrgico grado 1, ECO Doppler con insuficiencia tricúspide leve. Espirometría con patrón restrictivo. Se realiza cirugía correctiva con buenos resultados. Control posterior a 30 días con función pulmonar.

CONCLUSIÓN: Los 2 casos de PE, mostraron patología cardiológica y alteración en la función pulmonar con impacto en peso. Es importante el abordaje neumonológico en el seguimiento de estos pacientes para disminuir los riesgos inherentes a la cirugía o anestesia.

Castro Simonelli C.¹; Chang D.²; Fili S.³; Villagra G.⁴; Galizzi B.⁵; Teper A.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS DR. R. GUTIÉRREZ^{1,2,3,4,5,6}

christiancastrorp@yahoo.com.ar

La ventilación no invasiva (VNI) a presión positiva, se aplica a amplios grupos de pacientes, especialmente crónicos. Además, se ha ido difundiendo su uso en el paciente agudo y fuera de las unidades de cuidados intensivos (UCI).

OBJETIVOS DEL ESTUDIO: Describir el uso BiPAP y CPAP en pacientes hospitalizados en una sala de cuidados intermedios respiratorios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y observacional. Se utilizaron como criterios de inclusión: **a)** pacientes internados entre 1 mes y 18 años, **b)** Requerimiento de ventilación con CPAP y BiPAP con modalidad no invasiva o invasiva por traqueostomía (TQT).

Para la recolección de datos, se utilizó una planilla de registro, recabando datos filiatorios, epidemiológicos, clínicos y evolutivos

RESULTADOS: Se incluyeron 41 pacientes, que por su clínica, constituyeron 3 grupos: Agudo (GA), Crónicos reagudizados (GCR) y Crónicos (GC). n=12,17 y 12, respectivamente. Once del total presentaban TQT.

La edad (mediana, años) fue para GA: 7; GCR: 9 y GC:10; sexo masculino 41, 70 y 56 % y los días de internación (mediana) fueron de 9, 19 y 15, respectivamente

Las características clínicas más frecuentes fueron:

1- Diagnóstico de ingreso para GA y GCR: incapacidad ventilatoria obstructiva (83 y 58%, respectivamente); y en GC: comienzo y/o ajuste de VNI (75%).

2- Enfermedad de base, GA: asma (66%); GCR y GC: ECNE(24%)

3- Comorbilidad, GA: RGE (8%); GCR: síndrome aspirativo crónico (17%) y GC: escoliosis (50%).

Los motivos de implementación de la asistencia ventilatoria más frecuentes fueron: GA, CRIA (58%) asociada a IRA tipo 1(75%); GCR, CRIA (47%) asociada a IRA tipo 2(56%) y GC, IVR severa (83%) con IRA tipo 2(60%).

En todos los grupos, la interfase más utilizada fue la nasal, siendo el BiPAP en modo S/T la VNI más implementada; en tanto que los días de uso fueron (mediana), en GA 3, GCR 12 y GC 7.

La evolución fue favorable en 37 pacientes, de los cuales 18 requirieron BiPAP domiciliario, solamente en el grupo de crónicos; tres pacientes se derivaron a UCI y uno, en tratamiento paliativo, falleció.

Los pacientes con TQT presentaron características similares al grupo de crónicos, sin embargo requirieron más días de internación.

CONCLUSIÓN: El estudio nos permitió objetivar la población que requirió VNI, sus motivos clínicos y fisiopatológicos de implementación, evolución y complicaciones, en una sala de cuidados intermedios respiratorios.

REACCIONES ADVERSAS GRAVES A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS EN 5 NIÑAS

RPD 66

Squassi I.¹; Alvarez D.²; Doro A.³; Manzur G.⁴; Massimo I.⁵; Cerqueiro C.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS DR R GUTIERREZ^{4,5,6}; HOSPITAL VIRGEN DEL CARMEN DE ZARATE²; HOSPITAL TEODORO ALVAREZ³

isquassi@yahoo.com.ar

La tuberculosis (TB), siendo prevenible y curable, es aún un grave problema sanitario, sobre 9393 casos notificados en 2010 el 18% fueron de edad pediátrica.

OBJETIVO: comunicar reacciones graves al tratamiento (tto) y las conductas terapéuticas.

MATERIAL: presentamos pacientes con síndrome de hipersensibilidad ante el uso de drogas antiTB. DRESS/DIHS: Se define como exantema febril, adenopatías, hepatitis, necrosis tubular, neumonitis intersticial, con o sin eosinofilia pudiendo haber reactivación de virus Herpes.

RESULTADOS: 5 niñas con TB confirmada por cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* sensible a drogas de primera línea, excepto el tercero resistente a estreptomina(S), recibieron tto con Isoniacida(H), Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol(E). Al sospecharse DIHS se suspendió el tto y se administraron corticoides y gammaglobulina. Con la mejoría, se reinició tto con

drogas no usadas previamente, incorporadas en forma escalonada.

Caso 1: 6 años TB meningea. Al día 27 de tto DIHS. Reinició 1 mes después con Moxifloxacina(M)-Cicloserina(Cs)-Estreptomina(S). Presentó Necrosis Epidérmica Tóxica y falleció 20d después.

Caso 2: 9 años TB pulmonar cavitaria. Al día 24 de tto DIHS. Reinició 2meses después con M-PAS-etionamida(Et)-S. Por recaída de DIHS se suspendió el tto. Un año después continúa estable con esputos negativos.

Caso 3: 14 años TB pulmonar cavitaria. Al día 33 de tto DIHS. Reinició 2meses después con M-PAS-Kanamicina-CS. Luego de 4meses H, cumplió 1año con M-H sin complicaciones.

Caso 4: 14 años TB ganglionar. Al día 54 de tto DIHS. Foliculitis generalizada por corticoides. Reinició 2meses después con ME, cursa 7^o mes de tto.

Caso 5: 15 años TB pulmonar cavitaria. Al día 22 de tto DIHS. Reinició 2meses después con M-Et, por exantema suspendió nuevamente. En observación.

CONCLUSIONES: DIHS se caracteriza por intervalo de latencia prolongado, compromiso sistémico, 10% de mortalidad.

El tto consiste en la inmediata suspensión de las drogas, manejo de soporte, corticoides prolongados y gammaglobulina IV

La evolución es progresiva y secuencial. Es perentorio el monitoreo seriado aún si los hallazgos iniciales fueron normales.

Colom A.¹; Kuhar F.²; Teper A.³

CENTRO RESPIRATORIO, HOSPITAL DE NIÑOS R. GUTIERREZ^{1,2,3}
acolom@gmail.com

Los pacientes con Bronquiolitis Obliterante posinfecciosa pueden desarrollar hipoxemia durante el sueño. Hay poca información sobre la saturación de oxígeno nocturna en niños con BO con enfermedad pulmonar severa.

El objetivo de este estudio fue determinar la SapO₂ nocturna e investigar los factores que se correlacionan con ella en niños con BO posinfecciosa.

MÉTODO: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de BO posinfecciosa, sin requerimientos de oxígeno suplementario, mayores de 5 años y capaces de realizar una maniobra de capacidad vital forzada. Se valoró su estado nutricional. Se realizó espirometría y test de marcha de los 6 minutos. Se determinó la SapO₂ por oximetría de pulso, despierto en reposo y se monitorizó la SapO₂ durante la noche. Se definió hipoxia

nocturna a SapO₂ < 90% por > 5% del tiempo de estudio.

RESULTADOS: Veintinueve pacientes con diagnóstico de BO posinfecciosa y una edad media de 12 años fueron incluidos. La función pulmonar promedio fue de 53±12% y 38±12% para CVF y VEF₁ respectivamente. La SapO₂ media en reposo fue de 97%±1, con el test de marcha los pacientes recorrieron un promedio del 63% de la distancia esperada y presentaron una caída promedio de 5 puntos de SapO₂, 5 pacientes presentaron una caída < 90%. Durante el sueño la saturación media fue de 95% y la saturación media inferior fue de 92%, ningún paciente presentó hipoxia nocturna (la duración promedio de SaO₂ < 90% fue del 1±1% del tiempo del estudio). Los valores espirométricos se correlacionaron con la saturación media durante el sueño (CVF y VEF₁ Vs. SapO₂ media durante el sueño 0.48, p < 0.05 y 0.6, P < 0.05, respectivamente).

CONCLUSIONES: Los niños con BO posinfecciosa no presentaron hipoxia nocturna. La oxigenación nocturna correlacionó con la función pulmonar.

Figueroa J.¹; Velasco Suarez C.²

HOSPITAL DE CLÍNICAS^{1,2}
figuejuan@gmail.com

INTRODUCCIÓN: el SAOS es una frecuente consecuencia de la hipertrofia adenoidea/amigdalina. Su tratamiento habitual es la adenoamigdalectomía, aunque en casos leves se ha referido mejoría con el tratamiento con corticoides nasales. Muchos de estos niños presentan rinosinusitis crónica. El tratamiento con antibióticos orales asociado a esteroides orales y tópicos es una de las alternativas propuestas para la rinosinusitis crónica. Ante estos antecedentes nos planteamos la hipótesis de que este tratamiento, al mejorar la rinosinusopatía, mejorara también la obstrucción respiratoria durante el sueño.

POBLACIÓN: niños con hipertrofia adenoidea/amigdalina y rinosinusopatía, con síntomas de obstrucción respiratoria durante el sueño, en quienes se indicó tratamiento asociando azitromicina (5 días), corticoide oral (7 días), y corticoide nasal.

MÉTODOS: a todos los niños se les realizó un monitoreo

nocturno de oximetría con grabación y análisis posterior. El estudio se repitió a las 2 semanas de iniciado el tratamiento (1 semana luego de finalizar el corticoide oral). Se analizaron cambios en el Índice de Eventos de desaturación, el % de tiempo pasado con SaO₂tc menor a 90%, la SaO₂tc mínima, y la SaO₂tc media excluyendo los eventos.

RESULTADOS: se incluyeron 25 niños. La mediana del índice de eventos/h y la del porcentaje de tiempo con SaO₂tc debajo de 90% disminuyeron luego del tratamiento (7 vs 2; 3 vs 0.5). La mediana de SaO₂tc sin eventos y la mediana de la SaO₂tc mínima aumentaron luego del tratamiento. Con el test del signo se halló diferencias estadísticamente significativas a favor de mejoría en todas las variables estudiadas.

CONCLUSIONES: La gran mayoría de los niños mejoró su respiración durante el sueño. Si bien presenta la debilidad de un estudio sin grupo placebo (no ético en las circunstancias de estos pacientes) la presente observación abre otra posibilidad en el manejo de los niños con SAOS asociado a hipertrofia adenoidea/amigdalina y rinosinusopatía.

Leske V.¹; Assaf S.²; Loto Y.³; Meneguzzi A.⁴; Aguerre V.⁵; Monges S.⁶; De Castro Perez F.⁷; Amoedo D.⁸; Cherkoff L.⁹; Gavina P.¹⁰; Mozzoni J.¹¹; Gonzalez A.¹²; Balparda C.¹³; Lubieniecki F.¹⁴; Cavaza E.¹⁵; Castañón C.¹⁶
HOSPITAL J P GARRAHAN^{1 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14}; HOSPITAL SAMIC DEL DORADO³; HOSPITAL VILELA DE ROSARIO⁴
vleske@garrahan.gov.ar

INTRODUCCIÓN: En las enfermedades neuromusculares (ENM) la insuficiencia respiratoria crónica y progresiva es inevitable. Las primeras manifestaciones aparecen como trastornos respiratorios del sueño (TRS): síndrome de apnea obstructiva (SAOS), síndrome de apnea central (SAC), hipoventilación alveolar (HA) e hipoxemia (H).

OBJETIVOS: describir los TRS en niños con ENM.

METODOLOGÍA: estudio descriptivo de corte transversal. Niños derivados al laboratorio de sueño entre junio 2006-2011 por sospecha de TRS. Se clasificaron según ENM en 5 subgrupos: 1) Distrofinopatías, 2) Distrofias musculares (DM), 3) Atrofias espinales, 4) Miopatías, 5) Otras. Método: Planilla de recolección de datos con: antropometría, síntomas (ronquido, pausas, sudoración nocturna, sueño fraccionado, dificultad para despertarse, somnolencia diurna, cefalea, cambio de carácter o en el rendimiento escolar). Examen funcional respiratorio (EFR). Se realizó PSG si referían ronquido o pausas y oxícapnografía ante síntomas de TRS sin ronquido o pausas o en asintomáticos con CVF < 50%. En el PSG se analizó arquitectura de sueño, índice de apnea/

hipopnea obstructiva por hora (IAHO/h), índice de apnea central por hora (IAC/h), SaO₂ y CO₂. Se definió TRS (+) la presencia de uno o más de los siguientes: SAOS (IAHO/h > 1; Leve 1-4; Moderado 5-9; Severo > 10); SAC (IAC/h > 3.3); HA (CO₂ > 45 mmHg más del 50% del tiempo o > 50 mmHg más del 20 %); H (en ausencia de apneas SaO₂ x < 95 % o % del registro con SaO₂ < 90%: > 3%). Se analizó la frecuencia de TRS y su relación con el grupo de ENM, la edad, los síntomas y la CVF. Se resumen datos como frecuencias, x ± DS. Se usaron tests paramétricos y no paramétricos.

RESULTADOS: pacientes n 86 (M60). Edad 10 ± 4.63 años. Subgrupos 1: 29%, 2:40%, 3:16.2%, 4:10%, 5:5%. CVF x (%) n 46: 65.6 ± 32.7. Niños asintomáticos 17.4%. Predominaron ronquido 55%, cefalea 32%, pausas 26%, sudoración nocturna 23%, fraccionamiento del sueño 20%. Oxícapnografía n 29; PSG n 57. Tuvieron algún TRS n 36/86 (42%). SAOS n 23/57(40.3%): Ln11, Mn 9, Sn 3; SAC n 5/57 (8.7%), HA n 8/86 (9.3%), 2 asociadas a SAOS. Hipoxemia n 7/86 (8.1%). Ningún tipo de TRS predominó entre los subgrupos. Edad x de niños con SAOS: 10.2 ± 4.05(a); con HA: 13.53 ± 2.81 (a). El ronquido no fue específico de SAOS. Tres de 15 SAOS fueron asintomáticos y 1/15 tuvo HA. La CVF fue significativamente menor en los niños con hipoxemia (p 0.006).

CONCLUSIONES: Los TRS son frecuentes en todas las ENM en etapas tempranas. Los síntomas no son específicos de ningún tipo de TRS. La realización de un PSG u oxícapnografía es indispensable para su diagnóstico. La presencia de hipoxemia se correlacionó con mayor deterioro de la CVF.

D'Alessandro V.¹; Rentería F.²; Prates S.³; Diez G.⁴
HTAL DE NIÑOS "SOR MARÍA LUDOVICA"^{1-2,3,4}
vir.dalessandro@gmail.com

INTRODUCCIÓN: La nutrición adecuada es un pilar fundamental en el tratamiento de niños con enfermedad pulmonar crónica. En particular, en la literatura se ha demostrado su estrecha relación con la función pulmonar con la Fibrosis Quística. Existe poca evidencia que demuestre la relación cuantitativa entre nutrición y otras enfermedades pulmonares crónicas en la infancia.

OBJETIVO: Estudiar la correlación entre la función pulmonar y el estado nutricional en una muestra de niños menores de 3 años de edad con Enfermedad pulmonar crónica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de corte transversal. Se estudiaron niños menores de 3 años de edad con enfermedad pulmonar crónica: Grupo 1 Displasia Broncopulmonar (DBP), Grupo 2 Enfermedad Pulmonar Crónica Posviral (EPCP), Grupo 3 Atresia de Esófago (AE) y Grupo 4 Fibrosis Quística (FQ). Se evaluaron: flujos espiratorios forzados (V_{max}FRC) mediante compresión tóraco-abdominal a volumen corriente con equipo Jaeger® y parámetros nutricionales como z score talla/edad (z T/E), Peso/Edad (z P/E) y peso/talla (z P/T).

Análisis estadístico: correlación de Pearson.

RESULTADOS: Se incluyeron 74 niños. La media de V_{max}FRC fue 181.2 ml/seg, z score de V_{max}FRC de -1.20, z T/E -2.13, z P/E -1.25 y z P/T -0.13. Se observó correlación positiva entre z score P/T y z score V_{max}FRC en todos los grupos. En el caso de EPCP y FQ la correlación fue considerable del orden del 50%, mientras que fue menor para DBP y AE. Las diferencias resultaron ser estadísticamente significativas sólo en FQ (p 0.01).

Tabla 1. Correlación entre z score de P/T y z score V_{max}FRC en los diferentes grupos

		Z score V _{max} FRC
DBP (n=17)	z P/T	0.25
EPCP (n=11)	z P/T	0.48
AE (n=19)	z P/T	0.12
FQ (n=27)	z P/T	0.50*

*p 0.01

CONCLUSIONES: La muestra de pacientes evaluados presentó correlación positiva entre z score de P/T y z score V_{max}FRC para todos los grupos. Se observó la mayor correlación para el grupo de FQ, donde además fue significativa al 1%, seguido por EPCP, DBP y AE.

Aquino E.¹; Davalos M.²; Guzman A.³
 HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL¹,²,³
 flacoaquino_86@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: Los linfomas son enfermedades malignas de las células del sistema inmune. Constituyen el 10% de todos los cánceres pediátricos. Una variante de Linfoma No Hodgkin es el anaplásico de células grandes (LACG).

Afecta el tejido ganglionar y extraganglionar (piel, pulmón, hueso, tracto gastrointestinal y tejidos blandos). La localización endobronquial es infrecuente, causa obstrucción de la vía aérea e infección pulmonar secundaria acompañada de síntomas generales. El diagnóstico de LACG se realiza mediante criterios morfológicos y expresión del antígeno CD30, EMA.

OBJETIVO: Presentar caso clínico de una paciente con LACG endobronquial.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Femenino, 11 años RNT /AEG, sin antecedentes previos. Vacunas completas. Procedente de Cafayate, Salta. MdC: fiebre, agitación, pérdida de peso. AEA: Inicia con cefalea, vómito, fiebre, tos y pérdida de 6 kg de peso 45 días previos al ingreso. Se interna en hospital local con diagnóstico de neumonía y por evolución tórpida se deriva a este hospital. Ingresa con dificultad respiratoria moderada, laboratorio con parámetros de infección bacteriana. Rx

tórax: atelectasia derecha. Se piden cultivos. Persiste febril, sufre descompensación cardiorespiratoria con neumotórax, se intuba y pasa a UTIP. Se asume: Sepsis grave con foco pulmonar, neumatelectasia derecha, TBC y síndrome febril prolongado. Policultivos (-) Serología HIV (-). Cultivo y examen directo para TBC (-).TAC: velamiento del hemitorax derecho, derrame pleural tabicado con imagen en interior de bronquio derecho. Broncoscopia: tumoración vegetativa en la luz del bronquio derecho. Anatomía patológica local: sin células tumorales, ZN y PAS para BAAR y micosis (-). Se deriva a Hospital Garrahan donde se confirma LACG endobronquial exclusivo, se estadifica e inicia quimioterapia.

DISCUSIÓN: El LACG endobronquial exclusivo es rara en pediatría con síntomas poco específicos: neumonía recurrente, atelectasia persistente, tos seca y sibilancias. El diagnóstico se logra a través de radiología, TAC y broncoscopia con toma biopsia. El pronóstico depende de la presencia de: afección mediastínica, compromiso cutáneo y visceral. Existen diversos protocolos quimioterápicos para el tratamiento del LACG. Ante la persistencia de atelectasia masiva en contexto de falla respiratoria aguda debería pensarse en etiología tumoral, entre ellos LACG endobronquial. La realización precoz de broncoscopia mejora el pronóstico en relación a inicio de quimioterapia.

COMPROMISO RESPIRATORIO Y EVOLUCIÓN EN PACIENTES CON FALLA DE RESPUESTA ANTICORPOREA FRENTE A ANTÍGENOS POLISACARIDOS (FRPS)

Regairaz L.¹; Cabanillas D.²; D' Alessandro V.³; Lasarte P.⁴; Diez G.⁵; Pérez N.⁶
 HTAL DE NIÑOS "SOR MARÍA LUDOVICA"¹,²,³,⁴,⁵,⁶
 loreregairaz@yahoo.com

INTRODUCCIÓN: La FRPS es una inmunodeficiencia primaria (IDP) humoral reportada en pacientes con infecciones respiratorias altas y bajas recurrentes. Su prevalencia en niños y jóvenes es poco conocida

OBJETIVO: describir el compromiso respiratorio y evolución en una cohorte de pacientes (p) con FRPS diagnosticados y seguidos en nuestro centro entre 1998 y 2012.

MATERIALES Y MÉTODOS: trabajo retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas. Se definió FRPS a pacientes mayores de 2 años con infecciones recurrentes, dosaje de Inmunoglobulinas G, A, M y E normal, y anticuerpos antineumococo < 113 mg/l medidos 4-6 semanas luego de vacuna polisacárida de 23 serotipos, sin evidencia de otra IDP y con serología HIV negativa.

RESULTADOS: 14p (8 mujeres, 57%) fueron identificados. La edad media al diagnóstico fue 8,07 años. La edad de inicio

de los síntomas fue 3,08 años. Todos presentaron infecciones respiratorias recurrentes: OMA (n: 9 en 3p), bronquitis purulenta (n: 85 en 10p) y neumonías con evidencia clínica y radiológica (n: 42 en 11p). Ningún paciente presentó sinusitis. Otras infecciones observadas fueron: Infecciones cutáneas, sepsis y meningitis a neumococo. Al momento de primera consulta 13p (93%) tenían sibilancias recurrentes y 4/10p evaluados con tomografía axial computada de alta resolución presentaron bronquiectasias. 12p (86%) iniciaron profilaxis con antibióticos (trimetoprima sulfametoxazol o amoxicilina). 3/12p requirieron gammaglobulina por persistir con síntomas a pesar del antibiótico. Se registró un descenso del número de infecciones en pacientes con tratamiento adecuado durante el seguimiento.

CONCLUSIONES: Las infecciones más frecuentemente observadas en nuestra cohorte fueron neumonías y bronquitis purulentas. La presencia de bronquiectasias fue observada en 40% de los pacientes estudiados. La presencia de inmunoglobulinas normales no descarta la posibilidad de inmunodeficiencia primaria en pacientes con infecciones respiratorias recurrentes.

Loto Y.¹; Barrias C.²; Vicente N.³; Guillermo R.⁴; Castaños C.⁵

HOSPITAL SAMIC ELDORADO^{1 3 4}; HOSPITAL DE PEDIATRÍA J. P. GARRAHAN.^{2 5}

yanina19761@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN: Las Neumonías intersticiales (NIC) afectan el espacio alvéolo-capilar. Caracterizadas por insuficiencia respiratoria hipoxémica, infiltrados pulmonares radiológicos y pruebas funcionales con alteración del intercambio gaseoso. Tratamiento: drogas anti-inflamatorias y/o inmunosupresoras.

OBJETIVO: Presentar un paciente con NIC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 12a, con dificultad respiratoria de dos meses de evolución. Consulta por tos seca, decaimiento, pérdida de peso, disnea y limitación progresiva de la actividad física de un año de evolución. Se interna en Hospital de origen SAMIC Eldorado, recibe O₂, antibioticoterapia. Por sospecha clínica de NIC es derivado al Hospital Garrahan.

Sin antecedentes personales/familiares de importancia.

Paciente crónicamente enfermo, desnutrido, taquipneico, hipoxémico, murmullo vesicular disminuido, rales subcrepitantes en velero, tiraje intercostal, acrocianosis distal, signos de cronicidad.

ESTUDIOS REALIZADOS: Hemograma: poliglobulia. EAB: hipoxemia.

Estudios inmunológicos e infectológicos negativos. Ecocardiograma: normal

TAC de tórax: aéreas difusas bilaterales en vidrio esmerilado.

Test de marcha patológico.

PPF: Incapacidad respiratoria restrictiva severa.

Biopsia: para confirmar diagnóstico.

RESULTADOS: Diagnóstico AP: lesiones pulmonares correspondientes a NIC. Inicia tratamiento con meprednisona 2mg/kg/día, a la semana se suspende la oxigenoterapia, al mes normaliza el test de marcha mejorando las PFP.

Luego de 2 años de tratamiento con un descenso muy lento terapéutico se suspende, persistiendo libre de síntomas.

CONCLUSIÓN: La NIC es poco frecuente, debe sospecharse en pacientes con enfermedad pulmonar crónica e hipoxemia sin causa clara.

Algoritmo diagnóstico: anamnesis, examen físico, imágenes y pruebas funcionales. La biopsia pulmonar confirma el diagnóstico. Los corticoides son el primer escalón en el tratamiento, con una respuesta variable.

Warlet N.¹; Rossi S.²; Visco G.³; Robles G.⁴; Faifman R.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1 2 3 4 5}

nwarlet@gmail.com

Paciente de 11 meses de edad, masculino que ingresa a hospital periférico con dificultad respiratoria, poca tos y leve tiraje, hemodinámicamente compensado. Presenta antecedente de episodio de ahogo y cianosis luego de manipular poroto (juego de lotería), en su domicilio. Es derivado al Hospital de Niños de La Plata, donde ingresa con dificultad respiratoria moderada, hipoventilación en hemitorax derecho, hemodinámicamente compensado. A 4 horas del ingreso el paciente progresa a claudicación respiratoria por lo cual ingresa a utip, donde intentan

compensarlo, se intuba y solicitan derivación urgente a la Guardia de nuestra Unidad. Se acepta el paciente en UTIP. Durante el traslado el paciente persiste descompensado con tiraje grave, con cianosis, sat con O₂: 30%, mala perfusión periférica, hemodinámicamente inestable. Se realiza broncoscopia rígida bajo anestesia general. Se localiza cuerpo extraño en carina que compromete 95% de la luz, se extrae en fragmentos. Después del procedimiento el paciente se reintuba.

Evolución: paciente ingresa luego de de la broncoscopia a UTIP, con evolución clínica tórpida. Cura sin secuela pulmonar ni sistema nervioso central al alta.

Borda M.¹; Baruzzo J.²; Diaz C.³; Ojeda P.⁴; Zalazar L.⁵; Gajo Gane A.⁶; Andino G.⁷

HOSPITAL PEDIÁTRICO JUAN PABLO II^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}; LABORATORIO CENTRAL DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES⁷

rmborda2009@live.com

INTRODUCCIÓN: La mayor demanda de consultas en consultorios externos y servicios de emergencias resulta de patologías de cuadros infecciosos respiratorios agudos, algunos de los cuales requieren internación, resulta importante entonces discriminar e identificar las etiologías de dichos cuadros, a fin de realizar diagnóstico, manejo y tratamiento adecuado.

OBJETIVOS: Evaluar la frecuencia y distribución de agentes virales en muestras de origen respiratorio de niños asistidos en el área de internación, en el Hospital Pediátrico J.P.II.

POBLACIÓN: Niños que requirieron internación en el Hospital Pediátrico Juan Pablo II con diagnóstico de IRAB, con edades que oscilaron entre 1 mes y 5 años, desde enero de 2010 a diciembre de 2011.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo. Se analizaron 1442 aspirados nasofaríngeos por I.F.L., entre los años 2010 al 2011 a partir de la base de datos del Laboratorio Central de la Provincia de Corrientes, configurándose planilla de variables de

viroológico positivo y negativo discriminándose por virus respiratorio.

RESULTADOS: Del total de las 1442 muestras analizadas, se constataron 393 registros positivos. 312 VSR (81%), 33 Parainfluenza 3 (8%); 0 Parainfluenza 2 (0%); 4 Parainfluenza 1 (1%); 3 Flu B (1%); 23 Flu A (6%), 10 Adenovirus (2,5%); 3 coinfecciones en muestras de VSR con presencia de 3 positivos a PI 3 y 1 PI 1.

En el año 2011 (agosto) se incluye la búsqueda de Metapneumovirus, teniendo 12 muestras positivas (24,48% de los virus de ese año).

En el virus más frecuente (VSR) mostró presencia significativa en los meses de abril a agosto de 2010 con un pico en julio, y en el año 2011 la prevalencia estuvo de abril a julio con pico en mayo. No se obtuvo rescate de H1N1 en ninguna de las muestras.

CONCLUSIÓN: Las infecciones respiratorias en los niños corresponden con mayor frecuencia a VSR, encontrándose en los años 2010 y 2011 movimientos leves en los picos de frecuencia de aparición del mismo además.

La pesquisa del Metapneumovirus lo estableció como segunda causa de IRAB en nuestra población.

Este análisis ayudó a adoptar medidas terapéuticas y preventivas que disminuyeron de manera significativa el costo a la salud pública, favoreciendo el uso racional del manejo de cuadros respiratorios.

Balinotti J.¹; Rodríguez V.²; Zaragoza S.³; Lubovich S.⁴; Celiz M.⁵; Kofman C.⁶; Teper A.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}

juanbalinotti@gmail.com

INTRODUCCION: La solución salina hipertónica (SH) administrada vía inhalatoria mejora el clearance mucociliar y reduce la viscosidad del moco en niños mayores y adultos con fibrosis quística (FQ). En algunos pacientes puede producir obstrucción bronquial. Son pocos los estudios de tolerancia a la SH en menores de 6 años, por lo que su indicación aun no ha sido autorizada.

OBJETIVO: Evaluar la seguridad y tolerancia de la administración de una dosis de SH al 7% inhalada en niños pequeños con FQ.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se incluyeron niños menores de 36 meses con diagnóstico de FQ. Se registró la frecuencia

cardiaca (FC), respiratoria (FR), oximetría (SpO₂), función pulmonar ("V_{max}FRC" mediante técnica de rápida compresión tóraco-abdominal) y la aparición de efectos adversos antes y 10 minutos después de la administración (aleatoria) de 3 ml de SH 7% ó 3 ml de solución fisiológica 0,9% ambas con salbutamol a 0,25 mg/kg mediante una pipeta Pari® LC plus a un flujo de 8 L/m de aire comprimido.

RESULTADOS: se incluyeron 21 pacientes. 10 niños recibieron SH 7% y 11 SF 0,9%. No se evidenciaron diferencias con respecto al porcentaje de cambio en la función pulmonar ($\Delta +27\%$ para ambos grupos) como así tampoco en el % de cambio de la FC, FR y SpO₂ luego de recibir el tratamiento. Los niños que recibieron SH 7% presentaron más episodios de tos ($p < 0,01$).

CONCLUSION: la administración de SH al 7% vía inhalatoria es segura y bien tolerada en niños pequeños con FQ.

Loto Y.¹; Equipo De Fibrosis Quística de Misiones.²; Vicente N.³; Rodriguez C.⁴

HOSPITAL SAMIC EL DORADO^{3,4}; HOSPITAL PUBLICO PROVINCIAL DE PEDIATRIA DR. FERNANDO BARREYRO²

yanina19761@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN: La Fibrosis Quística (FQ) es una enfermedad genética de herencia autosómica recesiva, caracterizada por disfunción de las glándulas de secreción exocrina. La pérdida crónica de sal por el sudor y otros fluidos puede conducir a depleción electrolítica grave y a un síndrome pseudo-Bartter.

OBJETIVO: presentar forma inusual de Fibrosis Quística en un lactante

MATERIAL Y MÉTODOS: Lactante de sexo masculino de 2 meses de vida que se interna por mal progreso de pondo-estatural, catarro de vías aéreas superiores y regular actitud alimentaria.

Sin antecedentes perinatólogicos patológicos. Pesquisa normal (Tripsina normal). Alimentación leche materna exclusiva.

Examen físico paciente desnutrido, palidez cutánea, pliegue

cutáneo presente, FR 40 x/min, FC 130 lpm, saturación 97%, abdomen globoso sin visceromegalias.

Hemograma: normal. EAB: alcalosis hipoclorémica hipokalemia con hiponatremia. Hepatograma normal. Urea 0.77 Creatinina: 0.43

Cultivo de gérmenes comunes: Burkholderia cenocepacia.

Test del sudor: 1° Cloruros: 92,7 mEq/l Peso sudor: 0.16 gr y 2° 58.2 meq/ Peso: 0.12 grs

Van de kammer normal.

Molecular: R117H homocigota.

Evolución: corrección de los trastornos metabólicos, recibió ceftazidima+amikacina+TMS x 14 días. Cultivos de secreciones nasofaríngeas posteriores negativos. Se alimenta con lactancia materna y alimentación por sonda nasogástrica logrando aumento de peso progresivo y corrección de los trastornos hidroelectrolíticos.

CONCLUSIÓN: La fibrosis quística debe sospecharse en todo lactante/niño con mal progreso de peso, que presente alteraciones hidroelectrolíticas como la alcalosis hipoclorémica, aún en ausencia de síntomas respiratorios y/o gastrointestinales como lo tuvo nuestro paciente.

ESTAFILOCOCO AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA
COMUNIDAD-NEUMONÍA, EMPIEMA, MEDIASTITIS Y ABSCESO
RETROFARÍNGEO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Faifman R.¹; Rossi S.²; Warlet N.³; Visco G.⁴; Robles G.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO CUTIERREZ^{1,2,3,4,5}

faifmanr@gmail.com

Niña previamente sana, con antecedente de forunculosis en cuero cabelludo, con adenopatías retroauriculares. Cumplió tratamiento con cefalexina por 10 días con mejoría de las lesiones. Comienza con fiebre, consultan a la guardia, se le indica tratamiento sintomático y control.

A las 48 horas, consulta a la guardia por fiebre, disfagia, sialorrea y dificultad respiratoria en progreso durante las últimas 8 horas.

Al examen físico, paciente febril, taquicárdica, taquipneica, en mal estado general, con dificultad para la movilización del cuello, cabeza en extensión. Fauces congestivas, con pilares edematosos y abombamiento de pared posterior de la faringe. Matidez a la percusión en base izquierda con hipoventilación.

Se realizan Radiografías perfil de cuello y tórax.

En el perfil de cuello: Aumento del espacio retrofaríngeo compatible con absceso, con rectificación cervical y compromiso de la vía aérea,

En el tórax: Ensanchamiento mediastinal, opacidad campo pulmonar izquierdo.

Se realiza drenaje del absceso retrofaríngeo y debridamiento con pinza, obteniendo 30 ml de material purulento que se envía a cultivo.

El paciente ingresa a UTIP en ARM por 24 hs en el posquirúrgico inmediato, recibe esquema antibiótico Cefotaxime- Clindamicina. Se obtienen cultivos de drenaje positivos para CA MRSA. Se decide reemplazar Cefotaxime por Vancomicina, porque si bien clínicamente se mantenía estable, se observaba leucocitosis con progresiva desviación hacia la izquierda y desmejoría radiológica.

A las 72 horas, con la paciente más compensada, se realiza Tac de tórax y cuello observándose colección mediastinal y derrame pleural izquierdo.

Se agrega Rifampicina y Meropenem al esquema antibiótico y se realiza drenaje quirúrgico del derrame pleural con toilette y colocación de tubo de avenamiento.

La paciente empieza a evolucionar lenta pero favorablemente. Recibió finalmente 32 días de Clindamicina, 13 de Vancomicina, 5 días de Meropenem y 27 días de Rifampicina. TAC de control a los 20 días de tratamiento con resolución de la lesión pleural y mediastinal.

Perfil inmunológico normal para la edad con serologías negativas.

Nieto M.¹; Di Blasio A.²; Botto H.³

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. J.P.GARRAHAN, BUENOS AIRES, ARGENTINA^{1,2,3}
marynieto14@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: En traumatismos cerrados de tórax ante la presencia de dificultad respiratoria, cianosis, hemoptisis, enfisema subcutáneo, hemo-neumotórax, o falla en la reexpansión del pulmón cuando se drena sospechar: *ruptura del árbol traqueo bronquial*. Odinofagia, hematemesis, mediastinitis, derrame pleural sospechar: *ruptura de esófago*. Ambas suponen compromiso vital

OBJETIVO: identificar los síntomas y signos de ruptura de la vía aérea en pacientes con antecedente de traumatismo cerrado de tórax, realizar el diagnóstico y manejo endoscópico adecuado y presentar el tratamiento alternativo del mismo cuando la cirugía no es posible. **Diseño:** presentación de caso clínico. Paciente de 6 años, sexo femenino que sufre traumatismo cerrado de tórax mientras jugaba en una hamaca (aplastamiento)

RESULTADOS: Ingresó al hospital de su provincia natal con neumotórax izquierdo y neumoperitoneo. Se efectuó laparotomía exploradora: sin hallazgos patológicos. Derrame pericárdico moderado. Y por neumotórax recidivante con

drenaje de material purulento es derivada a centro de mayor complejidad a los 7 días de ocurrido. Ingresó con dificultad respiratoria y signos de sepsis. Se diagnosticó ruptura de bronquio izquierdo y esófago por examen endoscópico y esofagograma. Requiere además de tratamiento antibiótico por mediastinitis toracotomía con colocación de tubos de drenaje, estabilización de la vía aérea con el uso de tubo de doble lumen y ARM, esofagostomía terminal con gastrostomía. Una vez resuelta la sepsis, se realizó tratamiento endoscópico de la ruptura bronquial con (cinco) topicaciones de nitrato de plata y esófago anastomosis término terminal con cierre de gastrostomía pudiendo ser externada.

CONCLUSIONES: En traumatismos cerrados de tórax ante la presencia de enfisema hemo-neumotórax, hemoptisis sospechar: ruptura del árbol traqueo bronquial Odinofagia y hematemesis, sospechar ruptura de esófago.

El diagnóstico se confirma con la evaluación endoscópica de la vía aérea y esofagograma con medio de contraste hidrosoluble.

El uso de tubo de doble lumen o la intubación endobronquial selectiva es útil para mantener una adecuada ventilación, cuando la reparación quirúrgica no es posible.

Las topicaciones de nitrato de plata para promover la granulación y lograr el cierre de la lesión bronquial fueron de utilidad en este caso.

REVISIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES INTERNADOS CON DIAGNÓSTICO DE COQUELUCHE. PERIODO ENERO 2007 A DICIEMBRE 2011.

Moncada K.¹; Barbagelata C.²; Borda M.³; Bisero E.⁴; Sclavo L.⁵; Melillo K.⁶; Panigazzi A.⁷; Montenegro G.⁸

HOSPITAL POSADAS, SECCIÓN NEUMONOLOGÍA INFANTIL¹; HOSPITAL POSADAS, SERVICIO DE PEDIATRÍA²; HOSPITAL POSADAS, AREA PROGRAMÁTICA, SECCIÓN EPIDEMIOLOGÍA³; HOSPITAL POSADAS, SERVICIO DE PEDIATRÍA, SECCIÓN NEUMONOLOGÍA INFANTIL^{4 5 6}; HOSPITAL POSADAS, SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA⁷; HOSPITAL POSADAS, SERVICIO DE LABORATORIO, SECCIÓN BACTERIOLOGÍA⁸
kea_kar@hotmail.com

INTRODUCCION: La Coqueluche es una enfermedad infecciosa aguda, altamente contagiosa, causada por *Bordetella pertussis*, *parapertussis* y *olmesii*. Puede afectar a niños, adolescentes y adultos. Suele ser grave en el recién nacido y el lactante. Es actualmente una enfermedad re-emergente, inclusive en países con alta cobertura de vacunación.

OBJETIVOS: Describir las características clínico epidemiológicas de niños internados con diagnóstico confirmado de Coqueluche durante enero de 2007 a diciembre de 2011.

MATERIAL Y MÉTODO: diseño observacional, descriptivo y retrospectivo. Revisión de la notificación en planilla ad hoc e historia clínica de casos confirmados de Coqueluche mediante PCR y/o serología para *Bordetella pertussis*, *parapertussis* y *olmesii*. Período enero 2007 a diciembre 2011.

RESULTADOS: se registraron 94 casos confirmados de Coqueluche. La mediana para la edad fue de 88 días (rango 16 días a 3452 días ó 9,5 años). El 60,6% era menor de 4 meses. El índice de masculinidad fue de 1,04. El origen domiciliario de la infección se confirmó en el 80,5% de los casos, siendo un familiar conviviente sintomático respiratorio en el 43,61%. Los contactos más frecuentes fueron la madre y los hermanos. Los síntomas y signos predominantes al ingreso fueron: Tos paroxística y cianosis. Tuvieron presentación monosintomática 35 % y por lo menos dos síntomas 65 %. El 29% de los niños tenían patologías asociadas. Presentaron vacunas completas para la edad 31%. Laboratorio de ingreso: leucocitosis >20000/mm3:63% (rango 6000 y 135000). Tuvieron linfocitosis 43%. La radiografía de tórax al ingreso fue patológica en 63%. Predominó el patrón intersticial con atrapamiento aéreo. En ningún caso se obtuvo cultivo positivo para Bp. Requirieron AVM 26%. Fallecieron 7 pacientes. El tiempo promedio de internación fue de 12 días (rango 2 a 40 días).

CONCLUSIONES: El grupo etario más afectado fue el de los niños menores de 4 meses. El nivel de cobertura con vacuna específica fue muy bajo. Alto contacto domiciliario. La vigilancia epidemiológica, mantener el nivel de sospecha, realizar la confirmación diagnóstica rápida, el tratamiento del paciente y la quimioprofilaxis antibiótica a los contactos, constituyen junto con la vacunación, estrategias para el control de la enfermedad.

EVALUACION DE PRESIONES INSPIRATORIAS Y ESPIRATORIAS MAXIMAS (PIMAX Y PEMAX) Y SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ)

RPD 83

Rentería F.¹; Fierro B.²; Massa S.³; Finocchiaro J.⁴; Fernández A.⁵; Prates S.⁶; Diez G.⁷

CENTRO PROVINCIAL DE FIBROSIS QUISTICA. HOSPITAL SOR LUDOVICA. LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7}

renteria34@gmail.com

INTRODUCCION: La afectación del estado nutricional es frecuente en los pacientes con FQ y puede alterar la composición corporal y asociarse a un impacto negativo sobre la función pulmonar.

OBJETIVO: Evaluar la función de los músculos respiratorios y su relación con el estado nutricional en pacientes con FQ.

POBLACION: Pacientes FQ mayores de 6 años, clínicamente estables, asistidos en el centro de La Plata (año 2012)

MATERIALES Y METODOS: Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se evaluó fuerza de músculos respiratorios por Pimax y Pemax con manómetro y clip nasal, función pulmonar (VEF1, CVF, VR y VR/CPT y capacidad inspiratoria-CI) y estado nutricional (z IMC, % masa grasa-

MG y perímetro muscular del brazo -Pmusc). Se compararon 2 grupos: A: zIMC mayor -2 y B: zIMC menor -2. $P < 0,05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 13 pacientes. La mediana de edad fue 12 años (r: 7-21); 53,8% femenino. La x de CVF: 87% del teórico, VEF1: 73%, VR/CPT: 45%, CI: 1.3 L. La x Pimax: 64 cm (102%) y Pemax 71 cm de agua (82% del teórico). No hubo diferencias nutricionales ni funcionales significativas entre sexos. El grupo B evidenció menores valores de parámetros funcionales respiratorios, con menor % de MG y muscular.

Las presiones bucales se correlacionaron con CI ($r = 0,6$) e inversamente con VR/CPT ($r = -0,5$). Hubo diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la composición corporal (Pmusc $p = 0,003$ y % MG $p = 0,08$).

CONCLUSION: Los valores promedios de presiones bucales (% del teórico) se encontraron en rango normal en este grupo de pacientes. Los pacientes malnutridos presentaron menores valores de presiones bucales máximas y de función pulmonar.

zIMC	Pimax	Pimax %	Pemax	Pimax %	CV	VEF1	VR/CPT	CI	MG %	Pmusc
G A	69	107	76	89	100	87	41	1.42	19	17.2
G B	53	89	59	66	57	43	55	1.00	14	13
p	0.1	0.3	0.05	0.04	0.051	0.06	0.1	0.2	0.08	0.003

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN NIÑOS EN HOSPITAL PEDIATRICO DE LA CIUDAD DE CORRIENTES

RPD 84

Borda M.¹; Baruzzo J; Díaz C; Ojeda P; Zalazar L. J.²; Díaz C.³; Zalazar L.⁴

HOSPITAL PEDIÁTRICO JUAN PABLO II^{1,2,3,4}

rmbordazoo9@live.com

INTRODUCCION: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad reemergente. Corrientes se encuentra en quinto lugar en cuanto a notificaciones en la Argentina. Los niños afectados hablan de una continuidad adulta, el diagnóstico precoz es importante y se basa en 4 pilares: epidemiología, PPD, la clínica y Rx de tórax, ya que al ser paucibacilar, el rescate del MTB es difícil.

OBJETIVOS: 1) Detectar el número de casos con diagnóstico de TBC en los pacientes atendidos en el Hospital Pediátrico Juan Pablo II. 2) Relacionar datos clínico-radiológicos y de laboratorio.

POBLACION: Pacientes con diagnóstico de TBC del Hospital Pediátrico Juan Pablo II entre enero del 2009 a diciembre de 2011.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo.

Se analizaron las historias clínicas de los pacientes, confeccionándose planilla de variables: sintomatología, procedencia, radiografía de tórax, presencia de infiltrado, condensación o cavitación; cobertura de BCG (presencia de cicatriz o carnet), PPD positiva o negativa, baciloscopia o cultivo y cumplimiento de tratamiento.

RESULTADOS: del total de 26 casos ninguno era huésped inmunocomprometido 70 % presentaron Sintomatología Pulmonar y 30 % Extra Pulmonar; 42 % correspondían a habitantes de Corrientes capital y 58% al interior de la provincia; 11.5 % no tenían compromiso radiológico; el 88.5 % tenía Rx patológica las cuales 87 % presentaban infiltrado, 4.3 % condensación y 8.7% cavitaciones. El 73 % tenía cicatriz de vacuna BCG; el 35 % presentó PPD positiva, 42 % PPD negativa y 23 % se desconoce. El 73 % presentó baciloscopia (-), 27 % baciloscopia (+) (29 % lavado gástrico, 29 % esputo, 14 % BAL, 14 % biopsia ganglionar y 14 % LCR); 96 % completaron el tratamiento y sólo un 4 % abandonó el tratamiento.

CONCLUSION: La TBC infantil continúa siendo un problema en Argentina. El número de casos demuestra una activa transmisión de la infección. Además, la proporción de casos que son detectados por la baciloscopia sigue siendo muy baja por lo que la prueba tuberculínica junto con los datos epidemiológicos, la clínica y la Rx siguen siendo instrumentos válidos, para detección de infección o enfermedad tuberculosa. El control de la tuberculosis, la prevención y la quimioprofilaxis son esenciales para reducir la morbimortalidad.

Renteria F.¹; Fierro B.²; Lucero M.³; Massa S.⁴; Diez G.⁵
CENTRO PROVINCIAL DE FIBROSIS QUÍSTICA.
HOSPITAL SOR LUDOVICA. LA PLATA^{1,2,3,4,5}

renteria34@gmail.com

INTRODUCCION: La disminución de la fuerza muscular en pacientes con ENM afecta la función de los músculos respiratorios, alterando el mecanismo de la tos y la función ventilatoria. La progresión de la enfermedad y la pérdida de la deambulación contribuyen a la pérdida de masa muscular y aumento de la masa grasa en estos pacientes.

OBJETIVOS: Describir el estado nutricional en pacientes con ENM y correlacionarla con la función de los músculos respiratorios y pulmonar.

POBLACION: Pacientes con ENM, asistidos en el consultorio de ENM del Htal Sor Ludovica de La Plata.

MATERIALES Y METODOS: Estudio observacional, analítico de corte transversal. Se evaluó fuerza de músculos respiratorios mediante Pimax y Pemax por manómetro, con clip nasal, CO₂ en el aire espirado (ETCO₂), función pulmonar por pletismografía (CV, capacidad inspiratoria-CI y VR/CPT), PEF y PFT en L/min y estado nutricional (z IMC, % masa grasa- MG y perímetro muscular del brazo). P < 0.05.

RESULTADOS: Se incluyeron 30 pacientes (76% Distrofia muscular de Duchenne). La mediana de edad fue de 10 años (r: 3 -18); 13 % sexo femenino. La CV fue 72 % del teórico,

PEF Tosido 199 L/min (r: 100-340), VR/CPT 42 %, CI: 1,4 L. La media de Pimax fue de 61 ± 24 cm (84 ± 33%) y Pemax de 60,5 ± 17 cm de agua (66 ± 24%). ETCO₂ fue de 40 ± 6 mmHg (r: 32-47). EL % de MG promedio fue de 20 ± 9 (r: 6-3) y el perímetro muscular del brazo 16,7 ± 3 cm (r 12-21). 30% de los pacientes perdieron la deambulación, requiriendo sillas de rueda (13 ± 1 vs 9 ± 0,9 años).

No se encontró correlación significativa entre presiones bucales y % de MG o perímetro muscular del brazo en el grupo total. Se evidenció correlación significativa entre el perímetro muscular del brazo y la CV en Litros (r 0,85; p 0,0001) y el PF Tosido en L/Min (r 0,7; p 0,006).

Si bien los valores de VR/CPT eran mayores y los de Pimax (Abs y %), Pemax (Abs y %), PEF, PF Tosido y % de CV menores, solo este último demostró significación estadística cuando se comparó a los pacientes que perdieron la deambulación (49 %, 57 cm, 71 %, 59 cm, 56 %, 198 L/min, 188 L/min, 55 %) vs los que la mantuvieron (41 %, 62 cm, 90 %, 60 cm, 70 %, 214 L/Min, 205 L/min y 82 % respectivamente).

CONCLUSION: No se encontró correlación entre las presiones bucales que estiman la fuerza de los músculos respiratorios y los parámetros nutricionales en este grupo de pacientes. La pérdida de la deambulación se asoció a disminución no significativa de la función pulmonar y de las presiones bucales respiratorias máximas.

Bonet V.¹; Kuszniierz, G.²; Rudi, J.³; Gómez, A.⁴; Cociglio, R.⁵; Molina, F.⁶; Cantarutti, D.⁷; Pierini, J.⁸; Ortellao, L.⁹; Ricart, M.¹⁰; Solari, V.¹¹; Vassia, V.¹²; Mayo, R.¹³

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS “DR. EMILIO CONI”^{1,2,3,4}; HOSPITAL
DE NIÑOS ORLANDO ALASSIA^{5,6}; HOSPITAL J. B.
ITURRASPE^{7,8,9,10,11,13}

virginiabonet@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN: Los rinovirus (RVs) son virus no envueltos y con un genoma de ARN de simple cadena. Eran considerados en infecciones del trato respiratorio superior. Recientemente han mostrado estar involucrados en IRAB, otitis media, sibilancias recurrentes y asma.

OBJETIVOS: Rol del RVs en niños hospitalizados con IRA. Optimizar técnica de PCR para detección de RVs en muestras respiratorias. Conocer su frecuencia y estacionalidad.

METODOLOGÍA: Se obtienen aspirados nasofaríngeos (ANF) de niños internados, realizando detección de antígenos para virus sincicial, adenovirus, parainfluenza, influenza A y B por inmunofluorescencia (IF). A los ANF

negativos por IF se les realizó la detección de rinovirus mediante la RT-PCR.

RESULTADOS: Se optimizó una RT-PCR nested, altamente sensible y específica que fue testada por *Steininger C. et al. (2001)* para la mayoría de los serotipos de RV. Desde marzo de 2010 hasta febrero de 2011 se estudiaron por IF 2460 ANF, detectándose virus respiratorios en el 16,3% (n 393): VSR (13%), Influenza (1,4%), Adenovirus (0,2%) y Parainfluenza (0,9%). Se procesaron 290 muestras respiratorias, detectándose rinovirus en 138 (47,5%).

El porcentaje de positividad en virus respiratorios, asciende al 22% adicionando RVs al diagnóstico, detectándose en 5,7% del total de muestras. A excepción de los meses de invierno, donde prevaleció VSR, de septiembre a marzo el virus que predominó fue el RVs.

CONCLUSIONES: RVs se encontró en todos los meses, siendo prevalente de octubre a marzo. La biología molecular permitió hallarlo en segundo lugar, luego del VSR, como causante de cuadros de IRAB en niños que requirieron hospitalización.

Pierini J.¹; Gomez A.²; Kuszniertz G.³; Chiani Y.⁴; Andreoli F.⁵; Ortellao L.⁶; Cantarutti D.⁷; Cociglio R.⁸; Karacachof M.⁹; Sioli N.¹⁰; Solari V.¹¹

HOSPITAL J. B. ITURRASPE^{1, 6, 7, 10, 11}; INSTITUTO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INER "E. CONI"^{2, 3, 4, 5}; HOSPITAL DE NIÑOS "ORLANDO ALASSIA"^{8, 9}

pierinijudith@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN: Streptococcus pneumoniae (Sp): principal agente etiológico de neumonía, es subdiagnosticado. Los cultivos tienen baja positividad por la baja concentración del patógeno y antibioticoterapia previa, mientras PCR puede detectar una pequeña proporción de patógenos.

OBJETIVOS: Evaluar Nested PCR para detección de Sp en sangre entera (SE), plasma (P), fracción de glóbulos blancos (GB) y suero (S). Analizar aspectos clínicos epidemiológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre 2008-2010 se estudiaron 240 pacientes <14 años hospitalizados por sospecha de neumonía bacteriana, utilizando Nested-PCR que detecta fragmentos del gen de la Neumolisina. Fueron evaluados y confirmados 59 pacientes.

RESULTADOS: De 240 muestras, 25,8% fueron positivas: 38,7% en GB; el 51: 6% en SE, 40,3% en P, 29% S. 24 mostraron más de 1 resultado positivo: 14 en dos, 8 en tres, y 2 en cuatro. Antibioticoterapia previa a la toma de muestra: 81,4% (mediana 3,7 días). Distribución por edad: <1 año: 19; 1-5: 30; 6-14: 9. Mujeres: 52,6%. FR media: 49/min; murmullo vesicular disminuido: 94%; tiraje: 53,6%; subcrepitantes: 67,3%, y crepitantes: 29,1%; tos: 77,2%; sibilancias: 32,1%; oximetría media: 93,3%. Hallazgos radiográficos: atrapamiento aéreo: 47,5%, infiltrado intersticial: 47,5%, derrame pleural: 10,2%, infiltrado alveolar multilobular: 44,2% e infiltrado alveolar unilobular: 55,8%. Leucocitosis: 84,2%. Requhirieron oxígeno: 62,7%. Fallecidos: 0. En UTI: 2,75% aplicaron régimen de tratamiento basado en ampicilina.

CONCLUSIONES: la mayor positividad se encontró en SE, P y en GB. Usando solo SE, 46,8% de los casos pueden estar sin confirmarse. Las cuatro fracciones de sangre son vitales para arribar a un diagnóstico definitivo en todos los casos.

Sioli N.¹; Kuszniertz G.²; Rudi J.³; Gomez A.⁴; Meneghetti F.⁵; D'jorge J.⁶; Molina F.⁷; Karacachof M.⁸; Pierini J.⁹; Ortellao L.¹⁰; Solari V.¹¹; Cantarutti D.¹²; Ricart M.¹³; Flaco O.¹⁴; Solis T.¹⁵; Dadario C.¹⁶; Codes M.¹⁷; Mayo R.¹⁸; Meza E.¹⁹

HOSPITAL J. B. ITURRASPE^{1, 9, 10, 11, 12, 13, 18}; INSTITUTO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INER "E. CONI"^{2, 3, 4}; HOSPITAL DE NIÑOS "ORLANDO ALASSIA"^{5, 6, 7, 8}; SAMCO ESPERANZA¹⁴; CENTRO DE SALUD "ALTO VERDE"¹⁵; CLINICA "SAN CARLOS CENTRO"¹⁶; POLICLINICO VECINAL "SALVADOR DEL CARRIL"¹⁷; HOSPITAL PSIQUIATRICO "MIRA Y LOPEZ"¹⁹

nati_sioli@hotmail.es

INTRODUCCIÓN: El asma es problema de Salud Pública, afectando 235 millones en el mundo. La PCR ha permitido identificar Rinovirus (RV) empezando a conocer la importancia de éste virus en otras afecciones: Enfermedad Respiratoria Baja en neonatos, ancianos e inmunocomprometidos, desencadenante de exacerbaciones de asma (EA) en escolares, adultos o pacientes EPOC y exacerbación en fibroquísticos.

OBJETIVOS: Identificar el rinovirus como disparador infeccioso de crisis aguda de asma, su frecuencia, estacionalidad y analizar

aspectos clínicos en la población de niños asmáticos.

POBLACIÓN: Pacientes de 5 a 15 años con diagnóstico de asma, que ingresaron con crisis asmática.

MATERIALES Y MÉTODOS: En la consulta se realizó la toma de ANF o hisopado nasal (HN), remitida para detección por PCR del genoma de rinovirus. Por cada caso se completó planilla clínico-epidemiológica. Se analizaron datos de 55 casos confirmados.

RESULTADOS: Desde 2011 al 2012 se estudiaron 137 pacientes con crisis de asma, detectándose rinovirus en 55 casos (40,4%). Edades: 5-9 años: 32 y 10-15 años: 23. Sexo: Masculino: 54,5%. Antecedentes: cardiopatía congénita: 1; Desnutrición: 1, Síndrome de Down: 1; Internaciones Previas por IRA 29. AF: Asma 74,5%. Consulta a emergencias (último año): 58,2%. Internaciones previas por asma: 32,7%. Síntomas: Rinorrea: 76,4%, Odinofagia: 25,5%, Ronquera: 23,6%, Cefalea: 14,5%. Rx: Atrapamiento aéreo: 27,3%, infiltrado alveolar: 10,9%, Atelectasia: 3,6%. Requirió internación: 33,3%

CONCLUSIONES: Se documentó por primera vez en Santa Fe, la asociación de la infección viral por rinovirus y las exacerbaciones del asma, detectándose RV en el 40% de los casos. Todos evolucionaron sin complicaciones graves.

Oliva N.¹; Pierini J.²; Tavella G.³; Cantarutti D.⁴; Ricart M.⁵;
Fessia L.⁶; Mayo R.⁷
HOSPITAL J B ITURRASPE^{1,2,3,4,5,6,7}
natuliva8@gmail.com

INTRODUCCIÓN: Las secuelas de IRAB causadas por virus son una de las principales causas de EPOC en la infancia. La neumonectomía y la oxigenoterapia domiciliaria son indicaciones extremas en la práctica pediátrica.

OBJETIVOS: Presentar dos pacientes con secuelas pulmonares graves rescatados de la consulta ambulatoria, con patología respiratoria aguda recurrente leve.

1er. Paciente

MC: sibilancias, fiebre de 24hs.
Masculino, 22 meses, eutrófico. APP: Perinatológicos: s/p. A los 4 meses: Bronquiolitis leve. Luego sibilancias recurrentes. Al año internación: Neumonía moderada con O₂ (12 días), cuidados especiales. AF: padre asmático.
Ingreso: Neumonía LM, Dextrocardia, Neumonía Recurrente Homofocal. PCR Neumococo (+). Viroológico (-).
ECOCARDIO: Dextrocardia sin anomalía estructural. Sin HTP.
TAC DE TORAX: ATL masiva pulmón derecho con bronquiectasias. Desplazamiento derecho del mediastino.

Hiperinsuflación pulmonar izquierda.
BAL: (-).
SEGD: normal.
Test de sudor x 2: normales. Citogenético FQP: (-) 32 mutaciones.
Elisa TBC (-).
IC Hosp. Garrahan: *secuela postviral*. Neumonectomía total derecha.

2do Paciente

MC: sibilante recurrente con disnea de esfuerzo.
Masculino, 7 años, eutrófico. APP: HRB, secuelado neumonía multifocal severa a los 3 meses. Arteria pulmonar izquierda hipoplásica, pulmón izquierdo hipoplásico con bronquiectasias. Sibilancias recurrentes. AF: padre asmático severo.
Evoluciona con episodios de HRB leve. Luego de 1 año asintomático: disnea de esfuerzo. ECOCARDIO: HTP 37mm/Hg, rama pulmonar derecha dilatada e izquierda hipoplásica, VD dilatado.

Ingres a Oxigenoterapia Domiciliaria, sildenafil, B₂, CTH y CTC orales. Al mes ECOCARDIO: Pr VD 26mm/Hg, VD sin dilatación.

CONCLUSIÓN: Las secuelas postvirales pueden presentarse como enfermedades respiratorias banales y recurrentes, enmascarando severos daños pulmonares.