



7º Congreso Argentino de Neumonología Pediátrica

Jornada de Enfermería en Enfermedades Respiratorias Pediátricas

Jornada de Kinesiología Respiratoria

18, 19 y 20 de Noviembre de 2015

NH Gran Hotel Provincial - Mar del Plata, Buenos Aires

ÍNDICE

Autoridades	2
Mensaje de bienvenida	3
Invitados del exterior	4
Información general y científica	5
Actos.....	6
Planígrafos	9
Programa científico	12
Cuadro de trabajos libres	27
Sesiones de trabajos libres.....	28
Resúmenes de Trabajos Libres.....	39
Empresas que participan en la exposición comercial	91

Sociedad Argentina de Pediatría

Comisión Directiva 2015/2017

Presidente

Dr. Jorge L. Cabana

Vicepresidenta 1°

Dra. Stella Maris Gil

Vicepresidente 2°

Dr. Omar L. Tabacco

Secretaria General

Dra. María Eugenia Cobas

Tesorero

Dr. Rodolfo Pablo Moreno

Protesorera

Dra. María Guinot

Secretario de Educación Continua

Dr. Fernando C. Ferrero

Secretaria de Actas y Reglamentos

Dra. Lucrecia G. Arpi

Secretario de Medios y Relaciones Comunitarias

Dr. Héctor L. Pedicino

Secretario de Relaciones Institucionales

Dr. Carlos G. Wahren

Secretaria de Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo

Dra. Verónica S. Giubergia

Secretaria de Regiones, Filiales y Delegaciones

Dra. Claudia M. Palladino

Vocal 1°

Dr. Alejandro E. Pace

Vocal 2°

Dra. Judit M. Kupervaser

Vocal 3°

Dr. Luis Díaz Dellacasa

Coordinadora Técnica

Dra. Mariana Rodríguez Ponte

Dirección de Congresos y Eventos

Director

Dr. Raúl S. Merech

Coordinadora

Dra. Lidia Parga

Asesores

Dra. Ana Ceballos

Dra. María Eugenia Cobas

Dra. Carmen de Cunto

Dr. Alejandro Lozano

Dr. Juan Ursomarso

Región Pampeana Sur

Directora Titular

Dra. Ileana Mastropierrro

1° Director Asociado

Dr. Favio Mores

2° Directora Asociada

Dra. María Ernestina Reig

Sociedad Argentina de Pediatría

FILIAL MAR DEL PLATA

Presidente

Dr. Pablo de la Colina

Vicepresidenta

Dra. Natalia Andreu

Secretaria

Dra. María Andrea Menghini

Tesorera

Dra. Ana Dupuy

Secretario Científico y de Educación Continua

Dr. Norberto Recalde

Secretario de Biblioteca y Publicaciones

Dr. Lucas Camarero

Secretarias de Subcomisiones, Comités y Grupo de Trabajo

Dra. Margarita Merlo

Dra. Beatriz Delgiovannino

Vocales

Dra. Marcela Carril

Dra. Karina Piamonti

Dra. Ana Cabral

Dra. María Adela Rossi

Dra. Silvina Salgueiro

7° CONGRESO ARGENTINO DE NEUMONOLOGÍA PEDIÁTRICA

Presidente de Honor

Dr. Jorge L. Cabana

Comité de Honor

Dra. Nora Díaz

Dra. Hebe González Pena

Dr. Mario Grenoville

Dr. Carlos Norberto Macri

Dra. Raquel Muñío de Silberberg

Dra. Patricia Murtagh

Dra. Carlota Pérez

Dr. Edgardo Segal

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Dr. Fernando Rentería

Vice-Presidenta

Dra. Ana Balanzat

Secretaria General

Dra. Verónica Giubergia

Prosecretario General

Dr. Fernando Vila

Secretario Científico

Dr. Fernando Ferrero

Prosecretaria Científica

Dra. Laura Moreno

Tesorero

Dr. Omar Tabacco

Protesorera

Dra. Ana Dupuy

Vocales

Dra. Elsa Bisero

Dr. Ricardo Dalamón

Dra. Graciela Diez

Dr. Juan Gagnetten

Dra. Inés Marques

Dr. Fernando Meneghetti

Dr. Victor Pawluk

Dr. Jorge Taborda

Dr. Jorge Urrutigoyti

Integrantes del Comité Científico

Dra. Verónica Aguerre

Dr. Claudio Castaños

Dr. Juan Manuel

Figueroa Turienzo

Dra. Norma González

Dr. Carlos Koffman

Dr. Conrado Llapur

Dr. Alberto Maffey

Dra. Silvina Prates

Dr. Alejandro Teper

Dr. Santiago Vidaurreta

JORNADA DE ENFERMERÍA EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS

Coordinadora

Lic. Liliana del Valle Rodríguez

Integrantes

Lic. Estela Todisco

Lic. Silvia G. Pérez

JORNADA DE KINESIOLOGÍA RESPIRATORIA

Coordinadora

Lic. María Alejandra Timoni

Integrantes

Lic. Judith Frydman

Lic. Martha Altina



MENSAJE DE BIENVENIDA

Estimados amigos:

¡Finalmente llegó el día! y comenzamos el 7° Congreso Argentino de Neumonología Pediátrica. Es muy grato encontrarnos en la cálida Ciudad de Mar del Plata para debatir, actualizar y analizar distintos aspectos de las enfermedades respiratorias prevalentes en la infancia y adolescencia.

El programa científico contempla gran parte del espectro de las enfermedades respiratorias pediátricas: desde el asma bronquial y otras enfermedades obstructivas de la vía aérea, infecciones agudas y sus secuelas, las enfermedades pulmonares crónicas, el efecto de la contaminación ambiental sobre el aparato respiratorio, los trastornos respiratorios durante el sueño hasta estrategias terapéuticas como el trasplante pulmonar.

Nos acompañan pediatras neumonólogos de nuestro país, de Latinoamérica y de otros países del exterior que nos brindarán sus conocimientos y experiencias y enriquecerán el programa científico que se desarrollará en estos tres días en forma de conferencias, mesas redondas, cursos pre congresos, presentación de trabajos orales y sesión de poster.

Debido a la importancia de la interdisciplina en la asistencia de nuestros niños y adolescentes, se abordarán los aspectos kinesiológicos y los cuidados de enfermería.

Asimismo esta actividad organizada por el Comité Nacional de Neumonología de la Sociedad Argentina de Pediatría, es una oportunidad para reencontrarnos con colegas y amigos.

Agradeciendo el trabajo realizado por el comité organizador y científico y el equipo de la Dirección de Congresos y Eventos de la Sociedad Argentina de Pediatría, compartamos el desarrollo de un Congreso cuyos resultados sean beneficiosos para todos los niños de nuestro país.

Un cordial saludo y a disfrutar del Congreso y de la ciudad de Mar del Plata.

Dr. Fernando Rentería

Presidente

7° Congreso Argentino de Neumonología Pediátrica

INVITADOS DEL EXTERIOR



Dr. Mark Brown

Director of the Pediatric Pulmonary Fellowship Program Pediatric Pulmonary Section,
University of Arizona College of Medicine
(EE.UU.)



Dr. José Castro-Rodríguez

División de Pediatría, Pontificia Universidad católica de Chile
(Chile)



Dr. Geoffrey Kurland

Medical Director, Pediatric Heart and Lung Transplantation, Children's Hospital of Pittsburgh
(EE.UU.)



INFORMACIÓN GENERAL Y CIENTÍFICA

Secretaría General

Atiende todo lo relacionado con acreditaciones, inscripciones, información general y certificados.

Horario de funcionamiento:

Miércoles 18 de noviembre	8:30 a 18:00
Jueves 19 de noviembre	8:00 a 18:30
Viernes 20 de noviembre	8:00 a 18:30

Secretaría Científica

Atiende todo lo relacionado con el desarrollo del programa, funcionamiento de las salas y las necesidades y consultas de los integrantes del Programa Científico.

Horario de funcionamiento:

Miércoles 18 de noviembre	8:30 a 18:00
Jueves 19 de noviembre	8:00 a 18:30
Viernes 20 de noviembre	8:00 a 18:30

Oficina de Recepción de Material Audiovisual

Todos los relatores deben concurrir para presentar el material por lo menos 1 (una) hora antes del inicio de la sesión correspondiente. Aquellas presentaciones que se desarrollen en el primer horario de la mañana deberán entregarse el día anterior.

Horario de funcionamiento:

Miércoles 18 de noviembre	8:30 a 18:00
Jueves 19 de noviembre	8:00 a 18:30
Viernes 20 de noviembre	8:00 a 18:30

Credenciales

Serán exigidas sin excepción para el ingreso a todas las sesiones del Congreso.

Horarios

Los tiempos y horarios establecidos en el Programa Científico serán respetados estrictamente.

Idioma oficial / Traducción

El idioma oficial del Congreso es el castellano. Habrá traducción simultánea inglés / castellano durante las sesiones en las que participa un invitado de habla inglesa. Están identificadas en el programa con este símbolo: 

Para retirar los receptores de traducción es indispensable dejar un documento con foto que le será devuelto contra la entrega del aparato. Solicitamos no comprometer al personal ya que no se hará ningún tipo de excepción.

Certificados

Se descargarán directamente desde la página web de la Sociedad Argentina de Pediatría: trámites on-line, a partir del día miércoles 25 de noviembre de 2015.

Constancia de asistencia

Se entregarán **sólo por expreso pedido** del participante. Deberá solicitarla en la Secretaría General antes del viernes 20 de noviembre a las 10:00.

Certificados de participaciones científicas

Todos los participantes del Programa Científico recibirán el correspondiente certificado al finalizar la sesión.

Certificados de Trabajos Libres

Se extenderá **un único certificado por Trabajo Libre** con la nómina completa de autores que figuran en el resumen enviado. No se realizarán copias para los coautores.

El certificado se entregará al relator al finalizar la sesión correspondiente.

Fotografía / Filmación

Le recordamos que no está permitido sacar fotos o filmar las sesiones científicas del Congreso. Un equipo de filmación y fotografía ha sido contratado para tal fin.

ACTO INAUGURAL

Miércoles 18 de noviembre

14:00

Salón Atlántico A (1° piso)

Palabras de las autoridades

ACTO DE CLAUSURA

Viernes 20 de noviembre

18:30

Salón Atlántico A (1° piso)

Palabras de las autoridades

Entrega de Premio
7° Congreso Argentino de Neumonología Pediátrica

Filmación de las actividades científicas

La FILMACIÓN de las actividades de este Congreso (conferencias, mesas redondas, etc.) autorizadas por los relatores se publicarán en la página web de la Sociedad Argentina de Pediatría (www.sap.org.ar).

Para acceder a ellas deberá ingresar a la sección CONGRESOS de nuestra página web.

La Sociedad Argentina de Pediatría no se hace responsable por accidentes personales, pérdidas, daños a bienes y hurtos de las pertenencias de las personas que asistan a los congresos, eventos o reuniones en general que organice la entidad, cualquiera sea el motivo de su presencia en los mismos y que pudiesen producirse dentro o fuera de las instalaciones previstas para su realización.

Los Congresos y Eventos de la
Sociedad Argentina de Pediatría
han sido declarados

LIBRES DE HUMO DE TABACO



Se ruega no fumar
durante el congreso

Al ingresar a los Salones de Sesiones

**¡APAGUE SU
CELULAR!**



PROGRAMA CIENTÍFICO

7° Congreso Argentino de Neumonología Pediátrica

**Jornada de Enfermería en Enfermedades
Respiratorias Pediátricas**

Jornada de Kinesiología Respiratoria



MIÉRCOLES 18 DE NOVIEMBRE

	Atlántico A	Atlántico B	Dauphin
Ubicación	1° piso	1° piso	1° piso
9:30 a 12:30	CURSO Aerosolterapia en la práctica diaria	CURSO Imágenes de torax en pediatría	CURSO El laboratorio pulmonar en la práctica diaria
12:30 a 14:00	RECESO		
14:00 a 15:00	ACTO INAUGURAL		
15:00 a 16:30	MESA REDONDA El asma en la práctica diaria	MESA REDONDA Fibrosis Quística	
16:30 a 17:00	RECESO		
17:00 a 18:00	CONFERENCIA Manejo de bronquiolitis según revisiones sistemáticas con metanálisis		

JUEVES 19 DE NOVIEMBRE

Atlántico A		Atlántico B		Dauphin	
1° piso		1° piso		1° piso	
Salón					
Ubicación					JORNADA KINESIOLOGÍA
8:30 a 10:00	MESA REDONDA Enfermedad pulmonar crónica	MESA REDONDA Novedades en infecciones respiratorias agudas		9:15 A 9:30 PALABRAS DE BIENVENIDA	
10:00 a 11:00	CONFERENCIA El manejo del asma en la escuela			9:30 a 11:00 MESA REDONDA Enfoque kinésico de niños con patología del sueño	
11:00 a 11:30			RECESO	11:00 a 12:30 MESA REDONDA Enfoque kinésico del paciente pulmonar crónico	
11:30 a 12:30	CONFERENCIA Factores de riesgo en infección respiratoria aguda				
12:30 a 14:00			RECESO		
14:00 a 15:30	PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES	PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES		PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES	
15:30 a 16:30	CONFERENCIA Mi propio remedio. Los médicos como pacientes			15:30 a 16:15 CONFERENCIA Actualización en equipamiento para el hogar	
16:30 a 17:00			RECESO	16:15 a 17:00 CONFERENCIA Manejo respiratorio de pacientes neuromusculares	
17:00 a 18:30	MESA REDONDA Nuevos conceptos en asma	MESA REDONDA Aspectos prácticos del manejo del lactante sibilante		Manejo de las enfermedades neuromusculares	



VIERNES 20 DE NOVIEMBRE

Atlántico A		Atlántico B		Dauphin		Columnas del Boulevard	
1° piso		1° piso		1° piso		1° piso	
Salón							
Ubicación				JORNADA ENFERMERÍA			
8:20 a 8:30				PALABRAS DE BIENVENIDA			
8:30 a 10:00	MESA REDONDA Perfil del neumólogo pediaatra para el siglo XXI	MESA REDONDA Tuberculosis		MESA REDONDA Enfermedades respiratorias: estado de situación			
10:00 a 11:00	CONFERENCIA Diagnóstico de asma en preescolares			MESA REDONDA Relación familia-paciente respiratorio			
11:00 a 11:30	RECESO					RECESO	
11:30 a 12:30	CONFERENCIA Enfermedad pulmonar intersticial de la infancia						
12:30 a 14:00	RECESO						
14:00 a 15:30	PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES	PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES		PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES		RECORRIDA DE POSTERS DIGIALES	
15:30 a 16:30	CONFERENCIA Terapias coadyuvantes para las exacerbaciones del asma			15:30 A 17:00 TALLER DE POSTAS Cupo: 100 personas			
16:30 a 17:00	RECESO					RECESO	
17:00 a 18:30	MESA REDONDA Ambiente y salud respiratoria	MESA REDONDA Compromiso pulmonar en enfermedades sistémicas		MESA REDONDA El control de la respiración en diferentes situaciones			
18:30	ACTO DE CLAUSURA						

PROGRAMA CIENTÍFICO

MIÉRCOLES 18 DE NOVIEMBRE

9:30 a 12:30

Salón Atlántico A (1° piso) 001

Curso: Aerosolterapia en la práctica diaria

Coordinador: *Dr. Carlos Kofman*

Disertantes:

- Introducción
Dr. Carlos Kofman
- Partículas buenas y partículas malas. ¿Quo vadis?
Dr. Rubén Bosi
- Nebulizadores ¿cómo, a quién, por qué?
Dra. Bethy Camargo Vargas
- Los aerosoles presurizados y los espaciadores ¿son todos iguales?
Dr. Luis Agüero
- Aerosolterapia en niños pequeños: una dificultad adicional
Dr. Carlos Kofman
- ¿Inhaladores de polvo seco en pediatría?
Dr. Daniel Chang
- Aerosolterapia en pacientes ventilados: ¿cómo se hace?
Dr. Antonio Cairnie
- Errores (y horrores) de administración de aerosoles medicinales: causas y consecuencias.
Dra. Silvina Zaragoza
- La instrucción correcta de la aerosolterapia: ¿cuesta o vale?
Dr. Fernando Vila

9:30 a 12:30

Salón Atlántico B (1° piso) 002

Curso: Imágenes de torax en pediatría

Coordinador: *Dr. Luis Fernando Gentile*

Disertantes:

- Radiografía de torax del recién nacido
Dra. Fernanda Mateos
- Complicaciones de la neumonía (Tomografía computada y Resonancia magnética nuclear)
- Ecografía, tomografía computada, resonancia magnética en el pulmón del niño
Dr. Gustavo Molteni
- Estudios contrastados digestivos en pediatría
Dr. Luis Fernando Gentile
- Caso 1: Eficacia de la TC en patología pulmonar
Dr. Adrián Gaser
- Caso 2: Patología Mediastinal
Dr. Luis Fernando Gentile



9:30 a 12:30

Salón Dauphin (1° piso) 003

Curso: El laboratorio pulmonar en la práctica diaria

Coordinadora: *Dra. Verónica Aguerre*

Disertantes:

- Pruebas de función pulmonar: rédito según estudio y edad del paciente
Dra. Belén Lucero
- Evaluación funcional del niño con disnea
Dra. Silvina Prates
- Prueba de Función Pulmonar con tos crónica
Dra. Virginia D'alexandro
- El niño con espirometría restrictiva: cómo sigo
Dr. Juan Balinotti
- EPC post viral, asma, DBP, cuál es el lugar del Estudio de Función Pulmonar?
Dr. Conrado Llapur
- Evaluación funcional del paciente con debilidad muscular
Dra. Verónica Aguerre

12:30 a 14:00

Receso

14:00 a 15:00

Salón Atlántico A (1° piso)

ACTO INAUGURAL

15:00 a 16:30

Salón Atlántico A (1° piso) 004

Mesa Redonda: El asma en la práctica diaria

Coordinador: *Dr. Carlos Kofman*

Secretario: *Dr. Juan Gagneten*

Panelistas:

- Control del asma: una realidad posible
Dr. Alejandro Teper
- Asma y deporte
Dr. Víctor Pawluk
- Novedades en el tratamiento de la crisis asmática
Dr. Fernando Vila

15:00 a 16:30

Salón Atlántico B (1° piso) 005

Mesa Redonda: Fibrosis Quística

Coordinadora: *Dra. Graciela Diez*

Secretario: *Dr. Alfio Fiamingo*

Miércoles 18

Panelistas:

- **Pesquisa neonatal: situación actual en Argentina y el mundo**
Dra. Viviana Rodríguez
- **Impacto de los registros en el manejo de los pacientes**
Dra. Silvia Pereyro
- **Avances en el tratamiento de la fibrosis quística**
Dr. Claudio Castaños

16:30 a 17:00

Receso

17:00 a 18:00

Salón Atlántico A (1° piso) 006

CONFERENCIA: MANEJO DE BRONQUIOLITIS SEGÚN REVISIONES SISTEMÁTICAS CON METANÁLISIS

Conferencista: *Dr. José Castro-Rodríguez*

Presenta: *Dr. Santiago Vidaurreta*



JUEVES 19 DE NOVIEMBRE

8:30 a 10:00

Salón Atlántico A (1° Piso) 007

MESA REDONDA: Enfermedad pulmonar crónica



Coordinador: *Dr. Claudio Castaños*

Secretaria: *Dra. Elizabeth Bujedo*

Panelistas:

- Bronquiolitis obliterante
Dr. Alejandro Colom
- Trasplante pulmonar
Dr. Geoffrey Kurland
- Enfoque diagnóstico inicial del paciente con enfermedad pulmonar crónica
Dr. Maximiliano Salim

8:30 a 10:00

Salón Atlántico B (1° Piso) 008

MESA REDONDA: Novedades en infecciones respiratorias agudas

Coordinadora: *Dra. Laura Moreno*

Secretaria: *Dra. Patricia Paba*

Panelistas:

- Nueva norma de IRA de la SAP
Dr. Ricardo Dalamón
- Complicaciones alejadas de la neumonía
Dr. Alberto Maffey
- Infecciones virales en pacientes ambulatorios
Dr. Santiago Vidaurreta

9:15 a 9:30

KINESIOLOGÍA

Salón Dauphin (1° Piso)

Palabras de Bienvenida

9:30 a 11:00

KINESIOLOGÍA

Salón Dauphin (1° Piso) 009

MESA REDONDA: Enfoque kinésico de las apneas obstructivas

Coordinadora: *Lic. Yamila Nociti*

Secretaria: *Lic. Yanina Godjikian*

Panelistas:

- Diagnóstico diferencial en apneas obstructivas
Dra. Vivian Leske
- VNI en SAOS
Dr. Juan Manuel Figueroa Turienzo
- Rol del kinesiólogo en el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)
Lic. Fernanda Testoni

10:00 a 11:00

Salón Atlántico A (1° Piso) 010

CONFERENCIA: **El manejo del asma en la escuela**



Conferencista: *Dr. Mark Brown*

Presentadora: *Dra. Laura Moreno*

11:00 a 11:30

Receso

11:00 a 12:00

KINESIOLOGÍA

Salón Dauphin (1° Piso) 011

MESA REDONDA: **Enfoque kinésico del paciente pulmonar crónico**

Coordinadora: *Lic. Adriana González*

Secretaria: *Lic. Martha Altina*

Panelistas:

- Rehabilitación pulmonar en niños
Lic. Walter Schweimer
- Paciente crónico reagudizado
Lic. Patricia Ratto
- Asistencia domiciliaria
Lic. Mariana Silva

11:30 a 12:30

Salón Atlántico A (1° Piso) 012

CONFERENCIA: **Factores de riesgo en infección respiratoria aguda**

Conferencista: *Dr. Juan Carlos Bossio*

Presentadora: *Dra. Norma González*

12:30 a 14:00

Receso

14:00 a 15:30

Salón Atlántico A (1° Piso) 013

Presentación Oral de Trabajos Libres

CATEGORÍA TEMÁTICA: **Función Pulmonar**

Ver página 28

14:00 a 15:30

Salón Atlántico B (1° Piso) 014

Presentación Oral de Trabajos Libres

CATEGORÍA TEMÁTICA: **Asma**

Ver página 29



14:00 a 15:30

Salón Dauphin (1° Piso) 015

Presentación Oral de Trabajos Libres

CATEGORÍA TEMÁTICA: **Tuberculosis**

Ver página 29

15:30 a 16:30

Salón Atlántico A (1° Piso) 016

CONFERENCIA: Mi propio remedio. Los médicos como pacientes



Conferencista: *Dr. Geoffrey Kurland*

Presentador: *Dr. Claudio Castaños*

15:30 a 16:15

KINESIOLOGÍA

Salón Dauphin (1° Piso) 017

CONFERENCIA: Monitoreo ventilatorio

Conferencista: *Lic. Dardo Frachia*

Presentadora: *Lic. Judith Frydman*

15:30 a 16:15

KINESIOLOGÍA

Salón Dauphin (1° Piso) 018

CONFERENCIA: Manejo respiratorio de pacientes neuromusculares

Conferencista: *Lic. Julieta Mozzoni*

Presentador: *Lic. Néstor Rosendo*

16:30 a 17:00

Receso

17:00 a 18:30

Salón Atlántico A (1° Piso) 019

MESA REDONDA: Nuevos conceptos en asma



Coordinadora: *Dra. Ana Balanzat*

Secretaria: *Dra. Sandra Barria*

Panelistas:

- Marcadores biológicos en asma
Dr. Juan Manuel Figueroa Turienzo
- Avances en el manejo del asma grave
Dra. Verónica Giubergia
- Cómo reducir hospitalizaciones por asma
Dr. Mark Brown

17:00 a 18:30

Salón Atlántico B (1° Piso) 020

MESA REDONDA: Aspectos prácticos del manejo del lactante sibilante

Coordinador: *Dr. Fernando Vila*

Secretario: *Dr. Julio Nadeo*

Jueves 19

Panelistas:

- Diagnóstico diferencial en sibilancias
Dra. Silvina Prates
- La saturometría en el manejo de niños con obstrucción bronquial
Dra. Hilda Giugno
- Evidencia del uso de corticoides inhalados en el lactante sibilante
Dr. José Castro-Rodríguez

17:00 a 18:30

Salón Dauphin (1° Piso) 021

MESA REDONDA: Manejo de las enfermedades neuromusculares

Coordinador: *Dr. Fernando Rentería*

Secretaría: *Dra. Silvina Cipriani*

Panelistas:

- Fisiopatología de las enfermedades neuromusculares
Dr. Benigno Galizzi
- Aspectos éticos de la atención de enfermedades neuromusculares
Dra. Fernanda Ledesma
- VNI en el paciente neuromuscular
Dra. Verónica Aguerre



VIERNES 20 DE NOVIEMBRE

8:30 a 10:00

Salón Atlántico A (1° piso) 022

MESA REDONDA: Perfil del neumólogo pediatra para el siglo XXI



Coordinador: *Dr. Mario Grenoville*

Secretaria: *Dra. Mariela López*

Panelistas:

- Formación de neumólogos en la Argentina
Dr. Alejandro Teper
- Competencias mínimas en la formación de neumólogos
Dr. Mark Brown
- Herramientas de evaluación en educación médica de posgrado
Dr. Julio Busaniche

8:30 a 10:00

Salón Atlántico B (1° piso) 023

MESA REDONDA: Tuberculosis

Coordinadora: *Dra. Elena Bonifacich*

Secretario: *Dr. Daniel Álvarez*

Panelistas:

- Novedades en diagnóstico y tratamiento de tuberculosis
Dra. Norma González
- Adolescentes con tuberculosis: riesgos y posibilidades
Dra. Sandra Iwentarz
- "Cero muertes por tuberculosis en Argentina"
Dr. Juan Carlos Bossio

8:20 a 8:30

ENFERMERIA

Salón Dauphin (1° piso)

PALABRAS DE BIENVENIDA

8:30 a 10:00

ENFERMERIA

Salón Dauphin (1° piso) 024

MESA REDONDA: Enfermedades respiratorias: estado de situación

Coordinadora: *Lic. Patricia Escudero*

Secretaria: *Lic. Analía Acosta*

Panelistas:

- Estado de Situación
Lic. Verónica Basso
Lic. Estela Todisco
- Cuidados de Enfermería en el control de infecciones en el paciente con fibrosis quística
Lic. Nancy Crespi
Lic. Nélida Romeo
- APS: intervención de enfermería en la promoción y prevención de enfermedades respiratorias en nuestros niños
Lic. Rosalia Salinas

10:00 a 11:00

Salón Atlántico A (1° piso) 025

MESA REDONDA: Diagnóstico de asma en preescolares

Conferencista: *Dr. José Castro-Rodríguez*

Presentadora: *Dra. Verónica Giubergia*

10:00 a 11:00

ENFERMERIA

Salón Dauphin (1° piso) 026

MESA REDONDA: Relación familia - paciente respiratorio

Coordinadora: *Lic. Laura Armua*

Secretaria: *Lic. Zulema Carrizo*

Panelistas:

- Introducción
Lic. Liliana del Valle Rodríguez
- Experiencia familia; video conferencia de una familia con un niño con patología respiratoria crónica
Lic. Cristina Di Fonso

11:00 a 11:30

RECESO

11:30 a 12:30

Salón Atlántico A (1° piso) 027

CONFERENCIA: Enfermedad pulmonar intersticial de la infancia

Conferencista: *Dr. Geoffrey Kurland*

Presentador: *Dr. Alejandro Teper*



12:30 a 14:00

RECESO

14:00 a 15:30

Salón Atlántico A (1° Piso) 028

Presentación Oral de Trabajos Libres

CATEGORÍA TEMÁTICA: **Infección respiratoria**

Ver página 31

14:00 a 15:30

Salón Atlántico B (1° Piso) 029

Presentación Oral de Trabajos Libres

CATEGORÍA TEMÁTICA: **Investigación Traslacional**

Ver página 32

14:00 a 15:30

Salón Dauphin (1° Piso) 030

Presentación Oral de Trabajos Libres

CATEGORÍA TEMÁTICA: **Fibrosis Quística**

Ver página 32



14:00 a 15:30 **Salón Columnas del Boulevard (1° Piso)** **031**

Recorrida de Pósters Digitales

CATEGORÍA TEMÁTICA: **VNI y Misceláneas**

Ver página 33

14:00 a 15:30 **Salón Columnas del Boulevard (1° Piso)** **032**

Recorrida de Pósters Digitales

CATEGORÍA TEMÁTICA: **Infectología**

Ver página 34

14:00 a 15:30 **Salón Columnas del Boulevard (1° Piso)** **033**

Recorrida de Pósters Digitales

CATEGORÍA TEMÁTICA: **Cirugía y varios**

Ver página 35

14:00 a 15:30 **Salón Columnas del Boulevard (1° Piso)** **034**

Recorrida de Pósters Digitales

CATEGORÍA TEMÁTICA: **Tuberculosis y tumores**

Ver página 36

14:00 a 15:30 **Salón Columnas del Boulevard (1° Piso)** **035**

Recorrida de Pósters Digitales

CATEGORÍA TEMÁTICA: **Fibrosis Quística**

Ver página 37

15:30 a 16:30 **Salón Atlántico A (1° piso)** **036**

CONFERENCIA: **Terapias coadyuvantes para las exacerbaciones del asma**

Conferencista: *Dr. Mark Brown*

Presenta: *Dra. Silvina Cipriani*



15:30 a 17:00 **ENFERMERÍA** **Salón Dauphin (1° piso)** **037**

TALLER DE POSTAS

Coordinadora: *Lic. Patricia Pastrana*

Secretaria: *Enf. Sonia Martínez*

Disertantes:

- Valoración del paciente respiratorio
Lic. Silvia Perez
- Administración segura de medicamentos
Lic. Antonia Torres
- Cómo y cuándo aislamos al paciente respiratorio
Lic. Norma Aquino
Enf. Sergio Vidal

- Cuando el paciente tiene cánula de TQT. Cuidados de enfermería
Lic. Esteban Rivas
- Métodos de administración de Oxígeno
Lic. Lucio Altamirano
Enf. Silvina Pose

16:30 a 17:00

RECESO

17:00 a 18:30

Salón Atlántico A (1° piso) 038

MESA REDONDA: Ambiente y salud respiratoria

Coordinadora: *Dra. Alicia Michelini*

Secretaria: *Dra. Yanina Loto*

Panelistas:

- El ambiente interno. Microbioma pulmonar
Dra. Laura Moreno
- Impacto del ambiente en la salud respiratoria
Dra. Stella Maris Gil
- Tabaquismo activo y pasivo y enfermedad respiratoria
Dr. Alvaro Teijeiro

17:00 a 18:30

Salón Atlántico B (1° piso) 039

MESA REDONDA: Compromiso pulmonar en enfermedades sistémicas

Coordinador: *Dr. Alejandro Colom*

Secretario: *Dr. Luis Parra*

Panelistas:

- Aspectos respiratorios del trasplante de médula ósea
Dra. Belén Lucero
- Enfermedad ciliar
Dr. Sergio Scigliano
- Compromiso Respiratorio en las Inmunodeficiencias Primarias
Dr. Alberto Maffey



17:00 a 18:30

Salón Dauphin (1° piso) 040

MESA REDONDA: El control de la respiración en diferentes situaciones

Coordinadora: *Dra. Vivian Leske*

Secretaria: *Dra. María José Guerdile*

Panelistas:

- Hipoventilación central
Dra. Vivian Leske
- Síndrome apnea obstructiva del sueño
Dr. Juan Manuel Figueroa Turienzo
- Mecanismos de adaptación a diferentes condiciones de hipoxia
Dr. Conrado Llapur

18:30

Salón Atlántico A (1° piso)

ACTO DE CLAUSURA





Sesiones de Trabajos Libres

**7° Congreso Argentino de
Neumonología Pediátrica**

**Jornada de Enfermería en
Enfermedades Respiratorias Pediátricas
Jornada de Kinesiología Respiratoria**





TRABAJOS LIBRES

JUEVES 19 DE NOVIEMBRE

Presentaciones Orales

NH GRAN HOTEL PROVINCIAL

SALÓN ATLÁNTICO A	SALÓN ATLÁNTICO B	SALÓN DAUPHIN
SESIÓN PO1 FUNCIÓN PULMONAR	SESIÓN PO2 ASMA	SESIÓN PO3 TUBERCULOSIS
2 - 7 - 12 - 24 - 99 - 51 - 65 - 67 - 35	32 - 38 - 11 - 54 - 91 - 93 - 103 - 28	15 - 21 - 22 - 41 - 56 - 71 - 76 - 80

VIERNES 20 DE NOVIEMBRE

Presentaciones Orales

NH GRAN HOTEL PROVINCIAL

SALÓN ATLÁNTICO A	SALÓN ATLÁNTICO B	SALÓN DAUPHIN
SESIÓN PO4 INFECCIÓN RESPIRATORIA	SESIÓN PO5 INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL	SESIÓN PO6 FIBROSIS QUÍSTICA
4 - 6 - 30 - 87 - 88 - 90 - 107 - 81	10 - 37 - 48 - 49 - 50 - 64 - 68 - 52	19 - 36 - 20 - 55 - 112 - 42 - 46

Recorrida de Pósters Digitales

NH GRAN HOTEL PROVINCIAL

SALÓN COLUMNAS DEL BOULEVARD

MONITOR 1 VNI Y MISCELANEAS	MONITOR 2 INFECTOLOGÍA	MONITOR 3 CIRUGÍA Y VARIOS
25 - 34 - 43 - 77 - 79 - 29 - 33 - 61 - 104 - 47 - 105	73 - 86 - 95 - 113 - 106 - 57 - 58 - 84 - 75 - 114 - 8	116 - 83 - 102 - 9 - 27 - 89 - 39 - 101 - 85 - 14
MONITOR 4 TUBERCULOSIS Y TUMORES	MONITOR 5 FIBROSIS QUÍSTICA	
72 - 117 - 74 - 66 - 13 - 40 - 59 16 - 60 - 115 - 45	94 - 17 - 44 - 53 - 31 - 111 - 110 - 5 - 62 - 108	

SESIONES DE TRABAJOS LIBRES

JUEVES 19 DE NOVIEMBRE

Presentaciones Orales

14:00 a 15:30

Salón Atlántico A (1° piso)

SESIÓN: PO1

CATEGORÍA TEMÁTICA: Función Pulmonar

Discutidores: *Dra. Silvina Prates*
Dr. Juan Balinotti

- 2** RESPUESTA BRONCODILATADORA ESPIROMÉTRICA (RBD) EN NIÑOS PREESCOLARES SANOS (SA) Y ASMÁTICOS (AS) (*Opción a Premio*)
Busi L. ; Sly P. ; Tourres R.
- 7** PÉRDIDA DE FUNCIÓN PULMONAR LUEGO DE UNA EXACERBACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA.
Regueiro F. ; Giorgetti M. ; Ginestet E. ; Pawluk V. ; Gonzalez N.
- 12** PRUEBA DE CAMINATA DE CARGA PROGRESIVA EN FIBROSIS QUÍSTICA
Dagostino G. ; De La Fuente G. ; Renteria F. ; Diez G.
- 24** PROVOCACIÓN POR EJERCICIO EN NIÑOS CON SÍNTOMAS SUBJETIVOS DE ASMA Y FUNCIÓN PULMONAR NORMAL SIN RESPUESTA BRONCODILATADORA
Erenchun L. ; Prates S. ; Diez G.
- 99** MEDICIÓN DE LA FRACCIÓN EXHALADA DE OXIDO NÍTRICO EN NIÑOS CON BRONQUIOLITIS OBLITERANTE POSTINFECCIOSA
Mostto L. ; Nabais Robalo M. ; Colom A. ; Ballinotti J. ; Chang D. ; Teper A.
- 51** ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS ASMÁTICOS: RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD DIARIA Y RESPUESTA AL TEST DE BRONCOPROVOCACIÓN POR EJERCICIO.
Figueroa J. ; Kruger A. ; Primrose D. ; Balanzat A.
- 65** RESPUESTA AL BRONCODILATADOR (MEDIDA POR RINT) EN SIBILANTES RECURRENTES DE 3 A 5 AÑOS. RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO PARA ASMA BRONQUIAL.
Figueroa J. ; Oliva C. ; Donth Leger G.
- 67** DETERIORO LUEGO DE LA REDUCCION DE MEDICACION EN NIÑOS CON ASMA BIEN CONTROLADA: VALOR PREDICTIVO DEL ASMA CONTROL TEST, LA ESPIROMETRIA, Y EL ANALISIS DEL CONDENSADO DEL AIRE EXHALADO (*Opción a Premio*)
Figueroa J. ; Vocos M. ; Roque M. ; Primrose D. ; Velasco Suarez C. ; Donth Leger G. ; Oliva C. ; Kruger A. ; Balanzat A. ; Dugour A.
- 35** TRATAMIENTO CON SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA INHALADA EN NIÑOS PREESCOLARES CON FIBROSIS QUÍSTICA
Díaz Cazaux A. ; Palacio Petri S. ; Giugno H. ; Castaños C.



14:00 a 15:30

Salón Atlántico B (1° piso)

SESIÓN: PO2

CATEGORÍA TEMÁTICA: Asma

Discutidores: *Dra. Ana Balanzat*
Dr. Alejandro Teper

- 32** CALIDAD DE VIDA Y NIVEL DE CONTROL DEL ASMA EN NIÑOS: CORRELACIÓN CON EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR PARTE DE LOS PADRES
Ragone M. ; Pawluk V.
- 38** ANÁLISIS DE INTERNACIONES POR EXACERBACIONES ASMÁTICAS
Borda M. ; Núñez Camelino F. ; Acevedo . A. ; Nacke N.
- 11** PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PADECER SIBILANCIAS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA
Szulman G. ; Behrends I. ; Gentile Á.
- 54** EVALUACION DE TECNICA INHALATORIA. ESTUDIO PRELIMINAR
Serafini A. ; Fleitas H. ; Bravo K. ; Bianco N. ; Ybarra J. ; Salazar T. ; García G. ; Salazar M.
- 91** DISPARIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL CONTROL DEL ASMA ENTRE EL MÉDICO Y EL PACIENTE
Fernandez Victorio A. ; Dicembrino M. ; Manrique V. ; Giubergia V.
- 93** MARCADORES DE REMISIÓN DEL ASMA: UTILIDAD DEL ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO, LA ESPIROMETRÍA Y CUESTIONARIO ACT. *(Opción a Premio)*
Chang D. ; Balinotti J. ; Garcia Bournissen F. ; Kofman C. ; Teper A.
- 103** SENSIBILIZACIÓN DE AEROALERGENOS EN NIÑOS ASMÁTICOS EN UN SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA *(Opción a Premio)*
Teijeiro A. ; Gutierrez I. ; Raiden M. ; Cuello M.
- 28** "EL PEDIATRA ACTIVO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL NIÑO ASMÁTICO" *(Opción a Premio)*
Petracca L. ; Cardigonde M.

14:00 a 15:30

Salón Dauphin (1° piso)

SESIÓN: PO3

CATEGORÍA TEMÁTICA: Tuberculosis

Discutidoras: *Dra. Elsa Bisero*
Dra. Cristina Cerqueiro

- 15** DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL: 5 AÑOS DE EVALUACIÓN
Ferrero Pardi L. ; Massa S. ; Blanco J. ; Varas C. ; Diez G.
- 21** TUBERCULOSIS EN NIÑOS. HOSP. NAC. PROF. A. POSADAS, 2010 – 2014
Bisero E. ; Luque G. ; Lombardero L. ; Zapata A. ; Borda M.
- 22** TUBERCULOSIS EXTRAPULMONARES EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO.
Bisero E. ; Luque G. ; Cristina R. ; Mariela P. ; Zapata A.
- 41** EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DEL EMPLEO DE UNA NUEVA TECNICA DE BIOLOGIA MOLECULAR (XPRT MTB/RIF) EN EL DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
Gonzalez N. ; Urteneche M. ; Pawluk V. ; Gil S. ; Macha Marin E.

- 56** TUBERCULOSIS EN ADOLESCENTES. ESTUDIO DE CONTACTOS EN UNA COMUNIDAD CERRADA.
Kühár M. ; Squassi I. ; Soloaga L. ; Lopez D. ; Villagran M. ; Segovia J. ; Urquiza N.
- 71** RESULTADO DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN MENORES DE 20 AÑOS Y SU ASOCIACIÓN CON EL TIPO DE TRATAMIENTO EN ARGENTINA, 2011-2012.
Gomez L. ; Bossio J.
- 76** EVALUACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO SOBRE EL RESULTADO DE TRATAMIENTO EN TUBERCULOSIS PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE. ARGENTINA 2011-2012
Radosevich A. ; Arias S. ; Bossio J.
- 80** CARACTERÍSTICAS DE LAS MUERTES POR TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA Y DEL ADOLESCENTE EN ARGENTINA EN 2013
Bossio J. ; Armando G. ; Arias S.



VIERNES 20 DE NOVIEMBRE

Presentaciones Orales

14:00 a 15:30

Salón Atlántico A (1° piso)

SESIÓN: PO4

CATEGORÍA TEMÁTICA: Infección respiratoria

Discutidores: *Dra. Virginia D'Alessandro*
Dr. Alberto Maffey

- 4 EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL EMPIEMA EN NIÑOS SEGÚN LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO: AVENAMIENTO PLEURAL CON O SIN FIBRINOLÍTICOS (*Opción a Premio*)
Macha Marin E. ; Gonzalez N.
- 6 BOCAVIRUS HUMANO DETECTADO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS CON IRAB
Salazar F. ; Lenis P. ; Castro R. ; Chavez O. ; Piccolomini J.
- 30 COSTO EFECTIVIDAD DEL USO DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE BRONQUIOLITIS
Navia M. ; Nosal P. ; Marquez P. ; Sanchez F. ; Delgado F. ; Vidal M. ; Lemos E. ; Llano López L.
- 87 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE INFECCIÓN RESPIRATORIA POR BOCAVIRUS HUMANO 1 Y VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN LACTANTES HOSPITALIZADOS
Moreno L. ; Esper M. ; Musse M. ; Antonucci M. ; Bujedo E. ; Kohn V. ; Marques I. ; Adamo P. ; Guietto L. ; Ferrero F.
- 88 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFLUENZA A H1N1. CORDOBA, ARGENTINA 2013.
Moreno L. ; Arato G. ; Arroyo F. ; Bujedo N. ; Antonucci M. ; Kohn V. ; Marques I.
- 90 NEUMONÍA AGUDA Y SUS COMPLICACIONES EN SALA DE PEDIATRÍA DE HPC
Tabacman G. ; Blanco A. ; Fernandez R. ; Gorosito M. ; Librici E. ; Melvin G. ; Semmere D.
- 107 COMPORTAMIENTO DE LAS BRONQUIOLITIS POR VSR EN UNA SALA DE INTERNACION
Pons M. ; Gadea A. ; Zaraq M. ; Rearte A. ; Neme M.
- 81 CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD INFANTIL POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO EN ARGENTINA
Armando G. ; Bossio J. ; Arias S.

14:00 a 15:30

Salón Atlántico B (1° piso)

SESIÓN: PO5

CATEGORÍA TEMÁTICA: Investigación traslacional

Discutidores: *Dr. Conrado Llapur*

Dr. Daniel Chang

- 10** EFECTO DEL HUMO DE CIGARRILLO SOBRE CULTIVOS DE EPITELIO RESPIRATORIO HUMANO: EXPRESIÓN DE CFTR, INFLAMACIÓN, Y ESTRÉS OXIDATIVO.
Dugour A. ; Valdivieso A. ; Santa Coloma T. ; Figueroa J.
- 37** EFECTO DE UN CONCENTRADO DE HUMO DE CIGARRILLO SOBRE UN MODELO IN VITRO DE EPITELIO RESPIRATORIO ASMÁTICO: RESPUESTA AL BUDESONIDE Y ESTRÉS OXIDATIVO.
Dugour A. ; Calello M. ; Figueroa J.
- 48** INFECCIÓN POR VIRUS DE INFLUENZA (H1N1) EN CULTIVOS DE UNA LÍNEA DE EPITELIO RESPIRATORIO HUMANO: EFECTO DE CARRAGENINA.
Dugour A. ; Ibañez L. ; Figueroa J.
- 49** EFECTO DEL XYLITOL SOBRE LA PATOGENICIDAD DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA: ESTUDIOS IN VITRO SOBRE UNA LÍNEA DE EPITELIO RESPIRATORIO HUMANO (*Opción a Premio*)
Dugour A. ; Mengoni E. ; Calello M. ; Figueroa J.
- 50** EFECTO DE PARTICULAS DE AIRE URBANO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES SOBRE UN MODELO IN VITRO DE EPITELIO ASMÁTICO: ESTRÉS OXIDATIVO Y ACCIÓN DEL BUDESONIDE
Dugour A. ; Astorf F. ; Tasat D. ; Figueroa J.
- 64** INJURIA PULMONAR AGUDA POR SOBRENADANTE DE CULTIVOS DE PSEUDOMONA AERUGINOSA EN RATONES INFANTES.
Figueroa J. ; Elias F. ; Licausi M. ; Callello M. ; Dugour A. ; Mengoni E. ; Duchene A.
- 68** DESARROLLO DE UN MODELO DE ASMA INFANTIL EN RATONES (*Opción a Premio*)
Figueroa J. ; Elias F. ; Licausi M. ; Stella I.
- 52** SÍNDROME DE APNEA/HIPOAPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN NIÑOS CON OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL RECURRENTE
Figueroa J. ; Velasco Suarez C. ; Roque M.

14:00 a 15:30

Salón Dauphin (1° piso)

SESIÓN: PO6

CATEGORÍA TEMÁTICA: Fibrosis Quística

Discutidoras: *Dra. Dina Pérez Lindo*

Dra. Inés Marqués

- 19** INDICACIONES DE RESECCIONES QUIRÚRGICAS PULMONARES EN FIBROSIS QUÍSTICA
Ramírez Farías M. ; Soruco G. ; Pare K. ; Giugno H. ; Castaños C.
- 36** EVALUACIÓN AUDITIVA POR AUDIOMETRÍA Y OTOEMISIONES ACÚSTICAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA
Erenchun L. ; Masini A. ; D`Alessandro V. ; Diez G.
- 20** SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN UN CENTRO DE FIBROSIS QUÍSTICA: ÚLTIMOS 12 AÑOS
Dalessandro V. ; Gil M. ; Palau M. ; Bosch A. ; Bettiol M.



- 55** FACTORES DE RIESGO PARA PRESENTAR EXACERBACIONES RESPIRATORIAS (ER) EN FIBROSIS QUÍSTICA (FQ)
Lubovich S. ; Jefferson B. ; Rodríguez V. ; Zaragoza S. ; Camargo B. ; Alchundia J. ; Galanternik L. ; Ratto P. ; Teper A.
- 112** REGISTRO NACIONAL DE FIBROSIS QUÍSTICA "RENAFQ" – ARGENTINA 2012-2015
Garcilazo D. ; Pereyro S. ; Rentería F. ; Grupo Registro Nacional de Fibrosis Quística. Usuarios RENAFQ
- 42** REGISTRO DE FIBROSIS QUÍSTICA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: DATOS EPIDEMIOLÓGICOS AÑO 2013
Dallessandro V. ; Sirimarco L. ; Diez G. ; Rentería F. ; Prates S. ; Finochiaro J. ; Herrera J. ; Varas C. ; Andreozzi P. ; Ditondo J. ; Alaimo F. ; Palmisciano V. ; Segal E.
- 46** TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: RESULTADOS DE 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JUAN P. GARRAHAN"
Dicembrino M. ; Lucero B. ; Haag D. ; Boglione M. ; Giugno H. ; Castaños C.

Recorrida de Pósters Digitales

14:00 a 15:30

Salón Columnas del Boulevard (1° piso)

SESIÓN: RPD1

CATEGORÍA TEMÁTICA: VNI y misceláneas

Discutidores: *Dra. Verónica Aguerre*
Dr. Rubén Bosi

- 25** SÍNDROME DE ROHHADNET
Gvirtzman C. ; Leske V. ; Guerdile M. ; Castaños C.
- 34** SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN ALVEOLAR CENTRAL CONGÉNITA: REPORTE DE NUEVE CASOS.
Leske V. ; Gvirtzman C. ; Guerdile M. ; Prates S. ; Castaños C.
- 43** TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON ACONDROPLASIA
Guerdile M. ; Leske V. ; Gvirtzman C. ; Del Pino M. ; Castaños C.
- 77** HIPOVENTILACIÓN CENTRAL ASOCIADA A OBESIDAD DE APARICIÓN RÁPIDA, DISFUNCIÓN HIPOTALÁMICA, DESREGULACIÓN AUTONÓMICA Y TUMOR DE LA CRESTA NEURAL: A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME DE ROHHADNET
Álvarez B. ; Alberto M. ; Sanguinetti N. ; Papendieck P. ; Bergada I. ; Teper A.
- 79** "HIPOVENTILACION ALVEOLAR CENTRAL CONGÉNITA: A PROPÓSITO DE UN CASO"
Camargo Vargas B. ; Kofman C. ; Galizzi D. ; Teper A.

- 29** SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO SEVERO E HIPERTENSIÓN PULMONAR: A PROPÓSITO DE 2 CASOS
Zuccarino N. ; Gvirtzman C. ; Guerdile M. ; Leske V.
- 33** PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE NIÑOS EN VENTILACIÓN DOMICILIARIA: RESULTADOS DE 7 AÑOS DE SEGUIMIENTO
Leske V. ; Aguerre V. ; Guerdile M. ; Gonzalez A. ; Testoni F. ; Balparda C. ; Castaños C.
- 61** ENFERMEDAD RESPIRATORIA RECURRENTE CAUSADA POR ANILLOS VASCULARES. A PROPÓSITO DE TRES CASOS.
Calvo M. ; Rivas E. ; Gonzalez N. ; Pawluk V.
- 104** HEMIPARESIA DIAFRAGMÁTICA EN LACTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO (*Opción a Premio*)
Bruni C. ; Conti R. ; Lugo S. ; Kamuda M. ; Das Neves I. ; Passarelli M. ; Cascallar P. ; Perez Campione M. ; Peñarrieta Albornoz A. ; Rosales Zambrana C. ; Colombo E. ; Russo V. ; Martínez Corso B. ; Pradejczuk E. ; Beltran Y. ; Cabrera R. ; Madeo D.
- 47** GLUCOGENOSIS PULMONAR INTERSTICIAL (GPI) EN RECIÉN NACIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO
Salim F. ; Díaz Cazaux A. ; Rizzi A. ; Morales J. ; Alconada T. ; Alvarez M. ; Bogleione M. ; Castaños C.
- 105** HERNIA DIAFRAGMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO (*Opción a Premio*)
Muruchi Gonzalez F. ; Lugo S. ; Conti R. ; Kamuda M. ; Ibarra V. ; Montellanos Jaramillo M. ; Heinzen V. ; Alcaino Echavarría F. ; Troncoso Challa E. ; Díaz J. ; Abalos M. ; Montenegro Urquieta A. ; Murillo Chujillo N. ; Tong Min C. ; Das Neves I. ; Hermisa J.

14:00 a 15:30

Salón Columnas del Boulevard (1° piso)

SESIÓN: RPD2

CATEGORÍA TEMÁTICA: Infectología

Discutidores: *Dr. Víctor Pawluk*
Dra. Lina Abram

- 73** NEUMONIA POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO-RESISTENTE DE LA COMUNIDAD. A PROPOSITO DE UN CASO
González N. ; Fronti P. ; Smith S. ; Lopez M. ; Alvarez Ponte S. ; Pawluk V.
- 86** FORMAS DE PRESENTACIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA
Martínez A. ; Loto Y. ; Añasco D. ; Miranda A. ; Farenhart N. ; Rodríguez G. ; Dibiasi M.
- 95** HIDATIDOSIS PULMONAR MULTIPLE BILATERAL: COMO HALLAZGO CASUAL -A PROPOSITO DE UN CASO
Onassis M. ; Martin E. ; Sosa N.
- 113** PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS CON COQUELUCHE GRAVE EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA
Martinez A. ; Añasco D. ; Ramírez J. ; Loto Y. ; Dibiasi M. ; Gregori G.
- 106** NEUMONÍA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA ASOCIADA A INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA DISREGULATORIA: A PROPÓSITO DE UN CASO
Camargo Vargas B. ; Maffey A. ; Selvino V. ; Sciancalepore Y. ; Teper A. ; Moreira I. ; Bezrodnik L.



- 57** MORTALIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA: ¿SE REDUJO LA DESIGUALDAD ENTRE JURISDICCIONES EN EL PERÍODO 1980-2013?
Bossio J. ; Arias S. ; Armando G.
- 58** DESIGUALDAD SOCIAL Y MORTALIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA: EVOLUCIÓN EN EL PERÍODO 1980-2012
Bossio J. ; Arias S. ; Armando G.
- 84** CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD DE MENORES DE 20 AÑOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA.
Luque M.
- 75** DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5 AÑOS Y DESIGUALDAD SOCIAL EN ARGENTINA, 2011-2013
Bossio J. ; Luque G. ; Arias S.
- 114** COINFECCIÓN VIRAL RESPIRATORIA Y ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA. APROPOSITO DE UN CASO (*Opción a Premio*)
Petracca L. ; Cardigonde M.
- 8** "A PROPÓSITO DE UNA CASO: DISEMINACIÓN DE MYCOBACTERIUM BOVIS-BCG EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE"
Ferrero Pardi L. ; Massa S. ; Blanco J. ; Varas C. ; Diez G.

14:00 a 15:30

Salón Columnas del Boulevard (1° piso)

SESIÓN: RPD3

CATEGORÍA TEMÁTICA: Cirugía y varios

Discutidores: Dr. Ángel Bonina
Dr. Fernando Meneghetti

- 116** MALFORMACION CONGENITA DE LAS VIAS AEREAS PULMONARES (MAQ) CON BRONQUIO ESOFAGICO SUPERNUMERARIO
Bernado E. ; Quintas S. ; Monaldi G. ; Palmisciano V. ; Lampon S. ; Mercuri E.
- 83** HEMANGIOMA SUBGLÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO
Bustamante Marroig P. ; Barría S.
- 102** NEUMOMEDIASTINO ESPONTANEO EN ASMA POR ATELECTASIA LOBAR TRATADA CON DORNASA ALPHA: A PROPÓSITO DE UN CASO
Vergara G. ; Paiva Suarez K. ; Deza F. ; Roldan O. ; Peynado D.
- 9** SÍNDROME DE LA CIMITARRA. A PROPÓSITO DE 4 CASOS.
Sartori M. ; Regueiro F. ; Calvo M. ; Bigliati S. ; Pawluk V. ; Gonzalez N.
- 27** ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO: 3 AÑOS DE REVISIÓN UNIDAD DE ENDOSCOPIA RESPIRATORIA HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA
Antonioli C. ; Farina M. ; Fajre D. ; Diez G.
- 89** CUERPOS EXTRAÑOS EN LA VÍA AÉREA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA
Nieto M. ; Ferraz R. ; Torrez C. ; Botto H. ; Rodríguez H.
- 39** BRONCOSCOPIA RÍGIDA E INSTILACIÓN DE DNASA: MANEJO DE ATELECTASIAS PERSISTENTES EN PEDIATRÍA.
Nieto M. ; Antonioli C. ; Botto H. ; Rodriguez H.

- 101** "HEMOPTISIS COMO MANIFESTACION INICIAL DE HIPOPLASIA Y AGENESIA DE VENAS PULMONARES IZQUIERDAS" A PROPOSITO DE UN CASO
Deza F. ; Vergara G. ; Paiva K. ; Roldan O. ; Defago V.
- 85** A PROPÓSITO DE UN CASO CON ENSANCHAMIENTO MEDIASTÍNICO
Loto Y. ; De Gaetano M.
- 14** DISAUTONOMIA FAMILIAR HEREDITARIA: PRESENTACION DE DOS CASOS PEDIATRICOS CON DIFERENTE SEVERIDAD EN LA EXPRESIÓN CLINICA.
Figueroa J. ; Velasco Suarez C. ; Fraga M.

14:00 a 15:30

Salón Columnas del Boulevard (1° piso)

SESIÓN: RPD4

CATEGORÍA TEMÁTICA: Tuberculosis y tumores

Discutidores: *Dr. Jorge Urrutigoity*
Dra. Silvina Cipriani

- 72** HIPERTENSION PULMONAR EN ADOLESCENTE CON SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA Y POLISEROSITIS TUBERCULOSA. A PROPOSITO DE UN CASO
Gonzalez N. ; Fronti P. ; Lopez M. ; Alvarez Ponte S. ; Smith S. ; Pawluk V.
- 117** TUBERCULOSIS: UN PROBLEMA AUN SIN RESOLVER EN EL 2015 - PRESENTACIÓN DE UN CASO DE TBC PULMONAR Y EXTRAPULMONAR GENITAL
Lampón S. ; Quintas S. ; Bernado E. ; Monaldi G. ; Palmisciano V. ; Paz M.
- 74** INFORMACION DE LA COMUNIDAD SOBRE TUBERCULOSIS
Gonzalez N. ; Pawluk V. ; Mesa M. ; Gil S. ; Ragone L. ; López M. ; Macha Marin E.
- 66** EXPERIENCIA EN TUBERCULOSIS EN UNA SECCION DE NEUMONOLOGIA INFANTIL DE UN HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.
Figueroa J. ; Primrose D. ; Roque M. ; Vocos M.
- 13** A PROPÓSITO DE UN CASO. DERRAME PLEURAL UNILATERAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD NEOPLÁSICA.
Aguirre Hayes F. ; Sullivan M. ; Rossi G. ; Iaria D. ; Taiman J.
- 40** TRATAMIENTO Y QUIMIOPROFILAXIS PARA TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA. A PROPÓSITO DE TRES CASOS
Gonzalez N. ; Giorgetti M. ; Regueiro E. ; Smith S. ; Bonina A. ; Pawluk V.
- 59** SINDROME HEMOFAGOCITICO ASOCIADO A TUBERCULOSIS DISEMINADA. A PROPOSITO DE UN CASO
Gonzalez N. ; Alvarez Ponte S. ; Lopez M. ; Fronti P. ; Smith S. ; Pawluk V.
- 16** ABSCESO FRÍO DE LA PARED TORÁCICA: A PROPÓSITO DE 3 CASOS.
Macha Marin E. ; Gonzalez N.
- 60** BLASTOMA PLEUROPULMONAR, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.
Bosch J. ; Medin M. ; Garrido P. ; Martinez J. ; Teper A.
- 115** TUMORES BENIGNOS DEL MEDIASTINO ANTERIOR (TUMORIPOMA Y TERATOMA)
Palmisciano V. ; Quintas S. ; Monaldi G. ; Bernado E. ; Lampon S. ; Mercuri E.
- 45** ASOCIACIÓN DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.
Gajo Gane M. ; Borda M. ; Acuña De Baruzzo J. ; Núñez Camelino M. ; Cabral Castella A. ; Pedrini C.



14:00 a 15:30

Salón Columnas del Boulevard (1° piso)

SESIÓN: RPD5

CATEGORÍA TEMÁTICA: Fibrosis quística

Discutidores: *Dra. Sandra Bertelengui*
Dr. Ricardo Piñero
Dra. Elizabeth Bujedo

- 94** A PROPÓSITO DE UN CASO: EVOLUCIÓN DE UN PACIENTE ADOLESCENTE CON FIBROSIS QUISTICA CON INFECCIÓN CRÓNICA POR PANDORAEA PNOMENUSA
Amarilla S. ; Morello A. ; Cipriani S. ; Piñero R.
- 17** COMPROMISO HEPÁTICO EN NIÑOS CON FIBROSIS QUISTICA
Manrique V. ; Fernandez Victorio A. ; Godoy M. ; Giugno H. ; Malla I. ; Castaños C.
- 44** A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME DE DRESS EN FIBROSIS QUISTICA
Blanco M. ; Erenchun L. ; Granillo Fernandez M. ; Rositto A. ; D'Alessandro V.
- 53** EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL A CORTO PLAZO EN PACIENTES MENORES DE 6 AÑOS CON FIBROSIS QUISTICA DIAGNOSTICADOS POR PESQUISA O SÍNTOMAS
Varas C. ; Finocchiaro J. ; Massa S. ; Bettiol M. ; Diez G.
- 31** A PROPÓSITO DE UN CASO: "AMILOIDOSIS RENAL EN PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA"
Pelaez G. ; Millas M. ; Padula M. ; Giugno H. ; Sala J. ; Lubieniecki F. ; Castaños C.
- 111** FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ) DEL REGISTRO NACIONAL (RENAFQ). PERÍODO: 2012-2014.
Pereyro L. ; Garcilazo D. ; Renteria F. ; Grupo Registro Nacional de FQ Usuarios RENFQ
- 110** IDENTIFICACIÓN MICROBIOLÓGICA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ) DEL REGISTRO NACIONAL (RENAFQ). PERÍODO: 2012-2014.
Pereyro L. ; Garcilazo D. ; Renteria F. ; Grupo Registro Nacional de FQ Usuarios RENFQ
- 5** PANCREATITIS RECURRENTE COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE FIBROSIS QUISTICA: REPORTE DE CASO CLÍNICO
Díaz Cazaux A. ; Dicembrino M. ; Giugno H. ; Contreras M. ; Castaños C.
- 62** EFECTO DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LA TOLERANCIA AL EJERCICIO EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA
Dagostino G. ; De La Fuente G. ; Rentería F. ; Diez G.
- 108** A PROPÓSITO DE UN CASO CON PESQUISA POSITIVA PARA FIBROSIS QUISTICA. DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y DE SEGUIMIENTO.
Andreozzi P. ; Casayes C. ; Moncada K. ; Sosa P. ; Faria Saenz M. ; Modica V. ; Moreno Pressoto A. ; Villarreal L. ; Peluffo G. ; Freyer D. ; Palumbo M. ; Orellano L.

Resúmenes de trabajos libres

7° Congreso Argentino de Neumonología Pediátrica

**Jornada de Enfermería en Enfermedades
Respiratorias Pediátricas**

Jornada de Kinesiología Respiratoria

**PO
RPD**

Presentación Oral
Recorrida Pósters Digitales

RESPUESTA BRONCODILATADORA ESPIROMÉTRICA (RBD) EN NIÑOS PREESCOLARES SANOS (SA) Y ASMÁTICOS (AS)

PO 2

Opción a premio

Busi L.¹; Sly P.²; Tourres R.³

HOSPITAL DE TRELEW, COMITÉ DE NEUMONOLOGÍA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA¹; CHILDREN'S HEALTH AND ENVIRONMENT PROGRAM, QUEENSLAND CHILDREN'S MEDICAL RESEARCH INSTITUTE, UNIVERSITY OF QUEENSLAND, BRISBANE, AUSTRALIA²; HOSPITAL DE TRELEW³

<lucianobusi2@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Hasta donde llega nuestro conocimiento, no se ha publicado a nivel mundial ningún estudio con respecto a la RBD de preescolares As y Sa que analice la variabilidad intrasesión (VIntraS) e intersección (VInterS) de niños reclutados tanto de jardines de infantes (JI) como de la consulta neumonológica ambulatoria (CNA).

OBJETIVOS

1) Determinar VIntraS (repetibilidad) y VInterS (reproducibilidad) de la RBD de preescolares As y Sa. 2) Comparar la RBD de ambos grupos.

POBLACIÓN

Sa y As de 3 a 5 años edad reclutados de JI seleccionados al azar de la ciudad de Trelew (n=519) y As reclutados en la CNA del Hospital de Trelew (n=201).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron espirometrías (ES) según las normas de la ATS. Luego los niños fueron randomizados para recibir placebo o salbutamol 400mcg antes de repetir ES. Se repitió el procedimiento en las siguientes 8 semanas. Se realizaron análisis multivariados sobre variables dependientes de ES y síntomas/gravedad. Se calcularon el coeficiente de repetibilidad (intra-sección) luego de placebo (CIn-

traP) y el coeficiente de reproducibilidad (intersección, CInter). Se compararon Sa y As en cuanto valores basales, CIntraP, CInter, RBD y diferencias CIntraP-CInter, utilizando test de t y ANOVA. Se calculó el umbral para determinar prueba positiva de RBD como la diferencia de media + 2 DE luego de placebo. Se realizó una curva tipo ROC de RBD-FEV0,75. Se utilizó el software SPSS versión 20.0.

RESULTADOS

Sin diferencias significativas en cuanto a datos demográficos, antropométricos, exposición a humo de tabaco (EHT) y antecedentes perinatales entre Sa y As (p>0,05). Encontramos mayor prevalencia de historia familiar de asma en As (p=0,03). No hubo diferencias significativas en el cambio de FEV0,75, FEV1 y FEF25-75 con placebo entre As y Sa, con un CIntraP de 9,8 a 33,6%. Hubo diferencias significativas en la RBD de FEV0,75, FEV1 y FEF25-75 entre As y Sa, con valores de 13,2%, 10,3% y 33% y DE de 11,4%, 8,7% y 35,8% respectivamente en As y de 4,6%, 4,3% y 10,2% y DE de 4,9%, 6,3% y 19% en Sa. Basados en la muestra de Sa, el umbral para prueba positiva de RBD sería un incremento de 14,4% de FEV0,75, 16,9% de FEV1 y 48,2% de FEF25-75. El CInter en Sa resultó muy similar al CInterP, no así en As donde el CInter resultó significativamente mayor que el CInterP (p<0,05). El área bajo la curva ROC de RBD-FEV0,75 fue de 0,698 con una sensibilidad del 51% y especificidad del 88% a nivel del 11% de RBD.

CONCLUSIÓN

La RBD por espirometría resulta una prueba fiable en discriminar niños preescolares As y Sa, teniendo en cuenta tanto la alta variabilidad intrasujeto intrasesión como intersección.

EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL EMPIEMA EN NIÑOS SEGÚN LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO: AVENAMIENTO PLEURAL CON O SIN FIBRINOLÍTICOS

PO 4

Opción a premio

Macha Marin E.¹; Gonzalez N.²

HOSPITAL DR PEDRO DE ELIZALDE^{1,2}

<edithmachamarin@gmail.com>

En pediatría la mayoría de las infecciones del espacio pleural son el resultado de la complicación de una neumonía. En el tratamiento del empiema pleural se debe estabilizar al paciente, indicar un esquema antibiótico apropiado y elegir el método más conveniente para remover el pus del espacio pleural.

OBJETIVO

Evaluar si existen diferencias en la evolución clínica de pacientes internados con diagnóstico de empiema pleural que recibieron tratamiento con drenaje pleural sólo o con fibrinolíticos.

MATERIAL Y MÉTODO

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CASOS Y CONTROLES.

Grupo 1: sin fibrinolíticos (NSTK): pacientes con diagnóstico de empiema internados desde el año 2000 al 2006 tratados con avenamiento pleural sin fibrinolíticos.

Grupo 2: con fibrinolíticos (STK): pacientes con diagnóstico de empiema internados desde 2006 a 2012 tratados con avenamiento pleural y estreptoquinasa intrapleural (3-5 días).

RESULTADOS

Se incluyeron 93 pacientes. Mediana de edad 35 meses.

Evolución clínica según el uso de fibrinolíticos en el tratamiento

Variable clínica medida	NSTK (n=62)		STK (n=31)		T student P
	Media	DS	Media	DS	
DDI	21,10	10,43	16,71	8,005	<0.05
DTAP	12,23	9,792	8,45	5,124	<0.05
DATB	21,94	8,904	17,84	8,038	>0.05
DFPTAP	4,27	5,3	3,13	3,659	>0.05
DO	7,97	8,526	6,48	4,449	>0.05

DDI: días de internación. DTAP: días de avenamiento pleural. DATB: días de antibióticos. DFPTAP: días de fiebre post colocación de tubo de avenamiento pleural. DO: días de oxígeno suplementario

Los pacientes del grupo NSTK tuvieron significativamente más riesgo de tener complicaciones comparados con el grupo STK. OR 4,44 (IC 95% 1,206- 16,378) P 0,017 (p<0.05).

CONCLUSIONES: En este estudio pudimos observar que el uso de estreptoquinasa intrapleural en niños con empiema disminuyó los días de internación, los días de requerimiento de avenamiento pleural, y el riesgo de tener complicaciones.



PANCREATITIS RECURRENTE COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE FIBROSIS QUÍSTICA: REPORTE DE CASO CLÍNICO

RPD 5

Díaz Cazaux A.¹; Dicembrino M.²; Giugno H.³;
 Contreras M.⁴; Castaños C.⁵

HTAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5}

<adiazcazaux@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La fibrosis quística (FQ) es la enfermedad genética hereditaria más frecuente en la raza caucásica, con una incidencia de 1/7213 recién nacidos vivos en Argentina. Una forma infrecuente de presentación en pediatría es la pancreatitis recurrente.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 15 años de edad, consulta por pancreatitis recurrentes.

Se trata de una RNT/PAEG sin antecedentes perinatólogicos relevantes. TIRno realizada. Eliminación de meconio el primer día de vida. Sana hasta los 9 años, cuando presentaprimer cuadro de pancreatitis aguda. Posteriormente reitera 2 episodios. A los 13 años se realiza colecistectomía por litiasis vesicular. Se descartan alteraciones anatómicas predisponentes por estudios de imagen. Se indica dieta hipograsa. A los 14 años presenta nueva pancreatitis aguda.

Examen físico: buen estado general, eutrófica (IMC 20). Buena entrada de aire bilateral sin ruidos agregados, sin signos de cronicidad. No visceromegalías.

Se amplían estudios: hemograma, hepatograma, serologías virales, perfil tiroideo, colagenograma y ecografía abdominal, todos normales. Se solicitan dos test de sudor que informan: Cloruro de 78 mEq/ly 86 mEq/l, con lo cual se realiza diagnóstico de FQ. Estudio molecular: ΔF508 y otra mutación desconocida.

Radiografía de tórax, espirometría, elastasa y van de Kamer, normales.

DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda recidivante como manifestación inicial de la FQ es poco frecuente. La edad media de presentación de esta enfermedad se sitúa en los 18 años, siendo excepcional su aparición en niños. La patogenia de estos episodios no está totalmente aclarada. Existe asociación entre fenotipo-genotipo: gran parte de los pacientes FQ que presentan suficiencia pancreática portan mutaciones de clase leves y moderadas. Son ellos los que tienen mayor riesgo de presentar pancreatitis, y generalmente enfermedad pulmonar leve.

CONCLUSIÓN

La FQ se caracteriza por disfunción de las glándulas exócrinas, lo cual genera síntomas respiratorios y gastrointestinales. Se ha encontrado mayor frecuencia de pancreatitis recurrentes en pacientes fibroquísticos con suficiencia pancreática. Por este motivo, en todo joven con pancreatitis a repetición se debe descartar FQ.

BOCAVIRUS HUMANO DETECTADO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS CON IRAB

PO 6

Salazar F.¹; Lenis P.²; Castro R.³; Chavez O.⁴;
 Piccolomini J.⁵

HOSPITAL MALVINAS^{1,2,3,4,5}

<FAISALAZAR@HOTMAIL.COM>

INTRODUCCION

El Bocavirus humano (HBoV) es un virus poco estudiado, descrito por primera vez en el año 2005, descubierto por métodos moleculares. Perteneciente a la familia parvoviridae, es un virus que puede detectarse en múltiples muestras como secreciones respiratorias, sangre y orina.

OBJETIVOS

Describir la prevalencia y complicaciones de los paciente con IRAB asociado a Bocavirus en la población pediátrica internada en el Hospital de Malvinas Argentinas Dr. Claudio Zin, en el periodo comprendido del 21 de Mayo de 2012 al 26 de Septiembre de 2013

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron pacientes entre 1 mes y 15 años de edad internados con diagnóstico de IRAB, durante un periodo de 15 meses comprendido desde el 21/05/12 al 26/09/13 correspondiente a las semanas epidemiológicas (SE) 21 del 2012 a la 39 del 2013, donde se analizaron 1.961 muestras de aspirados nasofaríngeos por el método de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) en tiempo real para detección viral

RESULTADOS

De las 1.961 muestras analizadas, se obtuvieron 970 casos posi-

tivos por virus, de los cuales 85 casos fueron positivos para HBoV · 44 casos de HBoV correspondieron a mono infección, con una edad media de 16 meses

· una relación hombre/mujer de 3:1

· predominio entre los meses de mayo a septiembre

· Se aisló en diversos cuadros de IRAB, siendo en orden de frecuencia los cuadros Bronco obstructivos, seguida de la Bronquiolitis y Neumonía

· Se encontraron además 41 pacientes coinfectados con otros virus respiratorios, siendo el virus sincicial respiratorio (VSR) el más frecuente asociado

· El promedio de internación fue de 6 días

· El requerimiento de oxígeno suplementario fue de 5 días

· Las complicaciones detectadas fueron atelectasias en 4 pacientes y un caso de Claudicación Respiratoria Inminente Aguda (CRIA) el cual requirió manejo en UTIP

· Mayor predominio en hijos de padres fumadores

DISCUSION

A partir de los datos obtenidos, se puede demostrar el importante rol del Bocavirus como agente patógeno, en numerosos cuadros de IRAB, los cuales solo pudieron ser identificados con la utilización de un método de detección y diagnóstico precoz como es la PCR molecular. Queda abierta la posibilidad en futuros pacientes con PCR positivos a bocavirus en aspirados nasofaríngeos, la realización de detección de este virus en otras secreciones, como orina y sangre, con el fin de establecer la relación viral y el compromiso clínico del paciente.

PÉRDIDA DE FUNCIÓN PULMONAR LUEGO DE UNA EXACERBACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

PO 7

Regueiro F.¹; Giorgetti M.²; Ginestet E.³; Pawluk V.⁴; Gonzalez N.⁵

HOSPITAL ELIZALDE¹²³⁴⁵
<lorregueiro@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

En Fibrosis Quística (FQ) existe una clara asociación entre evolución clínica, sobrevida y volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1). El 52% del descenso anual del VEF1 se debe a exacerbaciones respiratorias y a mayor número de exacerbaciones mayor declinación de la función pulmonar. El 25% de los pacientes no recupera su función pulmonar de base luego de una exacerbación.

OBJETIVOS

Determinar qué porcentaje de pacientes FQ no recuperó su función pulmonar de base luego de una exacerbación respiratoria que requirió internación y evaluar posibles factores de riesgo: sexo, edad, mutación, diabetes, desnutrición, infección crónica por *Pseudomonas aeruginosa* (PSA), rescate microbiológico, número de internaciones previas e intervalo de tiempo entre las dos últimas.

POBLACIÓN

Se analizaron 35 historias clínicas de pacientes FQ, mayores de 5 años, seguidos en el Hospital Elizalde entre 01/01/2008 y 01/01/2015.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyó la última exacerbación respiratoria de cada paciente

que requirió internación. Se comparó el VEF1 previo a la internación, al egreso y a los tres meses. Se consideró función pulmonar de base al mejor VEF1 en los 6 meses previos y recuperación de la función pulmonar cuando el paciente presentó un VEF1 $\geq 90\%$ de la función pulmonar de base al alta o a los tres meses.

RESULTADOS

Se incluyeron 16 pacientes. 9 varones, la media de edad fue $11,4 \pm 4,2$ años, 5 pacientes DF508 homocigota, 4 diabéticos, 4 desnutridos, 10 colonizados crónicos con PSA. El germen más frecuentemente aislado fue SAMS. La media de internaciones previas fue $6,8 \pm 4,5$ y 4 pacientes presentaban un intervalo de tiempo menor a 6 meses desde la última internación. 4/16 pacientes (25%) no recuperaron su función pulmonar. El único factor estadísticamente significativo para no recuperarla fue la edad. Los pacientes que no recuperaron el VEF1 tuvieron una media de edad de $7,8 \pm 1,9$, mientras que los que lo recuperaron $12,7 \pm 4,8$ ($p=0,04$, IC95% -9,6 - -0,1). Todos los pacientes no colonizados con PSA recuperaron la función pulmonar mientras que 4/10 colonizados crónicos por PSA no la recuperaron.

CONCLUSIÓN

La principal limitante del trabajo es el escaso tamaño muestral. Al igual que en la bibliografía el 25% de los pacientes no recuperaron su función pulmonar. La menor edad fue un factor de riesgo para no recuperarla. 40% de los colonizados crónicos con PSA no recuperaron su función pulmonar mientras que todos los pacientes no colonizados sí la recuperaron.

A PROPÓSITO DE UNA CASO: DISEMINACIÓN DE MYCOBACTERIUM BOVIS-BCG EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

RPD 8

Ferrero Pardi L.¹; Massa S.²; Blanco J.³; Varas C.⁴; Diez G.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA¹²³⁴⁵
<luciaferreropardi@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Los efectos adversos de la vacuna BCG incluyen extensión de la úlcera superando los 10mm, linfadenomegalia inflamatoria regional, lesiones musculoesqueléticas, linfadenitis múltiple supurada y enfermedad diseminada, sobre todo en pacientes con inmunodepresión. Pueden presentarse hasta 5 meses después de la aplicación y persistir varias semanas, se asocian a una deficiente técnica de aplicación, mayor dosis de la habitual e inmunosupresión. Excepto las formas diseminadas, se curan por reabsorción, calcificación o fistulización.

OBJETIVO

Describir las manifestaciones clínicas de una complicación grave de la vacunación BCG.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

RNT 39 semanas/PAEG, sexo masculino, 5 meses de edad que ingresa para estudio por mal progreso ponderal, adenitis BCG y hepatoesplenomegalia de 4 meses de evolución.

Examen físico: abdomen distendido, con circulación colateral y hepatoesplenomegalia. Nódulos indurados en cara anterior de pierna y rodilla izquierdas, región lateral del abdomen y cuero cabelludo, de consistencia firme, asociado a adenitis en región axilar derecha. Peso 5,040 gr (Z-score -3,54).

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

-Ecografía abdominal: bazo con parénquima heterogéneo, con imágenes ecogénicas puntiformes compatibles con calcificaciones.

-Ecografía de partes blandas: Se observan imágenes hipocóicas, ovaladas en topografía axilar derecha, promediando la mayor de ellas 1,7 cm x 1, 2 cm, algunas con calcificaciones en su interior.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Diseminación de *Mycobacterium bovis*-BCG.

Perfil inmunológico mediante determinación de inmunoglobulinas, poblaciones linfocitarias, DHR, ELISA-HIV, vía IL 12, IFN gamma, normales.

Biopsia cutánea: Inflamación granulomatosa necrotizante. Cultivo positivo, *Mycobacterium bovis*-BCG.

Tratamiento: Rifampicina (R), Isoniacida (H), Estreptomina (S), Etambutol (E) durante 2 meses y luego HR hasta completar 9 meses.

EVOLUCIÓN

Remisión de los signos clínicos.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

Se desconoce la incidencia real de complicaciones asociadas a la vacuna. Los más frecuentes son adenitis localizada o sin supuración (1/100) y osteitis (1/100,000). La enfermedad diseminada por BCG es infrecuente y se asocia a inmunodeficiencia confirmada en un 50% de los casos aproximadamente.



SÍNDROME DE LA CIMITARRA. A PROPÓSITO DE 4 CASOS

RPD 9

Sartori M.¹; Regueiro F.²; Calvo M.³; Bigliati S.⁴;
Pawluk V.⁵; Gonzalez N.⁶

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{2,3,4,5,6}
<gabysartori@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de la cimitarra o síndrome del pulmón hipogénico es una malformación congénita compleja del pulmón derecho y su vasculatura. Se caracteriza por la anomalía total o parcial del retorno venoso pulmonar derecho a la vena cava inferior (imagen radiológica que semeja a una cimitarra, espada corta y curva), asociado en grado variable a malformaciones de la arteria pulmonar derecha, dextrocardia y malformaciones broncopulmonares derechas. El cuadro clínico y el tratamiento dependen de la severidad de la disgenesia pulmonar asociada, de la cardiopatía congénita, del desarrollo de hipertensión pulmonar y de las infecciones recurrentes. Puede presentarse con síntomas desde el nacimiento o permanecer asintomática hasta la edad adulta.

OBJETIVO

Describir la forma de presentación de 4 casos de síndrome de la cimitarra.

Caso 1: Niña sana de 13 años, derivada a neumonología por radiografía de tórax (RxTx) patológica persistente y viraje tuberculínico. Asintomática. Se solicita tomografía de tórax (TAC): hipoplasia pulmonar y de arteria pulmonar derecha,

drenaje venoso anómalo a vena cava inferior (VCI), lóbulo pulmonar accesorio. Evolución asintomática, cumplió 6 meses de quimioprofilaxis con isoniacida.

Caso 2: Niño de 2 meses, internación por neumonía bifocal. RxTx: dextrocardia. TAC: hipoplasia pulmonar derecha. Cateterismo: dilatación de venas pulmonares con anomalía parcial del retorno venoso. Evolución con neumonía recurrente. Cirugía correctiva a los 4 años.

Caso 3: Neonato internado por sepsis tardía a foco respiratorio. RxTx: hemitórax derecho opaco, desplazamiento homolateral de vía aérea. TAC: hipoplasia pulmonar derecha, vaso venoso anómalo derecho que drena en VCI, secuestro pulmonar intralobar. Evolución favorablemente, persistiendo asintomático luego del periodo neonatal.

Caso 4: Niño sano de 13 años, dextrocardia por dextroposición diagnosticada al realizar apto físico. TAC: hipoplasia pulmonar derecha, drenaje venoso anómalo a VCI. Cateterismo: anomalía parcial del retorno venoso con sobrecarga de cavidades derechas. A la espera de dispositivo cardiovascular para cirugía.

CONCLUSIÓN

Ante imágenes radiológicas persistentes y dextrocardia en pacientes con o sin síntomas respiratorios es importante tener en cuenta esta patología.

EFFECTO DEL HUMO DE CIGARRILLO SOBRE CULTIVOS DE EPITELIO RESPIRATORIO HUMANO: EXPRESIÓN DE CFTR, INFLAMACIÓN, Y ESTRÉS OXIDATIVO

PO 10

Dugour A.¹; Valdivieso A.²; Santa Coloma T.³;
Figueroa J.⁴

FUNDACION CASSARA¹; INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS (BIOMED, CONICET), UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA (UCA).^{2,3}
<andydugour@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El humo de cigarrillo da lugar al desarrollo de patologías respiratorias y al agravamiento de enfermedades preexistentes, tanto en niños como en adultos. La generación de estrés oxidativo e inflamación son mecanismos claves en ese daño. El CFTR es una proteína que transporta iones cloruro a través de la membrana celular y su disminución o disfunción por alteraciones genéticas da lugar a la fibrosis quística (FQ); recientemente se han descrito disfunciones no genéticas del CFTR en pacientes con EPOC.

OBJETIVO

1) evaluar el efecto de un concentrado de humo de cigarrillo (CHC) sobre la expresión del CFTR, utilizando como modelo cultivos de Calu-3 (una línea celular de epitelio respiratorio humano); 2) evaluar el estrés oxidativo y la inflamación en este modelo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se cultivaron células Calu-3 en monocapa y se dividieron en tres grupos: un grupo "control" permaneció en medio de cultivo; en otro grupo se agregó al medio CHC (200 µg/ml),

y en el tercer grupo se adicionaron CHC y N-cetil-isteína (NAC= antioxidante). A las 24 hs se evaluó: 1) la expresión del gen CFTR (cuantificación de ARNm mensajero por rtPCR), 2) la concentración de citoquinas pro inflamatorias (IL-6 e IL-8) en el sobrenadante (técnica de ELISA), 3) el nivel de estrés oxidativo (cuantificación de especies reactivas del oxígeno (ROS) intracelulares mediante sonda fluorescente H2DCFDA).

RESULTADOS

El CHC: 1) disminuyó significativamente la expresión del CFTR, 2) aumentó la liberación de IL-8/IL 6: 2 veces para IL-6 (C 340,5±19,36, CHC 690,5±29,62) y 1,5 veces para IL-8 (C 19650±1183, CHC 29800±2093); en ng/ml (p<0,05), y 3) aumentó significativamente los niveles intracelulares de ROS (35,22 ± 9,50 %) (p<0,05). La adición de antioxidante en simultáneo con el CHC previno el aumento de ROS y de IL-6 e IL-8, pero no impidió la disminución de la expresión del CFTR.

CONCLUSIONES

El Concentrado de Humo de Cigarrillo produjo una disminución del CFTR en los cultivos de células de epitelio respiratorio humano. Esta disminución no depende del daño oxidativo y la inflamación que produce el CHC. El presente modelo podría ser útil para la comprensión de los mecanismos del daño por humo de cigarrillo y el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PADECER SIBILANCIAS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

PO 11

Szulman G.¹; Behrends I.²; Gentile Á.³

HNRG1 23

<SZULMAN.G@GMAIL.COM>

INTRODUCCIÓN:

El desarrollo de sibilancias en el primer año de vida se ha relacionado con diversos factores de riesgo (genéticos, medioambientales, etc.) variando su prevalencia entre 10 y 42 % según el país estudiado.

OBJETIVOS:

Estimar la prevalencia de episodios de sibilancia y los factores de riesgo asociados en el primer año de vida en lactantes que concurren al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

POBLACIÓN:

Pacientes de 12 a 15 meses de edad, que concurren a control de salud y/o al vacunatorio. Se excluyeron pacientes con patologías crónicas en otros sistemas que presenten cualquier impacto respiratorio (enfermedad genética, metabólica, neurológica, cardíaca, digestiva).

MÉTODO:

Estudio de corte transversal realizado mediante encuesta escrita y validada (encuesta del Estudio Internacional de Sibilancias en Lactantes EISL fase 3 (coord. internacional Javier Mallol), a padres de pacientes de 12 a 15 meses de edad, que concurren a controles de salud o a vacunarse en el hospital entre 2009 y 2011. Para el análisis estadístico

se aplicaron: análisis bivariado, seguido de análisis multivariado, con intervalos de confianza del 95%, estimación de ODDS RATIO (OR), distribución de frecuencias y nivel de significación = 0,05.

RESULTADOS:

Se incluyeron 1063 pacientes de los cuales el 58,9% (IC95% 55,9- 61,9%) (n= 626) presentaron al menos un episodio de sibilancia en el primer año de vida. De éstos el 44,7% (n= 280) presentaron sibilancias recurrentes (3 o más episodios). La media de edad del primer episodio fue de 4,39 meses (SD 2,81). Los factores de riesgo asociados para padecer sibilancias en el primer año de vida mediante análisis multivariado fueron: sexo masculino (p= 0,001) (OR 1,67- 95%CI 1,24-2,24); seis o más resfriados en el primer año de vida (p< 0,0001) (OR 4,31 -95% CI 2,79-6,65); edad del primer resfriado < 4 meses (p< 0,0001) (OR 2,37 -95% CI 1,74-3,23); neumonía (p< 0,0001) (OR 16,10- 95% CI 6,92-37,45); tabaquismo durante el embarazo (p= 0,01) (OR 1,97 - 95% CI 1,17-3,31).

CONCLUSIÓN:

La prevalencia de sibilancias entre consultantes de un hospital público de niños en Buenos Aires, se estima entre 55,9 y 61,9 %. Muchos de los factores de riesgo identificados son prevenibles implementando las estrategias de Salud Pública necesarias.

PRUEBA DE CAMINATA DE CARGA PROGRESIVA EN FIBROSIS QUÍSTICA

PO 12

Dagostino G.¹; De La Fuente G.²; Rentería F.³; Díez G.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA^{1,2,3,4}

<GRACIANADAGOSTINO85@GMAIL.COM>

INTRODUCCION:

Una prueba de caminata que evalúe la tolerancia al ejercicio podría contribuir a estimar el estado clínico del paciente con FQ.

OBJETIVOS:

Evaluar la respuesta al ejercicio mediante una prueba de caminata de cargas progresivas y correlacionar la distancia recorrida con la potencia alcanzada en una prueba ergométrica.

MATERIALES Y METODOS

Población: pacientes con FQ > 6 años.

Se realizó prueba de caminata de carga progresiva denominada "Incremental Shuttle Walking Test" (ISWT) con 15 niveles. El paciente debía caminar y correr una distancia de 10 metros a velocidades incrementales. Se registró la frecuencia cardíaca (FC) para determinar su porcentaje máximo teórico alcanzado durante la prueba. Se calculó el VO₂ a partir de la distancia recorrida. Se evaluó peso, talla y VEF1. Un subgrupo de pacientes realizó prueba ergométrica, registrándose FC pico y la potencia máxima lograda. Los valores se expresaron en media y desvío estándar. Se utilizó prueba de t y análisis de correlación.

RESULTADOS:

Se incluyeron 37 pacientes. La media de edad fue 13±2,9 años; talla: 148,8±16,4 cm; IMC: 17,7 ±3,1 y VEF1: 75±31 %.

La distancia promedio de la prueba de caminata fue de 917± 295 metros. Las niñas recorrieron 802± 179 metros y los niños 1.015±337 metros (p= 0,023). La FC pico alcanzada fue de 185±13 lpm, (89 % de la FC máxima teórica del grupo). El VO₂ calculado para la prueba de caminata, según ecuación de referencia, fue de VO₂= 32,5± 8,3 ml/kg/min.

24 pacientes realizaron ergometría. La potencia fue de 115 ± 48 vatios y la FC pico 181±11 lpm (87% de la FC máxima teórica). La correlación entre la distancia y potencia fue de r = 0,84 (p<0,01).

Las correlaciones entre la distancia y demás variables (VEF1, talla, edad e IMC) fueron moderadas (0,62; 0,59; 0,52 y 0,47 respectivamente).

CONCLUSIONES:

Los pacientes pudieron realizar una prueba de ejercicio que cumplió con los requisitos de esfuerzo máximo, como lo reflejan los valores de FC registrados durante la marcha y la similitud de la respuesta cardíaca al realizar una prueba estandarizada de laboratorio como la ergometría.

Función pulmonar, estatura, edad y estado nutricional condicionan en forma moderada la tolerancia al ejercicio.

La fuerte correlación entre potencia y distancia hace a las pruebas, al menos, comparables. Una prueba de marcha sencilla y de bajo costo puede ayudar a estimar el grado de compromiso que la enfermedad pulmonar ocasiona en pacientes con FQ.



A PROPÓSITO DE UN CASO. DERRAME PLEURAL UNILATERAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD NEOPLÁSICA

RPD 13

Aguirre Hayes F.¹; Sullivan M.²; Rossi G.³; Iaria D.⁴; Taiman J.⁵

COMPLEJO MEDICO DE LA POLICIA FEDERAL CHURRUCA VISCA¹²³⁴⁵
 <florenca_aghy@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En pediatría, la principal causa de derrame pleural es la infecciosa. Otras causas menos frecuentes son los traumatismos, enfermedad cardiovascular y colagenopatías; y a diferencia del adulto la etiología neoplásica tanto primaria como metastásica es muy poco frecuente en este grupo etario.

OBJETIVOS:

Describir el caso clínico de una presentación poco frecuente en pediatría, con consecuencias clínicas severas.

DESCRIPCIÓN DE CASO:

Paciente de sexo femenino de 5 años de edad, con antecedentes de episodios broncoobstructivos a repetición. Se interna por dificultad respiratoria, registros febriles de 4 días de evolución e hipoxemia. Al ingreso presenta hipoventilación en campo pulmonar derecho, taquipnea, posición antálgica, afebril al momento del examen físico. Se realizan exámenes complementarios: laboratorio: gb: 6126 (77%N) vsg: 120 pcr: 9.17 Rx de tórax: hemitórax derecho opaco con mediastino desplazado. TAC : derrame pleural masivo con colapso

subtotal de pulmón derecho, mediastino lateralizado hacia lado contralateral. Adenomegalias de 10mm mediastinales y axilares. Se realiza drenaje pleural: líquido amarillo turbio, glucosa: 61mg, proteínas: 5mg, ldh: 873mg, cel 4400(87% mn), sin rescate de gérmenes. Inicia tratamiento antibiótico endovenoso. La paciente evoluciona desfavorablemente, con registros febriles. Se palpa masa abdominal bilateral y masa a nivel paraescapular derecha. Se repite TAC de tórax, abdomen y pelvis: engrosamiento pleural, derramamiento derecho con imágenes aéreas, pulmón derecho colapsado. Aumento de ambos riñones. Persisten adenomegalias mediastinales y axilares. Se toma nueva muestra de líquido pleural con sospecha de patología oncológica y se realiza análisis de inmunofenotipificación, positivas células LLA pre B. Se realiza PAMO : 20-25% de infiltración de medula ósea. Se interpreta como Síndrome Linfoma Leucemia. Inicia tratamiento quimioterápico presentando mejoría clínica.

CONCLUSIÓN:

Consideramos relevante la exposición de dicho caso debido a su infrecuente prevalencia, presentación clínica y mala evolución; pero su identificación precoz tiene importantes implicancias pronósticas y terapéuticas.

DISAUTONOMIA FAMILIAR HEREDITARIA: PRESENTACION DE DOS CASOS PEDIATRICOS CON DIFERENTE SEVERIDAD EN LA EXPRESIÓN CLÍNICA

RPD 14

Figueroa J.¹; Velasco Suares C.²; Fraga M.³

HOSPITAL DE CLÍNICAS Y CIREF-FUNDACIÓN P.CASSARÁ^{1 2} ;
 HOSPITAL MARIA FERRER³
 <figuejuan@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Disautonomía Familiar Hereditaria (HSAN tipo III, o Síndrome de Riley Day) es una enfermedad genética autosómica recesiva muy poco frecuente causada por una mutación puntual en el gen IKBKAP que afecta el empalme de la proteína elongator-1 (ELP-1), también conocida como IKAP. Es exclusiva de familias de judíos del este de Europa. Se presenta como una neuropatía sensorial y autónoma que varía en su expresión en diferentes tejidos y entre los diferentes individuos. Puede ocasionar disminución de reflejos, alteración de la percepción del dolor y la temperatura, variaciones drásticas de la presión arterial en forma de crisis de hiper e hipotensión, enfermedad renal crónica, alteración de la deglución y reflujo gastroesofágico que conducen a neumonías por aspiración recurrente y enfermedad pulmonar crónica. Hay retraso madurativo variable, la propiocepción está alterada, y presentan ataxia en la marcha y escoliosis. Estos pacientes presentan un riesgo aumentado de muerte súbita durante el sueño. La respuesta a la hipoxemia e hipercapnia es deficiente y son frecuentes

la hipoventilación y el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS).

OBJETIVOS:

Presentar 2 casos opuestos en cuanto a la severidad de las manifestaciones: uno leve y otro severo.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS:

Caso 1: Paciente de 6 años, sexo masculino. Diagnosticado a los 4 años. Problemas para alimentarse desde lactante. Dificultad para ingerir líquidos, sialorrea y tos recurrente, con una neumonía aspirativa. Presenta crisis disautonómicas leves y manejables y trastornos respiratorios leves durante el sueño. Escolaridad normal. **Caso 2:** paciente de 12 años, femenino, diagnosticada a los 6 años. Al menos 13 neumonías aspirativas, de las cuales 10 requirieron internación; con bronquiectasias y compromiso pulmonar crónico con hipoxemia; SAHOS manejado con asistencia ventilatoria por máscara durante el sueño. Se le realizaron funduplicatura y gastrostomía. Presenta crisis disautonómicas diarias, severas y de difícil manejo, asociadas a cefaleas importantes y vómitos. Graves problemas de comportamiento, agresividad, y marcado retraso neurocognitivo.

CONCLUSIÓN:

La disautonomía familiar puede dar lugar a múltiples y variadas repercusiones respiratorias.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL: 5 AÑOS DE EVALUACIÓN

PO 15

Ferrero Pardi L.¹; Massa S.²; Blanco J.³; Varas C.⁴; Diez G.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA¹²³⁴⁵
<Luciaferreropardi@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TBC) es un problema de salud mundial, dado que la tercera parte de la población está infectada por el bacilo de Koch. En la edad pediátrica la mayor probabilidad de progresión de infección a enfermedad y el escaso aislamiento microbiológico hacen más dificultoso el diagnóstico. Existen nuevas metodologías diagnósticas aunque siguen siendo insuficientes.

OBJETIVOS:

Presentar casos de TBC infantil en el Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata (HNLP) con su rescate microbiológico.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron los pacientes con TBC atendidos en el HNLP desde el año 2009 al 2014. Se evaluaron: formas clínicas, rescates microbiológicos (directo y cultivo para bacilo ácido alcohol resistente (BAAR)). Se utilizó EXCEL de Microsoft WINDOWS 2007.

RESULTADOS:

Se hallaron 43 casos, 11 mujeres, rango de edad: 0 a 16

años, edad promedio de 9,8 años. De éstos, 25 presentaron confirmación microbiológica (58,1%). De los casos confirmados, 21 (84%) fueron formas graves y 4 (16%) moderadas. Dentro de las formas graves, 2 fueron miliares (9,5%), 17 pulmonares (80,9%), y 2 diseminadas. De las formas pulmonares, 11 tenían afectación bilateral (81% con cavidad) y 6 unilateral (50% con cavidad). De las formas moderadas, 3 fueron tuberculosis pleurales, examen directo negativo y cultivo positivo y una forma ganglionar con cultivo de punción positivo. En 15 (88,2%) casos de TBC pulmonar se obtuvo rescate mediante cultivo, 13 (86,6%) en muestra de esputo, 1 (6,66%) en lavado broncoalveolar y 1 (6,66%) en contenido gástrico. En 2 (11,7%) de los casos solo se obtuvo examen directo positivo. De las formas diseminadas, 1 se presentó como efecto adverso a la vacunación BCG, aislándose en cultivo de lesiones cutáneas M. bovis-BCG. En el otro caso, el diagnóstico fue realizado mediante PCR en diferentes muestras. La evolución fue favorable en todos los casos, solo un paciente abandonó el tratamiento.

DISCUSIÓN:

En este trabajo se presenta una descripción de la situación de la TBC en un hospital pediátrico. Los resultados obtenidos confirman el escaso rescate bacteriológico y la necesidad de una alta sospecha diagnóstica. Se evidenció un predominio de formas graves lo cual se atribuyó a la realización del estudio en un centro de alta complejidad y por otro lado al retraso en la realización de controles en estadios más tempranos.

ABSCESO FRÍO DE LA PARED TORÁCICA: A PROPÓSITO DE 3 CASOS.

RPD 16

Macha Marin E.¹; Gonzalez N.²

HOSPITAL DR PEDRO DE ELIZALDE¹²
<edithmachamarin@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El absceso frío de la pared torácica es una entidad poco frecuente que se presenta como complicación del empiema pleural. Más descripta en adultos que en niños, los gérmenes involucrados suelen ser el Mycobacterium Tuberculosis y Actinomicas; también se han descrito casos por *S pneumoniae*, *S aureus* y bacilos gram negativos.

OBJETIVO:

Presentar 3 casos pediátricos con diagnóstico de absceso frío de la pared torácica.

Caso 1: Niño de 6 años, presentó tos productiva y tumoración duroelástica preesternal de 15 días de evolución. Internado por neumonía con derrame 3 meses antes. Ecografía: derrame pleural derecho de 16 mm, debajo del tejido celular subcutáneo de la región supraesternal colección heterogénea, con finos ecos internos ecogénicos. Tomografía de tórax: Colección preesternal que comunicaba con la colección pleural subyacente. Punción de la tumoración: material caseoso, baciloscopia y cultivo positivo: M. tuberculosis. PPD 16 mm. HIV no reactivo.

Caso 2: Niña de 11 años, consultó por tumoración dorso-

lumbar izquierda, pérdida de peso y fiebre. Antecedente: dos neumonías de tratamiento ambulatorio dos meses previos. Al ingreso: tumoración duro elástica de 5 cm, móvil, sin signos de flogosis, dolorosa a la palpación. Ecografía: derrame pleural bilateral de 28 mm y 12 mm con tabiques; en partes blandas de región dorsolumbar: colección líquida con ecos internos. Punción de la tumoración: material de aspecto caseoso, baciloscopia negativa, cultivo positivo: M. tuberculosis. PPD 15 mm. HIV no reactivo.

Caso 3: Niña de 8 meses, consultó por fiebre, dificultad respiratoria y tumoración en tórax. Antecedente: neumonía 15 días previos a la consulta. Al ingreso: tumoración subescapular derecha, duroelástica, sin signos de flogosis. Ecografía de partes blandas: imagen heterogénea de bordes netos, que impresionaba en íntimo contacto con la superficie costal, con proyección intratorácica a través de espacio intercostal respectivo. Cultivo de punción de tumoración: S. aureus metilicilino sensible.

OBSERVACIONES:

Los 3 pacientes presentaron procesos infecciosos pleurales que se extendieron hacia la fascia endotorácica (peripleuritis) y al tejido celular subcutáneo de la pared del tórax. Dos casos son peripleuritis tuberculosas con abscesos fríos de la pared torácica, el tercero, es un caso de peripleuritis piógena.



COMPROMISO HEPÁTICO EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA

RPD 17

**Manrique V.¹; Fernandez Victorio A.²; Godoy M.³;
Giugno H.⁴; Malla I.⁵; Castaños C.⁵**

HOSPITAL GARRAHAN¹²³⁴⁵⁶

<ANAMFV@HOTMAIL.COM>

INTRODUCCION

El desarrollo de la enfermedad hepática en pacientes con fibrosis quística (FQ), se acompaña con frecuencia de ausencia de síntomas clínicos, y por lo tanto, la identificación precoz es difícil. La cirrosis biliar focal se considera patognomónica de la enfermedad; puede permanecer asintomática o evolucionar hacia una forma más grave como la cirrosis biliar multilobulillar con hipertensión portal. Entre los estudios disponibles en la literatura, las cifras de enfermedad hepática clínica oscilan desde un 2% hasta un 37%.

OBJETIVO

Describir síntomas de inicio y evolución en pacientes con compromiso hepático que presentaron tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron pacientes (p) con diagnóstico de FQ con compromiso hepático en seguimiento por el servicio de neumonología del Hospital Garrahan que se sometieron a shunt esplenorenal y/o trasplante hepático por hipertensión portal (HTP).

RESULTADOS

Se evaluaron 148 pacientes en seguimiento por el servicio

de neumonología, 49 presentaron compromiso hepático en tratamiento con ácido Ursodesoxicólico, de los cuales 4 se realizaron shunt esplenorenal y 1 trasplante hepático.

De los 5 pacientes intervenidos quirúrgicamente, 3 presentaron diagnóstico temprano de fibrosis quística (menores de 1 año). En cuanto al estudio molecular, 4/5 de los pacientes tuvieron al menos una mutación DF508 y un paciente DI507/G8SE. Todos presentaron alteración del hepatograma, 2/5 con coagulograma alterado. Al examen físico todos presentaron hepatoesplenomegalia, 1 presentó telangiectasia en rostro, 1 circulación colateral. 4/5 presentaron hemorragia digestiva, la edad media de presentación fue 8,18. (4a 15 años). Todos presentaron hipertensión portal, y en la endoscopia digestiva presentaron varices esofágicas.

En cuanto al tratamiento todos recibían ácido ursodesoxicólico a 30 mg/kg. En 4 pacientes se realizó shunt esplenorenal y en 1 trasplante hepático. Todos presentaron buena evolución posterior al procedimiento, sin síntomas de HTP. Ningún paciente presentó complicaciones postquirúrgicas. Todos continúan con shunt permeable en controles ecográficos posteriores.

CONCLUSIÓN

El shunt esplenorenal se considera un procedimiento seguro y efectivo, en caso de no conseguir controlar la hemorragia digestiva. Podría ser una alternativa al trasplante hepático como tratamiento paliativo para niños con hipertensión portal.

INDICACIONES DE RESECCIONES QUIRÚRGICAS PULMONARES EN FIBROSIS QUÍSTICA

PO 19

**Ramírez Farías M.¹; Soruco G.²; Pare K.³; Giugno H.⁴;
Castaños C.⁵**

HOSPITAL DE PEDIATRÍA "JUAN P GARRAHAN"¹²³⁴⁵

<jimerf@hotmail.com>

INTRODUCCION:

En pacientes con Fibrosis Quística la infección endobronquial con microorganismos característicos, especialmente *Pseudomonas aeruginosa* (PA), induce un proceso inflamatorio persistente y no controlado, desencadenando la triada característica: obstrucción bronquial, inflamación e infección, que conduce a daño pulmonar irreversible. La cirugía pulmonar debe ser considerada en imágenes de ocupación alveolar localizadas, con el resto del parénquima pulmonar en mejores condiciones. Se trata de segmentectomías, lobectomías o neumectomías paliativas. Su principal indicación es mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS:

El objetivo del estudio fue evaluar si las resecciones quirúrgicas pulmonares en pacientes con imágenes de ocupación alveolar localizadas, mejoran la calidad de vida de los mismos.

MATERIAL Y METODO:

Estudio descriptivo. Se incluyeron 7 pacientes (p) con diagnóstico de FQ, que se sometieron a cirugía torácica, en seguimiento en el servicio de Neumonología de Hospital Garrahan.

RESULTADOS:

La edad media de evidencia de imágenes patológicas en Rx Tórax fue de 3 años 3 meses. 5 p presentaron compromiso derecho, 2 p izquierdo, 2 p de un lóbulo, 2 p más de un lóbulo. Edad media a la cirugía fue 6,3 años. Se observó un promedio de internaciones por exacerbación respiratoria 2 años previos a la cirugía de 6.14 (2-11) y de 2 (1-5) en los 2 años posteriores. El promedio de ciclos de antibióticos orales dos años previos a la cirugía fue de 3.2 y de 3 durante los 2 años posteriores. El 100% tenía PA previo a la cirugía, 4 p. realizaron con éxito el tratamiento de erradicación y 3 p. quedaron con infección crónica, con edad media de rescate de PA de 1,08 años (0.6-2). Solo 3 de 7 pacientes realizaron estudio de función pulmonar pre y post cirugía, notando mejoría en el VEF1 en un 8.02% en promedio. A largo plazo 3 p continúan en seguimiento, 3 p fallecieron y 1 p discontinuó los controles.

CONCLUSIÓN:

La resección pulmonar debe ser considerada en pacientes FQ con imágenes de ocupación alveolar persistentes y exacerbaciones respiratorias recurrentes. Cada caso debe ser evaluado individualmente. Se observó que durante los 2 años post a la cirugía todos los pacientes disminuyeron el número de internaciones (P estadísticamente significativa).

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN UN CENTRO DE FIBROSIS QUÍSTICA: ÚLTIMOS 12 AÑOS

PO 20

Dalessandro V.¹; Gil M.²; Palau M.³; Bosch A.⁴; Bettiol M.⁵
HTAL DE NIÑOS "SOR MARÍA LUDOVICA"^{2,3,5}; CINDEFI FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS⁴

<vir.dalessandro@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las exacerbaciones respiratorias causadas por la infección polimicrobiana e inflamación de la vía aérea pueden aumentar la morbi-mortalidad en Fibrosis quística (FQ). Existen patógenos cuya identificación contribuye a instaurar tratamientos adecuados para preservar la función pulmonar. Su registro es una fuente valiosa de datos para promover el conocimiento de la epidemiología en esta enfermedad.

OBJETIVO:

Presentar la epidemiología de los patógenos más frecuentes de pacientes con FQ atendidos en un Centro de Referencia Provincial en los últimos 12 años.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se calculó el porcentaje de pacientes con cultivos positivos para los gérmenes más frecuentemente aislados de secreciones respiratorias sobre el total de pacientes atendidos por año. Los microorganismos analizados fueron: *Pseudomonas aeruginosa* (Pae), *Staphylococcus aureus* (Sau), *Sau* metilciclino resistente (SauMR), Complejo *Burkholderia Cepacia* (CBC), *Stenotrophomonas maltophilia* (Sm), *Haemophilus sp* (Hi) y *Achromobacter xylosoxidans*(Ax). Los años estudiados fueron: 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012 y 2014.

RESULTADOS:

Los resultados (expresados en %) se muestran en la siguiente tabla:

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Sau	79	76.4	70	82	70.5	81.5	85
Pae	48	34	40	46	50.2	41.6	49
CBC	0.2	18.6	12.5	10	4.3	5.7	7
Sm	4.5	1	5.5	6	6.5	8.6	21
Ax	0	2.5	2	3	3.8	2.8	4
Hi	25	27	20	18	17.8	6.9	3
SauMR	44	18.6	32	40	38	26.5	29

CONCLUSIONES:

Existe un cambio epidemiológico continuo en los microorganismos de la vía aérea en pacientes con FQ. No sólo hay nuevos patógenos emergentes sino que la epidemiología de los clásicos ha cambiado debido a las nuevas terapias y a los progresos en su detección e identificación. *Sau* es el microorganismo más frecuente a lo largo de los años. Si bien la prevalencia de *SauMR* resistente es alta, en los últimos años tiene una tendencia a mantenerse o disminuir.

Hay aumento de aislamientos de bacilos gram negativos no fermentadores multirresistentes como *Sm* y *Ax*.

La prevalencia de *Pae* permanece probablemente por los tratamientos tempranos de erradicación.

CBC tuvo un aumento asociado a un brote en 2004, con una caída posterior debido a las estrictas medidas tomadas en el control de infecciones, la detección precoz y el tratamiento adecuado.

TUBERCULOSIS EN NIÑOS. HOSP. NAC. PROF. A. POSADAS, 2010 - 2014

PO 21

Bisero E.¹; Luque G.²; Lombardero L.³; Zapata A.⁴; Borda M.⁵
HOSP. NAC. PROF. A. POSADAS^{2,3,4,5}

<elbisero@yahoo.com.ar>

RESUMEN:

Mostrar la experiencia en un hospital público, sobre niños menores de 15 años con diagnóstico de tuberculosis. Describir las características epidemiológicas, formas clínicas, resultados bacteriológicos y evolución.

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis*. En el niño difiere en el comportamiento epidemiológico, presentación clínica y rentabilidad de los métodos diagnósticos. El diagnóstico se basa en criterios epidemiológicos, radiográficos, tuberculinicos y microbiológicos. Es un problema de salud pública mundial prioritario.

OBJETIVO:

Caracterizar la población y comparar la frecuencia en el tiempo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de enfermos de TB <15 años atendidos en Neumonología Pediátrica y notificados entre 01/01/2010 y 31/12/2014. Incluye reinicios de tratamiento hasta 1 año del abandono.

RESULTADOS:

Se estudiaron 202 pacientes con edad media en 2010 de 9.3±5.3 a; 2011: 6.9±5.5; 2012: 7.1±4.9; 2013: 6.6±5.9 y en

2014: 6.2±5.1. El índice de masculinidad fue 0.44. El 67.2% procedió de la RSVII, 21.2% de RSXII y el 9.5% de RSV. El motivo de consulta se registró en 184 (91.1%) casos; por síntomas respiratorios 96 (52.2%), estudio de contacto 78 (42.4%), otros 10 (5.4%). El rescate bacteriológico fue de 46.3% de 149 estudiados; 34 positivos por baciloscopia directa (BD) y cultivo positivo y 35 con BD negativa cultivaron el bacilo. De los 34 positivos por BD 17 se observaron en esputo (E), 10 lavado gástrico (LG), 5 ganglio, 1 aspirado traqueal y 1 lavado broncoalveolar. El rendimiento de la BD fue en E 63 %, LG 47.6 %. La localización fue pulmonar en 173/202 (85.6%), extrapulmonar 54 (26.7%) éstos fueron pleural 26, ganglionar 20, diseminada 3, laríngea 1, peritoneal 1 y piel 1; 25/54 con presentación extrapulmonar tuvieron compromiso pulmonar. La localización radiológica pulmonar 182/202 (90.1%), 48.4% fue unilateral sin cavidad, 17.6% bilateral sin cavidad, 14.8% unilateral con cavidad, 10.4% bilateral con cavidad, 7.1% derrame pleural y 0.5% miliar. Se estudió HIV en 54/202(26.7%) resultando positivo el 7.4%. El 93.8% eran casos nuevos, 4.5% reingresos post abandono y 1.7% retratamientos. Completaron tratamiento 61%, abandonaron 23% y el 17% se derivaron a otros establecimientos. 1 paciente falleció.

DISCUSIÓN:

Se produjo un incremento de casos a expensas de las formas pulmonares con un alto rescate bacteriológico. La disminución de la edad alerta sobre la gravedad de la situación de los niños en nuestra población.



TUBERCULOSIS EXTRAPULMONARES EN PEDIATRIA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

PO 22

Bisero E.1; Luque G.2; Cristina R.3; Mariela P.4; Zapata A.5
HOSP. NAC. PROF. A. POSADAS^{1,2,3,4,5}
<elsibisero@yahoo.com.ar>

RESUMEN:

La tuberculosis es una enfermedad, localizada en cualquier parte del organismo. Las formas extrapulmonares de tuberculosis (TBE) han sufrido un incremento en la población pediátrica, en los últimos años. Suele haber dificultad para el diagnóstico precoz de certeza, porque las muestras obtenidas de diferentes localizaciones suelen ser paucibacilares, con la consiguiente duda razonable para comenzar el tratamiento.

OBJETIVO PRIMARIO:

Prevalencia de TBE entre los pacientes con TB. Objetivo secundario: a) describir las características clínico-epidemiológicas de la población pediátrica con TBC extrapulmonar b) evaluar la adherencia al tratamiento en esta población.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de niños con diagnóstico de TBE, internados o atendidos en consultorios externos de neumonología infantil. Enero de 2005 a diciembre de 2013. Con tratamiento finalizado al 30 de junio de 2014. Menores de 15 años. Se excluyeron los niños con SIDA. Se definió TBE a la localización tuberculosa que afecta cualquier órgano que no sea el pulmón. Se definió abandonado cuando un paciente no recibe tratamiento durante un mes o más.

RESULTADOS:

Se atendieron 211 casos de tuberculosis. 60 correspondieron a

TBE. Representaron el 28,4%. Los partidos de procedencia correspondieron al área de influencia del hospital. Las características epidemiológicas fueron: Edad: mediana de 9 (rango 7 m-14 años). El 55% correspondió al sexo femenino. 40/45 (88,8%) eran de etnia Argentina. Al ingreso 95% eran sintomáticos. La mayoría fueron eutróficos 34/45 (75,5%). Foco de contagio se detectó en 38/49 (77,55%) casos. La prueba tuberculínica al ingreso fue $> 0 = a 10 \text{ mm}$ en el 25%. Presentaban B.C.G. 81,66%. Se efectuó VIH en 44/60 (73,3%). Ninguno fue positivo. Forma pleural se registró en 49% pacientes. Se registraron 20,33% de formas ganglionares. Hubo 5 formas diseminadas que tenían compromiso ganglionar. De todas las formas extrapulmonares se registró compromiso pulmonar concomitante en 34,42% pacientes. En el 14,75% de los casos la localización de TBE fue infrecuente. Comorbilidades se registraron en 8 (13,1%). El rendimiento de la bacteriología sobre los 61 casos de TBE fue del 33%. Sobre el total de 20 aislamientos 18 fueron *Mycobacterium tuberculosis* y 2 *Mycobacterium bovis* (BCG). Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA) fueron 4,9%. El mayor porcentaje de TBE se registró en los últimos 3 años y correspondió a 59% de los casos. Retratamiento se efectuó en 1 caso. La tasa de abandono fue del 18,33%. No se registraron resistencias. 1 paciente falleció.

CONCLUSIONES:

Dentro de las TBE el primer lugar lo ocupó la TB pleural, seguida por la ganglionar. En esta población se notó un incremento importante de TBE en los últimos 3 años. La estancia hospitalaria prolongada se relaciona con la demora en el diagnóstico, lo cual incrementa los costos de manera significativa.

PROVOCACIÓN POR EJERCICIO EN NIÑOS CON SÍNTOMAS SUBJETIVOS DE ASMA Y FUNCIÓN PULMONAR NORMAL SIN RESPUESTA BRONCODILATADORA

PO 24

Erenchun L.1; Prates S.2; Diez G.3
HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA, LA PLATA^{1,2,3}
<LUCIANAERENCHUN@GMAIL.COM>

INTRODUCCIÓN:

El ejercicio es uno de los factores desencadenantes más comunes de broncoconstricción en pacientes con asma con un alto valor predictivo positivo, actuando como gatillo de episodios agudos de obstrucción bronquial en hasta el 90% de los pacientes.

OBJETIVO:

Evaluar broncoconstricción mediante provocación por ejercicio en niños con síntomas subjetivos de asma como falta de aire, tos y sibilancias, y función pulmonar normal sin respuesta broncodilatadora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron pacientes > 5 años, de ambos sexos con síntomas sugestivos de asma y espirometrías normales sin respuesta broncodilatadora positiva. Se evaluaron 46 pacientes (29 varones y 16 mujeres) con un valor promedio de volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1): 111% y de VEF1-CVF: 98. Se realizó espirometría basal y luego test de ejercicio con cicloergómetro con una carga necesaria para alcanzar 80-90% de la frecuencia cardíaca

máxima teórica para la edad mantenida durante un período de 4-6 minutos. Se definió broncoconstricción provocada por ejercicio un descenso > 0 igual al 10% en el VEF1 respecto del VEF1 basal; repetida cada 5' y hasta 30' de concluida la prueba. En los pacientes en quienes hubo disminución del VEF1 $> 10\%$ se administró 200 mcg de salbutamol y se realizó nueva espirometría. Se analizaron los datos mediante planilla de Excel y test de Student.

RESULTADOS:

Se evaluaron 46 pacientes, 20 (19,5%) presentaron caída $> 10\%$ en el VEF1, luego de salbutamol revirtieron la obstrucción. No hubo diferencias significativas en edad, IMC, VEF1, CVF y FEF25-75% basal entre los pacientes con y sin broncoconstricción por ejercicio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

En el grupo de pacientes con síntomas subjetivos de asma y función pulmonar normal sin respuesta broncodilatadora se pudo determinar reactividad bronquial al ejercicio en un 19,5%.

SÍNDROME DE ROHHADNET

RPD 25

Gvirtzman C.¹; Leske V.²; Guerdile M.³; Castaños C.⁴
HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4}
<cgvirtzman@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Sme de ROHHADNET es una rara entidad de causa desconocida y diagnóstico clínico, caracterizada por obesidad de rápido comienzo, hipoventilación, disfunción hipotalámica, desregulación autonómica y tumores neurales.

OBJETIVO:

Reportar 7 casos de Sme de ROHHADNET.

DESCRIPCIÓN:

7 pacientes (pts) de sexo femenino. Motivo de consulta: aumento abrupto de peso en 5 pts (1 asociado a vértigo y angustia y 1 a somnolencia), meningoencefalitis a enterovirus, shock séptico e hipercapnia con posterior aumento rápido de peso 1 pte y cuadro respiratorio con masa mediastinal 1 pte. El diagnóstico inicial fue en 2 pts de Sme de Cushing y en 2 tumor suprarrenal. Edad media(X) de inicio de síntomas 54 meses(32-83) y peso X 36 kg (22-65)(Percentilo >97) con aumento X de 20 kg en un año. Signos y síntomas: en 7 pts (100%) alteraciones endocrinológicas (5(70%) hipotiroidismo, 4(58%) déficit de hormona de crecimiento, 4(58%) hiperprolactinemia y 1(15%) déficit de cortisol, diabetes y resistencia a la insulina), 7(100%) estrabismo, 6(85%) alteraciones vasovagales y de la frecuencia cardíaca, 5(70%) trastornos

hidroelectrolíticos (2 diabetes insípida asociada), 4 (58%) tumores(3 ganglioniomas y 1 ganglioneuroblastoma), 4 (58%) alteraciones neurocognitivas, psiquiátricas (2 tratados con psicofármacos), neurológicas (1 convulsiones, 2 vértigo y ataxia, 1 hipotonía) y dismotilidad gástrica (asociada a enfermedad celiaca 1) y 2 (28%) plaquetopenia. El registro de polisomnografía (PSG) confirmó en 5 pts (70%) síndrome de apnea obstructiva e hipoventilación alveolar (HA) y en 2 (30%) HA. En 3 pts se indicó ventilación no invasiva (VNI) en sueño, en 1 invasiva. La edad X de inicio fue 63 meses (40-83). En 1 pte inició la VNI en la primera internación coincidiendo con el debut de la enfermedad y en 2 pts a los 8 y 10 meses del inicio de los síntomas. El paciente que requirió ventilación invasiva se traqueostomizó y comenzó con la misma a los 12 meses de iniciar los síntomas. 2 pts recibieron gammaglobulina sin respuesta clínica objetiva. 2 pts fallecieron por paro cardio-respiratorio.

CONCLUSIÓN:

Por la alta morbimortalidad del síndrome se debe tener un alto índice de sospecha clínica. La hipoventilación puede presentarse al inicio o meses después siendo importante su pesquisa con PSG reiteradas. A la fecha el tratamiento es paliativo con dieta, reemplazo hormonal, manejo del balance hidroelectrolítico, psiquiátrico y soporte ventilatorio.

ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO: 3 AÑOS DE REVISIÓN UNIDAD DE ENDOSCOPIA RESPIRATORIA HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA

RPD 27

Antonioli C.¹; Farina M.²; Fajre D.³; Diez G.⁴
HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA^{1,2,3,4}
<cin421@hotmail.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La morbilidad y la mortalidad de los "accidentes" en la infancia continúa siendo un problema en la práctica médica. La obstrucción por cuerpo extraño en la vía aérea produce el 7% de las muertes en niños menores de 4 años de edad.

OBJETIVOS:

Evaluar los datos obtenidos de pacientes a los que se realizó endoscopia respiratoria con extracción de cuerpo extraño en los últimos 3 años en el Servicio de Endoscopia Respiratoria del Hospital Sor María Ludovica.

Describir las características del objeto aspirado, localización y edad del paciente, dando a conocer cuáles son los cuerpos extraños que más frecuentemente se aspiran los niños en nuestro medio.

POBLACIÓN:

Se incluyeron los niños a quienes se realizó extracción de cuerpo extraño, en los últimos 3 años en el Hospital de Niños Sor María Ludovica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo y analítico de los casos de aspiración de cuerpo extraño. Se revisaron los protocolos quirúrgicos de los pacientes a los que se realizó extracción

endoscópica de cuerpo extraño desde el 01/01/2013 al 13/06/2015. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, tipo de cuerpo extraño y localización del mismo.

RESULTADOS:

Se analizaron los protocolos quirúrgicos de 22 pacientes, se descartaron 4 por presentar localización en esofágica. De los 18 que se encontraron en vía aérea, 9 fueron de sexo femenino y 9 de sexo masculino. El rango etario fue entre 4 meses y 14 años de edad. Los cuerpos extraños hallados fueron 10 de origen orgánico y 5 de origen inorgánico, 3 no pudo determinarse el origen. Los objetos encontrados fueron: semilla de girasol(3), granos de maíz(2), maní(2), hueso de pollo(1), semilla de mandarina(1), lentejuela(1), hilo(1), botón(1), cabello(1), trozo de cuero(1), silbato(1), en 3 protocolos quirúrgicos no figuraba el objeto extraído. La localización del cuerpo extraño fue en bronquio fuente derecho en 9 pacientes, 4 en bronquio fuente izquierdo, 2 en tráquea, 1 en glotis, 1 en subglotis, 1 en carina traqueal.

CONCLUSIONES:

En nuestra población predominan los cuerpos extraños de origen orgánico, y no hay predominio por sexos. El intervalo de edad fue desde los 4 meses a 14 años. En coincidencia con la literatura, la localización más frecuente fue en bronquio fuente derecho.



EL PEDIATRA ACTIVO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL NIÑO ASMÁTICO

PO 28

Petracca L.¹; Cardigonde M.²

HIGA DR RAMON CARRILLO¹
<lucianapetracca@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

El asma es una enfermedad caracterizada por la presencia de dificultad respiratoria debida a la obstrucción de la vía aérea. Es un trastorno donde se combina inflamación e hiperactividad bronquial, predisposición genética e interacción con el medio ambiente. Se considera la enfermedad crónica más frecuente en la edad pediátrica y la principal causa de ausentismo escolar. Los altos costos económicos tanto del tratamiento de las crisis agudas como las eventuales internaciones, permiten asegurar que resulta más económico aplicar intervenciones terapéuticas tempranas con medicación antiinflamatoria, antes que la utilización de medicación de rescate frente a crisis de obstrucción bronquial. Los objetivos del tratamiento del asma en forma temprana abarcan tanto el cuidado funcional del pulmón en crecimiento, el control de los síntomas acompañando al paciente a desarrollar sus actividades habituales en forma normal, incluyendo el ejercicio físico, como así también prevenir exacerbaciones y obviamente, prevenir la muerte por asma.

OBJETIVO:

Determinar el rol del médico pediatra en el comienzo del tratamiento con antiinflamatorios pulmonares (preventivo) en el niño con signo-sintomatología asmática e historia familiar de asma.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio transversal que consiste en realizar un cuestionario de tres preguntas con dos opciones de respuesta cada una, a médicos pediatras que desarrollan su trabajo en sectores públicos y/o privados del partido de Tres de febrero, provincia de

Buenos Aires, recibiendo niños en demanda espontánea, guardias y/o controles periódicos de salud, que presentan reiterados episodios de broncoobstrucción con antecedentes familiares de asma.

RESULTADOS:

Se entrevistaron 200 médicos pediatras del partido de Tres de febrero, provincia de Buenos Aires que trabajan con pacientes que consultan con signos/sintomatología asmática con antecedentes familiares de asma. De los 200 médicos, el 40% indica inicio de tratamiento antiinflamatorio pulmonar: de ellos, el 75% luego de evidenciar al menos 4 episodios de broncoobstrucción en un año, y el 25% inicia tratamiento independientemente del número de eventos anuales. El 60% restante, de los médicos encuestados, no indica tratamiento preventivo sin previa interconsulta con médico especialista en neumonología infantil.

CONCLUSIÓN:

Existe una gran pérdida de tiempo en el inicio del tratamiento preventivo en pacientes con antecedentes familiares de asma y signo-sintomatología compatible. El pediatra es quien debe intervenir en esta situación, utilizando las herramientas que están a su alcance. Esto disminuye los gastos económicos de internaciones y utilización de medicación de rescate, además de evitar la concurrencia a las guardias pediátricas con crisis agudas, que pueden ser controladas con anterioridad. No es condición excluyente del comienzo de tratamiento preventivo, el número de eventos agudos anuales, ni la consulta previa al especialista infantil. Prevenir en este caso, implicará cuidar al niño en su totalidad; menos eventos broncoobstructivos, menos secuelas pulmonares, mejor calidad de vida.

Opción a premio

SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO SEVERO E HIPERTENSIÓN PULMONAR: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

RPD 29

Zuccarino N.¹; Gvirtzman C.²; Guerdile M.³; Leske V.⁴

HOSPITAL GARRAHAN^{2,3,4}
<nadia_sz@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) se caracteriza por la obstrucción de las vías aéreas superiores que altera la ventilación normal. Su prevalencia estimada en pediatría es del 1.2 a 5.7%. Sin diagnóstico y tratamiento precoz, puede resultar en complicaciones severas.

OBJETIVOS:

Alertar sobre complicaciones severas secundarias asociadas al diagnóstico tardío de SAOS. C

CASO CLÍNICO:

Gemelas de 3 años de edad (Paciente 1/Paciente 2), sexo femenino, consultan en el hospital por ronquidos y pausas respiratorias, enuresis, sudoración nocturna, hiperactividad e irritabilidad de un año de evolución agravada por cianosis peribucal durante el sueño y somnolencia diurna en los últimos 15 días.

Paciente 1: obesidad. Peso 26Kg (Z+6, IMC 24). Hipertrfia amigdalina grado IV. Registro de oximetría de pulso en sueño SaO2 media de 88% y mínima de 60%. Rx cavum: columna aérea de pequeño calibre. Hipertrfia adenoidea y amigdalina. Ecocardiograma: Insuficiencia tricuspídea (IT) severa con gradiente 97mmHg que estima presión suprasistémica

en ventrículo derecho, cavidades derechas dilatadas, sin cardiopatía estructural.

Paciente 2: obesidad. Peso 25.6 kg (Z +6, IMC 23) Hipertrfia amigdalina grado IV. Registro de oximetría de pulso en sueño SaO2 media 88%, mínima 70%. Ecocardiograma: IT, hipertensión pulmonar (HTP) leve. Ingresan a UCI con diagnóstico de SAOS severo e HTP, se inicia en ambas Ventilación No Invasiva (VNI) durante el sueño.

Parámetros: Ipap18/Epap6/FR 20 por 5 días hasta realización de adeno-amigdalectomía, 48hs postquirúrgico se suspende VNI. Control 10 días postquirúrgico: Paciente 1 SaO2 media de 93%, CO2 44mmHg. IT leve, presión en arteria pulmonar (PAP) 30mmHg. Paciente 2 SaO2 media de 97.4mmHg, IT leve, PAP 26mmHg. Control 30 días postquirúrgico: Paciente 1 descenso de peso del 6%. Polisomnografía: SAOS leve sin hipoxemia. Paciente 2 Descenso de peso del 7%. Sin clínica de SAOS.

CONCLUSIONES:

Se recomienda la pesquisa síntomas de SAOS en la consulta clínica. Se sugiere la realización de adeno-amigdalectomía en aquellos pacientes con hipertrofia de amígdalas y su reevaluación postoperatoria para determinar la necesidad de intervenciones adicionales. Se destaca el riesgo potencial de complicaciones severas del SAOS.

COSTO EFECTIVIDAD DEL USO DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE BRONQUIOLITIS

PO 30

Navia M.¹; Nosal P.²; Marquez P.³; Sanchez F.⁴; Delgado F.⁵; Vidal M.⁶; Lemos E.⁷; Llano López L.⁸
HOSPITAL HUMBERTO NOTTI. MENDOZA^{1,2,3,4,5,6,7,8}
<neli_navia@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La bronquiolitis es la infección más común de vías aéreas inferiores en niños menores de 2 años. Aunque su diagnóstico es clínico, aún genera controversia la necesidad de realizar radiografía de tórax en forma rutinaria, con el fin de detectar posibles patologías asociadas, especialmente neumonía. Esto ha sido asociado a tratamientos innecesarios, mayores días de internación y mayores costos sanitarios.

OBJETIVOS:

Evaluar costo-efectividad de realizar radiografía de tórax versus no realizarla a todos los lactantes internados con sospecha clínica de bronquiolitis, tasa de diagnósticos erróneos y sus costos económicos, el costo y el impacto en el sistema de salud que generan las radiografías y la requerimientos hospitalarios por bronquiolitis.

POBLACIÓN:

Pacientes internados con diagnóstico de ingreso de bronquiolitis en el hospital pediátrico Dr. H. Notti en los meses de Junio a Agosto del año 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se efectuó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Los datos fueron obtenidos a partir de historias clínicas. Se evaluó la realización o no de radiografía de tórax dentro de las 48 horas de internación, así como el diagnóstico y tratamiento implementado.

Posteriormente se comparó el diagnóstico radiológico a cargo del médico tratante vs médico especialista en radiología (Gold estándar). Verdaderos positivos: Diagnóstico radiológico de neumonía realizado por médico tratante y por especialista. Falsos positivos: Diagnóstico radiológico de neumonía por médico tratante refutado por especialista. Verdadero negativo: Diagnóstico radiológico de bronquiolitis (ausencia de neumonía) por médico tratante y por especialista. Falsos negativos: Diagnóstico radiológico de bronquiolitis (ausencia de neumonía) por médico tratante refutado por especialista

RESULTADOS:

N= 110 pacientes. 81,8% presentó radiografía de tórax al ingreso hospitalario. El médico tratante diagnosticó neumonía en el 8,2%, en el resto de los pacientes (91,8%) la radiografía no modificó el diagnóstico ni la conducta tomada. Tasa de falsos positivos de 46,7% para diagnóstico de neumonía. Tasa de verdaderos negativos de 100% para bronquiolitis. Número necesario de pacientes a tratar (NNT) =25. El análisis elaborado reflejó un exceso de gastos por radiografías de US\$ 2.050 y por internación de US\$ 5.546,15.

CONCLUSIÓN:

La radiografía de tórax no demostró ser costo-efectiva en el diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis. Se realizaron diagnósticos radiológicos erróneos de neumonía en la mitad de los casos, con sus respectivos costos agregados.

Por los resultados obtenidos no se sugiere la realización en forma rutinaria de radiografía de tórax con pacientes con diagnóstico de bronquiolitis que requieren internación hospitalaria.

A PROPÓSITO DE UN CASO: AMILOIDOSIS RENAL EN PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA

RPD 31

Pelaez G.¹; Millas M.²; Padula M.³; Giugno H.⁴; Sala J.⁵; Lubieniecki F.⁶; Castaños C.⁷
HOSPITAL GARRAHAN¹; HOSPITAL GARRAHAN NEUMONOLÓGIA^{2,3,4,7}; HOSPITAL GARRAHAN ANATOMÍA PATOLÓGICA^{5,6}
<pelaezgaby@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años los pacientes con fibrosis quística (FQ) presentan mayor sobrevida por la mejoría en los tratamientos y controles, pero esto generó un aumento en las complicaciones asociadas a esta enfermedad crónica.

OBJETIVO:

Presentar un caso clínico de un paciente con FQ con una complicación renal poco habitual de esta patología crónica, pero con una alta morbimortalidad.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 19 años, con antecedente de mal progreso de peso e hiperreactividad bronquial. Con diagnóstico de FQ a los 6 meses de vida por 2 test del sudor patológicos: Cloruro de 85 mEq/l y 90 mEq/l y molecular 3120+1kb del 8.6kbheterocigota.

Antecedente de colonización con Pseudomonas al año de vida y múltiples internaciones por exacerbación respiratoria. Con espirometrías estables (VEF1 2,70, 71,8 %). IMC 18,3. Presenta regular seguimiento y adherencia al tratamiento.

En Agosto 2014 se interna por exacerbación respiratoria constatándose hipalbuminemia (0,64 gr/dl), con proteínas 3,8 gr/dl y función renal normal. Al examen físico sindemas ni hematuria y normotenso.

Exámenes complementarios:

- Proteinuria 24 Hs: proteinuria masiva 8,69 gr /dl
- Uroproteinograma: patrón glomerular y
- Ecografía renal: normal.

Con diagnóstico de Síndrome nefrótico humoral se realiza biopsia renal informándose Amiloidosis secundaria. Luego presenta reagudización del Sme Nefrótico con edemas e hipertensión. Inicio tratamiento con Losartán y dieta hiposódica con buena respuesta.

DISCUSIÓN:

En la FQ la enfermedad renal primaria es poco frecuente y la secundaria es cada vez más habitual, en primer lugar por drogas nefrotóxicas, principalmente aminoglucósidos e inmunosupresores post-trasplante. Otras causas menos frecuentes de afectación secundaria son: nefrolitiasis, nefropatía por IgA, nefropatía diabética y amiloidosis.

La amiloidosis se debe al depósito en los tejidos de una proteína amiloide cuya producción aumenta por la inflamación crónica. A nivel renal provoca desde proteinuria de tipo nefrótico hasta insuficiencia renal crónica. La amiloidosis secundaria es poco frecuente en los pacientes con FQ, manifestándose como proteinuria, bocio y/o hepatosplenomegalia. La afectación renal se asocia a mal pronóstico y evolución a la insuficiencia renal en un corto periodo.

CONCLUSIÓN:

Los pacientes con FQ pueden presentar complicaciones debido a la enfermedad como a los efectos adversos de su tratamiento. En el caso de la amiloidosis renal secundaria este debe sospecharse en pacientes con FQ de larga evolución con mal control que presenten proteinuria y edemas.



CALIDAD DE VIDA Y NIVEL DE CONTROL DEL ASMA EN NIÑOS: CORRELACIÓN CON EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR PARTE DE LOS PADRES

PO 32

Ragone M.¹; Pawluk V.²

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1,2}
<lucianaragone@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia y adolescencia, genera grandes costos sanitarios y elevada morbilidad. El control de los síntomas se logra a través del tratamiento de la inflamación y de un plan de educación.

OBJETIVOS:

Evaluar la correlación de los conocimientos sobre asma de los cuidadores y la calidad de vida del niño y el nivel de control del asma.

Población: Niños asmáticos de 7 a 17 años y sus cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se desarrolló un estudio transversal analítico en el Servicio de Neumotisiología del Hospital Pedro de Elizalde durante junio de 2014 a marzo de 2015. Los cuidadores completaron un cuestionario de conocimientos sobre asma. En los niños se evaluó calidad de vida con del Cuestionario Pediátrico de Calidad de Vida en asma (PAQLQ) y nivel de control con el test de control del asma (ACT). El análisis estadístico se llevó a cabo con el software SPSS. Se evaluó el grado de correlación con el Coeficiente de Spearman. Se consideró significativo $p < 0,05$.

RESULTADOS:

Se incluyeron 95 niños y sus cuidadores. Un 51 % de los niños fueron de sexo masculino. La media de edad fue de 10,9 años (DS 2,55). El 34% de los niños presento mal control del asma. Entre los cuidadores predomino el sexo femenino (85%). La puntuación media de la calidad de vida global fue 5,49 (DS 1,23). Un 56% presento un puntaje ≤ 5 . La puntuación media de la encuesta de conocimiento fue 55,51 (DS: 7,043). Doce de los cuidadores encuestados (13%) obtuvieron una puntuación ≥ 64 (conocimiento alto). La correlación entre el conocimiento sobre el asma del cuidador y la calidad de vida del niño no fue significativa ($r: 0,18, p: 0,077$). Se encontró una correlación significativa entre el nivel de conocimiento y el nivel de control del asma ($r: 0,278, p < 0,007$) y entre el nivel de control del asma y la calidad de vida ($r: 0,511, p < 0,0001$).

CONCLUSIONES:

El nivel de conocimientos sobre el asma de los padres es deficiente. El nivel de control del asma influye en la calidad de vida de los niños y los niños cuyos cuidadores presentaron mayor conocimiento presentaron mejor control del asma. El tamaño de la muestra y el poder del estudio fueron insuficientes para demostrar una asociación directa entre el conocimiento de los cuidadores y la calidad de vida de los niños. Se requieren estudios adicionales para comprender las vías por las cuales los conocimientos paternos afectan los resultados en la salud de los niños

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE NIÑOS EN VENTILACIÓN DOMICILIARIA: RESULTADOS DE 7 AÑOS DE SEGUIMIENTO

RPD 33

Leske V.¹; Aguerre V.²; Guerdile M.³; Gonzalez A.⁴;

Testoni F.⁵; Balparda C.⁶; Castaños C.⁷

HOSPITAL DE PEDIATRIA PROF JGARRAHAN¹; SERVICIO DE NEUMONOLOGIA HOSPITAL DE PEDIATRIA PROF JGARRAHAN^{2,3,4,5,6,7}
<vivianleske@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La ventilación domiciliar (VD) en la insuficiencia respiratoria crónica (IRC) aumenta en el mundo. En el año 2007 se abrió en el Servicio de Neumonología el Programa de Seguimiento de VD.

OBJETIVO:

Describir la cohorte de niños en el programa de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo observacional. Se incluyen pacientes (pts) ingresados al programa entre 2007-2014. Se analizan datos demográficos, clínicos, polisomnográficos (PSG) y de la VD.

RESULTADOS:

n 137 pts. La edad x de inicio de la VD fue de 9,6 años (0,25-21,2) y la actual 13,2 (0,25-21,2). Ingresaron F/M: 54/83.

Etiología IRC (n, %)

Enfermedad Neuromuscular	68 (49,6)
S. Genético	26 (19)
Hipoventilación Alveolar Central	10 (7,3)
Obesidad	9 (6,6)
Mielomeningocele	9 (6,6)
Enfermedad Pulmonar Crónica	4 (2,9)
Tumores SNC	4 (2,9)
Otros	7 (5,1)

Ingresaron al programa 10 pts en 2007, 24 en 2013. Distancia residencia-hospital: < 10 km en 10 (7,2%) pts, < 100 km en 59 (43%), 100-500 km en 17 (12,4%) y > 500 km en 51 (37,2%). Tenían seguro social 112 pts (82%). Fundación Garrahan financió 25 (18%). Iniciaron VD por descompensación aguda 40 (29%) pts y por IRC estable 97 (71%). El inicio fue por síntomas en 51 pts (37%) y síntomas + alteraciones PSG en 86 (53%).

Resultados PSG (n 86)

Síndrome Apnea Obstructiva Sueño (SAOS)	31 (36%)
Hipoventilación Alveolar (HA)	24 (27,9%)
Hipoxemia relacionada al REM	13 (15,1%)
Síndrome de Apnea Central (SAC)	6 (7%)
SAOS + SAC	6 (7%)
SAOS + HA	6 (7%)

La ventilación se inicio en pediatría general en 118 pts (86,1%), UCI en 8 (5,8%) y otros centros en 11 (8%). Fue no invasiva en 113 (82,5%) pts (vía nasal 87, oronasal 26) e invasiva vía traqueostomía 24 (18%). Modo ventilatorio: PPC en 18 (13,1%) pts, bi nivel 8 (5,8%), controlada por presión 109 (79,6%), otros 2 (1,5%). Tuvieron complicaciones relacionadas 22 pts (16%). Aún en seguimiento 92 pts (67,1%), resolvieron la IRC 5 (3,6%), fueron transferidos a centros de adultos 14 (10,2%), no adherieron a la VD o desertaron seguimiento 20 (14,6%) y fallecieron 6 (4,4%).

CONCLUSIÓN:

La VD es posible en niños con IRC estable en Argentina. El aumento del número de pacientes admitidos/año al programa y la gran distancia residencia/hospital señalan la necesidad de una red de atención nacional.

SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN ALVEOLAR CENTRAL CONGÉNITA: REPORTE DE NUEVE CASOS.

RPD 34

**Leske V.¹; Gvirtzman C.²; Guerdile M.³; Prates S.⁴;
Castaños C.⁵**

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. JPGARRAHAN¹; SERVICIO DE
NEUMONOLOGÍA HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. JPGARRAHAN^{2,3,5};
SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA
LUDOVICA DE LA PLATA⁴
<vvianleske@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Hipoventilación Alveolar Central Congénita (SHACC) es un desorden de la regulación del control respiratorio y del sistema nervioso autónomo. La presentación clínica puede ser neonatal o de inicio tardío (pasado el primer mes de vida). La presencia de una mutación PHOX2B confirma el diagnóstico.

OBJETIVOS:

Reportar pacientes con diagnóstico confirmado de SHACC seguidos en nuestro laboratorio de sueño.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS:

Se reportan 9 pacientes (pts) con edad media 4.47 (1.40-13.93). Sexo M/F: 5/4. La forma de presentación fue neonatal en 5 pts y tardía en 4. Tres de ellos tuvieron síntomas en los primeros 3 meses de vida y uno a los 12 años. Las muestras de ADN para detección de la mutación PHOX2B fueron enviadas a Rush University Medical Center, Chicago, USA y al Hospital Necker Enfants Malades, Francia. La edad media

de la confirmación diagnóstica fue 2.4 años (1.1-13.5). Los pacientes con presentación neonatal tuvieron las mutaciones: 20/31 en 1 paciente, 20/27 en 2 y 20/26 en 2. Los pts con presentación tardía tuvieron la mutación 20/25 en 3 casos y una mutación NonPARM en 1 caso. Todos los niños con presentación neonatal requirieron intubación inmediatamente pos nacimiento y presentaron fallos sucesivos de extubación. Dos pacientes con inicio tardío presentaron paro cardio-respiratorio en el curso de una infección respiratoria, uno episodios de apneas recurrentes, palidez y cianosis y otro extubaciones fallidas luego de una apendicectomía y tenía antecedentes familiares de SHACC. Seis pacientes fueron traqueostomizados y lo están hasta el presente, 3 se ventilan en forma no invasiva. Tres requieren ventilación continua, sus mutaciones son 20/31, 27/31 y 26/31. Todos usan modos barométricos. Se realizaron biopsias rectales a 2 pts, ambas negativas. Un paciente necesitó una colostomía. Los Holter cardíaco fueron normales en 8/8 pts. Ningún paciente tuvo tumores. Dos pacientes tuvieron síncope.

CONCLUSIÓN:

Destacamos un importante retraso en la confirmación diagnóstica debido a la ausencia de estudio para SHACC en la Argentina. El compromiso ventilatorio mostró correlación genotipo-fenotipo. Se destaca un elevado número de pacientes con presentación tardía en la serie.

TRATAMIENTO CON SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA INHALADA EN NIÑOS PREESCOLARES CON FIBROSIS QUÍSTICA

PO 35

Díaz Cazaux A.¹; Palacio Petri S.²; Giugno H.³; Castaños C.⁴

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

INTRODUCCIÓN

La solución salina hipertónica inhalada (SSH) mejora la función pulmonar y reduce las exacerbaciones pulmonares en niños mayores con fibrosis quística (FQ). El inicio temprano del tratamiento puede reducir el deterioro de la función pulmonar.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue determinar si la SSH tiene efecto beneficioso sobre la función pulmonar. Las medidas de resultado secundarias incluyeron síntomas respiratorios, mediciones antropométricas, nuevo aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa*, tasa de exacerbaciones, efectos adversos y adherencia.

MÉTODOS

En este estudio de dos centros participantes, abierto, prospectivo, de grupos paralelos, se incluyeron 34 pacientes con diagnóstico de FQ. Niños de 3 a 6 años fueron asignados al azar para recibir solución salina hipertónica al 7% (grupo activo) o solución salina isotónica 0.9% (grupo de control), nebulizado dos veces al día durante 24 semanas, previa administración de Salbutamol antes de cada dosis del fármaco.

RESULTADOS

27 pacientes completaron el estudio. La función pulmonar (reflejada por VEF1 en espirometría, y Rrs 5-10 Hz en oscilometría de impulso) no difirió significativamente entre los grupos durante todo el estudio. Sin embargo, la diferencia absoluta en el VEF1 al final del estudio en comparación con el VEF1 basal fue mayor en el grupo activo.

Hubo una mejoría subjetiva en la eficacia de la fisioterapia respiratoria desde el inicio en el grupo activo ($p = 0,05$). No hubo diferencia significativa en otros puntos finales secundarios. El tratamiento con SSH fue bien tolerado. El perfil de efectos adversos fue similar en cada grupo. La adherencia fue al menos 80%, sin diferencia entre los grupos.

CONCLUSIÓN

En nuestro grupo, el tratamiento con solución salina hipertónica resultó en una ligera pero no significativa mejoría en la función pulmonar, comparada con la solución salina isotónica.



EVALUACIÓN AUDITIVA POR AUDIOMETRÍA Y OTOEMISIONES ACÚSTICAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

PO 36

Enrechun L.1; Masini A.2; D'alessandro V.3; Diez G.4

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA, LA PLATA^{1,2,3,4}
<lucianaerenchun@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En nuestro medio, no se lleva a cabo una evaluación auditiva de rutina en los pacientes con Fibrosis Quística (FQ), por lo que la prevalencia de hipoacusia no está bien establecida. Los antibióticos aminoglucósidos (AG) utilizados para exacerbaciones respiratorias son drogas potencialmente ototóxicas. Existe amplia variabilidad de reportes en la prevalencia de ototoxicidad y no hay un consenso claro sobre las pruebas diagnósticas.

OBJETIVO:

Explorar la audición en pacientes pediátricos con FQ mediante audiometría tonal (AT) y otoemisiones acústicas por producto de distorsión (OEA).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de FQ menores de 18 años. Se realizó AT para diagnosticar hipoacusia conductiva (disminución en transmisión del sonido), sensorineural (alteración en la discriminación e identificación del sonido) o mixta; y OEA para diagnóstico de daño coclear.

RESULTADOS:

Se incluyeron 43 pacientes, 18 de sexo femenino y 25 de sexo masculino, de los cuales 38 (88%) recibieron tratamiento antibiótico con AG en los últimos 2 años. En los pacientes > o iguales 4 años se realizaron 39 AT y OEA. Se encontró hipoacusia en 20 (51%) pacientes, de tipo conductiva en 18 (90%), de ellos 6 (30%) presentaron OEA alteradas; y mixta en 2 (10%). En los menores de 4 años las OEA fueron normales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La AT y OEA en este grupo de pacientes revelaron una alta prevalencia de déficit auditivo. Las hipoacusias debidas a patologías de oído medio, pueden ocasionar trastornos del lenguaje, habla y aprendizaje; por lo tanto creemos, que es necesario incorporar como estudio de rutina estas pruebas diagnósticas en esta enfermedad.

EFFECTO DE UN CONCENTRADO DE HUMO DE CIGARRILLO SOBRE UN MODELO IN VITRO DE EPITELIO RESPIRATORIO ASMÁTICO: RESPUESTA AL BUDESONIDE Y ESTRÉS OXIDATIVO

PO 37

Dugour A.1; Calello M.2; Figueroa J.3

FUNDACION CASSARA^{1,2,3}
<andydugour@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La exposición al humo de cigarrillo (HC) en niños asmáticos se asocia con mayor severidad clínica y peor respuesta al tratamiento con corticoides tópicos; se ha propuesto que el estrés oxidativo sería la causa de este deterioro. El epitelio respiratorio es clave en la generación de la inflamación y la remodelación en el asma. Las células Calu-3 (línea de epitelio respiratorio humano) cultivadas en monocapa remodelan el epitelio bronquial in vivo y al ser estimuladas con IL-1 β y H₂O₂ responden con un perfil de citoquinas similar al descrito en el asma (modelo de "asma" in vitro).

OBJETIVOS:

1) evaluar en un modelo in vitro de epitelio con asma el efecto de la adición de un concentrado de humo de cigarrillo (CHC) sobre la liberación de IL-6, IL-8 (citoquinas "inflamatorias") y VEGF (citoquina "remodeladora"); 2) evaluar la respuesta al Budesonide (BUD); y 3) evaluar la participación del estrés oxidativo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se cultivaron células Calu-3 en monocapa y se dividieron en grupos. Un grupo "control (C)" recibió medio de cultivo y en los grupos experimentales se agregó IL-1 β +H₂O₂ (modelo "asma") o IL-1 β +H₂O₂+CHC (modelo "asma+cigarrillo"). Luego de 4 hs

el medio fue reemplazado por medio fresco solo (C) o con BUD (células tratadas). A las 24 hs se cuantificó en el sobrenadante IL-6, IL-8 y VEGF (técnica ELISA). Para evaluar la participación del estrés oxidativo se repitió, en todos los grupos, lo ya descrito agregando N-Acetyl Cisteína (NAC=antioxidante) junto a cada estímulo. Análisis estadístico: Test de Comparaciones Múltiples de Newman-Keuls.

RESULTADOS:

El epitelio "asmático" libera más IL-6 (6,9 veces), IL-8 (5,3 veces) y VEGF (121%) que el C. La adición de CHC produjo un aumento significativamente de estas citoquinas y de VEGF (IL-6: 13,7 veces y IL-8: 7,4 veces, VEGF: 152%). El tratamiento con BUD disminuyó las citoquinas en ambos grupos, persistiendo al final mayores niveles de las mismas en las células expuestas al CHC (IL-6: 3356 vs 1742 / IL-8: 89690 vs 59720, ng/ml). La adición de NAC bloqueó la inducción de mayor liberación de citoquinas por el CHC.

CONCLUSIONES:

La exposición del epitelio "asmático" al CHC indujo estrés oxidativo y esto se asoció con un aumento de la respuesta de citoquinas que no responde al BUD. El presente modelo se comporta en forma similar a los pacientes asmáticos y podría ser útil en la evaluación inicial de estrategias terapéuticas para el tratamiento de los niños asmáticos expuestos al (HC).

ANÁLISIS DE INTERNACIONES POR EXACERBACIONES ASMÁTICAS

PO 38

Borda M.¹; Núñez Camelino F.²; Acevedo A.³; Nacke N.⁴
HOSPITAL PEDIÁTRICO JUAN PABLO II^{1,2,3,4}
<mborda2009@live.com>

INTRODUCCIÓN:

El asma bronquial es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la infancia, con alta morbilidad a pesar de tener buenos tratamientos. El control total del asma es un objetivo difícil, y las internaciones son un marcador del fracaso del tratamiento controlador. Muchas pueden ser evitadas, reconociendo y actuando sobre sus causas.

OBJETIVOS:

Evaluar las internaciones por exacerbaciones asmáticas y analizar sus causas. Reconocer las dificultades en el control del asma. Población: Totalidad de egresos entre 6 y 15 años por asma bronquial de Internación Indiferenciada del Hospital Pediátrico J.P.II, desde el 1/1/14 al 1/5/15. Se incluyeron 46 pacientes, excluyéndose pacientes con SDR0 menores de 5 años o con comorbilidades (FQP, ID, cardiopatías, otras).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de pacientes internados por crisis asmática. Variables evaluadas: sexo, edad, severidad y tipo de exacerbación, época del año, días de internación, asociación con IRABs. Resultados: 46 pacientes entre 6 y 15 años con asma persistente leve y moderado, y

parcialmente y no controlados. Prevalencia de sexo femenino 24/22 (52%). El 89% tuvo crisis moderada y los severos UCI y ARM. No hubieron óbitos. Predominio en menores de 10 años. 24 pacientes (52%), tratados como IRAB asociada, recibieron antibióticos. Un solo paciente presentó SPP a Neumococo. Al 15% se le realizó virológico, con un sólo rescate (VSR en UCI). Predominio en otoño (52%), ninguna severa en invierno, internación promedio entre 5 y 7 días. E 13% permaneció más de 10 días. El 75% no tenía preventivos indicados y del 25% en tratamiento el 80% poca adherencia. Alto porcentaje no usaba aerocámaras, o con técnica inadecuada. Hubieron menos internaciones que en 2012 y 2013.

CONCLUSIONES:

Para una patología controlable muchas internaciones. Acorde a severidad, dentro de las formas más frecuentes en Pediatría. Predominio de mujeres (52%). Mayor cantidad de internaciones en menores de 10 años. La mitad tratados como IRAB asociada, que no siempre requieren antibióticos. Virológico utilidad limitada y en casos puntuales. Predominio de internaciones durante el otoño incluyó las crisis severas. Sugerimos tratamiento precoz en los casos persistentes, optimizando la adherencia, con dispositivos y técnica adecuados a la edad, así como educación al paciente y la familia.

BRONCOSCOPIA RÍGIDA E INSTILACIÓN DE DNASA: MANEJO DE ATELECTASIAS PERSISTENTES EN PEDIATRÍA.

RPD 39

Nieto M.¹; Antonioli C.²; Botto H.³; Rodriguez H.⁴
HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF.DR.J.P.GARRAHAN^{1,3,4}
HOSPITAL SOR MARIA LUDOVICA²
<marynieto14@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La atelectasia persistente es una entidad frecuente en la edad pediátrica. Dentro de las causas obstructivas es frecuente observar taponos de moco que contienen una cantidad significativa de DNA producto de la degeneración leucocitaria y del détritus celular. Se ha observado la efectividad del tratamiento de los pacientes con Fibrosis Quística con DNasa recombinante humana. En este estudio se plantea la utilidad de la broncoscopia con instilación de DNasa en aquellos pacientes no fibroquísticos que presenten atelectasias.

OBJETIVO:

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de la broncoscopia rígida con ventilación selectiva e instilación de DNasa más kinesioterapia vibratoria, en atelectasias persistentes que no respondieron al tratamiento médico.

POBLACIÓN:

Pacientes con atelectasia persistente, que consultaron al Servicio de Endoscopia Respiratoria del Hospital de Pediatría Prof. Dr.J.P. Garrahan en el periodo comprendido entre abril del año 2012 y febrero del 2014. Criterios de exclusión: atelectasia sin tratamiento médico previo (kinesioterapia, B2 y antibióticos), atelectasia por compresión extrínseca, cuerpo extraño o tumor endobronquial, y pacientes con fibrosis quística.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio longitudinal, prospectivo, que incluyó 21 pacientes. Se realizó endoscopia respiratoria bajo anestesia general, con broncoscopio rígido, efectuando lavados con solución fisiológica e instilación de dornasa alfa, con ventilación selectiva más kinesioterapia vibratoria. Se efectuó radiografía de tórax previa al procedimiento y una semana después para valorar resolución o requerimiento de nueva endoscopia. En aquellos que no resolvieron, se programó nueva endoscopia 3 semanas después, y en el caso de persistir, se repitió hasta un máximo de 4 lavados.

RESULTADOS:

De los 21 pacientes, el 51% (12 pacientes) mejoraron con 1 lavado, el 23,8% (5 pacientes) requirieron un segundo lavado, el 14,28% (3 pacientes) requirieron 3 lavados, y un 9,5% (2 pacientes) requirieron 4 lavados. Los 2 pacientes que requirieron 4 lavados presentaron mejoría radiológica pero sin resolución, ambos tenían patología asociada (síndrome linfoproliferativo y trasplante renal) y signos radiológicos que sugerían bronquiectasias localizadas.

CONCLUSIONES:

La asociación terapéutica de broncoscopia rígida, instilación de DNasa, y asistencia kinesica vibratoria fue efectiva en la mayoría de los pacientes demostrada clínica y radiológicamente. No se observaron complicaciones.



TRATAMIENTO Y QUIMIOPROFILAXIS PARA TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

RPD 40

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

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

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TB) puede pasar inadvertida en pacientes con Fibrosis Quística (FQ). La presencia de bacilos ácido alcohol resistentes en el esputo de estos pacientes induce a pensar en micobacterias no tuberculosas. Sin embargo en lugares de Argentina donde la TB es más frecuente, como la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano bonaerense, debemos tenerla en cuenta.

OBJETIVO:

Presentar la evolución de tres pacientes con FQ en contacto con TB.

Caso 1: Niño de 4 años, diagnóstico de FQ a los 2 años, DF508 homocigota. Consultó por exacerbación respiratoria y durante el interrogatorio refirió padre con diagnóstico de TB. PPD: 18 mm. Bacteriología de esputo: *Staphylococcus aureus*, *Stenotrophomonas maltophilia*, Baciloscopia y cultivo positivos para *M. tuberculosis*. Tomografía (TAC) de Tórax: compromiso ganglionar mediastinal y parenquimatoso bilateral con imágenes de árbol en brote y nódulos centrolobulilares. Recibió antibióticos para gérmenes comunes (14 días) e isoniácida (H), rifampicina (R), pirazinamida y etambutol, dos meses, y pasó a fase de mantenimiento con H y R. Se realizó el estudio de contactos no encontrándose otros

enfermos TB. Completó 9 meses de tratamiento, con buena tolerancia a los fármacos, sin exacerbaciones respiratorias. **Caso 2:** Paciente de 8 años, diagnóstico de FQ al año con dos test del sudor patológicos, molecular negativo. Consulta por familiar conviviente TB bacilífero. PPD 0 mm, baciloscopia y cultivo de esputo para TB negativo, funcional respiratorio estable y TAC de tórax sin cambios respecto a estudios previos. Cumplió quimioprofilaxis con H 6 meses con buena tolerancia. En el estudio de contactos no se encontró otros enfermos TB.

Caso 3: Paciente de 17 años, diagnóstico de FQ a los 6 meses de vida, DF508 homocigota. Consultó por exacerbación respiratoria y hemóptisis. Refiere contacto con un compañero de escuela con TB bacilífero. PPD realizada en estudio de contactos escolar con mala técnica. TAC de tórax sin cambios. Baciloscopia y cultivo de esputo para TB negativo. Cultivo de esputo positivo para *Pseudomonas aeruginosa*, con franca mejoría luego del tratamiento antibiótico, se indicó quimioprofilaxis con H.

CONCLUSIÓN:

La enfermedad TB puede pasar inadvertida porque los síntomas se fusionan con los de la enfermedad crónica y las exacerbaciones bacterianas. Ante el contacto con TB se debe decidir la conducta terapéutica teniendo en cuenta esta grave comorbilidad.

EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DEL EMPLEO DE UNA NUEVA TECNICA DE BIOLOGIA MOLECULAR (XPRT MTB/RIF) EN EL DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS

PO 41

Gonzalez N.¹; Urteneche M.²; Pawluk V.³; Gil S.⁴; Macha Marin E.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5}
<negonza@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

El diagnóstico de tuberculosis (TB) en pediatría requiere la presencia de varios criterios: epidemiológico, clínico, radiológico y microbiológico. Este último consta de métodos como la baciloscopia, el cultivo y técnicas de biología molecular. El *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) es un germen de crecimiento lento y requiere un número mínimo de 10 bacilos/ml de muestra para obtener un cultivo positivo, esto dificulta su aislamiento en los pacientes pediátricos que presentan formas de TB paucibacilares, e impide el diagnóstico precoz. Las nuevas técnicas de biología molecular se han propuesto como una buena alternativa para el diagnóstico de TB dada la rapidez en los resultados, su alta sensibilidad y especificidad y su capacidad para detectar resistencia a medicamentos.

OBJETIVO:

Comunicar la experiencia del empleo de una técnica de biología molecular en el diagnóstico de TB pediátrica, comparada con la baciloscopia y el cultivo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se estudiaron microbiológicamente las muestras de pacientes internados con sospecha de TB pulmonar o extrapulmonar en base a criterios clínicos, radiológicos y epidemiológicos. Se realizó examen microscópico directo (baciloscopia),

cultivo en medio líquido: BACTEC MGIT 960, BD, y Biología Molecular: Xpert MTB/RIF, Cepheid (Prueba diagnóstica in vitro de PCR semicuantitativa, integrada y en tiempo real, que detecta el ADN del complejo MTB y mutaciones del gen *rhoB* asociadas a resistencia a la rifampicina).

RESULTADOS:

Se analizaron 47 muestras: esputo: 13, lavado gástrico (LG): 6, líquido pleural (LP): 6, líquido cefalorraquídeo (LCR): 9, biopsia tisular: 7, absceso: 4, líquido peritoneal: 1, punción ótica: 1.

19/47 fueron positivas al cultivo.

7/47 muestras fueron positivas al examen directo, cultivo y Xpert.

16/47 fueron positivas al cultivo y Xpert.

Comparado con el cultivo, la sensibilidad fue: 37% para baciloscopia y 84% para Xpert.

La confirmación por cultivo de las muestras con baciloscopia negativa y Xpert positivo (9/16) demoró entre 10 y 40 días. No se halló resistencia a rifampicina por Xpert ni por cultivo. 3 muestras fueron positivas sólo al cultivo: 1 LP, 1 LG y 1 LCR (MTB con resistencia a isoniácida).

CONCLUSIÓN:

El cultivo continúa siendo el mejor método para confirmar TB. Sin embargo, en varios casos esta técnica de biología molecular nos permitió realizar el diagnóstico más rápidamente que el cultivo y fue más sensible que la baciloscopia tanto en muestras pulmonares como extrapulmonares.

REGISTRO DE FIBROSIS QUÍSTICA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: DATOS EPIDEMIOLÓGICOS AÑO 2013

PO 42

Dalessandro V.¹; Sirimarco L.²; Diez G.³; Rentería F.⁴; Prates S.⁵; Finochiaro J.⁶; Herrera J.⁷; Varas C.⁸; Andreozzi P.⁹; Ditondo J.¹⁰; Alaimo F.¹¹; Palmisciano V.¹²; Segal E.¹³

HTAL DE NIÑOS "SOR MARÍA LUDOVICA" 34568 12 MINISTERIO DE SALUD²; HTAL ANTONIO CETRANGOLO³; HTAL ALEJANDRO POSADAS⁴; HTAL PENNA BAHIA BLANCA¹⁰; HTAL SAN MARTIN LA PLATA¹¹; HTAL MATERNO INFANTIL MAR DEL PLATA¹²
<vir.dalessandro@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Fibrosis Quística (FQ) es la enfermedad genética potencialmente letal más frecuente en nuestra población. La implementación de registros de pacientes ha demostrado en otros países contribuir sensiblemente a la eficiencia de su atención, mejorar la sobrevida y establecer programas de asistencia, docencia e investigación. En 2011 se implementó en la Provincia de Buenos Aires el Registro Provincial y este año 2015 el Registro es online. Los datos relevados fueron consensuados por todos los centros hospitalarios habilitados en la provincia.

OBJETIVOS:

Presentar una muestra de los datos epidemiológicos incluidos en el Registro Provincial de FQ, correspondiente al año 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se registraron pacientes con diagnóstico de FQ de acuerdo a consensos nacionales e internacionales a través de un programa on-line. El Registro releva un total de 103 variables agrupadas en: Generales (7), Exacerbaciones (3), Bacteriología (4), Función Pulmonar (12), Laboratorio (17), Examen Clínico (1), Tratamiento

(4), VNI (6), Aerosolterapia (8), Nutrición (13), Trasplante (1), Asistencia psicológica (5), Adherencia (13), Higiene (4); y Cobertura Social (5).

RESULTADOS:

Participaron 6 centros de atención. Algunos resultados relevantes de las variables analizadas se presentan a continuación (expresados en %):

Pediátrico vs Adultos	Sexo (F/M)	X Inf	Crónica Pa	Prevalencia Sa	Prevalencia Asper	Prevalencia BC	ADNasa (si)
83,5/16,4	47,9/52,1	172,7	22,52	45,3	4,88	4,5	44,5

Adherencia Nebulizaciones (ideal)	Adherencia enzimas (ideal)	Adherencia vitaminas (ideal)	Adherencia KNT (ideal)	Higiene (con alcohol)	Compromiso (bueno)	Conocimiento (bueno)	Técnicas KNT (Drenaje)
24,8	32,2	38,1	25,3	87,3	60,5	90,7	47,09

CONCLUSIONES:

Disponer de una herramienta estadística diseñada específicamente para analizar la problemática provincial, ayudará a mejorar la planificación de políticas asistenciales, evaluar resultados para una metodología estandarizada, programar recursos para las múltiples estrategias terapéuticas requeridas, establecer programas de educación de equipos de salud y objetivos de investigación clínica. Todos estos factores contribuirán a lograr mejorar la sobrevida de los afectados

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON ACONDROPLASIA

RPD 43

Guerdille M.¹; Leske V.²; Gvartzman C.³; Del Pino M.⁴; Castaños C.⁵

SERVICIO DE NEUMONOLOGIA HOSPITAL GARRAHAN^{1 2 3 5}; SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO HOSPITAL⁴
<majoguerdille@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los trastornos respiratorios del sueño (TRS) son una complicación frecuente en pacientes con acondroplasia (AC). Son factores predisponentes una base craneal corta e hipoplasia del 1/3 medio de la cara favoreciendo el Síndrome de Apnea obstructiva del sueño (SAOS), la compresión medular secundaria a estenosis del foramen magnum (FM) afectando el control de los centros respiratorios y la deformidad torácica responsable de una hipoventilación alveolar (HA).

MATERIALES Y METODOS:

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Criterios de inclusión: Pacientes (pts) con diagnóstico de AC referidos por 1era vez al Laboratorio de sueño del Htal Garrahan entre Abril 2002 - Abril 2015. Se analizaron las historias clínicas para recolectar datos sobre edad, sexo, antropometría, síntomas de TRS y polisomnografías (PSG). La PSG se realiza de rutina según las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y se analiza según las normas de la Academia Americana de Medicina del Sueño. Se definió:

SAOS leve: Índice de Apnea Hiponea Obstructiva/hr (IAHO/hr): >1 y <5. **SAOS moderado:** IAHO/hr >5 y <10. **SAOS severo:** IAHO/hr >10. **Síndrome de Apnea Central (SAC):** Índice de Apnea Central (IAC)/hr >3. **HA:** Tiempo total de registro (TTR) con CO₂ > 50 mmHg ≥ 25%

RESULTADOS:

Tabla 1 - datos antropométricos:

Sexo (F/M)	23 / 31
Edadaños	3,49 (0,2-17)
Peso kg	12,3 (4,5-40)
Score Z Peso	-1,74 (-13,77-2,65)
Talla cm	74,8 (56,8-103,8)
Score Z Talla	-4,4 (-11,25-2,62)

SINTOMAS: presentaban ronquido 47 pts (87%) y referían pausas respiratorias 20 (37%). Fueron derivados para evaluación pre-quirúrgica de cirugía descompresiva de FM 6 pts (11,1%).

Tabla 2 - PSG:

TTR min	431 (140-660)
TTS min	333 (83-556)
Eficiencia de sueño %	80,1 (37,6-99)
Sueño REM %	22,5 (8,9-34,8)
IAC/hr	1,5 (0-12)
IAHO/hr	12 (0-117)
Saturación de O ₂ x (%)	96,3 (76-100)
Saturación de O ₂ mínima x (%)	82,9 (40-98)
Saturación < 90% n(%)	16 (34,7)
CO ₂ x mmHg (9 pts)	36,9 (22,8-48)
CO ₂ máxima mmHg (9 pts)	52,4 (46-68)

Se diagnosticaron:

SAHOS: 33/54 (61,1%); SAHOS leve 11/33 (33,3%), SAHOS moderado 3/33 (9%) y SAHOS severo 19/33 (57,5%). **SAC:** 9/54 (16,6%). **CONDUCTA TERAPEUTICA** pos PSG en 10 pts con SAHOS SEVERO y SAC Cirugía de Amígdalas y adenoides 6/10 (60%) Cirugía descompresiva 5/10 (50%) Presión positiva (CPAP / BiPAP) 4/10 (40%)

CONCLUSIÓN:

Los TRS son frecuentes en pacientes sintomáticos con AC. Su derivación oportuna al Laboratorio de sueño es importante, ya que la PSG es de gran utilidad para definir conductas terapéuticas.



A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME DE DRESS EN FIBROSIS QUÍSTICA

RPD 44

Blanco M.¹; Erenchun L.²; Granillo Fernandez M.³;
 Rositto A.⁴; D'alexandro V.⁵
 HIAEP SOR LÚDOVICA^{1,2,3,4,5}
 <joly1_54@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de DRESS (drug rash with eosinophilia and systemic symptoms) es una toxicodermia grave de tipo idiosincrásico que se caracteriza por fiebre, exantema, adenopatías, alteraciones hematológicas y compromiso de órganos internos. Los fármacos que con mayor frecuencia pueden ocasionar este síndrome son: anticonvulsivantes aromáticos, algunos antibióticos y antirretrovirales (abacavir, nevirapina) y el allopurinol.

OBJETIVO:

Presentar un caso de dermatitis por hipersensibilidad a drogas tipo DRESS en un paciente con Fibrosis Quística (FQ)

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente de 4 meses de edad, sexo femenino, con diagnóstico de FQ, sugerida por pesquisa neonatal (TIR 321,4 ng/ml y 361,3 ng/ml) y confirmada mediante Test del Sudor (Cl: 86 mEq/l, Na: 71 mEq/l, P: 158 mg) y mutación genética G542X/otra, con insuficiencia pancreática (elastasa-1 en materia fecal 6 mcg/gr).

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

Exantema generalizado y fiebre. Se interpretó como dermatitis por déficit nutricional severo, con sospecha de sobreinfección bacteriana. Cumplió tratamiento antibiótico endovenoso. Al ingreso presentó hipoproteinemia, con hipoalbuminemia, disminución de la concentración de protrombina y acidosis metabólica con hiponatremia. Desarrolló edema de miembros inferiores que luego se generalizó. Se realizó transfusión de albúmina así como de glóbulos rojos y lípidos. Luego de suspender el tratamiento antibiótico endovenoso presentó empeoramiento del exantema de tipo morbiliforme confluyente, que asociado a un aumento de enzimas hepáticas, eosinofilia y biopsia de piel que informó dermatitis citotóxica aguda, se diagnosticó reacción por hipersensibilidad a drogas tipo DRESS, recibiendo 3 pulsos de Metilprednisolona endovenosa con evolución clínica y de laboratorio favorable.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Se considera este caso de interés clínico debido a la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoz, debido a su alto grado de mortalidad (10-30%).

ASOCIACIÓN DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 45

Gajo Gane M.¹; Borda M.²; Acuña De Baruzzo J.³;
 Núñez Camelino M.⁴; Cabral Castella A.⁵; Pedrini C.⁶
 HOSPITAL JUAN PABLO II^{1,2,3,4,5,6}
 <agajogane@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis y el cáncer son dos procesos que pueden estar relacionados. Hay situaciones en las que se sospecha una tuberculosis y finalmente se confirma una neoplasia y en otros casos ocurre a la inversa.

OBJETIVO:

Describir un caso clínico de un paciente con LLA debut y probable tuberculosis.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 10 años de edad, procedente de la ciudad de Goya, es el 9° hijo de 11 hermanos. Como dato de interés tiene un hermano mayor, conviviente tratado por TBC pulmonar hace 2 años (completó tratamiento). No se hizo catastro ni profilaxis familiar. Consulta por tumoración cervical bilateral de dos semanas de evolución, medicado con Amoxicilina por foco dentario 48 HS. Previa a la consulta se agrega decaimiento del estado general e hipertermia. Ingresan en regular estado general, febril, con palidez mucocutánea generalizada, adenopatías cervicales, preauriculares, occipitales, submaxilares, supraclaviculares, axilares e inguinales. Hígado a 8 cm. debajo del reborde costal, sin sintomatología

pulmonar. Laboratorio: anemia moderada y plaquetopenia, blancos normales, 34 % de blastos de aspecto L1 y otros de aspecto monoblásticos. PAMO: LLA pro B. Por ser paciente inmunocomprometido por su enfermedad de base que debe recibir quimioterapia, y el antecedente de TBC familiar, se realiza PPD que es (+): >20mm. Radiografía de Tórax con infiltrado intersticial bilateral y toma de biopsia de ganglio cervical que se envía para cultivo para TBC. En evaluación conjunta por Neumonología e Infectología, y teniendo en cuenta el antecedente epidemiológico, la clínica, la PPD + y a pesar de no rescatar MB, se decide iniciar tratamiento con tuberculostáticos con 4 drogas y posteriormente 15 días después, la quimioterapia. Presentó buena evolución clínica, permaneció afebril con disminución de adenopatías y mejor estado general.

CONCLUSIÓN:

Las adenomegalias pueden ser multietiológicas, de patologías infecciosas y no infecciosas, lo que obliga a plantearse varios diagnósticos diferenciales al momento de estudiarlas y tratarlas, y en nuestro país y nuestra zona en particular, al ser la TBC tan frecuente debe ser pensada.

En el caso de este paciente inmunocomprometido con LLA y probable TBC, se decidió finalmente iniciar con tuberculostáticos precozmente, y luego la quimioterapia sin tener el rescate del MB, dada la gravedad de la situación.

TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: RESULTADOS DE 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JUAN P. GARRAHAN

PO 46

Dicembrino M.¹; Lucero B.²; Haag D.³; Boglione M.⁴;
Giugno H.⁵; Castaños C.⁶

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

INTRODUCCIÓN:

El trasplante de pulmón se ha convertido en una opción de tratamiento viable para pacientes en fase terminal de una variedad de enfermedades respiratorias. Los objetivos de este estudio es describir las características clínicas de los pacientes pediátricos evaluados para Trasplante Pulmonar y analizar la evolución de los pacientes ingresados en lista de espera para el órgano.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, retrospectivo, en donde se evaluaron las historias clínicas de los pacientes derivados al programa de Trasplante Pulmonar Pediátrico del Hospital Garrahan, entre octubre de 1999 y octubre de 2014.

RESULTADOS:

Se evaluaron 55 pacientes, 28 (51%) derivados de la provincia de Buenos Aires y 27 (49%) del interior del país. 27 (49%) mujeres y 28 varones (51%). Rango de edad entre 2 y 17 años.

El diagnóstico de la patología de base fue enfermedad

pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en 22 casos, fibrosis quística (FQ) en 22p, hipertensión pulmonar primaria (HPP) en 10p y neumonía intersticial en 1 caso.

De los 55 niños, 32 (40%) ingresaron en lista de espera para trasplante pulmonar. De ellos, 10p fallecieron esperando el órgano, 3 fueron derivados a centros de adultos, 3p salieron de lista por falta de adherencia al tratamiento y seguimiento, 3p se encontraban en lista. Los 13 niños restantes (EPOC 7/13p, FQ 5/13p y HPP 1/13p) recibieron trasplante bipulmonar tras un tiempo en lista entre 1 mes y 11 meses (promedio 5 meses, mediana de 2 meses).

De los trasplantados, 7 (54%) fallecieron y seis pacientes permanecían vivos luego de 7 años, 5 años, 2 años, 1 año y 8 meses, y 1 mes de la operación, con una sobrevivida global de: 71% al año (10/13); 54% a los 3 años (7/13) postrasplante.

DISCUSIÓN:

Un elevado porcentaje (32%) falleció en lista de espera. La sobrevivida de los pacientes trasplantados fue baja, sin embargo estos datos no pueden compararse con registros Internacionales debido al escaso número de pacientes incluidos. A pesar de estos resultados consideramos que el trasplante pulmonar es una herramienta terapéutica válida y que se debe considerar iniciar la evaluación pretrasplante de forma más temprana.

GLUCOGENOSIS PULMONAR INTERSTICIAL (GPI) EN RECIÉN NACIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 47

Salim F.¹; Díaz Cazaux A.²; Rizzi A.³; Morales J.⁴;
Alconada T.⁵; Alvarez M.⁶; Boglione M.⁷; Castaños C.⁸

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6,7,8}
<maxisalim@uolsinectis.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad pulmonar intersticial en pediatría (chILD). Des su sigla en inglés es rara. Comprende un grupo heterogéneo de enfermedades difusas asociadas a elevada morbi-mortalidad. Por la baja incidencia y por los síntomas inespecíficos suele retrasarse el diagnóstico. Una de estas entidades es la Glucogenosis Pulmonar Intersticial (GPI).

OBJETIVOS:

Presentación de un caso en recién nacido

CASO CLÍNICO:

RNPT/AEG (35/2000), SDR, internado en neonatología, 02 por halo 15 días-no ARM

Reingresa a los pocos días por taquipnea, rinoresaca serosa, vómitos, un registro subfebril

Examen Físico: fr 80, tiraje universal, hipoxemia SaO₂ 85 %, 160 x, sin soplos, pulsos periféricos presentes. Abdomen blando, depresible, sin visceromegalias. Exámenes complementarios: hemograma, medio interno, líquido cefalorraquídeo y evaluación cardiológica normales, virológico de secreciones respiratorias, negativo.

Radiografía de tórax: atrapamiento aéreo, aumento de trama intersticial bilateral, micronódulos a predominio en lóbulo medio derecho.

Se interpreta como sepsis a foco respiratorio, se instaura tratamiento antibiótico. Evolución clínico-radiológica tórpida, persistencia de hipoxemia/taquipnea. Se realiza proteinograma y dosaje de inmunoglobulinas normales, cultivos para BAAr, Mycoplasma y Pneumocystis jirovecii, negativos. VIH negativo. Test del sudor normal. Se solicita Tac de tórax.

TAC tórax: Marcado engrosamiento septal, predominantemente parenquimatoso, áreas difusas bilaterales en vidrio esmerilado, áreas parcheadas de compromiso alveolar, áreas de hipoperfusión en mosaico bilaterales que se homogenizan con el cambio de decúbito.

Biopsia pulmonar: Glucogenosis Pulmonar Intersticial

Se indica metilprednisona 2 mg/kg/día con buena respuesta clínica. Disminución de frecuencia respiratoria y cardíaca, mejor mecánica respiratoria, suspende oxígeno suplementario al día 7 de tratamiento.

DISCUSIÓN:

(GPI) es una rara forma de neumonía intersticial de comienzo generalmente en los primeros meses de vida. Existen menos de un centenar de casos publicados mundialmente

El hallazgo patológico característico en GPI es la expansión del intersticio por células mesenquimales primitivas ricas en glucógeno, la distribución es únicamente pulmonar; no hay trastorno generalizado del metabolismo o del almacenamiento de glucógeno. Podría ser expresión de una inmadurez del sistema respiratorio.

El diagnóstico de certeza se obtiene por el hallazgo de glucógeno en el intersticio pulmonar (biopsia /microscopía electrónica)

El tratamiento incluye administración de oxígeno, balance nutricional, curso corto de glucocorticoides. Los resultados clínicos son variados.

CONCLUSIÓN:

La enfermedad pulmonar intersticial debe considerarse ante niños con evolución tórpida e imágenes difusas intersticiales y bilaterales persistentes. Deben realizarse exhaustivas evaluaciones antes de decidir una biopsia pulmonar. La respuesta terapéutica es muy variable.

Hospital de Pediatría Dr Juan P Garrahan: (1-2-8) Servicio de Neumología ; (3) Coordinación de Imágenes -Tomografía ; (4-5) Servicio de Neonatología ; (6) Servicio de Anatomía Patológica ; (7) Servicio de Cirugía.



INFECCIÓN POR VIRUS DE INFLUENZA (H1N1) EN CULTIVOS DE UNA LÍNEA DE EPITELIO RESPIRATORIO HUMANO: EFECTO DE CARRAGENINA

PO 48

Dugour A.¹; Ibañez L.²; Figueroa J.³

FUNDACION CASSARA^{1,3}; ICT MILSTEIN-CONICET²
<andydugour@hotmail.com>

INTRODUCCION:

Las infecciones respiratorias virales son frecuente motivo de consulta pediátrica. El virus Influenza H1N1 (VIHN) es motivo de particular preocupación. La multiplicación intranasal del VIHNH se asocia con la expresión de citoquinas proinflamatorias que participan en la patogenia de la enfermedad. Estudios *in vitro* y ensayos clínicos en niños y adultos han mostrado que la aplicación de un spray nasal de Carragenina (Cag, un polisacárido de las algas rojas) disminuye la replicación del VIHNH y otros virus y acorta la duración de la enfermedad.

OBJETIVOS:

1) Evaluar la respuesta de citoquinas proinflamatorias ante la infección por VIHN en cultivos de una línea celular de epitelio respiratorio humano; 2) Evaluar los efectos de diferentes formas de aplicación de Cag en este modelo.

MATERIALES Y METODOS:

1) Células Calu-3 fueron crecidas en monocapa en placas de cultivo, manteniéndose un grupo sin ningún otro tratamiento como "control"; a las 24 hs se trató otro grupo con medio de infección conteniendo el VIHN y se dejó progresar la infección por 2 horas a 37°C. Transcurrida esta fase de invasión se agregó tripsina y se mantuvo el cultivo 7 días para lograr

completa infección. Se evaluó luego la capacidad de infección del virus por Hemaglutinación y se cuantificó la IL-6 e IL-8 en el sobrenadante de cultivo (método Elisa). 2) Se cultivaron células Calu-3 en monocapa y a las 24 hs se dividieron en: a) grupo "control" con medio de cultivo solo; b) grupo tratado con VIHNH; c) grupo tratado simultáneamente con VIHNH + Cag; y d) grupo tratado con VIHNH incubado previamente (1 hs a 37°C) con Cag antes de tratar las células. En todos estos grupos se cuantificó la IL-6 e IL-8 en el sobrenadante de cultivo (método Elisa) a las 4 y 24 hs de la infección.

RESULTADOS:

1) el VIHNH fue capaz de infectar las células Calu-3 e indujo liberación de IL-6 e IL-8. 2) La incubación del VIHNH con Cag antes de su aplicación a las células previno la liberación de citoquinas, la aplicación simultánea de VIHNH y Cag no afectó la liberación de IL 6 e IL 8 (IL-6= control 495 vs simultáneo 472 vs previa 116 pg/ml) a las 4 hs. A las 24 hs la Cag no inhibió la liberación de citoquinas en ningún caso.

CONCLUSIONES:

En nuestro modelo la incubación previa del virus con Cag fue más efectiva que su aplicación simultánea. Son necesarios estudios clínicos para evaluar si la aplicación profiláctica de Cag para mantener niveles de ella en el líquido de la superficie respiratoria mimetiza esta acción.

EFFECTO DEL XYLITOL SOBRE LA PATOGENICIDAD DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA: ESTUDIOS *IN VITRO* SOBRE UNA LÍNEA DE EPITELIO RESPIRATORIO HUMANO

PO 49

Dugour A.¹; Mengoni E.²; Calello M.³; Figueroa J.⁴

FUNDACION CASSARA^{1,2,3,4}
<andydugour@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Pseudomonas aeruginosa (PA) es un patógeno oportunista que causa infecciones respiratorias con alta morbi-mortalidad en niños y adultos afectados por condiciones respiratorias previas (Fibrosis Quística (FQ), bronquiectasias no FQ, inmunodeficiencias, ARM, etc.). Su adhesión al epitelio respiratorio es el inicio para establecer la infección. El epitelio es un factor principal en comienzo y sostén de la respuesta inmune y de la inflamación, y el balance entre oxidantes y antioxidantes es clave en esto. El exceso de especies reactivas del oxígeno y el nitrógeno (ROS-RNS) produce estrés oxidativo (estrés oxidativo=EO) daña organelas y procesos celulares. Distintos factores de virulencia de PA pueden inducir EO en las células del epitelio respiratorio y este mecanismo participa en la patogenia del daño agudo y crónico producido por la infección o colonización con PA. El Xylitol (Xy) es un azúcar alcohol natural con actividad antibacteriana; se ha descrito para él actividad sobre PA y está siendo evaluado como terapia inhalatoria en pacientes con FQ.

OBJETIVO:

Estimar si la incubación de PA con Xy afecta la patogenicidad de la bacteria evaluando, en cultivos de una línea de epitelio respiratorio humano (células Calu-3): 1) la adhesión bacteria-

na al epitelio; 2) el EO inducido en el epitelio; y 3) la liberación de citoquinas proinflamatorias y la viabilidad celular.

MÉTODOS:

Se cultivó PA en medio habitual o con Xy 7%. 1) se evaluó la adhesión de los dos cultivos de PA al epitelio respiratorio (microscopía de fluorescencia); 2) se valoró la producción de ROS-RNS en células Calu-3 expuestas al sobrenadante de las PA cultivadas sin y con Xy (fluorescencia con H2DCF-DA); 3) se valoró la producción de IL-8 (método ELISA de captura) y la viabilidad celular mediante cuantificación de la actividad metabólica (MTS/PMS) en las células expuestas al sobrenadante de PA cultivada sin y con Xy.

RESULTADOS:

El tratamiento de PA con Xy: 1) disminuyó su adhesión al epitelio respiratorio; 2) disminuyó la inducción de ROS-RNS en las células Calu-3; y 3) disminuyó la liberación de IL-8 y la mortalidad celular asociada a estos fenómenos.

CONCLUSIONES:

La incubación con Xy disminuye la patogenicidad de PA al afectar a la bacteria y disminuir la liberación de productos nocivos al medio. Estos resultados "in vitro" refuerzan las perspectivas sobre el potencial valor del Xy en el tratamiento de las infecciones respiratorias por PA.

EFFECTO DE PARTICULAS DE AIRE URBANO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES SOBRE UN MODELO IN VITRO DE EPITELIO ASMÁTICO: ESTRÉS OXIDATIVO Y ACCIÓN DEL BUDESONIDE

PO 50

Dugour A.¹; Astort F.²; Tasat D.³; Figueroa J.⁴

FUNDACION CASSARA^{1,4}; CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD Y MEDIO AMBIENTE, ESCUELA DE CIENCIA Y TECNOLOGIA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN, BUENOS AIRES.^{2,3}

<andydugour@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La contaminación del aire por partículas respirables ($\leq 2.5 \mu\text{m}$ de diámetro) se relaciona con mayor frecuencia de exacerbaciones y peor evolución del asma en niños; lo que estaría ocasionado por la inducción de estrés oxidativo en pulmón. Los trabajos clínicos son contradictorios en cuanto a la acción de los corticoides inhalados sobre esta situación. Previamente, hemos caracterizado fisicoquímicamente las Partículas aéreas urbanas de Buenos Aires (UAP-BA, de sus siglas en inglés) y demostramos que su inhalación produce estrés oxidativo e inflamación pulmonar en ratones.

OBJETIVO:

Evaluar, en un modelo de epitelio asmático in vitro, el efecto de la adición de UAP-BA en: 1) la inflamación (liberación de IL-8 y activación de vía NFκB); 2) la respuesta al tratamiento con Budesonide (BUD); y 3) la participación del estrés oxidativo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

UAP-BA se recolectó usando un equipo de muestreo de partículas de bajo volumen (1.8L/min) en una zona céntrica de BA. Se cultivaron células CALU-3 en monocapa y se dividieron en: 1) grupo "control" (medio de cultivo);

2) modelo "Asma" (medio con IL-1β+H2O2); 3) modelo "Asma+partículas" (IL-1β+H2O2+UAP-BA). Luego de 4 hs el medio fue reemplazado por medio fresco (control) o con BUD (células tratadas). Para estimar la participación del estrés oxidativo se tomaron otros 3 grupos de células en los que se repitió el descripto agregando N-Acetyl Cisteína (NAC=antioxidante) al estimular cada grupo. Luego de 24 hs se evaluaron: viabilidad celular por la técnica de MTT, niveles de IL-8 en el sobrenadante por ELISA, y activación del factor de transcripción inflamatorio NFκB por inmunohistoquímica.

RESULTADOS:

El agregado de UAP-BA al modelo "Asma" produjo un aumento en los niveles de IL-8 y en la activación del factor NFκB. El tratamiento con BUD disminuyó la liberación de IL-8 en ambos grupos ("Asma" y "Asma+partículas") pero en el último los niveles de IL-8 permanecieron más elevados. La adición de NAC previno todas las modificaciones inducidas por UAP-BA.

CONCLUSIONES:

UAP-BA genera aumento de la inflamación en el modelo de Asma. Este efecto sería desencadenado por el estrés oxidativo ya que el tratamiento con el antioxidante NAC lo previno parcialmente. El tratamiento con BUD no tuvo efecto sobre la exacerbación de la inflamación de Asma. El presente modelo podría ser útil en la evaluación inicial de estrategias terapéuticas destinadas al tratamiento de los niños asmáticos expuestos a UAP-BA.

ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS ASMÁTICOS: RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD DIARIA Y RESPUESTA AL TEST DE BRONCOPROVOCACIÓN POR EJERCICIO.

PO 51

Figueroa J.¹; Kruger A.²; Primrose D.³; Balzatz A.⁴

HOSPITAL DE CLÍNICAS^{2,3,4}

<figuejuan@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El broncoespasmo inducido por ejercicio (BEIE) es frecuente en los niños asmáticos y no siempre es inhibido por el tratamiento controlador. La evaluación de la respuesta al ejercicio no es una rutina recomendada, y no hay trabajos que hayan analizado la relación entre BEIE y actividad física cotidiana en niños asmáticos mediante métodos objetivos.

OBJETIVOS:

Estimar si existen diferencias en la cantidad de actividad física (AF) semanal entre niños con BEIE + y BEIE - dentro de una población de niños asmáticos en tratamiento con corticoides inhalados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio en niños asmáticos (diagnóstico por sintomatología + examen funcional respiratorio con respuesta broncodilatadora) de 6 a 18 años de edad tratados con corticoides inhalados. Se excluyeron obesos, con SAOS, o con otras patologías crónicas asociadas. Se les entregó un podómetro (cuenta pasos con memoria y programa de análisis computarizado) para usarlo durante una semana en forma continua (el podómetro registra pasos totales, pasos aeróbicos- más de 60 pasos por minuto o más de 10 minutos de actividad sostenida-y minutos de tiempo aeróbico), y una planilla para el registro escrito de la AF. Al finalizar la

semana los pacientes entregaron podómetro y planilla AF, completaron el cuestionario ACT (validado en español), y realizaron un Test de Broncprovocación (TB) por carrera libre (norma ATS).

RESULTADOS:

Se evaluaron 36 pacientes (edad media 11 años). Se obtuvo el registro completo de pasos en 34 pacientes y se realizó TB en 33. Diez niños presentaron TB positivo La mediana de AF declarada en el cuestionario fue de 301min (rango de 1 hs a 14.5 hs); esta cantidad de AF no correlacionó con la registrada objetivamente en el podómetro. El ACT reveló asma no controlada en 2 pacientes y asma controlada en los otros 34.

	Promedio pasos diarios	Promedio pasos aeróbicos diarios	Promedio de tiempo aeróbico (minutos)	Promedio tiempo aeróbico (en días aeróbicos)
TB negativo	8853	1584	14.3	32.95
TBE positivo	7643	1194	11.5	25.96
Test de Wilcoxon	p= 0.25	p= 0.63	p= 0.65	p= 0.5

CONCLUSIONES:

Casi todos los niños pudieron completar la semana de registro con el podómetro y realizaron también el TB. Observamos una tendencia a menor actividad en el grupo con TB + pero esto no alcanzó significación estadística. Todos los pacientes (sin tener problemas de obesidad ni otras comorbilidades) realizaron menor actividad física que la recomendada en las guías pediátricas.



SINDROME DE APNEA/HIPOAPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN NIÑOS CON OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL RECURRENTE

PO 52

Figueroa J.¹; Velasco Suares C.²; Roque M.³
HOSPITAL DE CLÍNICAS Y CIRES-FUNDACIÓN P.CASSARÁ^{1,2};
HOSPITAL DE CLÍNICAS³
<figuejuan@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Recientemente se ha descrito que la asociación entre asma bronquial y Síndrome de Apnea/Hipoapnea Obstructiva del Sueño (SAHOS) es frecuente. Ambas patologías comparten bases fisiopatológicas y síntomas: en ambas el rol de la inflamación es central y la perturbación del sueño por síntomas respiratorios es una queja común aún en los pacientes asmáticos sin SAHOS. Son muy escasos los trabajos que han analizado el impacto del compromiso de las vías aéreas bajas en la presentación del SAOS a partir de registros de Polisomnografía (PSG) y no hay referencia a este tipo de estudios en lactantes y preescolares sibilantes recurrentes.

OBJETIVOS:

Comparar los resultados de la PSG de niños con SAHOS y asma (≥ 7 años) o sibilancias recurrentes (<7 años) vs niños con SAHOS sin síntomas bronquiales. Se analizaron las historias clínicas de todos los niños del Htal de Clínicas derivados al CIRES para realizar polisomnografía por roncopatía y sospecha clínica de SAHOS entre Enero de 2014 y Abril de 2015. Se excluyeron los pacientes con otra patología asociada. Se clasificaron los pacientes en los grupos descriptos y se tabularon los resultados de la PSG. Se compararon: el índice de apneas/hipopneas; la SaO₂t media durante el estudio; y la SaO₂t mínima.

RESULTADOS:

Se incluyeron 63 PSG con SAHOS; 29 de niños sibilantes recurrentes o asmáticos y 34 controles; todos los pacientes estaban asintomáticos bronquiales al momento del estudio. Solo encontramos diferencias estadísticamente significativas en la SaO₂t media de los ≥ 7 años= menor en el grupo con SAHOS y asma que en los SAHOS controles (mediana 96.5 %; test de la mediana p: 0.004).

CONCLUSIONES:

Los niños con SAHOS y asma asociados presentaron menor SaO₂t media; son necesarios estudios para determinar si esta característica se debe a la asociación diagnóstica o está presente aún en los asmáticos sin SAHOS y evaluar su significancia clínica.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL A CORTO PLAZO EN PACIENTES MENORES DE 6 AÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA DIAGNOSTICADOS POR PESQUISA O SÍNTOMAS

RPD 53

Varas C.¹; Finocchiaro J.²; Massa S.³; Bettiol M.⁴; Diez G.⁵
HOSPITAL SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4,5}
<claudiacecilia_varas@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética letal más frecuente de la raza humana de herencia autosómica recesiva, caracterizada por disfunción del CFTR. La infección endobronquial con microorganismos característicos, especialmente Pseudomonas aeruginosa (PA), induce un proceso inflamatorio persistente y no controlado. Se demostró que la infección por PA es un predictor mayor de morbilidad y mortalidad.

Existen evidencias acerca de los beneficios resultantes de la pesquisa neonatal de FQ especialmente sobre el estado nutricional y el crecimiento de los individuos afectados.

OBJETIVO:

Evaluar el estado nutricional en pacientes menores de 6 años con infección por PA, diagnosticado por pesquisa neonatal o por síntomas.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, analítico. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con FQ menores de 6 años de edad en seguimiento en el Centro Provincial de FQ de La

Plata. Se registraron motivo del diagnóstico, fecha del primer aislamiento de PA, edad (meses), peso (gr) y talla (cm) al momento del aislamiento y 12 meses después (punto 0 y 12 respectivamente). Se calculó el puntaje Z de peso y talla utilizando el WHO ANTHRO. Se compararon las medias de edad del aislamiento de PA, de puntaje Z de peso y talla en los puntos 0 y 12 intra e intergrupo, utilizando prueba de T.

RESULTADOS:

Se incluyeron 28 pacientes con aislamiento de PA, 19 diagnosticados por pesquisa neonatal y 9 por síntomas. La edad media al momento del primer aislamiento en el grupo pesquisa fue de $16,9 \pm 14$ meses y $21,7 \pm 17,8$ meses en el grupo diagnosticado por síntomas, sin diferencias significativas. Ambos grupos presentaron mejoría del estado nutricional, siendo estadísticamente significativa sólo en el grupo de pesquisa neonatal para peso (Z peso 0= -1,61, Z peso 12= -0,65, p= 0, 0014) y talla (Z talla 0 -1, 85, Z talla 12 -1, 23, p= 0, 023) luego de 12 meses.

CONCLUSIÓN:

Ambos grupos presentaron mejoría del estado nutricional, pero sin diferencias significativas.

EVALUACION DE TECNICA INHALATORIA. ESTUDIO PRELIMINAR

PO 54

Serafini A.¹; Fleitas H.²; Bravo K.³; Bianco N.⁴; Ybarra J.⁵; Salazar T.⁶; García G.⁷; Salazar M.⁸

CLÍNICA IMEC; HOSPITAL MUNICIPAL DE LINCOLN^{4,7}; CLÍNICA IMEC^{2,3,5,6,8}
<aleserafini_88@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades respiratorias constituyen gran número de consultas pediátricas. La aerosolterapia es un tratamiento cuyo objetivo es conseguir la máxima eficacia terapéutica en la vía respiratoria inferior con los mínimos efectos adversos sistémicos.

Es importante instruir al paciente y su familia, ya sea en forma verbal o escrita y supervisar la técnica de administración y la adecuación de los distintos dispositivos a la edad de los pacientes. El éxito del tratamiento con terapia inhalatoria depende de la calidad con que sea realizada.

OBJETIVOS:

-Evaluar la técnica inhalatoria según el dispositivo utilizado y si es adecuado para la edad.

-Evaluar si los pacientes recibieron el instructivo por parte del médico prescriptor.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, transversal. Se evaluaron 39 pacientes en edad pediátrica, que recibieron tratamiento inhalatorio, en internación o ambulatorio, en Clínica IMEC de la ciudad de Junín, y el Hospital Municipal de la ciudad de Lincoln, desde el 1 de Abril hasta el 20 de junio 2015.

Se valoró la realización de la técnica, observando la secuencia de pasos y registrándolos en una planilla. Se observó sincronización, posición del niño, fijación de la máscara, segundos de apnea. También se registró si habían recibido instructivo por parte del médico prescriptor y si el dispositivo utilizado era el adecuado para la edad.

RESULTADOS:

Se evaluaron 39 pacientes, media de edad: 3,3 años (Rango 0-14). 38 pacientes utilizaron espaciadores con máscara facial. En 30 niños (78,9%), el dispositivo era adecuado para su edad. 1 paciente utilizó espaciador con pieza bucal, acorde a su edad y realizó técnica correcta. Los errores encontrados fueron: realizar los 2 disparos seguidos sin pausa entre ambos 16 casos, (41%); no agitar el inhalador, 9 casos, (23%); dispositivo incorrecto para la edad, 8 casos, (21%) y posición incorrecta del niño 4 casos, (10,3%). El 87,2% había recibido instrucción previa.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los casos evaluados en esta cohorte presentó algún error en la técnica inhalatoria. El error más frecuente fue realizar los 2 disparos seguidos, sin pausa entre ambos. Encontramos una alta adecuación del dispositivo a la edad del paciente. Un gran porcentaje de los cuidadores habían recibido instrucción previa por parte del médico prescriptor.

FACTORES DE RIESGO PARA PRESENTAR EXACERBACIONES RESPIRATORIAS (ER) EN FIBROSIS QUÍSTICA (FQ)

PO 55

Lubovich S.¹; Jefferson B.²; Rodríguez V.³; Zaragoza S.⁴; Camargo B.⁵; Alchundia J.⁶; Galanternik L.⁷; Ratto P.⁸; Teper A.⁹

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1,3,4,5,6,7,8,9};
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES²
<slubovich@gmail.com>

Los pacientes con FQ experimentan reagudizaciones respiratorias que requieren tratamiento endovenoso. Dichas exacerbaciones repercuten en la calidad de vida y en la función pulmonar de los pacientes. Existen factores de riesgo para presentar ER.

OBJETIVO:

Determinar la frecuencia y factores de riesgo asociados a ER en pacientes con FQ. Obtener porcentaje de pacientes que no recuperan su función pulmonar previa.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Observacional, de cohorte, retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con FQ atendidos en el 2013 y se dividieron en 2 grupos: exacerbados (Grupo 1) que requirieron tratamiento antibiótico endovenoso y no exacerbados (Grupo 2). Se registró la cantidad de ER del año, edad actual, género, mutación p.F508 del, % VEF1 basal predicho, puntaje Z de IMC basal, % de colonización crónica (según Leeds) por Pseudomonas aeruginosa (PA), SAMR y Complejo BCC, % de DBT mellitus (DRFQ), % VEF1 al final

de la EP y % de recuperación de VEF1 basal. Se estimó el riesgo relativo (RR) de las asociaciones entre la incidencia de ER y los factores de riesgo.

RESULTADOS:

Incluimos 117 pacientes, (54% masculino). Grupo 1: 50 pacientes y grupo 2: 67 pacientes. Tasa global 7.09 exacerbaciones/año. Se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 1 y grupo 2 según la edad (10 ± 6.3 vs $7,7 \pm 4.4$ años, $p=0.03$), puntaje z de IMC basal (-0.65 ± 1.07 vs -0.049 ± 0.97 $p=0.007$), p.F508 del (93 vs 71% $p=0.007$), % VEF1 basal predicho (68.9 ± 20.2 vs 102 ± 15 $p=0.000$), DRFQ (20 vs 0% $p=0.000$) y colonización crónica por CBC (10 vs 0% $p=0.000$), PA (40 vs 11% $p=0.001$), SAMR (40 vs 13% $p=0.002$). Las características asociadas a la incidencia de ER fueron puntaje z de IMC basal (RR 0.69 $p=0.002$), p.F508 del (RR 3.23 $p=0.05$), y colonización crónica por CBC (RR 3.69 $p=0.002$), PA (RR 1.89 $p=0.01$), SAMR (RR 2.32 , $p=0.002$). El 23 % de los pacientes no recuperó su función pulmonar previa.

CONCLUSIONES:

El peor estado nutricional, la mutación p.F508 del, y la colonización crónica por BCC, PA y SAMR fueron factores de riesgo para exacerbación respiratoria en pacientes con Fibrosis Quística
Una cuarta parte de los pacientes no recuperó su función pulmonar previa.



TUBERCULOSIS EN ADOLESCENTES. ESTUDIO DE CONTACTOS EN UNA COMUNIDAD CERRADA.

PO 56

KÜhár M.1; Squassi I.2; Soloaga L.3; Lopez D.4; Villagran M.5; Segovia J.6; Urquiza N.7

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ²; LICEO MILITAR GENERAL SAN MARTÍN^{1,5,6,7}

<florkuhar@hotmail.com>

INTRODUCCION:

En Argentina se diagnostican más de 9000 casos de Tuberculosis(TBC)por año, con una incidencia de 21/100.000 habitantes(2013). Los bacilíferos son 72%, lo que se refleja en la aparición de casos de TBC en niños. La mayoría ocurren en edades jóvenes y reproductivas de la vida. La TBC en adolescentes difiere a la del niño. Su presentación es pulmonar, aunque puede asociarse a extrapulmonar. El diagnóstico es más tardío, por falta de sospecha clínica y consulta del paciente. Es contagiosa y se disemina a los contactos. Factores como pobreza, hacinamiento, migraciones y el aumento del HIV son la base epidemiológica actual de esta patología.

OBJETIVOS:

Presentar un brote de TBC pulmonar en una comunidad cerrada y el estudio de sus contactos.

POBLACION:

Adolescentes de 14-18 años y adultos que conviven en una institución educativa cerrada en la cual se diagnostica paciente con TBC bacilífera.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio retrospectivo transversal descriptivo.

CASO CLINICO:

Paciente de 16 años que consulta por hemoptisis. Se realiza radiografía de tórax(Rx tx) observándose imagen cavitaria en lóbulo superior izquierdo. Antecedentes de tos de 4 meses de evolución, astenia y pérdida de peso. Se solicita esputo para BAAR: +++, inicia tratamiento con 4 drogas de 1° línea. Se da aviso a las autoridades escolares y se inicia catastro de los contactos: alumnos, profesores, preceptores y familiares del caso índice. Se realizan examen clínico, Rx Tx, baciloscopia y PPD. Del catastro surge: Caso secundario de TBC pulmonar, 16 años, asma moderado, con Rx Tx: imagen cavitaria en lóbulo superior izquierdo, baciloscopia +++. Ambos casos luego de 1 mes de tratamiento, mejoría clínica y baciloscopia -, se reincorporan a sus actividades. Del control de contactos surgen muchos prejuicios: de las autoridades, padres, alumnos, docentes y comunidad médica. Se estudiaron 20 compañeros de aula, 50 compañeros de habitación, profesores y preceptores inmunosuprimidos y familia: abuelos(a cargo) y hermano de 11 años. El 16% de la población inicia quimioprofilaxis por viraje o PPD + y no surgen más casos secundarios.

CONCLUSIONES:

Es fundamental realizar control de contactos ante un paciente bacilífero para descartar casos secundarios y TBC latente. Se deben emplear todas las medidas que acerquen a la población a los centros de salud y ayuden a tomar conciencia de la importancia del catastro, aseverando que es una enfermedad tratable y prevenible.

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA: ¿SE REDUJO LA DESIGUALDAD ENTRE JURISDICCIONES EN EL PERÍODO 1980-2013?

RPD 57

Bossio J.1; Arias S.2; Armando G.3

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI"^{1,2,3}
<jcbossio@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades respiratorias son la tercera causa de mortalidad de menores de cinco años en Argentina y la distribución de estas muertes es desigual entre sus jurisdicciones.

OBJETIVO:

Describir la tendencia de la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de cinco años en Argentina y su impacto en la desigualdad en la distribución entre jurisdicciones durante el período 1980-2013.

POBLACIÓN:

Muertes de menores de cinco años registradas con enfermedades del sistema respiratorio como causa básica entre 1980 y 2013.

METODOLOGÍA:

Se procesaron las bases de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) para 1980-2013. Se obtuvieron las muertes de menores de cinco años con causa básica "enfermedades del sistema respiratorio", códigos 460-519 de la 9a. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y J00-J99 de la 10a. Revisión. Se estratificaron las muertes por jurisdicción de residencia de la madre. Se calcularon tasas por 1.000 nacidos vivos para cada año para el país y sus jurisdicciones. La desigualdad entre jurisdicciones se midió con la razón de tasas entre jurisdicciones, en forma individual y agrupadas en cuartiles, y con el índice de Gini, con sus intervalos de confianza al 95%. Se analizó la tendencia de la tasa de mortalidad y del índice de Gini con un modelo exponencial. Se estudió la existencia de puntos de quiebre y se calculó el coeficiente de regresión con su intervalo de

confianza al 95%, que se expresó como variación anual promedio (VAP) porcentual. Se utilizó el programa Excel 2013, EPI Dat 3.1 y Joinpoint Regression 4.1.1.

RESULTADOS:

En el período 1980-2013 la tasa de mortalidad pasó de 4,37 a 0,96 por 1.000 nacidos vivos, una reducción de 78,0%. La tendencia fue continua y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para considerar dos o más períodos (p>0,06). La variación anual promedio en todo el período fue -3,9% (-4,3; -3,5; p<0,001). En 1980 la razón de tasas entre jurisdicciones fue 7,47 (5,14; 10,84, p<0,001) y en 2013 4,33 (1,04; 18,10, p=0,047), lo que representó una reducción de 42,0%. Sin embargo, la razón de tasas entre el cuartil superior e inferior de las jurisdicciones pasó de 2,50 (2,29; 2,72; p<0,001) en 1980 a 3,81 (2,77; 5,23; p<0,001) en 2013, cifra 52,4% mayor. La desigualdad medida con el índice de Gini también mostró un aumento: pasó de 0,242 (0,168; 0,317) a 0,300 (0,207; 0,393), un incremento de 24,0%. La tendencia al aumento fue continua, sin diferencias estadísticamente significativas para considerar dos o más períodos (p>0,22). La variación anual promedio de incremento en el índice de Gini en todo el período fue 0,9% (0,5; 1,3; p<0,05).

CONCLUSIÓN:

La mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de cinco años registró un importante descenso en el país pero este descenso no se acompañó de una reducción en la desigualdad en la distribución de la mortalidad entre jurisdicciones. Continuar la tendencia al descenso de este problema pero acompañándola de una reducción de la desigualdad entre jurisdicciones requerirá estrategias complementarias que incrementen los esfuerzos hacia las jurisdicciones con mayor problema.

DESIGUALDAD SOCIAL Y MORTALIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA: EVOLUCIÓN EN EL PERÍODO 1980-2012

RPD 58

Bossio J.1; Arias S.2; Armando G.3

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO COMI"^{1,2,3}

<jcbossio@amet.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades respiratorias (ER) son frecuentes en la infancia y su gravedad se asocia a determinantes biológicos, ambientales y sociales.

OBJETIVO:

Estimar la asociación entre la mortalidad por ER en menores de cinco años (<5) y las condiciones sociales en Argentina y su evolución en 1980-2012.

POBLACIÓN:

Muertes <5 por enfermedades del sistema respiratorio (ESR) en 1980-2012.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio ecológico de asociación, con las jurisdicciones como unidades de análisis. Se obtuvieron las muertes por ESR de las bases de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), 460-519 (9a.Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE) y J00-J99 (10a.). Se estratificaron por jurisdicción de residencia de la madre y se calcularon tasas por 1.000 nacidos vivos por jurisdicción para 1980-1982, 1991-1993, 2001-2003 y 2010-2012. Como indicador social se utilizó el porcentaje de población en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) de los Censos 1980, 1991, 2001 y 2010, del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC). Se estimó la asociación con la razón de tasas (RT) entre jurisdicciones y cuartiles, el índice de concentración (IC) y el coeficiente de regresión (CR) para un modelo lineal, con sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizó el programa Excel 2013.

RESULTADOS:

La tasa 2010-2012 en la jurisdicción con mayor NBI (25,2%) fue 2,5 (1,5; 4,3, p<0,001) veces mayor que en la de menor NBI (5,7%); y la tasa en el cuartil de mayor NBI (>19,1%) fue 3,3 (2,9; 3,7, p<0,001) veces mayor que en el de menor NBI (<10,3%). El IC para 2010-2012 fue 0,172 (0,064; 0,281): 20% de los nacidos vivos con mayor NBI aportaron 29,6% de las muertes, y 20% de los nacidos vivos con menor NBI aportaron 12,9% de las muertes. El CR mostró que la tasa se incrementa 0,09 (0,05; 0,12) puntos por cada punto de NBI; en el rango de NBI de las jurisdicciones, un aumento de 9,2 veces en la tasa: de 0,49 por 1.000 a 4,54 por 1.000. El efecto del NBI en la mortalidad por ER en <5 años fue diferente entre 1980 y 2012, y se incrementó al final del período. La RT entre jurisdicciones aumentó de 2,5 (2,0; 3,0, p<0,001) en 1980-1982 a 3,8 (3,1; 4,6, p<0,001) en 1991-1993, disminuyó a 1,8 (1,4; 2,4, p<0,01) en 2001-2003 y volvió a aumentar en 2010-2012: 2,5 (1,5; 4,3, p<0,001). Comparando los cuartiles con mayor y menor NBI, la RT pasó de 1,8 (1,7; 1,9, p<0,001) en 1980-1982 a 1,64 (1,5; 1,8, p<0,001) en 1991-1993 y 2,00 (1,8; 2,3, p<0,001) en 2001-2003, para aumentar a 3,3 (2,9; 3,7, p<0,001) en 2010-2012, mayor valor del período. El IC disminuyó en los tres primeros trienios: 0,153 (0,071; 0,236) en 1980-1982, 0,120 (0,026; 0,215) en 1991-1993 y 0,091 (0,0002; 0,181) en 2001-2003; pero también aumentó, a su mayor cifra, en 2010-2012: 0,172 (0,064; 0,281).

CONCLUSIÓN:

La mortalidad por ER en <5 se asocia a las condiciones sociales: a mayor pobreza mayor mortalidad. El efecto de la pobreza en la mortalidad, además, se incrementó en el último período, indicando la necesidad de fortalecer acciones de prevención y tratamiento hacia los grupos socialmente vulnerables.

SINDROME HEMOFAGOCITICO ASOCIADO A TUBERCULOSIS DISEMINADA. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 59

Gonzalez N.1; Alvarez Ponte S.2; Lopez M.3; Fronti P.4; Smith S.5; Pawluk V.6

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6}

<negonza@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TB) en niños coinfectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) presenta sintomatología inespecífica, y mayor frecuencia de formas extrapulmonares y diseminadas. El síndrome hemofagocítico (SH) es una enfermedad caracterizada por una proliferación benigna de histiocitos maduros con hemofagocitosis intensa en médula ósea (MO), bazo y ganglios linfáticos. La forma secundaria se asocia a infecciones, inmunodeficiencias o neoplasias, pudiendo presentarse como un cuadro grave y de alta letalidad. Su asociación con TB es rara.

OBJETIVO:

Presentar un caso de SH secundario a TB diseminada en paciente coinfectado con VIH.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Niña de 8 años, con diagnóstico de VIH a los 3 años, sin tratamiento antirretroviral. Consultó por fiebre, vómitos y dolor abdominal de 4 días de evolución. Padre VIH positivo, fallecido 2 años antes por TB, catastro familiar negativo. Examen físico al ingreso: regular estado general, con dolor y distensión abdominal, deshidratada, taquipneica, con rales

subcrepitantes y sibilancias diseminadas. Laboratorio: anemia, plaquetopenia y coagulograma alterado. Radiografía de tórax con opacidades reticulonodulares bilaterales. Ecografía abdominal: múltiples adenomegalias en retroperitoneo y ambas fosas ilíacas, líquido libre en cavidad. Se medicó con antibióticos de amplio espectro, y por empeoramiento del cuadro abdominal se realizó laparotomía exploradora con apendicetomía y toma de biopsia ganglionar. La PCR (Xpert MTB/RIF) de lavados gástricos fue positiva para *Mycobacterium tuberculosis* (M TB), y comenzó tratamiento específico. A las 72 horas presentó convulsión tónica clónica y franco deterioro del sensorio, febril, hipoxémica, con hepatoesplenomegalia, ascitis y edemas periféricos. Presentaba bicitopenia, coagulograma alterado, ferritina elevada, hipalbuminemia e hipoglucemia. Punción de MO con hemofagocitos. Se asumió el cuadro como SH por lo que se indicó gammaglobulina, corticoides y múltiples transfusiones. El cultivo de MO y ganglio mesentérico fue positivo para M TB, confirmando la diseminación de la TB. Al décimo día presentó franca mejoría clínica y de laboratorio. Con buena evolución posterior, se externó continuando con el tratamiento antituberculoso y antirretroviral.

CONCLUSIÓN:

El SH secundario es infrecuente en pediatría y más aún asociado a TB. Su sospecha y el tratamiento oportuno, etiológico y de soporte, son de fundamental importancia dada su elevada morbimortalidad.



BLASTOMA PLEUROPULMONAR, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

RPD 60

Bosch J.¹; Medin M.²; Garrido P.³; Martinez J.⁴; Teper A.⁵
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5}
<drjibosch@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El blastoma pleuropulmonar (BPP) es un tumor pulmonar maligno primario excepcional, que ocurre exclusivamente en la edad pediátrica, sobre todo en menores de 6 años. Descrito por primera vez en 1952 por Barnard², se trata de una entidad diferente al blastoma pulmonar del adulto. El BPP es un tumor disembrionario análogo al tumor de Wilms, al neuroblastoma y al hepatoblastoma en niños, que se origina del mesénquima toracopulmonar. Puede aparecer sobre lesiones congénitas pulmonares, como la malformación adenomatoidea quística (MAQ). No han sido identificados marcadores genéticos específicos, aunque hasta en un 25% de las ocasiones puede presentarse en familias asociadas a otros tipos de neoplasias como quistes pulmonares, nefromas quísticos, sarcomas, meduloblastomas, displasias tiroideas, tumor de células germinales, neoplasias hematológicas o histiocitosis de células de Langerhans. La forma de presentación más frecuente es la de una masa solitaria de gran tamaño, localizada en la periferia del pulmón sin sintomatología precoz.

REPORTE DE CASO

Paciente de 2 años y medio (FN: 18/6/12) que consulta por sospecha de malformación broncopulmonar como hallazgo

en radiografía de tórax realizada por su primer cuadro bronco obstructivo. Es el menor de 3 hermanos sanos, de padres no consanguíneos. No tiene antecedentes familiares ni personales de relevancia. Se realizó radiografía de tórax con imagen hiperlucida redondeada en LSI. Se realizó tomografía de tórax que evidencia LSI hiperlucida: Se realizó Cirugía (segmentectomía apical izquierda) en abril 2015. Anatomía Patológica: Diagnóstico: Blastoma pleuropulmonar tipo 1.

DISCUSIÓN

Dada la actual controversia en manejo de los quistes pulmonares en pediatría, es recomendable una conducta quirúrgica para aquellos casos atípicos o de presentación no habitual, con quistes grandes, bilaterales, asociados a otras neoplasias o cuando se encuentren antecedentes familiares de neoplasias quísticas. el presente caso, así como la literatura revisada, dan testimonio que la conducta expectante en algunas circunstancias no debe considerarse. Cabe anotar, que el BPP, a pesar de ser una neoplasia muy poco frecuente, tiene ser considerada dentro del diagnóstico diferencial de la enfermedad pulmonar quística en pediatría, ya que su diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno podría mejorar el pronóstico y la sobrevida de estos pacientes.

ENFERMEDAD RESPIRATORIA RECURRENTE CAUSADA POR ANILLOS VASCULARES. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

RPD 61

Calvo M.¹; Rivas E.²; Gonzalez N.³; Pawluk V.⁴
HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE^{1,2,3,4}
<maru_c84@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los anillos vasculares son anomalías y variaciones anatómicas congénitas del arco aórtico y sus ramas que suelen causar compresión a nivel de la tráquea o el esófago. Se pueden presentar con síntomas como estridor, disfagia, dificultad respiratoria y episodios de sibilancias o infecciones respiratorias recurrentes. Dada su baja prevalencia requiere de una alta sospecha para su diagnóstico.

OBJETIVO:

Describir 3 casos que presentaron anillos vasculares como causa de enfermedad respiratoria recurrente.

Caso 1: Paciente de 18 meses de edad que consultó por presentar síntomas de obstrucción bronquial recurrente asociado a accesos de tos durante la alimentación con sólidos. En el esofagograma se observó compresión extrínseca posterior en la unión del tercio medio con el superior del esófago. En el cateterismo se diagnosticó Doble arco aórtico. Se resolvió quirúrgicamente y revirtieron los síntomas respiratorios.

Caso 2: Paciente de 12 meses de edad internado con diagnóstico de infección respiratoria aguda baja por virus Parainfluenza 3, con antecedente de episodios de obstrucción bronquial

desde los 7 meses de vida y 2 internaciones con diagnóstico de neumonía bifocal. Al interrogatorio refirió ahogos durante la alimentación con sólidos desde los 6 meses. El esofagograma presentaba: compresión extrínseca lateral izquierda del esófago, y la angiografía: Doble arco aórtico.

Caso 3: Paciente con Síndrome de Down de 5 meses de edad, internado con diagnóstico de Neumonía del lóbulo superior derecho, antecedente de 4 internaciones por causa respiratoria. Presentaba hiperextensión cervical y ahogos durante la alimentación con líquidos. En el esofagograma se observó estrechez del tercio medio y superior izquierdo del esófago en el frente y posterior en el perfil. Diagnóstico por cateterismo: Subclavia derecha última rama. Se resolvió quirúrgicamente con mejoría de los síntomas respiratorios.

CONCLUSIÓN:

Los tres pacientes tenían síntomas respiratorios asociados a la alimentación y múltiples episodios respiratorios. En la evaluación de lactantes con enfermedad respiratoria recurrente se debe incluir como diagnósticos diferenciales aquellas patologías que afectan indirectamente el aparato respiratorio. La baja prevalencia de los anillos vasculares requiere de una anamnesis completa para su sospecha diagnóstica y la solicitud posterior de estudios complementarios.

EFFECTO DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LA TOLERANCIA AL EJERCICIO EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

RPD 62

Dagostino G.¹; De La Fuente G.²; Rentería F.³; Diez G.⁴
HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA^{1,2,3,4}
<gracianadagostino85@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las exacerbaciones respiratorias son causa frecuente de hospitalización en pacientes con fibrosis quística (FQ) requiriendo tratamiento endovenoso (Tto. EV). La respuesta clínica al tratamiento se evidencia en la mejoría de la función pulmonar, aumento del peso corporal y mejoría de la tolerancia al ejercicio de los pacientes.

OBJETIVOS:

Evaluar el efecto de la hospitalización sobre la tolerancia al ejercicio.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, prospectivo, observacional y longitudinal. Se utilizó la Prueba del Escalón de 3 minutos para evaluar la tolerancia al ejercicio en pacientes con FQ mayores de 6 años internados por exacerbación respiratoria. Se evaluó la frecuencia cardíaca (FC), saturación de oxígeno (SaO₂) y puntaje de disnea y fatiga mediante la escala de Borg modificada y la función pulmonar. Las mediciones se realizaron al inicio de la internación y el día del alta hospitalaria.

RESULTADOS:

Se evaluaron 13 pacientes con FQ con una media de edad de 12 años (rango de 6-17a.). La utilización del oxígeno (O₂) suplementario al ingreso fue requerido en siete pacientes. Los valores promedios evidenciados al ingreso y al alta fueron: SaO₂ al final de la prueba de 92±4 y 93 ±4% (p=0,46), FC pico de 147 y 148x' respectivamente. Se evidenció una reducción en la escala modificada de Borg de disnea de 6 ±3 a 3 ±2 (p=0,004) y de fatiga de 5 ±4 a 3 ±3 (p=0,23). El volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) promedio aumentó de 41 ±28 a 50 ±28% (p=0,012).

CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES:

La prueba del escalón es una herramienta simple, reproducible, requiere de pocos materiales y puede realizarse en un pequeño espacio físico. En nuestro estudio encontramos una mejoría en la escala de disnea y en la función pulmonar al finalizar el tratamiento. Las limitaciones observadas en el mismo fueron la escasa muestra y que 7 pacientes requirieron O₂ suplementario en la prueba inicial. Serán de utilidad estudios futuros con mayor número de pacientes, evaluando los cambios en esta prueba ante diferentes intervenciones.

INJURIA PULMONAR AGUDA POR SOBRENADANTE DE CULTIVOS DE PSEUDOMONA AERUGINOSA EN RATONES INFANTES

PO 64

Figueroa J.¹; Elias F.²; Licauis M.³; Callello M.⁴;
Dugour A.⁵; Mengoni E.⁶; Duchene A.⁷
CENTRO DE BIOLOGÍA RESPIRATORIA-FUNDACIÓN P.CASSARÁ^{1,2,3,4,5,6};
FACULTAD DE CIENCIAS VETERINARIAS-UBA⁷
<figuejuan@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Una de las manifestaciones más graves de la infección por Pseudomonas Aeruginosa es la Injuria Pulmonar Aguda (Acute Lung Injury, ALI). Recientemente la ATS estableció criterios que definen ALI en modelos animales. La aplicación intrapulmonar de PA en roedores adultos se ha estudiado frecuentemente pero no hay trabajos en infantes. Por otro lado PA libera factores de virulencia que facilitan la progresión de la infección y la invasión de los tejidos, pero son escasos los datos sobre la participación de estas sustancias en la generación de ALI.

OBJETIVO:

1) caracterizar la actividad de factores de virulencia en el sobrenadante de cultivos de PA; 2) evaluar la actividad de estos sobrenadantes en células de epitelio bronquial humano (línea Calu 3); 3) evaluar si la instilación de este sobrenadante en ratones infantes produce ALI.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1) se cultivó PA y se valoró la presencia de elastasas, proteasas, piocianina, y mediadores del quórum sensing en el sobrenadante. 2) se cultivaron células Calu 3 en monocapa y se expusieron al sobrenadante de los cultivos de PA (libre

de bacterias). Se valoró: vitalidad celular, actividad citotóxica, producción de nitritos (NO₂), producción de radicales de oxígeno y de nitrógeno, y producción de IL-8 por las células Calu3. 3) se anestesiaron ratones infantes y se les instiló (intra-traqueal) sobrenadante del cultivo de PA; un grupo control fué instilado con medio de cultivo estéril. Se monitorizó 24 hs a los animales y se programó, al final de ese período lavado broncoalveolar (BAL) y posterior sacrificio y evaluación de la patología pulmonar (macro, muestras de homogeneizado para frotis para conteo de hemáties y neutrófilos, e histología).

RESULTADOS:

1) se confirmó la presencia de factores de virulencia en el sobrenadante de PA; 2) la adición del sobrenadante de PA a las células Calu 3 indujo mortalidad celular, citotoxicidad, producción de nitritos y de radicales libres, y liberación de IL-8. 3) todos los ratones infantes que recibieron el sobrenadante de PA murieron durante el período de observación; no hubo mortalidad en el grupo control. Tanto en la macroscopía como en los frotis y en la histología se observó severo daño que cumple con los requisitos de la definición de ALI experimental de la ATS.

CONCLUSIONES:

Nuestros resultados muestran el gran poder nocivo de los factores de virulencia de PA sobre ratones infantes y su capacidad de generar ALI aún en ausencia de bacterias.



RESPUESTA AL BRONCODILATADOR (MEDIDA POR RINT) EN SIBILANTES RECURRENTES DE 3 A 5 AÑOS. RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO PARA ASMA BRONQUIAL

PO 65

Figueroa J.¹; Oliva C.²; Donth Leger G.³

HOSPITAL DE CLÍNICAS^{1,2,3}
 <figuejuan@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La medición de la Resistencia por Interrupciones (Rint) es sencilla y puede realizarse en preescolares. Los trabajos han reportado mayor Rint en sibilantes recurrentes que en normales. Hay diferencias en los resultados del análisis de la respuesta al broncodilatador (RBD): algunos autores refieren asociación entre RBD positiva (según bibliografía descenso > al 30%) y síntomas, RBD positiva y atopía, o RBD positiva y persistencia de asma en edad escolar, en tanto otros no han corroborado estos resultados.

Múltiples estudios han confirmado la validez del Índice de Predicción de Asma (API; Castro Rodriguez y col.) en relación al diagnóstico de asma en la edad escolar, y la asociación de la positividad del API con inflamación bronquial en la edad preescolar. El índice incluye datos sobre antecedentes familiares (progenitor asmático) y datos que implican atopía actual (eccema, rinitis).

OBJETIVO:

1) estimar si la Rint, y la RBD son diferentes entre preescolares sibilantes recurrentes según presenten API + o API -. 2) realizar el mismo análisis categorizando los grupos en función de existencia o no de signos de atopía actual.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se incluyeron niños sibilantes recurrentes de 3 a 5 años, asintomáticos al momento del estudio, con o sin tratamiento controlador. Se excluyeron niños con otras enfermedades crónicas, con IRAB en las 4 semanas previas, con uso de β_2 de acción corta en los últimos 15 días, o de β_2 de acción prolongada en las últimas 12 hs.

Se realizó la medición de la Rint basal, luego se aplicaron 200mcg de salbutamol (aerosol + espaciador), y se repitió la medición a los 15 minutos. En cada oportunidad se realizaron 5 mediciones y se obtuvo el promedio. La RBD se calculó como % de descenso.

RESULTADOS:

Se evaluaron 162 niños; 111 API + y 51 API -. No se observaron diferencias entre grupos en el Rint basal (test de la mediana para muestras independientes= Rint basal API + 0.86; API - 0.81 kPa s/L - p 0.61) ni en la RBD (API + 22.5; API - 22.4 - p 0.74). El mismo análisis en función de la presencia o ausencia de signos de atopía actual tampoco mostró diferencia estadísticamente significativa (p= 0.52; Rint basal= + 0.83; - 0.86 kPa s/L, y RBD + 22.02; - = 22.9).

CONCLUSIONES:

Ni los resultados del API, ni la presencia o ausencia de signos de atopía se asociaron con un tipo de RBD particular en preescolares con sibilancias recurrentes.

EXPERIENCIA EN TUBERCULOSIS EN UNA SECCION DE NEUMONOLOGIA INFANTIL DE UN HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

RPD 66

Figueroa J.¹; Primrose D.²; Roque M.³; Vocos M.⁴

HOSPITAL DE CLÍNICAS^{1,2,3,4}
 <figuejuan@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TBC) sigue siendo un grave problema de salud pública y en su manejo es fundamental la detección precoz de casos y la implementación y cumplimiento de tratamientos adecuados. El tratamiento directamente observado ha demostrado ser el más eficaz pero no siempre es posible su implementación. En nuestro servicio el tratamiento habitualmente es supervisado por los padres o encargados del niño, con control y provisión de medicación mensual en el hospital.

OBJETIVOS:

Evaluar la experiencia de manejo de TBC en nuestro servicio en los últimos 5 años.

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión y análisis retrospectivo de todas las Historias Clínicas abiertas por el área de TBC de nuestro servicio en los años 2010 a 2014 inclusive.

RESULTADOS:

297 pacientes fueron evaluados para descartar TBC: 6% por tener clínica compatible, 87% por contacto conviviente con paciente cursando TBC, y 7% por contacto extra-familiar. De los pacientes catastrados por ser contactos se logró realizar PPD inicial al 93% y Rx tórax al 95%; en los pacientes

negativos, en los que se intentó buscar viraje tuberculínico a los 2 meses, solo logramos un segundo control en el 59% de casos. De los niños que comenzaron su catastro en un 40% se descartó definitivamente TBC, 13% resultaron enfermos, 12% infectados, y en un 35% no se pudo determinar su condición por que no completaron el catastro.

De los niños con diagnóstico final de TBC el 26% fueron estudiados a partir de la sospecha clínica de TBC y el 74% fueron diagnosticados como producto del catastro: un 41% presentó TBC ganglionar hilar (30 % asociada a atelectasia del lóbulo medio), 13 % derrame pleural, y 28% TBC pulmonar cavitada; 10 % presentó adenopatías cervicales y 8% otras formas extrapulmonares.

En cuanto a los tratamientos indicados: 69 % de los infectados completaron quimioprofilaxis (41% la realizó sin interrupciones y 28% la completó luego ser contactados telefónicamente en varias oportunidades); 83% de los niños con enfermedad TBC completó el tratamiento pero de estos el 17% lo hizo con interrupciones, logrando que concurren a los controles solo luego de reiterados llamados.

CONCLUSIONES:

Se registraron altos porcentajes de abandono tanto en el proceso diagnóstico como en el tratamiento. Si bien el sistema de llamadas reiteradas mejora el cumplimiento esto no parecería ser suficiente, debiendo evaluarse la implementación de nuevas estrategias.

DETERIORO LUEGO DE LA REDUCCION DE MEDICACION EN NIÑOS CON ASMA BIEN CONTROLADA: VALOR PREDICTIVO DEL ASMA CONTROL TEST, LA ESPIROMETRIA, Y EL ANALISIS DEL CONDENSADO DEL AIRE EXHALADO

PO 67

Opción a premio

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

Kruger A.⁸; Balanzat A.⁹; Dugour A.¹⁰

HOSPITAL DE CLINICAS Y CIRES-FUNDACION P.CASSARÁ¹; HOSPITAL DE CLINICAS Y CIRES-FUNDACION P.CASSARÁ²; HOSPITAL DE CLINICAS^{3,4,6,7,8,9}; CENTRO DE BIOLOGIA RESPIRATORIA-FUNDACION P.CASSARÁ¹⁰

<figuejuan@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El objetivo del tratamiento del asma es alcanzar el control clínico, normalizar la función pulmonar, reducir los riesgos futuros, y permitir una vida sin restricciones utilizando la menor dosis de fármacos posible. Para lograr esto las guías sugieren adecuar la medicación según la evolución clínica y funcional de los meses previos. La reducción de la medicación implica un riesgo de deterioro del paciente, que sería ideal minimizar. En los últimos años se han desarrollado métodos no invasivos para el estudio de la inflamación bronquial; el análisis del Ph y la concentración de mediadores inflamatorios en el condensado del aire exhalado (CAE) reflejarían el estado de las vías aéreas.

OBJETIVOS:

Evaluar el valor del ACT, la espirometría, y el análisis del CAE para predecir el deterioro clínico y funcional al reducir el tratamiento controlador.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En un estudio prospectivo se incluyeron niños asmáticos con tratamiento antiinflamatorio, con asma controlada y en

condiciones de reducir la medicación (GINA 2014). Se los siguió durante un año en forma trimestral, evaluándose en cada control: ACT, espirometría pre y post broncodilatador, Ph, nitritos e IL-8 en el CAE, y reporte de exacerbaciones y requerimientos de medicación de rescate. Al momento del 1º control se realizó la reducción del tratamiento. En las visitas posteriores se adecuó el tratamiento (mantenimiento, ascenso, o reducción) según recomendación GINA. Para nuestro estudio definimos como variables de deterioro: 1) exacerbación, 2) disminución del ACT > 3, 3) caída del VEF1 > 7,5 %, y 4) aparición de reversibilidad ≥ 12 % en el VEF1.

RESULTADOS:

Se incluyeron 131 niños de 6 a 20 años (media 11+2). El 33% presentó al menos una exacerbación dentro de los 6 meses de reducción de la medicación. El grupo que se exacerbó tenía, en la evaluación basal (previa a la reducción del tratamiento), menor VEF1 (88% vs 97,5%; P= 0.009) y menor Ph en el CAE (7,80 vs 7,95; P= 0,027). Los niños con VEF1 < a 80% y Ph < a 8,01 presentaron un OR de 5,24 (IC 95% 1,48-18,48) y 2,13 (IC 95% 0,94-4,79) respectivamente para exacerbaciones. Solo un 10% de los niños que se exacerbaron no tenía ninguno de estos dos factores; el 78% de los niños con exacerbaciones tenían VEF1 < a 80% y Ph < a 8,01 asociados.

CONCLUSIONES:

La asociación de los datos de la espirometría y el análisis del CAE sumarían un valioso aporte en la toma de decisión de reducción del tratamiento en niños con asma controlada.

DESARROLLO DE UN MODELO DE ASMA INFANTIL EN RATONES

PO 68

Opción a premio

Figueroa J.¹; Elias F.²; Licausi M.³; Stella I.⁴

HOSPITAL DE CLINICAS Y CIRES-FUNDACION P.CASSARÁ¹; CENTRO DE BIOLOGIA RESPIRATORIA-FUNDACION P.CASSARÁ^{2,3}; CENTRO DE ESTUDIOS BIOMÉDICOS-UNIVERSIDAD MAIMONIDES⁴

<figuejuan@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los estudios en humanos muestran que la sensibilización atópica entre el primer y tercer año de vida es un factor importante en el desarrollo del asma. El asma inducida por sensibilización con ovoalbúmina (OVA) en ratones adultos es un modelo ampliamente estudiado pero son escasas las investigaciones en crías y no hay reportes sobre el efecto del tratamiento con esteroides en esa edad.

OBJETIVO:

Describir el efecto de la sensibilización con OVA en la respuesta inmune sistémica y 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), y evaluar en este modelo el efecto de tratamientos utilizados en humanos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Siguiendo un esquema utilizado en adultos, ratones de 3 semanas de edad (destete) recibieron durante una semana OVA y adyuvante por vía intraperitoneal (ip) y luego 4

por días OVA intranasal (in). Al finalizar este período los animales se dividieron en grupo control y grupos tratados con: dexametasona (Dx) IM, Budesonide (Bud) MDI + espaciador, o Budesonide-Formoterol (BF) MDI + espaciador. Cada tratamiento contó a su vez con un grupo placebo (sol fisiol IM o propelente MDI). Posteriormente los animales fueron desafiados con OVA in y sacrificados. De todos los animales se obtuvieron muestras de sangre para evaluar la respuesta inmune (Ig G e IgE específicas), se realizó BAL para dosaje de proteínas, y se extrajeron los pulmones para evaluar citología en homogenato e histopatología (scores semicuantitativo asignados por patólogo ciego al diseño de los grupos).

RESULTADOS:

La sensibilización con OVA indujo una respuesta sistémica de tipo Th2, con aumento de proteínas en el BAL (extravasación por inflamación), y aumento de neutrófilos y eosinófilos en la citología pulmonar. Estos resultados confirman el establecimiento de alergia bronquial en el modelo desarrollado. El tratamiento con Dx disminuyó la extravasación de proteínas con respecto al placebo (p 0.04); lo mismo ocurrió con el número de neutrófilos (0.6 ± 0.2 vs 1.5 ± 0.6 ; p 0.007) y eosinófilos (0.11 ± 0.07 vs 0.32 ± 0.17 ; p 0.003) en la citología pulmonar.



RESULTADO DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN MENORES DE 20 AÑOS Y SU ASOCIACIÓN CON EL TIPO DE TRATAMIENTO EN ARGENTINA, 2011-2012

PO 71

Gomez L.¹; Bossio J.²

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI"^{1,2}
<lara.v.gomez@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Tuberculosis (TB) ocasiona anualmente más de 1.500 casos menores de 20 años. El Tratamiento Directamente Observado (TDO) es la estrategia recomendada para garantizar su curación y reducir el riesgo de farmacoresistencia.

OBJETIVO:

Describir el resultado del tratamiento de la TB en menores de 20 años en Argentina y determinar su asociación con la modalidad de tratamiento empleada.

POBLACION:

Casos notificados de TB en menores de 20 años, con información del resultado del tratamiento, en 2011 y 2012.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio de las cohortes de casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), en 2011 y 2012, estratificados según tipo de tratamiento.

Se calculó la tasa de tratamiento completo y la tasa de abandono, con su intervalo de confianza al 95%, para el total y según tipo de tratamiento, en menores de 20 y por grupos quinquenales de edad.

Para determinar la asociación entre modalidad de tratamiento y resultado, se calculó el riesgo relativo (RR), su intervalo de confianza al 95% y el valor del p.

Se utilizaron los programas Excel 2013 y Epidat 3.1.

RESULTADOS:

El 83,1% (IC 81,4; 84,8) de menores de 20 con diagnóstico de TB en 2011-2012 completó el tratamiento y el 15,9% (14,2; 17,5) lo abandonó; el 54,1% (52,2; 56,1) realizó TDO y el resto no. El 81,4% (78,2; 84,5) de los menores de 5 años, el 86,5% (83,4; 89,6) de 5 a 9, el 84,7% (80,1; 89,4) de 10 a 14 y el 81,6% (78,5; 84,6) de adolescentes de 15 a 19, terminaron con éxito el tratamiento antituberculoso. Por su parte, el 18,3% (15,2; 21,4) de menores de 5 años, el 11,9% (8,9; 14,8) de 5 a 9, el 14,1% (9,5; 18,6) de 10 a 14 y el 17,2% (14,3; 20,2) de los adolescentes abandonaron el tratamiento. El 54,2% (51,5; 57,0) de los menores de 15 realizó TDO, así como un porcentaje similar de los adolescentes: 54,1% (51,4; 56,8). Se encontró una asociación positiva entre realizar TDO y completar el tratamiento. En los menores de 15, la probabilidad de abandonar el tratamiento fue más del doble entre los casos que no realizaron TDO con respecto a los que lo realizaron: RR = 2,34 (1,78; 3,08; p<0,001). En los adolescentes de 15 a 19 años también la probabilidad de abandonar el tratamiento fue más del doble cuando no realizaron TDO: RR = 2,23 (1,74; 2,86; p <0,001).

CONCLUSIONES:

Aunque más del 80% de los casos de tuberculosis infantil y del adolescente del país completan el tratamiento, las cifras todavía están por debajo del 90%. Adicionalmente, las cifras de abandono son dos o tres veces superiores al máximo valor propuesto de no más del 5% de casos sin completar el tratamiento. El mejor resultado del tratamiento cuando se aplica TDO refuerza la necesidad de garantizar que éste se implemente ampliamente para mejorar el control del problema.

HIPERTENSION PULMONAR EN ADOLESCENTE CON SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA Y POLISEROSITIS TUBERCULOSA. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 72

Gonzalez N.¹; Fronti P.²; Lopez M.³; Alvarez Ponte S.⁴; Smith S.⁵; Pawluk V.⁶

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

INTRODUCCION:

La hipertensión pulmonar (HP) secundaria a infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una entidad clínica rara y de mal pronóstico. La tuberculosis (TB) extrapulmonar es más frecuente en pacientes VIH positivos y puede comprometer varios órganos. La coexistencia de estas patologías genera dificultades en el diagnóstico.

OBJETIVO:

Presentar un caso de HP grave en paciente con infección por VIH y poliserositis TB.

CASO CLINICO:

Paciente de 15 años, VIH positivo de transmisión vertical, que consultó por tos y dificultad respiratoria de un mes de evolución. Padre con antecedente de TB, sin quimioprofilaxis a los contactos. Ingresó en regular estado general, afebril, normotenso, segundo ruido cardíaco intenso y desdoblado, soplo sistólico 2/6, pulsos periféricos presentes y simétricos. Disnea clase funcional 3. Hipoventilación bibasal y matidez de columna. Abdomen distendido, hepatomegalia y edemas en miembros inferiores. Hipocratismos digitales. Radiografía de tórax: cardiomegalia, derrame pleural derecho y borramiento

del seno costofrénico izquierdo. Ecografía abdominal: hepatomegalia y líquido libre en Douglas. Electrocardiograma con sobrecarga de ventrículo derecho y ecocardiograma con HP severa, gran dilatación de cavidades derechas y derrame pericárdico tipo 2. Colagenograma y perfil tiroideo normal, sin arritmias ni cardiopatía estructural, se descartó enfermedad tromboembólica. Tratamiento: espirolactona, sildenafil y ácido acetil salicílico.

Punción pleural: exudado, ADA > 60U/l. Cultivo de esputo y líquido pleural negativo para gérmenes comunes, hongos y micobacterias. Tomografía de tórax: adenopatías retrocavopretraqueales pre y sub-carinales y en mediastino superior, imágenes nodulilares calcificadas de aspecto secular en lóbulo medio e inferior derecho, derrame pleural bilateral.

Por presentar poliserositis, contacto con TB y ADA positivo, se indicó tratamiento antituberculoso (12 meses) y corticoides (36 días). A los 20 días de iniciado el tratamiento antituberculoso comenzó a recibir tratamiento antirretroviral.

El paciente evolucionó favorablemente continuando su seguimiento multidisciplinario en forma ambulatoria.

CONCLUSIÓN:

Ante síntomas respiratorios no explicados por otros motivos, es de suma importancia sospechar la presencia de HP secundaria a la infección por VIH. Si bien es una entidad infrecuente, su diagnóstico y tratamiento precoz mejoraría la supervivencia y calidad de vida de estos pacientes.

NEUMONIA POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO-RESISTENTE DE LA COMUNIDAD. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 73

Gonzalez N.¹; Fronti P.²; Smith S.³; Lopez M.⁴; Alvarez Ponte S.⁵; Pawluk V.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6}
<regonza@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (SAMR) adquirido en la comunidad constituyen una enfermedad emergente en nuestro medio tanto en adultos como en niños sin factores de riesgo. El 90% de los casos se presentan asociados a infecciones en piel y tejido subcutáneo y el 10% son infecciones graves que pueden ocasionar la muerte del paciente.

OBJETIVO:

Describir un caso de neumonía y sepsis por SAMR de la comunidad en un adolescente sin comorbilidades.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 14 años de edad, previamente sano, consultó por fiebre y astenia de 48 hs de evolución, presentaba en cara forunculosis. Se internó con diagnóstico de sepsis, neumonía y forunculosis, se indicó clindamicina y ampicilina. A las 48 hs el paciente empeoró, constatándose hemocultivos (HMC) positivos: SAMR. Se lo derivó a nuestra institución, rotándose el antibiótico a Vancomicina 40mg/kg/día y Clindamicina 30mg/kg/día. Al ingreso se encontraba

febril, con dolor torácico a predominio izquierdo y dolor abdominal. Ictérico, taquiperico, con tiraje universal e hipoxemia; auscultándose hipoventilación marcada en ambas bases pulmonares. Laboratorio: leucocitosis, eritrosedimentación 80 mm/h, proteína C reactiva (PCR) 216 mg/l, enzimas hepáticas elevadas. Radiografía de tórax: imágenes algodonosas radiopacas en la periferia, compatible con neumonía multifocal por diseminación hematógena, derrame pleural bilateral. El paciente continuó en regular estado general y febril por 3 días más. Al segundo día de su ingreso se repitieron los HMC y persistían positivos (SAMR). Se aumentó la vancomicina a dosis máxima al recibir vancominemia baja. Fondo de ojo, ecografía abdominal y ecocardiograma normales. Serología para Virus de Inmunodeficiencia Humana negativa. Al 5to día el paciente mejoró notablemente, afebril sin hipoxemia y con HMC de control negativos, PCR: 50,6 mg/l. Hepatograma normal. Ecografía pleural y radiografía de tórax mejorada con respecto al ingreso. El paciente evolucionó favorablemente, cumpliendo 15 días de internación y 10 días de tratamiento antibiótico desde que los HMC fueron negativos.

CONCLUSIÓN:

La neumonía por SAMR debe ser considerada en pacientes con infecciones en piel y tejidos relacionados, compromiso radiológico bilateral, y signos clínicos de sepsis

INFORMACION DE LA COMUNIDAD SOBRE TUBERCULOSIS

RPD 74

Gonzalez N.¹; Pawluk V.²; Mesa M.³; Gil S.⁴; Ragone L.⁵; López M.⁶; Macha Marin E.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7}
<regonza@intramed.net>

INTRODUCCION:

El conocimiento de la comunidad sobre la tuberculosis (TB) puede contribuir a la detección de las personas enfermas. Al recibir información clara y precisa sobre la enfermedad, sin mitos ni prejuicios, las personas aprenden a reconocer los síntomas. De esta manera se pueden convertir en un recurso vital en la detección de casos y la consulta precoz. Según los informes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni", la Ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires tienen tasas de notificación de casos de TB mayores que la tasa promedio nacional.

OBJETIVO:

Saber si la población que consulta en un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires ha recibido información sobre la TB.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una encuesta a los familiares de niños que se atendieron en el hospital durante la semana de actividades por el "Día de la TB" (24 de marzo) de 2014. Luego de responder la encuesta, se les entregó material informativo elaborado por el Programa Nacional de Control de la TB.

RESULTADOS:

119 personas aceptaron responder la encuesta. 21% provenían de la Ciudad de Buenos Aires, 73% del Conurbano Bonaerense, 6% de otro lugar. 81,5 % mujeres. 89,9 % mayores de 20 años. 47,9 % recibió información sobre TB: 42,1 % en la escuela, 38,5 % del médico o personal sanitario, 12,3 % de los medios de comunicación, 5,3% de la escuela y el médico, 1,8 % de otra fuente. 20,2 % tenían algún conocido que padeció TB. 6,7 % referían conocer a alguien enfermo de TB en el momento de responder la encuesta. 41% (13/32) de los que conocían a alguien con TB no había recibido información.

CONCLUSIÓN:

Si bien la muestra no es suficiente para generalizar conclusiones, los resultados de la encuesta realizada evidencian que más de la mitad de las personas entrevistadas carecían de información sobre la TB. Teniendo en cuenta que estas familias residen en un área del país con altas tasas de enfermedad sería valioso ampliar la muestra para verificar si se confirman estos datos. Y, si fuera así, sería necesario fortalecer la comunicación entre el equipo de salud y la población, promoviendo la producción de conocimientos que le permita a cada comunidad recuperar la autonomía en la toma de decisiones sobre su salud y generar los cambios acordes a sus necesidades.



DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5 AÑOS Y DESIGUALDAD SOCIAL EN ARGENTINA, 2011-2013

RPD 75

Bossio J. 1; Luque G. 2; Arias S. 3

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI" 1,2,3
<jbossio@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades respiratorias (ER) son la tercera causa de mortalidad de menores de cinco años en Argentina y el riesgo de morir es diferente en las distintas jurisdicciones y hacia su interior.

OBJETIVO:

Describir la desigualdad en la distribución de la mortalidad por ER en menores de cinco años en Argentina y estimar su asociación con las condiciones sociales de la población.

POBLACION: Muertes por ER en menores de cinco años en el trienio 2011-2013.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio ecológico con los departamentos de las 23 provincias del país como unidades de análisis. Se analizaron las bases de datos de nacidos vivos y defunciones de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y se seleccionaron 263 departamentos con por lo menos una muerte por ER y 1000 o más nacidos vivos en el trienio 2011-2013.

Se utilizó como indicador social el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) del Censo 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC).

Se calculó el número de defunciones por ER (códigos J00-J99) y se calcularon tasas por 1.000 nacidos vivos para el trienio.

Se agruparon los departamentos en deciles según su NBI y, para cada uno, se calculó el valor promedio de NBI y la tasa de mortalidad por ER. Se realizó una regresión lineal de la tasa de mortalidad versus NBI. Se calculó el coeficiente de determinación R², y se realizó el

análisis de la varianza y calculó el valor de p.

La asociación entre el NBI y la tasa de mortalidad se expresó con el coeficiente de regresión e intervalo de confianza al 95% y el incremento en el riesgo de morir con el aumento del NBI, expresado como razón de tasas. Se utilizó el programa Excel 2013.

RESULTADOS:

En el trienio 2011-2013 se registraron 2.446 muertes de menores de cinco años por ER, 1,09 por 1.000 nacidos vivos. De ese total, 2.208 muertes tuvieron residencia en 263 departamentos con 1.000 o más nacidos vivos, lo que representó una tasa de 1,14 por 1.000. Las tasas variaron entre 9,37 por 1.000 en el departamento Bermejo (Formosa) y 0,09 por 1.000 en el partido Vicente López (Buenos Aires), con una razón de tasas de 99,2.

Agrupando los 263 departamentos en deciles, se encontró una asociación directa entre la condición social y la tasa de mortalidad por ER en menores de cinco años, asociación estadísticamente significativa (R²=0,93; p<0,001).

El mayor decil de NBI (26,4% o más) tuvo una tasa de 2,79 por 1.000, 3,5 veces superior a la del decil con menor NBI (<5,95%); 0,79 por 1.000.

La tasa de mortalidad se incrementó 0,07 (0,05; 0,09; p<0,001) puntos por cada punto de incremento del NBI. En el rango de NBI de los 263 departamentos, el aumento de este indicador social se asocia a un incremento de 13,1 veces en la tasa de mortalidad.

CONCLUSIONES:

Existe diferencia en la mortalidad por ER en menores de cinco años entre los departamentos del país y estas diferencias muestran una fuerte asociación con las condiciones sociales de la población. Es necesario fortalecer las acciones de prevención y tratamiento priorizando las áreas socialmente más vulnerables.

EVALUACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO SOBRE EL RESULTADO DE TRATAMIENTO EN TUBERCULOSIS PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE. ARGENTINA 2011-2012

PO 76

Radosevich A. 1; Arias S. 2; Bossio J. 3

INER- EMILIO CONI 1,2,3
<ainelen_r@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Tuberculosis (TB) produce más de 9400 nuevos casos anuales en Argentina y más del 15% de estos casos ocurren en niños y adolescentes, con grandes diferencias entre jurisdicciones. La ocurrencia de casos pediátricos y adolescentes evidencia su transmisión activa en la población y denota una situación de gravedad para grupos vulnerables.

OBJETIVO:

Describir la notificación y resultado de tratamiento en TB pediátrica y adolescente y su asociación con el nivel socioeconómico.

POBLACIÓN:

Casos de TB menores de 20 años en Argentina en 2011-2013.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de cohorte retrospectivo utilizando como fuente de información la Base de Notificación de TB para el total del país en el período 2011-2013. Se calcularon tasas de notificación y abandono para el período 2011-2013 por jurisdicción y por grupos de edad (menores de 15 y de 15 a 19 años). Se compararon los casos con tratamiento exitoso (curado y tratamiento completo) y con abandono de tratamiento, definiéndose como expuestos los casos de TB de las jurisdicciones del cuartil superior ordenados de forma descendente según % Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y como no expuestos aquellas del cuartil inferior. Se calculó el Riesgo Relativo (RR) y su intervalo de confianza al 95% (IC). Se utilizaron los programas Microsoft Excel y Epidat 3.1.

RESULTADOS:

En 2011-2013 se notificaron 2939 casos de TB en menores de 15 años y 2813 casos entre 15-19 años. Las tasas de notificación más altas en menores de 15 se presentaron en Ciudad de Buenos Aires (CABA) y Salta (27,57 y 20,82 por 100000 habitantes, respectivamente) y en el grupo de 15-19 las más altas fueron en Jujuy y CABA (53,40 y 53,30 por 100000 habitantes, respectivamente). La tasa de abandono más alta en menores de 15 fue para Corrientes, con un 25% de abandono, mientras que en el grupo de 15 a 19 años fue en Buenos Aires, con un abandono del 21,30%. Según el % NBI, el cuartil superior estuvo formado por: Formosa, Salta, Chaco, Santiago del Estero, Corrientes y Misiones y el cuartil inferior por Mendoza, Santa Cruz, Santa Fe, Córdoba, CABA y La Pampa. Los casos menores de 15 años notificados en las provincias del cuartil superior presentaron un 32% menos de riesgo de abandonar el tratamiento (RR:0,68; IC:0,48-0,96) comparadas con las provincias de menor %NBI. En el grupo de 15 a 19 años, el riesgo de abandonar el tratamiento no presentó asociación con el %NBI (RR:0,99; IC:0,68-1,44).

CONCLUSIONES:

Las jurisdicciones socioeconómicamente más desfavorecidas presentan tasas de abandono menores que las de mejores niveles. Esto puede deberse a que la estructura de salud de estas provincias profundiza sus esfuerzos sobre el tratamiento y seguimiento del paciente con TB. Llama la atención no obstante, la situación de CABA que teniendo el segundo valor más bajo de población con NBI de Argentina presenta una de las tasas más altas de notificación de TB en menores de 20 años. Apoyar el esfuerzo de control de las provincias con mayor % NBI, a la vez que estimular al resto de las jurisdicciones a lograr mejores valores de curación, podría resultar en beneficios para el control de la TB pediátrica a nivel nacional, evitando así que la salud de la población pediátrica resulte perjudicada por una enfermedad prevenible como la TB.

HIPOVENTILACIÓN CENTRAL ASOCIADA A OBESIDAD DE APARICIÓN RÁPIDA, DISFUNCIÓN HIPOTALÁMICA, DESREGULACIÓN AUTONÓMICA Y TUMOR DE LA CRESTA NEURAL: A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME DE ROHHADNET

RPD 77

Alvarez B.¹; Alberto M.²; Sanguinetti N.³; Papendieck P.⁴; Bergada I.⁵; Teper A.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ, CENTRO RESPIRATORIO^{1,2}
³; HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ, DIVISIÓN DE ENDOCRINOLOGÍA^{3,4,5}
<betsabealvarez85@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El incremento de peso rápido y desmedido asociado a hipoventilación de comienzo tardío, disfunción hipotalámica y desregulación autonómica es un trastorno infrecuente que, en la infancia, debe diferenciarse de trastornos endocrinológicos y de síndromes genéticos que cursan también con obesidad. Si esta entidad se acompaña además de tumores de la cresta neural se la conoce como síndrome de ROHHADNET, del cual hasta el momento solo se han reportado 80 pacientes.

OBJETIVOS:

Presentación de una paciente con síndrome de ROHHADNET, patología que puede ser mortal si no se diagnostica en forma oportuna.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Niña de 4 años sin antecedentes perinatales ni familiares, que refiere importante aumento de peso (18kg en 11 meses). Es derivada a nuestro centro por disnea de reposo, cefalea, despertares frecuentes y referencia de episodios de apnea.

Al ingreso: peso: 30 kg; (Score Z: + 4.72), talla: 97.8 cm (pc: 10), índice de masa corporal: 31.91 (obesidad severa), FC: 100x', TA: 110/70 mmHg (pc: 95), FR: 32xmin, SaO₂: 95% (FIO₂ 0,21 en reposo). Estado ácido base arterial: pH: 7,35; PaCO₂: 52 mmHg, PaO₂: 96 mmHg; HCO₃:30 mmol/L. Se indica ventilación no invasiva, al segundo día presenta un paro cardio-respiratorio por lo que ingresa a asistencia ventilatoria mecánica. En UCI presenta episodios de hipernatremia (163 mmol/l), hipertrigliceridemia (645mg/dl), hiperglucemia (300 mg/dl), bradicardia (FC: 40 x') y registros de fiebre sin infección. Se detectó masa en mediastino posterior, se reseco quirúrgicamente con diagnóstico de ganglioneuroma. Esto confirmó el diagnóstico de síndrome de ROHHADNET. Se practicó traqueostomía y fue dada de alta con asistencia respiratoria mecánica 24 horas al día.

CONCLUSIÓN:

En pacientes obesos que presentan hipoventilación central debe considerarse el síndrome de ROHHADNET, ya que su detección temprana permite prevenir las severas complicaciones cardiorrespiratorias y considerar la resección temprana de los tumores de la cresta neural asociados a esta entidad.

HIPOVENTILACION ALVEOLAR CENTRAL CONGÉNITA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 79

Camargo Vargas B.¹; Kofman C.²; Galizzi D.³; Teper A.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{2,3,4}
<bethycamargo@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La hipoventilación alveolar central congénita se caracteriza por disfunción del sistema nervioso autónomo y ausencia del control autonómico de la respiración, es de transmisión autosómica dominante.

OBJETIVO:

Presentar una paciente con hipoventilación alveolar central congénita de diagnóstico tardío.

CASO CLÍNICO:

Paciente femenina de 14 años, con antecedente de internación en UTIP a los 6 meses por insuficiencia cardiaca con hipoxemia e hipercapnia, que requirió ARM por 8 días. Tres hermanos fallecidos a los 2, 5 y 18 meses de vida por causa respiratoria desconocida. La madre fue diagnosticada con hipoventilación alveolar central y utiliza Bipap nocturno desde hace 4 años. Consulta por cefalea de predominio matinal, fatiga y episodios de cianosis durante el sueño. Niega síntomas digestivos.

Se evaluó en buen estado general, examen físico normal, con leve retraso madurativo, índice de masa corporal 16,5

(Z score -0,94). Presentaba polisomnograma patológico: porcentaje de tiempo Sat O₂ < 90%: 22%. Desaturación nocturna moderada sin eventos de obstrucción de vía aérea superior, hipercapnia con PaCO₂ 55 mmHg, test de apnea voluntaria 2 minutos, estudio del control central de la ventilación medido por test de reinhalación con pendiente P0.1/PCO₂, alterado (falta de respuesta). Espirometría normal con respuesta a broncodilatador: FVC 84/99 %, FEV₁ 93/109% (18%), FEV₁/FVC 97/98%, FEF 25-75 66/91%. Tomografías de Tórax y Cerebro normales. Comenzó tratamiento con VNI nocturno modo Bipap y Budesonide/ formoterol. Último control con PaCO₂ arterial de 38 mmHg. Oxi-capnografía normal, Sat 97% aire ambiente, EtCO₂ 32 mmHg, ecocardiograma sin evidencias de hipertensión pulmonar.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con hipoventilación alveolar central presentan nula respuesta ventilatoria a la hipoxia e hipercapnia lo cual hace necesario el apoyo ventilatorio habitualmente nocturno, que asegure adecuadas oxigenación y ventilación.



CARACTERÍSTICAS DE LAS MUERTES POR TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA Y DEL ADOLESCENTE EN ARGENTINA EN 2013

PO 80

Bossio J.1; Armando G.2; Arias S.3

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI"^{1,2,3}
<jbossio@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

En 2013 se registraron en Argentina 8.974 casos y 705 muertes por tuberculosis, con 1.698 casos y 34 defunciones en menores de 20 años. La persistencia de muertes por tuberculosis en la niñez y adolescencia, existiendo un tratamiento de alta eficacia y acceso gratuito, fundamenta la necesidad de caracterizar dichas defunciones.

OBJETIVO:

Describir las características de las muertes por tuberculosis pediátrica y del adolescente en Argentina en 2013.

POBLACIÓN:

Muertes por tuberculosis (códigos A15-A19, B20.0 y B90 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión) en menores de 20 años.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo de las muertes por tuberculosis en menores de 20 años de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Las muertes se estratificaron según variables individuales (cobertura de salud, nivel de instrucción y local de ocurrencia de la muerte) y ecológicas (porcentaje de población en hogares con necesidades básicas insatisfechas, NBI, para el grupo de edad y en el departamento de residencia del fallecido).

Se comparó la proporción de cada característica individual en menores de 20 años con la que se registró en las muertes por causas diferentes de tuberculosis y se calculó la Odds Ratio con su intervalo de confianza al 95% y el valor del p con el chi cuadrado.

Para la característica ecológica de los fallecidos (NBI del departamen-

to de residencia) se calculó la media de NBI de los departamentos con muertes, y se utilizó la prueba para una sola media con varianza conocida, para determinar la significancia estadística con la media del NBI de todos los departamentos.

Se utilizó el programa Excel 2013 y Epidat 3.1.

RESULTADOS:

Las muertes por tuberculosis pediátrica y adolescente en menores de 20 años se registraron con mayor frecuencia en servicios públicos (OR = 3,99; 1,21-13,09; p = 0,0223), no tenían cobertura de salud (OR = 8,89; 2,07-38,20; p = 0,0008), y tuvieron madres (en menores de 15) o fueron (15 a 19) con escolaridad primaria incompleta o menor nivel de instrucción (OR = 9,76; 3,78-25,24; p < 0,0001).

Los departamentos en los que se registraron muertes por tuberculosis en menores de 20 años tuvieron un promedio de NBI mayor que los departamentos que no tuvieron defunciones por esta causa. El porcentaje promedio de NBI de los departamentos con defunciones fue 39,21% para menores de 5 años, 43,29% para 5 a 9 años, 34,63% para 10 a 14 años y 26,41% para 15 a 19 años. Estos porcentajes fueron superiores al promedio de los departamentos sin muertes por tuberculosis: 23,75% para menores de 5 años, 22,42% de 5 a 9 años, 19,76% de 10 a 14 años y 16,31% de 15 a 19 años. En todos los grupos las diferencias fueron estadísticamente significativas (p<0,0001).

CONCLUSIONES:

Las muertes por tuberculosis pediátrica y del adolescente se asocian a características individuales que reflejan condiciones de vulnerabilidad social y se registran en departamentos con condiciones sociales desfavorables. El bajo nivel de instrucción, la falta de cobertura de salud y la residencia en áreas de alto NBI podrían utilizarse para orientar acciones destinadas a mejorar la precocidad del diagnóstico y garantizar el tratamiento oportuno y completo de la enfermedad.

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD INFANTIL POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO EN ARGENTINA

PO 81

Armando G.1; Bossio J.2; Arias S.3

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS^{1,2,3}
<tavho@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las muertes por enfermedades respiratorias ocupan el tercer lugar como causa de mortalidad de menores de un año.

OBJETIVO:

Describir la característica de la mortalidad de menores de un año por enfermedades del sistema respiratorio en Argentina en 2013.

POBLACION:

Muertes menores un año por enfermedades del sistema respiratorio (ESR) y nacidos vivos en Argentina en 2011-2013.

METODOLOGÍA:

Se seleccionaron las muertes registradas por enfermedades respiratorias (códigos J00-J99 de la CIE 10) de las bases de datos de mortalidad 2011-2013 de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), y el total de los nacidos vivos en el período.

Se estratificaron las muertes y los nacidos vivos según peso al nacer (BPN: <2500 gramos; PN: 2500 gramos o más), edad gestacional al nacer (PREM: <37 semanas de gestación; TERM: 37 o más semanas de gestación), nivel de instrucción de la madre (Con BNI: primario incompleto o menor; Sin BNI: primario completo o mayor), nivel de instrucción del padre (Con BNI: primario incompleto o menor; Sin BNI: primario completo o mayor), asociación a un sistema de salud de la madre (ASO: madres asociada a algún sistema de salud, NASO: no asociada a un sistema de salud), situación laboral (ocupado o desocupado), y local de ocurrencia (público o privado).

Se comparó el porcentaje de muertes y nacidos vivos según cada

característica y se utilizó el test chi Cuadrado para evaluar la significancia estadística.

Se utilizó el programa Excel 2010 y Epidat 3.1.

RESULTADOS:

La proporción de bajo peso al nacer fue 2,6 veces mayor entre las muertes que entre los nacidos vivos: 19,1% (371) y 7,25% (161.441), respectivamente (p<<0,01); y la de prematuridad fue 2,9 veces mayor: 21,7% (341) y 7,25% (190.319), respectivamente (p<<0,01).

La proporción de madres no asociadas a un sistema de salud fue 1,5 veces mayor entre las muertes que entre los nacidos vivos: 69,2% (710) y 45,8% (933.655), respectivamente (p<<0,01); y de madres desocupadas fue 2,3 veces mayor: 57,5% (855) y 24,5% (374.844), respectivamente (p<<0,01).

La proporción de niños que se atendieron en un establecimiento de salud público fue 1,04 veces mayor entre las muertes que entre los nacidos vivos: 59,5% (986) y 56,9% (1.269.807), respectivamente (p = 0,03).

La proporción de niños con madre con primaria incompleta o menor nivel de instrucción fue 3,47 veces mayor entre las muertes que entre los nacidos vivos: 18,4% (220) y 5,3% (114.921), respectivamente (p<<0,01); y la de padres con primario incompleta o menor nivel de instrucción fue 3,47 veces mayor: 18,3% (135) y 5,3% (93.996), respectivamente (p<<0,01).

CONCLUSIONES:

Existen características de las muertes por enfermedades respiratorias en menores de un año que se encuentran con mayor frecuencia que entre los nacimientos. Estas características podrían utilizarse para identificar aquellos nacidos vivos con más posibilidades de morir por una enfermedad respiratoria.

HEMANGIOMA SUBGLÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 83

Bustamante Marroig P.¹; Barriá S.²
HOSPITAL REGIONAL DE COMODORO RIVADAVIA^{1,2}
<drabmarroig@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El hemangioma subglótico es una lesión vascular benigna poco frecuente. En el 50% de los casos se asocia a hemangiomas cutáneos. Es más frecuente en mujeres (2:1).

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de un paciente con hemangioma subglótico internado en sala general de nuestro hospital.

CASO:

Niño de un mes de vida, con buen crecimiento pondoestatural, sin antecedentes patológicos de importancia que ingresa a sala de internación con diagnóstico de Bronquiolitis en edad de riesgo/estridor laríngeo. Al examen físico no presenta hemangiomas cutáneos, se constata estridor bifásico moderado con predominio inspiratorio que aumenta durante el llanto y la alimentación. Se indican nebulizaciones con budesonide y adrenalina con escasa respuesta al tratamiento. Se le solicita Rx de cuello frente y perfil, de mala técnica, no pudiendo evaluar luz subglótica Ecocardiograma doppler color y SEG. Ambos con resultados normales. Por persistencia de síntomas se solicita laringoscopia directa bajo anestesia general donde se visualiza una masa subglótica

en la pared lateral derecha que produce una disminución de más del 50% de la luz subglótica. Comienza tratamiento con propranolol a 1 mg/kg/día en dosis ascenso hasta 2 mg/kg/día, se evaluó frecuencia cardiaca, presión arterial y niveles de glucemia. El tratamiento con propranolol fue bien tolerado por el lactante, sin efectos adversos a la terapia con este betabloqueante. Además se indicó meprednisona a 2 mg/kg/día en dosis descenso, los primeros 7 días. Al 4º día, presenta mejoría del estridor laríngeo en forma progresiva y ante buena evolución se dió de alta médica con controles clínicos estrictos.

CONCLUSIÓN:

El hemangioma subglótico es una patología poco frecuente pero que debemos sospecharla frente a pacientes menores de 6 meses con laringitis recurrente o estridor laríngeo progresivo. Se destaca el manejo del hemangioma subglótico con propranolol, una nueva opción terapéutica y una alternativa de primera línea, el cuál fue eficiente para reducir los síntomas y el tamaño del hemangioma en nuestro paciente, presentando una rápida respuesta, sin efectos adversos.

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD DE MENORES DE 20 AÑOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA.

RPD 84

Luque M.¹
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "DR. E. CONI"
◊

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades respiratorias son una causa frecuente de enfermedad en la población pediátrica y adolescente. Entre ellas, la neumonía es la enfermedad más grave a la que se asocian las muertes por esa causa. Identificar condiciones que puedan estar asociadas al mayor riesgo de morir podría contribuir a brindar una atención diferenciada a estos casos. Objetivo: Identificar las características asociadas a la mortalidad entre las hospitalizaciones por neumonía menores de 20 años en la provincia de Santa Fe, Argentina.

POBLACIÓN:

Hospitalizaciones por neumonía menores de 20 años, códigos J12-J18 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), Décima Revisión, durante el período 2009-2013, en establecimientos públicos.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio de diseño transversal. Se estratificaron las hospitalizaciones por neumonía en menores de 20 años según sexo, cobertura de salud, instrucción y situación laboral familiar. En cada grupo se discriminaron las hospitalizaciones que tuvieron alta médica y las que tuvieron como causa de egreso la defunción. Se compararon las tasas de mortalidad hospitalaria y se evaluó la existencia de asociación entre las diferentes características y la mortalidad utilizando la Odds

Ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95% y el valor de p. Se utilizó el programa Excel 2013 y Epidat 3.1.

RESULTADOS:

Se identificaron 12.773 egresos por neumonía en menores de 20 años, de los cuales 34 tuvieron como causa de egreso la defunción: 0,27% (0,17; 0,36). La mortalidad fue mayor en el grupo de 15 a 19 años que en el de menores de 5 años: 1,36% (0,34; 2,38) y 0,20% (0,11; 0,30), respectivamente, $p < 0,0001$; y en el de 5 a 9 años, 0,11% (0,01; 0,41), $p = 0,0002$. De 10 a 14 años, la mortalidad fue 0,54% (0,17; 1,25) y no tuvo diferencia estadísticamente significativa con el resto de los grupos. La mortalidad fue similar en varones y mujeres: 0,27% (0,13; 0,41) y 0,27% (0,14; 0,49), OR=1,00 (0,51; 1,97), $p = 0,9853$; y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas según cobertura de salud: 0,24% (0,14; 0,33) en los que no tenían Obra Social y 0,43% (0,11; 0,76) en los que sí tenían: OR= 0,55 (0,25; 1,21), 0,1317. La mortalidad fue mayor entre los hospitalizados con familias sin instrucción, 0,34% (0,21; 0,47) que con instrucción, 0,12% (0,04; 0,28), OR= 2,85 (1,10; 7,38), $p = 0,0242$. También fue mayor entre los hospitalizados con familias sin trabajo, 0,28% (0,09; 0,48) que con trabajo, 0,14% (0,02; 0,50), OR=2,05 (0,45; 9,35), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa: $p = 0,3456$.

CONCLUSIONES:

La mortalidad por neumonía en hospitalizados menores de 20 años se asocia a condiciones sociales desfavorables como la falta de instrucción de la familia y la desocupación laboral. La identificación de estas condiciones podría ser de utilidad para enfatizar el seguimiento y tratamiento de los episodios de enfermedad respiratoria en estos niños y adolescentes.



A PROPÓSITO DE UN CASO CON ENSANCHAMIENTO MEDIASTÍNICO

RPD 85

Loto Y.1; De Gaetano M.2

SANATORIO MONTECARLO^{1,2}
<yantina1976@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Los quistes broncogénicos son el resultado de un brote anómalo del árbol traqueobronquial durante el desarrollo. Se localizan en el parénquima pulmonar, mediastino y otras localizaciones atípicas. En general son uniloculares. La forma de presentación asintomáticos y los sintomáticos dependen de su ubicación o derivan de alguna complicación: compresión, infección u obstrucción.

OBJETIVO:

Presentación de un paciente con ensanchamiento mediastínico por presencia de lesión quística en región mediastínica anterior.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 5 años sin antecedentes patológicos de importancia, en el contexto de un cuadro febril se realiza radiología de tórax donde se evidencia ensanchamiento mediastínico, recibe antibioterapia por persistencia de la lesión se deriva a neumonólogo infantil. Evaluación clínica neumonológica: paciente eutrófico, eupneico con buena entrada bilateral de aire, sin signos de cronicidad. Estudios realizados: 1) Rx de tórax ensanchamiento mediastínico anterior, desplazamiento traqueal y leve disminución de la luz traqueal 2) Tac de tórax evidencia aumento del tamaño

tímico y 3) Ecografía de partes blandas en mediastino anterosuperior en relación a lóbulo derecho de glándula tímica imagen quística unilocular de 47 x 44 x 42 mm por lo que se sospecha quiste congénito vs adquirido. Se deriva a tórax quirúrgico del hospital garrahan se planifica turno quirúrgico, se completan estudios para descartar hidatidosis, (Hemoaglutinación indirecta + para equinococcus granulosis) recibió según normativas de nación 3 meses previos a la cirugía albendazol a 10 mg/kg/día. Exéresis quirúrgica en Hospital Garrahan con informe anatomopatológico de quiste broncogénico.

CONCLUSIONES:

El quiste broncogénico es una malformación que puede pasar inadvertida según donde este localizado. La tos irritativa intermitente, y los estudios complementarios de radiología de tórax y ecografía permitieron la sospecha de esta lesión. La tomografía siendo el método de elección, por mala calidad no fue determinante para el diagnóstico. La presencia de una lesión quística nos debe hacer pensar en una malformación pulmonar congénita y no olvidarnos de lesiones adquiridas como la hidatidosis que debe confirmarse con métodos específicos por falsos positivos como tuvo este paciente. En ambas situaciones estas lesiones quísticas deben derivarse en forma oportuna a centros de referencia para el tratamiento y diagnóstico definitivo.

FORMAS DE PRESENTACIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA

RPD 86

Martínez A.1; Loto Y.2; Añasco D.3; Miranda A.4;

Farenhart N.5; Rodríguez G.6; Dibiasi M.7

HOSPITAL SAMIC ELDORADO^{2,3,4,5,6,7}
<angiemedicina@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Staphylococcus aureus es un patógeno que provoca infección pulmonar grave y severa, se presentan como bronconeumonías, neumonías necrotizantes, derrame pleural, empiema, neumotórax, émbolos sépticos y pionemotórax.

OBJETIVO:

Describir el compromiso pulmonar por Staphylococcus aureus en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes (n) internados 01/01/12 al 31/05/15, con diagnóstico bacteriológico de SAMS y/o SAMR en hemocultivos y toracocentesis. Se excluyeron: las historias clínicas y/o tratamientos antibióticos incompletos.

Variables utilizadas: edad, sexo, días de internación, Óbitos, foco clínico: 1) neumonías con supuración pleuropulmonar, 2) neumonía con derrame paraneumónico, 3) sepsis foco dérmico, 4) sepsis foco pulmonar. Clínica respiratoria: taquipnea, hipoventilación alveolar, hipoxemia, quejido respiratorio. Cultivos bacteriológicos y antibiogramas. Antibioticoterapia. Imágenes: radiología TAC, y/o ecografía.

RESULTADOS:

Las infecciones por SA representaron 1.55 % de las internaciones (69/4633) y en n13 (0.28%) tuvieron compromiso pulmonar. Se incluyeron n13 de la comunidad eutróficos. Exclusión n2. Mujeres n6 (46%). Edad media 2.95 años (rango 3 meses - 13 años). Días de internación media 21 días (rango 2-31 días). Foco clínico: 1) n5, 2) n1, 3) n4, 4) n3. Clínica respiratoria: n10. Hemocultivos positivos n7/13 (54%) (SAMR n6). Toracocentesis n6 (SAMR n6). Tratamientos: Drenaje pleural n5; vancomicina n6, clindamicina n7. Imágenes patológicas n13. Óbitos: n1.

CONCLUSIONES:

La frecuencia anual de las infecciones por SA en nuestro servicio se mantiene en 1.5% a 2% en los últimos 6 años. En nuestro estudio el germen predominante fue el SAMR en n12 y de estos un óbito. El compromiso pulmonar fue sospechado por clínica respiratoria en n10, confirmados por el bacteriológico e imágenes. En n3 con bacteremia tuvieron afectación pulmonar (émbolos sépticos) por imágenes en ausencia de síntomas respiratorios. La neumonía con derrame pleural, seguida de las bronconeumonías fueron las formas más frecuentes. Aunque el compromiso pulmonar es bajo respecto al de partes blandas, provoca alta morbilidad, internación prolongada, tratamientos antibióticos de amplio espectro por la alta resistencia como así también la necesidad de tratamientos invasivos con colocación de tubo de avenamiento en aquellos con derrame pleural.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE INFECCIÓN RESPIRATORIA POR BOCAVIRUS HUMANO 1 Y VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN LACTANTES HOSPITALIZADOS

PO 87

Moreno L.¹; Esper M.²; Musse M.³; Antonucci M.⁴; Bujedo E.⁵; Kohn V.⁶; Marques I.⁷; Adamo P.⁸; Guietto L.⁹; Ferrero F.¹⁰

HOSPITAL DE NIÑOS SANTÍSIMA TRINIDAD; CATEDRA DE CLINICA PEDIATRICA UNCI²³⁴⁵; HOSPITAL DE NIÑOS SANTÍSIMA TRINIDAD^{6,7}; INSTITUTO DE VIROLOGIA JM VANELLA CORDOBA⁸; INSTITUTO DE VIROLOGIA JM VANELLA⁹; HOSPITAL ELIZALDE BUENOS AIRES¹⁰
<lauramoreno@arnet.com.ar>

FUNDAMENTACIÓN:

Bocavirus humano 1 (HBoV1) es un parvovirus asociado a infección respiratoria aguda alta y baja (IRAB); ocupa el segundo lugar en prevalencia luego del virus sincicial respiratorio (VSR) en menores de 2 años. Los casos de HBoV1 presentan características similares a las de otros virus respiratorios; sus particularidades en relación al VSR no han sido documentadas.

OBJETIVOS:

Comparar las características clínicas de casos de infección por HBoV1 y VRS en lactantes, sin codetecciones de otros patógenos respiratorios y sin comorbilidades.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, observacional, analítico transversal. Se incluyeron lactantes hospitalizados por IRAB en el Hospital de Niños Santísima Trinidad en quienes se identificó HBoV1 en aspirado nasofaríngeo (mono infección) mediante biología molecular, durante los años 2011-2012-2013. Se compararon los datos clínicos de casos de infección por HBoV1 con casos positivos para VSR (detectado mediante

inmunofluorescencia indirecta). Para el análisis se excluyeron pacientes con comorbilidad previa. Se analizaron las variables categóricas mediante Chi2/Fisher y las continuas con test T, asumiendo significativa $p < 0,05$.

RESULTADOS:

De un total de 934 casos incluidos, 92 (10,5%) fueron positivos; coinfección con otros virus 47/92 (51%). Excluidos 8; muestra final 39 casos HBoV1 y 97 VSR (total 136). Los casos HBoV1 sin coinfección mostraron edad media de 8±8 meses (Rango 1-36); masculinos 23/39 (58%); sin factores de riesgo significativos. Cuadro clínico: pródomos de rinitis y tos 3,7±3 días previos al ingreso; tos y sibilancias 30/39; fiebre 22/39. Laboratorio: GB 13605±5571. Radiología: normal 4/39(10%), atrapamiento aéreo 7/39(18%), infiltrados intersticiales/atelectasias 18/39(46%), infiltrados alveolares/intersticio-alveolares 10/39(26%). Recibieron oxígeno 31/39 (4 ventilación no invasiva), antibiótico 28/39, fallecidos ninguno. En el análisis comparativo los casos de VSR presentaron más días de hospitalización (9±6 Vs. 5,9±4; $p=0,0007$) y de oxigenoterapia (8,7±8 Vs. 3,4±3 ; $p=0,01$) que los HBoV1. Las demás características fueron muy similares en ambos grupos.

CONCLUSIONES:

El cuadro clínico de lactantes hospitalizados por IRAB asociada a HBoV1 en mono infección es indistinguible al ocasionado por VSR, aunque con menos días de hospitalización y requerimiento de oxígeno. No se registraron casos graves, fallecidos ni complicaciones al alta.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFLUENZA A H1N1. CORDOBA, ARGENTINA 2013

PO 88

Moreno L.¹; Arato G.²; Arroyo F.³; Bujedo N.⁴; Antonucci M.⁵; Kohn V.⁶; Marques I.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS SANTÍSIMA TRINIDAD; CATEDRA DE CLINICA PEDIATRICA UNCI²³⁴⁵⁶⁷
<lauramoreno@arnet.com.ar>

A partir de la pandemia por Influenza A (H1N1) durante el 2009, en Argentina se intensificaron las medidas de vigilancia epidemiológicas y control de la enfermedad. Se promovió la vacunación antigripal a pacientes de riesgo (incluyendo lactantes 6-24 meses y embarazadas) y se implementó el uso de antiviral (oseltamivir) en casos graves durante el periodo invernal.

OBJETIVOS:

Describir características clínicas y epidemiológicas de los casos de Influenza A(H1N1) hospitalizados durante el 2013, a cinco años de la pandemia 2009.

POBLACIÓN Y MÉTODO:

Fueron incluidos todos los casos sospechosos de gripe (definición de caso Ministerio de Salud/Sala de Situación) internados en el Hospital de Niños de Córdoba (2013) en quienes se realizó pesquisa viral por Inmunofluorescencia (virus habituales) y PCR para Influenza A H1N1 en aspirado nasofaríngeo. De los casos positivos se registraron datos demográficos y clínico-epidemiológicos (estado vacunal, factores de riesgo/FR, diagnóstico, tratamiento y evolución).

RESULTADOS:

De 233 casos analizados, positivos 37 (16%); 2 coinfección con virus respiratorio sincicial; el mayor pico se observó durante junio-julio (Semana Epidemiológica 23-30). Muestra final 33 (4 excluidos por falta de datos); edad 12±10 meses (rango 1-39); masculinos 17(45,9%). Con vacuna antigripal (madre o >6 meses) 12/33 (27%). Comorbilidad previa 12/33 (cardiopatías 4, Displasia broncopulmonar 2, Síndrome Down 1, leucemia 1, diabetes insípida 1, neurológicos 2, linfangioma 1). Todos recibieron oseltamivir al ingreso y tratamiento antibiótico; oxigenoterapia 9±7días; Asistencia Respiratoria Mecánica 11. Diagnósticos: neumonía, bronquiolitis, síndrome febril (28/33 con 38°C o más); Rx infiltrados intersticio-alveolares bilaterales 29/33. Fallecidos 2(5%) de 4 y 6 meses respectivamente, sin registro de vacuna antigripal (embarazo) y sin co-morbilidad previa; clínica de los fallecidos: distres respiratorio, hemorragia pulmonar, shock cardiogénico.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de casos positivos de Influenza A H1N1 en la muestra analizada fue del 16%, la mitad con co-morbilidad previa. Letalidad 5%. Si bien los casos fatales no presentaban factores de riesgo y recibieron oseltamivir al ingreso, fueron menores de 6 meses y su madre no había recibido vacuna antigripal durante el embarazo.



CUERPOS EXTRAÑOS EN LA VÍA AÉREA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

RPD 89

Nieto M.¹; Ferraz R.²; Torrez C.³; Botto H.⁴;
 Rodríguez H.⁵

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF.DR.J.P.GARRAHAN^{1,2,3,4,5}
 <marynieto14@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La aspiración de cuerpo extraño CE en la vía aérea puede ser una amenaza inmediata para la vida, produce el 7% de muertes en niños menores de 4 años. La sintomatología depende de su naturaleza, localización, edad del niño y grado de obstrucción que origine, provocando patología aguda o crónica por inflamación e infección secundaria al CE. La clínica simula diversas enfermedades, como asma, croup, neumonía lo que retrasa el diagnóstico correcto y favorece la aparición de complicaciones

OBJETIVO:

Presentación de cinco casos sin antecedentes relevantes, con aspiración de CE en diferente ubicación anatómica, clínica de presentación, métodos diagnósticos, complicaciones y su tratamiento.

Supraglótico Niño 10 meses ingresa por guardia estaba jugando con Guantes de látex inflado sufriendo insuficiencia respiratoria aguda, paro respiratorio y muerte. Laríngeo Niño 1 año, con laringitis sin respuesta al tratamiento. En la Fibroscopia: se visualiza CE plástico entre las cuerdas vocales. Traqueal Niña 2 años cuadros de tos traqueal irritativa luego

de comer hueso de pollo. Se visualiza y extrae el mismo por broncoscopio rígido bajo anestesia general. Bronquial Niña 7 años antecedentes cuadros de obstrucción bronquial. Se interna por Neumonía Derecha e hipoxemia, recibe tratamiento antibiótico y oxigenoterapia, egresa del hospital con mejoría clínica al séptimo día; dos meses después comienza con episodios febriles, la radiografía de tórax muestra imagen de condensación persistente en base derecha. Por Broncoscopia se extrae tornillo de plástico, y como complicación presenta estenosis bronquial. Migratriz Bronquial Niño 5 años con hemoptisis y neumonía persistente. Meses antes durante una caída se aspira pasto espiga silvestre. En la Broncoscopia se visualiza granuloma bronquial en lóbulo inferior derecho, posterior a su extracción se observa CE distal que se extrae con pinza a través de fibrobroncoscopio.

CONCLUSIÓN:

El antecedente de crisis de asfixia, síntomas respiratorios persistentes exámenes no concluyentes, falta de respuesta al tratamiento deben alertar al Neumólogo en la posibilidad de aspiración de CE, indicando la exploración endoscópica. Constituyendo el mejor método diagnóstico y terapéutico. El tratamiento se realiza con instrumental rígido Broncoscopio. El flexible es útil en los casos de CE migratrices y ante duda diagnóstica. La prevención adecuada de estos sucesos es fundamental para evitar la morbimortalidad que ocasiona.

NEUMONÍA AGUDA Y SUS COMPLICACIONES EN SALA DE PEDIATRÍA DE HPC

PO 90

Tabacman G.¹; Blanco A.²; Fernandez R.³; Gorosito M.⁴;
 Librici E.⁵; Melvin G.⁶; Semmere D.⁷

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO^{1,2,3,4,5,6,7}
 <galiataba@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Neumonía Aguda se define como una infección del parénquima pulmonar, con signos clínicos de fiebre y afectación respiratoria, asociada a la existencia de infiltrado pulmonar característico en la radiografía de tórax; susceptible de padecer complicaciones agudas como Supuración Pleuropulmonar, en sus diferentes estadios; Neumonía Necrotizante y Absceso Pulmonar.

OBJETIVOS:

Describir la evolución y aparición de Complicaciones Agudas de pacientes internados por Neumonía en nuestra Sala de Pediatría en el transcurso de un año.

POBLACIÓN:

pacientes con edad de 1 mes a 15 años y 11 meses que se internaron con diagnóstico de Neumonía Aguda en Sala de Pediatría de Hospital Centenario de Rosario entre los meses de mayo 2014 a abril de 2015 inclusive.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Revisión de historias clínicas registradas de dicha población.

RESULTADOS:

De un total de 67 pacientes internados con diagnóstico de

Neumonía Aguda, se registraron complicaciones en 17 de ellos, representando el 25.3% de los mismos, siendo la mas frecuente de ellas la Supuración Pleuropulmonar (10 casos), seguida por Neumonía Necrotizante (4 casos) y por último Absceso Pulmonar (3 casos). Solamente 1 paciente presentó antecedentes perinataológicos de jerarquía, y 14 de ellos antecedentes de Bronquitis Obstructiva Recidivante. En cuanto a rescates etiológicos, solamente 2 presentaron Hemocultivos positivos *Streptococo Pneumoniae*, 1 contaminados; y se recibieron 3 IgM positivas a *Mycoplasma Pneumoniae*. Con respecto a la edad de presentación, solamente un paciente fue menor de 12 meses, siendo el de mayor edad 9 años y 8 meses; solamente 1 paciente de los observados presentaba vacunación incompleta y 5 de ellos no recibieron lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida, ni inclusión de alimentación complementaria oportuna y acorde.

CONCLUSIONES:

De lo observado podemos inferir que el número de complicaciones fue de 25.3% de los casos, de las cuales la Supuración Pleuropulmonar representó el 62 %, la Neumonía Necrotizante el 25% y el Absceso Pulmonar 19%. Se presentó en 94% en pacientes mayores de 12 meses, 94% de ellos correctamente inmunizados; 31% de ellos con historia alimentaria desfavorable, con Hemocultivos positivos en el 13 % de los casos, al igual que rescate de IgM *Mycoplasma Pneumoniae* positivo en muestra de sangre periférica.

DISPARIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL CONTROL DEL ASMA ENTRE EL MÉDICO Y EL PACIENTE

PO 91

Fernandez Victorio A.¹; Dicembrino M.²; Manrique V.³; Giubergia V.⁴

HOSPITAL GARRAHAN^{2,3,4}
<anitamfv1@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La evaluación del control es importante en el seguimiento de niños con asma. El test de control del asma (TCA) y la clasificación GINA se incorporaron en el seguimiento en estos pacientes para evaluar el control.

OBJETIVO:

Comparar el control del asma usando el TCA (paciente, P) y la clasificación GINA (neumonólogo, N) en niños con asma grave.

MÉTODO:

Estudio prospectivo, transversal. Se evaluaron en el mismo momento todos los niños >6 años de ambos sexos en seguimiento que pudieran completar el TCA (≤ 19 NC) (n 49). El N usó la clasificación GINA 2014 (controlado [C], parcialmente controlado [PC] y no controlado [NC]). Se comparó el resultado de ambas evaluaciones.

RESULTADOS:

Edad promedio 12.7 años (DS 3.3), seguimiento 52.1 meses (DS 37), VEF1 105%(DS28), CVF 113%(DS19), promedio dosis de corticoides inhalados 875 μ g (RIC 500-1000). Hubo diferencias significativas entre la evaluación de control entre N y P: 63% (n 31) de los P indicaron que el asma estaba C, mientras que el N observó el 88% de los casos (n 22) con asma C o PC (n22/n21) ($p=0.01$). Se observaron discordancias entre N y P: en 25% (n 13) de los niños el N clasificó como el asma como NC y el P como C. Por el contrario en 4 casos (8%) el N evaluó el asma como C y el paciente como NC.

CONCLUSIONES:

La evaluación del control de asma fue significativamente diferente entre N y P. Debe considerarse al TCA como una herramienta complementaria para una evaluación más exacta.

MARCADORES DE REMISIÓN DEL ASMA: UTILIDAD DEL ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO, LA ESPIROMETRÍA Y CUESTIONARIO ACT

PO 93

Opción a premio

Chang D.¹; Balinotti J.²; Garcia Bournissen F.³; Kofman C.⁴; Teper A.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{2,3,4,5}
<danielvictorchang@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

No existe suficiente evidencia acerca de cuáles marcadores pueden ser útiles para determinar la remisión en el asma.

OBJETIVO:

Evaluar la clínica, espirometría y óxido nítrico exhalado (eNO) como parámetros predictores de remisión del asma. Material y Métodos: Estudio de cohorte, retrospectivo. 37 niños asmáticos (23 varones; edad media 11 años) en control total de los síntomas, recibiendo bajas dosis de corticoides inhalados (Cinh) durante al menos 6 meses, fueron incluidos luego de la suspensión del Cinh. Se determinaron el eNO (técnica online-single breath: 50ml/seg), Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo (VEF1) y cuestionario Asthma Control Test (ACT) periódicamente durante un año o hasta presentar pérdida de control (PC). PC fue definida por al menos uno de los siguientes: A) ACT ≤ 19 ; B) VEF1 $\leq 80\%$ o C) exacerbación asmática. Se definió remisión clínica (RC) a la ausencia de PC durante un periodo de 12 meses. Se compararon la evolución en el tiempo del eNO, VEF1 y ACT entre los pacientes con RC y con PC. A su vez, se

valoraron dichas variables en dos momentos puntuales: A) 4 semanas después de haber suspendido el Cinh (Ti), y B) inmediatamente previo a PC o anteúltimo control programado en el grupo RC (Tf).

RESULTADOS:

10 (28,6%) niños alcanzaron RC. El grupo RC presentó valores significativamente menores de eNO con respecto al grupo PC (20,6 y 39,2 ppb, respectivamente; $p=0,02$) en Ti. Durante todo el seguimiento los valores del eNO se mantuvieron elevados en RC con respecto a PC, y permanecieron inferiores (21,1 ppb vs. 42 ppb, respectivamente; $p=0,02$) en Tf. No se encontraron diferencias del VEF1 y ACT entre RC y PC en Ti, sin embargo el ACT fue menor en el grupo PC con respecto al grupo RC (90,5% vs 97%, respectivamente; $p=0,02$) en Tf. El eNO en Ti se asoció a RC (OR: 0,25; 95% CI: 0,068-0,898). Por el contrario, VEF1 y ACT no mostraron asociación significativa con RC.

CONCLUSIÓN:

El eNO es más útil que la función pulmonar y que el cuestionario ACT para predecir la remisión clínica en niños con asma.



A PROPÓSITO DE UN CASO: EVOLUCIÓN DE UN PACIENTE ADOLESCENTE CON FIBROSIS QUISTICA CON INFECCIÓN CRÓNICA POR *PANDORAEA PNOMENUSA*

RPD 94

Amarilla S.¹; Morello A.²; Cipriani S.³; Piñero R.⁴

HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE CORDOBA^{1,2,3,4}

<silamarilla@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad con alto impacto en el aparato respiratorio tanto, que la morbimortalidad está relacionada con la afectación pulmonar, la cual está directamente ligada al número de exacerbaciones que presenta y al germen que la produce. Hoy vemos aparecer gérmenes con una patogenicidad todavía no bien conocida.

Al intentar comprender mejor la implicancia clínica de estos gérmenes emergentes describimos un caso de un paciente con FQ, con infección crónica por *Pandoraea pnomenusa* y *Pseudomona aeruginosa*, que presento múltiples exacerbaciones.

CASO CLÍNICO:

Paciente con FQ diagnosticado a los 2 años y 11 meses, que desde ese momento presentó aislamiento de *Pseudomona Aeruginosa* (no pudo ser erradicada luego del tratamiento antibiótico de primo infección) con múltiples exacerbaciones que requirieron internaciones. En noviembre de 2010 se aisló en esputo un bacilo gramnegativo identificado como *Pandoraea spp.* (secuenciación de gen 16SrARN) y en noviembre de 2012 se identificó la cepa *Pnomenusa* con secuenciación de gen CCUG38742, no se realizó antibiograma debido

a la falta de estandarización de la CIM (concentración inhibitoria mínima). Al aislamiento de la misma se intentó tratamiento de erradicación con colistina mas meropenem y con trimetoprima-sulfametoxazol en otra oportunidad, sin lograrlo. Desde 2010 hasta la fecha se demostró la infección crónica por este microorganismo, asociándose a un deterioro clínico y de la función pulmonar. Ante la desmejoría del paciente con múltiples exacerbaciones se inicia en julio de 2014 tratamiento con Meropenem inhalado en meses alternos con Tobramicina, lográndose estabilidad clínica, sin necesidad de internaciones; deteniéndose el deterioro en la función pulmonar.

DISCUSIÓN:

El aislamiento de patógenos emergentes como la *Pandoraea Pnomenusa* es un fenómeno preocupante, sobre todo porque todavía se tiene muy poco conocimiento relativo a los factores de virulencia y al mecanismo de patogenicidad de este género, así como de su papel en el daño pulmonar en la FQ.

En el caso presentado el tratamiento con meropenem inhalado estabilizó clínicamente al paciente sin lograr mejoría de su función pulmonar la cual se encontraba muy deteriorada. Se necesitan estudios que investiguen la implicancia de estos patógenos emergentes y su terapéutica.

HIDATIDOSIS PULMONAR MULTIPLE BILATERAL: COMO HALLAZGO CASUAL -A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 95

Onassis M.¹; Martin E.²; Sosa N.³

HOSPITAL DE NIÑOS EVA PERON^{1,2,3}

<marianaonassis@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION:

Zoonosis parasitaria endémica en Sudamérica. Argentina, Catamarca entre otras. Notificación obligatoria. Etiología: *Echinococcus granulosus* (EG). Transmisión (del perro al hombre principalmente): fecal-oral, perpetuación del ciclo a través de fauna domiciliaria y alimentación de animales con vísceras crudas. Clínica: quistes en órganos, hígado 67-89% (80% único): calcificación, eliminación v. biliar o infección y pulmón 10-15% (>UNICOS); síntomas si >5 cm. Ruptura espontánea: vómica. Complicaciones. Niños: asintomáticos. Rx tórax: signos del menisco, camalote, doble arco. Ecografía/TAC: quistes c/contenido. Estudio parasitario Directo: vesículas hijas, escólicas o ganchos en piezas quirúrgicas o fluidos. Serología: ELISA IgG-Western Blot; Hemoaglutinación indirecta (HAL) poca utilidad niños. Arco 5 desuso. Diagnóstico definitivo: clínica, imagen/esquistica/s, serología y epidemiología. Seguimiento: serología. Tratamiento: Albendazol 10-15 mg/kg/día 3-6 meses VO, hemograma y función hepática cada 2 semanas (3meses) luego por mes. Ecografía por 2 años. Tratamiento quirúrgico: si complicaciones, tamaño >7cm o falla tratamiento médico.

OBJETIVO:

Presentar paciente con enfermedad endémica avanzada, como hallazgo casual. Considerar la Hidatidosis como causa de cuadros respiratorios en zonas endémicas.

CASO: Varón 12 años. Catamarca. Antecedentes: fauna de animales. Poseen perros y ovejas. Fiebre y dolor hemitórax izquierdo 48 hs de evolución, tos, pérdida de peso y palidez. Regular estado general, hemodinámicamente compensado, hemitórax izquierdo doloroso e hipoventilación sin ruidos agregados, sin requerimiento de O2. Abdomen doloroso hipocondrio izquierdo. Sin reacción peritoneal. Laboratorio: GB 17900/mm3 (NS 70%/L 30%), VSG 26/mm, PCR (+) 96 mg/l, resto normal. Rx tórax: 2 quistes base pulmonar izq., 1 base der. Ecografía abdominal: normal. TAC tórax con contraste: cavitaciones en ambos pulmones, n. hidroaéreos y componentes sólidos en su interior; paredes gruesas y regulares; no capta contraste. Serología: HAL para EG: (+)1/64. Diagnóstico: Hidatidosis pulmonar. Tratamiento: Albendazol. Excéresis de quistes. Evolución favorable. Alta.

CONCLUSION:

Es importante conocer las parasitosis endémicas, como la hidatidosis en nuestro país para considerarla dentro de los diagnósticos diferenciales de un síndrome respiratorio simple. De esta manera se puede instaurar un tratamiento oportuno, evitando las complicaciones, y permitiendo el control epidemiológico.

MEDICIÓN DE LA FRACCIÓN EXHALADA DE OXIDO NÍTRICO EN NIÑOS CON BRONQUIOLITIS OBLITERANTE POSTINFECCIOSA

PO 99

Mostto L.¹; Nabais Robalo M.²; Colom A.³; Ballinotti J.⁴; Chang D.⁵; Teper A.⁶

HTAL. DE NIÑOS R. GUTIERREZ²³⁴⁵⁶
<luisinas21@hotmail.com>

En la última década, la medición del óxido nítrico (ON) como marcador no invasivo de la inflamación bronquial se ha difundido considerablemente. El ON actúa naturalmente como un relajante del músculo liso bronquial y como un mediador de la inflamación. Por tratarse de un marcador de inflamación eosinofílica de las vías aéreas, sus niveles en el aire exhalado se correlacionan con el grado de inflamación, por lo que constituye una forma simple de inferir la infiltración de eosinófilos en bronquios sin necesidad de someter al paciente a un lavado broncoalveolar. Se han publicado valores de óxido nítrico en otras patologías respiratorias crónicas tales como fibrosis quística y disqueneia ciliar primaria, los cuales muestran valores de ON disminuidos. No han sido descriptos aun los valores de ON en los pacientes con bronquiolitis obliterante pos-infecciosa.

OBJETIVOS:

Determinar los valores de óxido nítrico exhalado en pacientes con bronquiolitis obliterante postinfecciosa.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Este es un estudio transversal de individuos con bronquiolitis obliterante post-infecciosa. Criterios de inclusión: diagnóstico de bronquiolitis obliterante post-infecciosa, estabilidad clínica según evaluación del neumólogo tratante, ausencia

durante los tres meses previos de reagudización respiratoria y ser capaces de realizar una espirometría. Los criterios de exclusión son: tratamiento con corticoides inhalados, requerimientos de oxígeno suplementario, trastornos neurológicos, displasia craneofacial y cardiopatía. A todos los pacientes se les realizó evaluación clínica, medición de la fracción exhalada de óxido nítrico y espirometría.

RESULTADOS:

Hasta el momento se incluyeron 13 pacientes con diagnóstico de BO pos-infecciosa y una edad media de 14.5±4 años (7 masculinos). Los pacientes se encuentran con un score-Z de peso (media±DS) -0.47±1.4 y de talla -0.65±0.88 y la SapO₂ 96.7±2. Los valores de las espirometrías expresados como score-Z fueron (media±DS): CVF -3.3±3, VEF1 -4.4±2 y VEF/CVF -1.8±1.3. La respuesta broncodilatadora no fue significativa en ningún paciente. La respuesta para VEF1 fue de 3.8±5% y de 8±9% para FEF 25-75. Los valores de la fracción exhalada de óxido nítrico fueron normales en todos los pacientes, 9.96±5.5 ppb.

CONCLUSIONES:

Los resultados parciales del estudio muestran que los valores de la fracción espirada de óxido nítrico en esta muestra de pacientes con bronquiolitis obliterante postinfecciosa es normal.

HEMOPTISIS COMO MANIFESTACION INICIAL DE HIPOPLASIA Y AGENESIA DE VENAS PULMONARES IZQUIERDAS. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 101

Deza F.¹; Vergara G.²; Paiva K.³; Roldan O.⁴; Defago V.⁵

SANATORIO SALVADOR²³⁴⁵
<florenciadeza@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

Se denomina hemoptisis a eliminación por boca de sangre procedente de vías respiratorias inferiores. Es poco frecuente en niños y puede amenazar la vida cuando la pérdida supera 8 ml/kg en 24 hs. La hipoplasia de la vena pulmonar es una cardiopatía con incidencia extremadamente baja, que puede afectar a una o varias de las venas pulmonares, con una alta tasa de mortalidad asociada a hipertensión pulmonar, infección pulmonar, hemoptisis. Los tratamientos propuestos: angioplastia con balón, neumonectomía o trasplante de pulmón.

OBJETIVOS

- PRESENTAR UNA RARA CAUSA DE HEMOPTISIS EN PEDIATRÍA
- RESALTAR LA IMPORTANCIA DE ALGORITMO DIAGNOSTICO DE HEMOPTISIS PARA ADECUADO ABORDAJE TERAPEUTICO

CASO CLINICO

Paciente masculino de 2 años ingresa para endoscopia digestiva por hemoptisis de 3 meses de evolución. Examen clínico: hipoventilación basal izquierda sin disnea en reposo. Sat O₂ 98%. Se solicita LABORATORIO: HTO 34 HB 11.2 VSG 11 KPTT 40 seg. PLAQÜETAS 305.000 APP 81% GASES 7.35/37/41/19.3/-5.5/73%. Estudios para descartar trombofilia: normal.
· FEDA: Esofagitis del tercio inferior

- TAC PULMONAR: lóbulo inferior pulmón izquierdo presenta infiltrado en vidrio esmerilado, no consolidativo con engrosamiento del intersticio peribroncovascular y de paredes bronquiales con aspecto disminuido del calibre del bronquio principal
 - ANGIOTAC: signos a favor de hipoplasia severa de la vena pulmonar superior e inferior izquierda, con reducción de volumen del pulmón izquierdo. Reducción del calibre de vena pulmonar derecha inferior antes de su desembocadura en aurícula ipsilateral.
 - HEMODINAMIA: obstrucción completa de vena pulmonar izquierda. Canales vasculares de pulmón izquierdo drenando a vena innominada.
 - BRONCOSCOPIA: bronquio fuente izquierdo congestivo con edema importante en el ingreso de los bronquios segmentarios basal inferior y bronquio intermedio, varices bronquiales con abundante sangrado al simple contacto.
- CONDUCTA: Neumonectomía izquierda.
DIAGNOSTICO: Agenesia de vena pulmonar superior izquierda. Hipoplasia de vena pulmonar inferior izquierda.

CONCLUSION

La hemoptisis es un signo clínico poco frecuente en pediatría, pudiendo estar asociado a patologías pulmonares de baja incidencia, con alta tasa de mortalidad, siendo la única manifestación primaria. Es por esto que debemos resaltar la importancia del algoritmo diagnóstico para llegar a la causa etiológica y lograr un adecuado tratamiento.



NEUMOMEDIASTINO ESPONTANEO EN ASMA POR ATELECTASIA LOBAR TRATADA CON DORNASA ALPHA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 102

Vergara G.¹; Paiva Suarez K.²; Deza F.³; Roldan O.⁴; Peynado D.⁵

SANATORIO PRIVADO^{1,2,3,4,5}
<glenda_vergara@hotmail.com.ar>

INTRODUCCION:

Entre las complicaciones de las exacerbaciones del asma, el neumomediastino espontáneo es raro (0,2% a 0,3%). Esta complicación, puede ser potencialmente mortal. Solo en pacientes con fibrosis quística existe evidencia sobre el uso de dornasa alfa para resolución de atelectasias lobares. La desoxirribonucleasa alfa rompe el DNA extracelular presente en el esputo y reduce en gran medida las propiedades viscoelásticas del mismo.

OBJETIVOS:

Presentar caso pediátrico con exacerbación de asma grave, con atelectasia lobar derecha, neumomediastino anterior izquierdo, enfisema e hipoxemia, tratado con dornasa alfa por vía inhalatoria.

PRESENTACION DE CASO

Motivo de consulta: Disnea

Femenino, 10 años. APP: Asma crónica controlada con tratamiento preventivo.

Al ingreso cuadro agudo de disnea, tiraje subcostal y supraesternal, afebril. SPO2 85%. Se realizan rescates con salbutamol e ipratropio sin éxito.

Laboratorio de ingreso: GB 7.400 (81/14) PCR 7,6 VSG 7 EAB 7,42/27,7/59,5/ 17,8/-4,7/ 91,2

Rx Torax :Infiltrados paracardiacos bilaterales con imagen de "co-razon deflecado"

DIA 1: Habla con frases cortas, Tos, dificultad respiratoria en reposo, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal, FR 45 , FC 155 SPO2 86% AA; sibilancias en ambos campos pulmonares, espiración prolongada.

Se indica: NBZ con salbutamol e ipratropio, Metilprednisolona y cloritromicina.

DIA 3: Requerimiento de O2 por mascara con reservorio, sin mejoría clínica. Leve mejoría de saturación en posición prono.

RX Torax: Atelectasia lobar derecha.

DIA 4: Se agrega TMP-SMX

DIA 5: Evolucion desfavorable, se agrega sulfato de magnesio. SPO2 84 % con mascara con reservorio.

RX Torax: enfisema subcutáneo izquierdo. Neumomediastino anterior. Laboratorio: VSG 2 EAB: 7,40/37,8/40,1/23,1/-1/70.3/ Ac Lac 3,7 TAC Torax: Neumomediastino anterior voluminoso con trayecto de enfisema intersticial, septal y peribronquial en ambos pulmones con predominio del izquierdo compatible con fenómeno de Macklin. Colapso de lóbulo inferior derecho y enfisema subcutáneo.

Nebulizaciones con Dornaza Alfa, KTR

DIA 14: alta.

CONCLUSION:

No existe gran evidencia en la utilización de Dornasa Alfa en el tratamiento del neumomediastino, sin embargo pareciera que en algunos pacientes con hipoxemia y atelectasias asociadas tendría un efecto beneficioso. Serian necesarios mas estudios sobre el tema ya que cada exacerbación del asma debe ser considerada potencialmente mortal cuando se complica con escape de aire, atelectasias e hipoxemia

SENSIBILIZACIÓN DE AEROALERGENOS EN NIÑOS ASMÁTICOS EN UN SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA

PO 103

Opción a premio

Teijeiro A.¹; Gutierrez I.²; Raiden M.³; Cuello M.⁴

HOSPITAL PEDIATRICO^{1,2,3,4}
<ateijeiro@gmail.com>

INTRODUCCION:

El 80% de los niños asmáticos son alérgicos por lo tanto es muy importante conocer como es el estado alérgico de los pacientes asmáticos en nuestro consultorio. La prevalencia de sensibilización específica y su relevancia clínica son uno de los temas que son actualmente en el foco de estudios científicos.

OBJETIVOS:

Determinar la sensibilización alérgica en niños y adolescentes asmáticos y su asociación con la función pulmonar y el control de asma.

METODOS:

Se estudiaron 458 pacientes asmáticos de entre 3 a 14 años atendidos en el Servicio de Neumonología del Hospital Pediátrico de Córdoba, Argentina. Todos estos pacientes se les realizó pruebas cutáneas para aeroalergenos y prueba de función pulmonar e IgE total. Dividimos en dos grupos de edad: Grupo I (3-6 años) y Grupo II (7-14 años).

RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 458 pacientes asmáticos que fueron derivados desde el servicio de pediatría al servicio de neumonología (54,3% varones) y 72,5% tenían IgE total ≥ 100 UI. Con respecto a la función pulmonar 92% de los pacientes presentaron la misma normal tanto en FEV1, FVC y FEV25-75 y el 76,4% presentaron HRB al administrarles 200 mgrs de salbutamol,

el 67,2% de los pacientes tenía realizada la espirometría. Presentaron pruebas cutáneas positivas 313 pacientes 68% y 25,1% fueron monosensibilizados y 42% polisensibilizados. En el grupo I, el 50,8% fueron mono-sensibilizados y en el grupo II el 49,2%; pero cuando asociamos estas dos variables con la edad encontramos que el ser polisensibilizados se asoció con edades mayores: OR: 2,82(1,7-4,5), p: 0,0001. También buscamos la asociación de pacientes polisensibilizados con control de asma alterado ACT<19 y observamos que en nuestro estudio el ser polisensibilizado fue un factor de protección con OR: 0,51 (0,62-1,01), p: 0,027; a diferencia de otros estudios que los polisensibilizados están mal controlados. Y también buscamos cual de los parámetros de la espirometría tienen una asociación directa con ACT bajo, FEV1 OR 2,87, 1,07-8,2), p0,02 y FEV25-75: 3,1(1,37-7,3), p: 0,004. También se encontró los siguientes porcentajes de alérgenos de los dos grupos: los ácaros del polvo doméstico (53,4%), Alternaria (25,1%), Aspergillus (18,1%), Césped (17,3%). Observamos que el tener IgE < 100 UI tiene factor de protección leve para tener pruebas cutáneas positivas OR:0,7 (0,38-1,32), p: 0,14.

CONCLUSIONES:

Los niños más pequeños presentan mayor predisposición a ser monosensibilizados. Pero nuestros pacientes poli-sensibilizados no presentan pérdida del control de su asma cuando se los compara con los monosensibilizados o con pruebas cutáneas negativas, también concluimos que no siempre que tenga el paciente una IgE >100 UI se debe descartar la alergia. Se necesitan más estudios para corroborar estos resultados.

HEMIPARESIA DIAFRAGMÁTICA EN LACTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 104

Opción a premio

**Bruni C.¹; Conti R.²; Lugo S.³; Kamuda M.⁴; Das Neves I.⁵;
Passarelli M.⁶; Cascallar P.⁷; Perez Campione M.⁸;
Peñarrieta Albornoza A.⁹; Rosales Zambrana C.¹⁰;
Colombo E.¹¹; Russo V.¹²; Martinez Corso B.¹³;
Pradejczuk E.¹⁴; Beltran Y.¹⁵; Cabrera R.¹⁶; Madeo D.¹⁷**

HIGA PAROISSIEN^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17}

<nicolasbruni@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Es una alteración total o parcial en la movilidad del diafragma por defecto en la inervación, en presencia de un músculo estructuralmente normal.

Esto ocasiona una posición anormalmente alta del diafragma con movilidad nula o disminuida, repercutiendo en la función ventilatoria.

DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 5 meses de edad, sin antecedentes neonatológicos, con antecedente de bronquiolitis tratado ambulatoriamente, es traído a la guardia por su madre por cuadro de dificultad respiratoria y fiebre de 48 horas de evolución. En guardia se realiza radiografía de tórax, donde se observa imagen radiopaca en base pulmonar derecha, que impresiona por elevación del hígado vs neumonía. Dada la duda diagnóstica se realiza en guardia TAC de tórax, donde se evidencia neumonía bilateral y elevación diafragmática.

Se interna en sala con diagnóstico inicial de bronquiolitis con hipoxemia más neumonía, se toman Hemocultivos x 2 (negativos). Durante su internación se realiza ecografía pleural en modo M donde se evidencia escasa movilidad diafragmática derecha, lo que sugiere una paresia diafragmática.

Se interconsulta con servicio de cirugía infantil, quien por buena evolución clínica al momento, sugiere conducta expectante con control ambulatorio con dicho servicio en 30 días.

Al 3er día del egreso, se reinternar con diagnóstico de bronquiolitis VSR+ con hipoxemia, que resuelve favorablemente en 72hs.

Evaluado por servicio de cirugía torácica en Hospital de Niños R. Gutiérrez quienes sugieren conducta expectante, control clínico y por dicho servicio.

CONCLUSIÓN

Ante imágenes radiológicas dudosas se deben realizar imágenes complementarias. La patología diafragmática no siempre requiere resolución quirúrgica inmediata. Es importante realizar un seguimiento por cirugía torácica y clínico. Actualmente este paciente continúa en seguimiento clínico en este hospital, con seguimiento conjunto con servicio de cirugía torácica en HNRG.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 105

Opción a premio

**Muruchi Gonzalez F.¹; Lugo S.²; Conti R.³; Kamuda M.⁴;
Ibarra V.⁵; Montellanos Jaramillo M.⁶; Heizen V.⁷;
Alcaino Echavarría F.⁸; Troncoso Challa E.⁹; Díaz J.¹⁰;
Abalos M.¹¹; Montenegro Urquieta A.¹²; Murillo Chujillo N.¹³;
Tong Min C.¹⁴; Das Neves I.¹⁵; Hermisa J.¹⁶**

HIGA PAROISSIEN^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16}

<daniela-beba2284@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La hernia diafragmática es una anomalía congénita en la cual hay una abertura anormal en el diafragma causada por una unión inapropiada de estructuras durante el desarrollo fetal, permitiendo que parte de los órganos abdominales suban hasta la cavidad torácica. La misma se observa en 1 de cada 2,200 a 5,000 nacimientos vivos y la mayoría de los casos afectan el lado izquierdo. Su resolución puede ser quirúrgica, de acuerdo al compromiso y grado de afectación del paciente.

DESCRIPCIÓN:

Paciente de 47 días de vida sin antecedentes perinatológicos ni patológicos de importancia que consulta a la guardia del Hospital Paroissien por cuadro de 24 hs de evolución, caracterizado por fiebre de 38°C, acompañado por tos y rechazo parcial al alimento, se solicita radiografía de tórax se evidencia imagen radiopaca paracardiaca en base derecha,

redondeada de límites precisos, que se interpreta como neumonía por lo que se interna, se toma Hemocultivos (negativos) y recibe antibioterapia por 10 días. El paciente presenta buena evolución, dado de alta con diagnóstico de neumonía versus MAQ, para continuar con control ambulatorio clínico e interconsulta con cirugía infantil en Hospital de Niños R. Gutiérrez. En forma ambulatoria se solicita TAC de tórax que informa hernia diafragmática paraesternal derecha con contenido hepático, compatible con hernia de Morgagni. El paciente continúa en seguimiento por ambos servicios, se mantiene conducta expectante por buena evolución clínica y sin complicaciones.

CONCLUSIÓN:

Las imágenes radiográficas pueden generar dudas diagnósticas, ante estas situaciones deben solicitarse exámenes complementarios por otros métodos por imágenes para descartar defectos anatómicos diafragmáticos.

Estas patologías no siempre tienen resolución quirúrgica, pueden ser seguidas de forma ambulatoria, y ser conservador si el paciente no presenta complicaciones. Es importante derivar oportunamente y mantener un seguimiento clínico y por servicio de cirugía.



NEUMONÍA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA ASOCIADA A INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA DISREGULATORIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 106

Camargo Vargas B.¹; Maffey A.²; Selvino V.³; Sciancalepore Y.⁴; Teper A.⁵; Moreira I.⁶; Bezrodnik L.⁷
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ²³⁴⁵⁶⁷
<bethycamargo@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La neumonía intersticial linfocítica es un trastorno linfoproliferativo, que presenta una alta incidencia en pacientes con infección por VIH y puede asociarse a procesos autoinmunes, disproteinemias o inmunodeficiencias. Se caracteriza por presentar infiltración linfocitaria en el intersticio pulmonar.

OBJETIVO:

Describir una paciente con enfermedad pulmonar crónica, déficit de hormona de crecimiento e inmunodeficiencia disregulatoria.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 4 años, antecedente de hipotiroidismo, severo retraso pondoestatural, dermatitis atópica y múltiples internaciones por insuficiencia respiratoria con hipoxemia. A los 2.5 años de vida se encontraba crónicamente enferma, con subcrepitanas bilaterales de predominio derecho, saturación aire ambiente 94-96%, Peso 7150 gr (Z score -3.69), Talla 67 cm (Z score -6.58) e índice de masa corporal 16 (Z score -0.11). La radiografía de tórax presentaba infiltrado intersticial en lóbulo medio y ambos

lóbulos superiores, tomografía de tórax con opacidades en vidrio esmerilado de distribución parcheada; el óxido nítrico exhalado fue de 15.6 ppb (VN 2-8 ppb) y la oximetría nocturna presento 20% del tiempo con saturación menor a 90%, por lo que se indicó oxígeno suplementario. Se realizó una biopsia pulmonar a cielo abierto, que informó neumonía intersticial focal con presencia de granulomas no necrotizantes poco conformados. Se descartaron diversas enfermedades pulmonares crónicas, en el perfil inmunológico tenía recuento de Linfocitos T CD4, CD8, y CD3 disminuido pero con relación CD4/CD8 normal. Se realizó secuenciación de ADN de la proteína STAT5b que dio alterado. Fue tratada con pulsos de metilprednisolona durante 3 meses, Sirolimus por 10 meses y Gammaglobulina mensual. Se observó mejoría clínica con auscultación normal, sin requerimiento de oxígeno suplementario, y ganancia pondoestatural, peso 12.5kg (Z score -0.91), Talla 77.5 cm (Z score -4.73) IMC 20.8 (Z score 2.62) a los 3 años y 8 meses.

CONCLUSIÓN:

La asociación de retraso pondoestatural secundario a déficit de hormona de crecimiento, inmunodeficiencia y enfermedad pulmonar intersticial, plantea la sospecha diagnóstica de una inmunodeficiencia disregulatoria por alteración en la proteína STAT5b.

COMPORTAMIENTO DE LAS BRONQUIOLITIS POR VSR EN UNA SALA DE INTERNACION

PO 107

Pons M.¹; Gadea A.²; Zaraq M.³; Rearte A.⁴; Neme M.⁵
HIEMJ¹²³⁴⁵
<mauriciopons@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El virus Sincicial Respiratorio es el responsable del 50 a 80% de los casos de bronquiolitis en niños pequeños. La bronquiolitis origina gran número de internaciones en forma endémica.

OBJETIVO:

Evaluar las características clínicas, epidemiológicas y de laboratorio de pacientes con diagnóstico de bronquiolitis por VSR internados en un hospital pediátrico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Evalúamos las características clínicas, epidemiológicas y de laboratorio de pacientes con diagnóstico de bronquiolitis por VSR ingresados desde el día 1 de junio de 2014 al 28 de julio de 2014. El estudio fue de tipo prospectivo. El diagnóstico se realizó por inmunofluorescencia indirecta de secreciones nasofaríngeas. Todos los niños fueron tratados con salbutamol y solución salina al 3% nebulizados.

RESULTADOS:

Este trabajo lo conforman 106 pacientes: 42,45% mujeres y 57,55% varones. La media de edad fue de 4 meses. El peso de nacimiento de ocho niños era de 2000 gramos o menor. Los días de internación tienen una media de 4 días. De 102 pacientes, 12,74% habían tenido una o más internaciones previas por dificultad respiratoria obstructiva y 20,58% habían presentado episodios tratados ambulatoriamente. Al ingreso del paciente en internación, se registró el score de Tal. Luego

de obtener IFI positiva para VSR se busco Metapneumovirus, Influenza A y B, Adenovirus y Parainfluenza 1, 2 y 3. El 10,37% presentaron coinfecciones. La media de días de internación de niños coinfectados fue de 4,6. En 28 pacientes mayores de 6 meses de edad se investigó el estado de inmunización contra la gripe, estando inmunizado el 78,57%. También se obtuvo este dato en 83 madres, estando vacunadas el 72%. Se obtuvieron hemogramas en 41 pacientes (38,67%). Los antibióticos fueron utilizados en 42 de 104 pacientes, 40,38%. Corticoides fueron indicados en el 16,04%.

DISCUSIÓN:

Leve predominio masculino, con una edad media de 4 meses. Los días de internación tienen una media de 4, lo que está en relación con que la mayoría de los pacientes (61,18%) obtuvo un score de Tal de 5 puntos o menos. Esto puede reflejar internaciones indicadas por otros motivos más que lo estrictamente respiratorio. Los nacidos con menos de 2000 gramos no tuvieron una mayor estancia en el hospital. Un tercio de nuestros pacientes presentó antecedentes de obstrucción respiratoria, constituyéndose en un elemento de relevancia como predictor de internación. Las coinfecciones estuvieron presentes en el 10,37% y no predicen curso de mayor complejidad. Ningún paciente de este trabajo portaba factores de alto riesgo para enfermedad severa. No hubo registros de infecciones bacterianas sobreagregadas. Si se trataron niños con sospecha de neumonía. El mayor uso de antibióticos se debió a que el 52,42% de los pacientes tenían 2 meses o menos de edad. El uso de corticoides se limitó a niños con antecedentes previos de obstrucción respiratoria baja.

A PROPÓSITO DE UN CASO CON PESQUISA POSITIVA PARA FIBROSIS QUÍSTICA. DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y DE SEGUIMIENTO

RPD 108

Andreozzi P.¹; Casayes C.²; Moncada K.³; Sosa P.⁴; Faria Saenz M.⁵; Modica V.⁶; Moreno Pressoto A.⁷; Villarreal L.⁸; Peluffo G.⁹; Freyer D.¹⁰; Palumbo M.¹¹; Orellano L.¹²

HTAL. NACIONAL A. POSADAS^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}; HTAL. SOR MARÍA LUDOVICA^{11,12}
<drapatricia@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN:

A la luz de los conocimientos actuales se plantea a nivel mundial un gran desafío en el diagnóstico en aquellos recién nacidos que presentan estudios de pesquisa positiva para FQ, con test del sudor con valores indeterminados o normales y estudios genéticos que no son concluyentes. Gran dilema ético en el diagnóstico y seguimiento, al no contar con la certeza de los estudios de disfunción del CFTR.

OBJETIVO:

Describir un paciente con pesquisa positiva para Fibrosis Quística y test del sudor con valores normales, Estudio genético F508del negativo con sospecha de fibrosis Quística atípica/enfermedad asociada al CFTR.

CASO CLÍNICO:

RNT PAEG. Dos TIR patológicos al nacer. Test del Sudor y Elastasa Normales. Estudio para la mutación F508del negativo. Antecedentes Patológicos: Internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos por Supuración Pleuro Pulmonar a Sa MR a los 8 meses de edad durante un período de 60 días. Al alta: leve estado catarral bronquial. Tratamiento: neb. con cloruro de Na al 3 y medio % 2 veces por día. Kinesioterapia respiratoria.

Seguimiento interdisciplinario con pautas de segregación. En su evolución: peso adecuado para talla. Suficiente pancreático. Al año de edad: cultivo de secreciones respiratorias con una Pa en el aspirado orofaríngeo. Tratamiento de erradicación con Ciprofloxacina a 30 mg /kg /día por 21 días y Colistina nebulizable que realiza con irregularidad. Madre menor de edad y con problemas socioeconómicos que repercuten en la adherencia al tratamiento del niño. A los 3 meses repite aspirado orofaríngeo: continúa con Pa. Se reinstala tratamiento y se decide internar por persistencia de Pa y repercusión en la RX de tórax con medicación ev. Se realiza estudio de Biología molecular para Fibrosis Quística en el Hospital Sor María Ludovica.

RESULTADO:

Heterocigota para la mutación 3849 +10Kb C>T.

CONCLUSIÓN:

Destacamos en realizar la vigilancia clínica especialmente durante el tiempo que se defina el diagnóstico y su seguimiento de acuerdo a necesidad en Centros Especializados con asesoramiento genético. Se jerarquiza el hallazgo de Pa en secreciones respiratorias como marcador de enfermedad. El estudio de biología molecular más completo confirmó el diagnóstico de portador Heterocigota para la mutación 3849 +10Kb C>T. (clase V). Consideramos que la presentación clínica responde a: fq atípica a pesar de no haber detectado el otro alelo mutado o bien a una enfermedad relacionada con anomalías de la proteína CFTR.

IDENTIFICACIÓN MICROBIOLÓGICA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA (FQ) DEL REGISTRO NACIONAL (RENAFQ). PERÍODO: 2012-2014

RPD 110

Pereyro L.¹; Garcilazo D.²; Rentería F.³; Grupo Registro Nacional de FQ U.⁴

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA^{1,3}; INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS²; VARIAS INSTITUCIONES⁴
<silpereyro@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones pulmonares son uno de los problemas más importantes que pueden tener los pacientes con FQ. Las guías de consenso recomiendan al menos 4 muestras de microbiología anuales.

OBJETIVO:

Describir la frecuencia de microorganismos identificados en muestras de secreciones bronquiales en pacientes con FQ notificados al RENAFQ.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron muestras de pacientes con diagnóstico confirmado de FQ según los criterios de diagnóstico con control anual y con identificación de microorganismos para los años 2012, 2013 y 2014. Se describió por tipo de muestra, la mediana del número de cultivos anuales y el porcentaje de los microorganismos identificados según el año de detección y grupo de edad.

RESULTADOS:

Los ptes <18 años con seguimiento clínico 2012, 2013 y 2014 se distribuyó en 331, 399 y 282 y los >=18 años: 88, 88 y 72 casos respectivamente. En los < 18 años, se informó la búsqueda bacteriológica en el 92%(305) en 2012; 75%(301)

en 2013 y 79%(223) en 2014; por muestras de esputo, 2012: 71,7%(218); 2013: 70,8%(211) y 2014: 71,3%(159); por hisopado faríngeo 28,3%(86) 2012; 28,9%(86) 2013 y 27,8%(62) 2014. El % de lavado bronquioalveolar fue < al 1% y la mediana del número de cultivos anuales fue de 4 en los tres años. En el grupo de ≥ 18 años, se informó la búsqueda bacteriológica en el 96,6%(85) en 2012; 92,0%(81) en 2013 y 91,7%(66) en 2014; el 100% por muestra de esputo. La mediana del número de cultivos anuales fue de 3 en los tres años. En <18 años se identificaron por año 2012, 2013 y 2014: H. influenzae 7,9%, 10% y 16,1%; S. aureus Metililino Sensible [SAMS] 53,8%, 57,1% y 55,2%; S. aureus Metililino Resistente [SAMR] 25,9%, 21,9% y 24,2%; P. aeruginosa: 43,6%, 39,5% y 46,2%; P. aeruginosa (crónica): 17,4%, 19,9% y 18,4%; C. Burkholderia cepacia (CBC) 8,9%, 6,6% y 7,2%; Stenotrophomonas maltophilia 5,2%, 4% y 10,8%; Achromobacter xylosoxidans: 2,6%, 3,3% y 2,7%; Aspergillus spp.: 2,3%, 3,3% y 4%; Mycobacterium spp. 0%. Para los pacientes ≥ 18 años se informó: H. influenzae 4,7%, 1,2% y 3%; [SAMS]: 41,2%, 38,3% y 36,4%; [SAMR]: 31,8%, 39,5% y 34,8%; P. aeruginosa en 70,6%, 72,8% y 60,6%; P. aeruginosa (crónica) 54,1%, 63% y 45,5%; CBC: 14,1%, 18,5% y 12,1%; S. maltophilia: 9,4%, 3,7% y 7,6%; A. xylosoxidans 2,4%, 6,2% y 6,1%; Aspergillus spp. 9,4%, 9,9% y 12,1%; Mycobacterium spp. 2,4%, 1,2% y 0%.

CONCLUSIÓN:

Se informó la identificación bacteriana en más del 75% de los controles por año. La frecuencia de gérmenes por detectados por grupo de edad es similar a otros registros internacionales.



FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ) DEL REGISTRO NACIONAL (RENAFQ). PERÍODO: 2012-2014

RPD 111

Pereyro L.¹; Garcilazo D.²; Rentería F.³; Grupo Registro Nacional de FQ U.⁴

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA¹; INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS²; VARIAS INSTITUCIONES³

<silpereyro@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Se debe evaluar la función pulmonar en todos los pacientes con FQ que puedan realizar la maniobra espirométrica. Según las guías de atención se recomienda realizar al menos 4 evaluaciones anuales.

OBJETIVO:

Describir los indicadores funcionales del compromiso pulmonar de pacientes con FQ notificados al RENAFQ durante el período 2012-2014.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron los pacientes confirmados de FQ según los criterios de diagnóstico. Se obtuvo el número de casos con seguimiento clínico anual y aquellos que informaron los valores de función pulmonar y saturación de O₂ diurna. Como indicador de la función pulmonar se utilizó la mediana del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) por edad al momento del estudio y año de realización. Se calculó el porcentaje de ptes con sat. de oxígeno mayor al 94% mediante de la oximetría de pulso.

RESULTADOS:

Hasta el 2014 se habían incorporado al RENAFQ más de 800 casos confirmados. Para los años 2012, 2013 y 2014: Tenían seguimiento clínico: 331, 399 y 282 en menores

de 18 años y mayores de 18 años: 88, 88 y 72 respectivamente. El número casos con al menos una espirometría en el año fue para el grupo de 1 a 5 años: 10 (8,1%) en 2012, 7 (6,5%) en 2013 y 4 (5,3%) en 2014; de 6 a 12 años: 40 (33,6%) 2012, 58 (46,4%) 2013 y 42 (46,7%) 2014; de 13 a 17 años: 21 (30,4%) 2012, 38 (59,4%) 2013 y 16 (33,3%) 2014 y los mayores de 18 años: 45 (51,1%) 2012, 51 (58%) 2013 y 32 (44,4%) 2014. Respecto a los indicadores VEF1 y Saturación de O₂ diurna: Para el grupo de edad de 1 a 5 años la mediana del VEF1 fue de: 95% en 2012, 87% en 2013 y 104% en 2014, la saturación de O₂ diurna fue mayor al 94% en todos los casos en los 3 años. Para el grupo de 6 a 12 años la mediana del VEF1 fue: 84%: 2012, 84%: 2013 y 89%: 2014, la saturación de O₂ diurna fue mayor al 94% en el 98% de casos para los 3 años. En el grupo 13 a 17 años la mediana del VEF1 fue: 81% en 2012, 81% en 2013 y 74% en 2014, la saturación de O₂ diurna fue mayor al 95% en 2012, 93% en 2013 y el 94% en 2014 de casos. En el grupo mayor a 18 años la mediana del VEF1 fue: 58%, 61% y 62% en 2012, 2013 y 2014 respectivamente, la saturación de O₂ diurna mayor al 94%: 78% de los casos en 2012, 91% en 2013 y 94% en 2014.

CONCLUSIÓN:

Se evidencia una baja realización de espirometrías de acuerdo a las recomendaciones. Para los grupos mayores de 6 años ninguno superó el 60% de notificación de espirometría. La mediana del VEF1 disminuye a medida que aumenta el grupo de edad. La mayoría de los casos se encuentra con saturación mayor al 94%.

REGISTRO NACIONAL DE FIBROSIS QUISTICA "RENAFQ" - ARGENTINA 2012-2015

PO 112

Garcilazo D.¹; Pereyro S.²; Rentería F.³; Grupo Registro Nacional de Fibrosis Quísis U.⁴

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS¹; SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA²; VARIAS INSTITUCIONES³

<diegogarcilazo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Desde hace varios años en el país, no se disponía de datos epidemiológicos de pacientes con Fibrosis Quística (FQ). En el RENAFQ/SAP-INNER iniciado en 2012, se notifican voluntariamente pacientes asistidos en instituciones públicas y privadas.

OBJETIVO:

Describir aspectos demográficos y de diagnóstico de pacientes con FQ notificados al registro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Los datos se obtuvieron del RENAFQ para el período comprendido entre enero de 2012 a julio de 2015. Se incluyeron los casos confirmados según consenso de la Sociedad Argentina de Pediatría (2014) y se describió la distribución por sexo, provincia de residencia, test del sudor, estudio genético molecular y compromiso pancreático; porcentaje de sospechas por pesquisa neonatal (PN) y mediana de edad por año entre los casos nuevos.

RESULTADOS:

Se registraron 1.006 casos al RENAFQ durante el período en estudio, 83,5% (841) tenían criterios diagnósticos de FQ. De los casos confirmados el 48%(402) correspondieron al

sexo femenino. Casos por provincia: CABA 7,8% y Buenos Aires 48,9%, Catamarca 0,0%; Chaco 2,1%, Chubut 0,4%, Córdoba 10,6%, Corrientes 3,4%, Entre Ríos 2,1%, Formosa 0,4%, Jujuy 0,4%, La Pampa 0,5%, La Rioja 0,2%, Mendoza 0,4%, Misiones 2,3%, Neuquén 1,2%, Río Negro 1,9%, Salta 0,4%, San Juan 0,8%, San Luis 1,4%, Santa Cruz 0,4%, Santa Fe 12,5%, Santiago del Estero 0,4%, Tierra del Fuego 0,4%, Tucumán 1,1% y 0,2% sin información. Se sospechó el diagnóstico por PN en 2012 en el 47% (26/55), en 2013 49%(23/47) y en 2014 63%(33/52). La mediana de edad al diagnóstico fue de 3 meses tanto para el 2012 como 2013 y de 2 meses para el 2014. El 87,6%(737) de los casos confirmados tenían test de sudor y en el 85,6%(720) se determinaron mutaciones específicas. La mutación F508 del se encuentre en al menos un alelo en el 79,7% (574) de los casos, de los cuales el 45,1%(259) fue homocigota, G542X 10,4%(75), N1303K 3,4%(25), R334W 2,2%(16), G85E 2%(15), W1282X 1,5%(11) y el resto menor al 1%. Se determinó la función pancreática exócrina en el 98,1%(825) de los casos, el 83,3%(687/825) presentó insuficiencia pancreática.

CONCLUSIONES:

El Registro cuenta con un número importante de casos confirmados. En 2014 se observó un aumento en la sospecha por PN y una menor mediana de edad con respecto a los 2 años previos. La identificación de mutaciones es alta y la distribución es similar a lo observado en publicaciones internacionales. La mayoría de los casos presentaron insuficiencia pancreática exócrina.

PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS CON COQUELUCHE GRAVE EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA

RPD 113

Martínez A.¹; Añasco D.²; Ramírez J.³; Loto Y.⁴;
Dibiasi M.⁵; Gregori G.⁶

HOSPITAL SAMIC EL DORADO^{1,2,3,4,5,6}
<angiemedicina@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La coqueluche es una enfermedad infecciosa aguda de las vías aéreas respiratorias de distribución universal, siendo el ser humano el único reservorio. La patogenia de la enfermedad depende de cuatro etapas: fijación, evasión de defensas del huésped. Las formas graves están asociadas con insuficiencia respiratoria, apneas, convulsiones, compromiso hemodinámico, fallo renal, encefalopatía, coma y muerte.

OBJETIVO:

Describir la clínica y la epidemiología de dos pacientes con Coqueluche Grave en un servicio de pediatría.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Reporte de casos retrospectivo de pacientes con PCR positiva para Bordetella Pertussis de evolución grave durante enero 2013 a mayo 2015. Variables analizadas: Edad, sexo, vacunación, peso, talla. Presentación clínica, tratamiento recibido. Óbitos.

RESULTADOS:

Se incluyeron 2 pacientes durante el período de estudio. Caso 1: masculino de 50 días, eutrófico, PM exclusivo. Sin antecedentes patológicos. Vacunación completa. Vacunación materna: antitetánica. Clínica: 2 semanas de evolución de virosis respiratoria, se agrega tos cianósica y convulsión tónico-clónica parcial. El paciente ingresa hidratado con signos

de dificultad respiratoria: tiraje subcostal, rales subcrepitantes bibasales, oximetría de pulso 86%. El paciente persiste con hipoxemia refractaria sin mejoría con oxígeno con mascarilla con reservorio, por agregarse convulsión tónica clínica parcial pasa a terapia pediátrica. Ingres a ARM falleciendo a las 24 hs. Tratamiento recibido: Cefotaxima, claritromicina, fenobarbital, broncodilatadores e hidrocortisona. Laboratorios: GB: 31.500 (0/38/1/0/60/1) Plaquetas: 742.000. Rx Tx: magen de infiltrado intersticio alveolar a predominio de campo derecho. Se recibe PCR positiva al mes del óbito. Caso 2: femenino de 47 días, eutrófica, PM exclusivo. Sin antecedentes patológicos. Vacunación completa. Vacunación materna: completa. Clínica: tos de dos días de evolución, asociada a dificultad respiratoria y cianosis peribucal con los accesos de tos. Ingres a hidratada con signos de dificultad respiratoria: tiraje subcostal, rales subcrepitantes bibasales, oximetría de pulso de 80%, se agregan apneas respiratorias por lo que ingresa a terapia pediátrica. Se lo incluye a ARM falleciendo a las 48 hs. Tratamiento recibido: Ceftriaxona, Ampicilina, gentamicina, Claritromicina, salbutamol, Hidrocortisona, aspiraciones nasofaríngeas. Laboratorios: GB: 176.000 (11/41/0/0/29/14), Plaquetas 224.000. Orina: Glóbulos de pus. Urocultivo: E.Coli Rx Tx: Atelectasias en lobulos superior derecho e izquierdo. Se recibe PCR positivo al mes del óbito.

CONCLUSIONES:

Los pacientes presentados tuvieron desenlace fatal relacionados a la presentación clínica grave de la enfermedad y por la asociación con los factores de peor pronóstico, edad, hiperleucocitosis, foco de consolidación pulmonar en ambos casos.

COINFECCIÓN VIRAL RESPIRATORIA Y ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 114

Petracca L.¹; Cardigonde M.²

HIGA DR RAMON CARRILLO²
<Lucianapetracca@yahoo.com.ar>

Bronquiolitis, principal causa de internación por IRAB en menores de 2 años; el Virus sincicial respiratorio es el agente etiológico dominante. Tiene un serotipo con 2 subtipos antigénicos (A y B), 7 genotipos. El 18% de las infecciones son mixtas, siendo el adenovirus uno de los principales virus implicados, por un efecto inmunológico que lo facilita. La infección por adenovirus es muy frecuente en la infancia, posee 52 serotipos y múltiples genotipos agrupados en 7 especies, con diferente tropismo tisular y manifestaciones clínicas, períodos prolongados de hipoxemia e ingreso a unidad de terapia. La presencia de 2 o más virus, aumenta el ingreso a UCIP 3 veces. Enfermedad pulmonar crónica definida por ausencia de enfermedad respiratoria perinatal, período libre de síntomas entre el nacimiento y la agresión viral, causada por adenovirus, exclusión de enfermedades pulmonares crónicas, exámenes complementarios compatibles.

OBJETIVO:

Presentar un caso de bronquiolitis con evolución a enfermedad pulmonar crónica asociada al adenovirus más que a la coinfección viral y la oxigenoterapia prolongada.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino, 4 meses, 6kg, 63cm, sin antecedentes relevantes, pesquisa neonatal normal, vacunas completas; consulta por fiebre y dificultad respiratoria de 72hs. Se interna con diagnóstico de bronquiolitis, recibe oxígeno complementario 12 días. Por hipoxemia persistente, hiperleucocitosis y anemia pasa a unidad de cuidados intensivos con asistencia

respiratoria mecánica. Recibe 2 transfusiones de glóbulos rojos y múltiples esquemas antibióticos. Se realiza: Radiografía de tórax: Parénquima hiperlúcido, horizontalización de costillas, infiltrado bilateral difuso. Cultivos: IFI de secreciones nasofaríngeas: adenovirus y virus sincicial respiratorio. HMCx2; Aspirado traqueal; PCR B. Pertussis; HIV y PPD negativo. Sistema inmunológico y Molecular fibrosis quística: normal. Luego de 40 días de asistencia respiratoria mecánica, con intentos frustrados de extubación se realiza traqueostomía. Alta en seguimiento con neumonología, tratamiento con antiinflamatorios pulmonares y oxígeno domiciliario.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:

Neumopatías crónicas: fibrosis quística, asma, tuberculosis, reflujo gastroesofágico y síndromes de aspiración pulmonar crónica.

CONCLUSIÓN:

La presencia de adenovirus como agente infeccioso, se asocia a enfermedad pulmonar crónica. La coinfección viral, cualquiera sea la combinación, puede causar hospitalización en unidad de terapia intensiva y asistencia respiratoria mecánica, pero no es marcadora de pronóstico en la función pulmonar a largo plazo. Los altos requerimientos de oxígeno complementario, desencadenan una cascada química que finaliza lesionando el epitelio pulmonar, mayormente evidenciado en la función pulmonar residual en la etapa neonatal. Si bien hay estudios que vinculan al virus sincicial respiratorio con cuadros clínicos de gravedad, el daño pulmonar producido por la respuesta inmune activada por el adenovirus, con reparación histológica aberrante y proliferación de los fibroblastos en la luz bronquial, conduce con mayor frecuencia al desarrollo de enfermedad pulmonar crónica postviral.



TUMORES BENIGNOS DEL MEDIASTINO ANTERIOR (TIMOLIPOMA Y TERATOMA)

RPD 115

**Palmisciano V.¹; Quintas S.²; Monaldi G.³; Bernado E.⁴;
Lampon S.⁵; Mercuri E.⁶**

HOSPITAL MATERNO INFANTIL MAR DEL PLATA¹²³⁴⁵⁶
<veropalm@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El mediastino anterior, espacio pre cardíaco, es asiento de diversos procesos relacionados con el timo, ganglios regionales y otras estructuras mesenquimáticas, que dan lugar a lesiones tumorales (timoma, linfoma y tumores de células germinales).

CASO CLÍNICO:

Se presentan dos pacientes con masas intratorácicas halladas incidentalmente. El primero un niño de 9 años con neumonía basal derecha persistente, en el algoritmo de estudio se solicita TAC evidenciándose proceso mediastinal anterior. El segundo caso una niña de 14 años con válvula de derivación ventrículo-peritoneal que en un control radiológico se visualiza imagen radiopaca homogénea en campo medio izquierdo.

CONCLUSIÓN:

La patología mediastinal en pediatría constituye un verdadero desafío diagnóstico y, en particular la del compartimiento anterior en la que coexisten tumores de diferente estirpe, con diversos grados de malignidad, evolución y pronóstico

MALFORMACION CONGENITA DE LAS VIAS AEREAS PULMONARES (MAQ) CON BRONQUIO ESOFAGICO SUPERNUMERARIO

RPD 116

**Bernado E.¹; Quintas S.²; Monaldi G.³; Palmisciano V.⁴;
Lampon S.⁵; Mercuri E.⁶**

HIEMI²³⁴⁵⁶
<elibernado@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las malformaciones broncopulmonares comunicantes con el intestino primitivo, son anomalías raras caracterizadas por una fistula entre una porción aislada del parénquima respiratorio y el esófago o, con menos frecuencia el estomago; asociada comúnmente a otras anomalías del desarrollo.

CASO CLÍNICO:

Reportamos una niña con bronquio esofágico doble inferior asociado con malformación congénita de las vías aéreas pulmonares (MCVAP-MAQ TIPO II). RNPT con antecedentes de polidramnios, SDR, taquipnea e hipoventilación basal derecha, Rx con velamiento de hemitorax derecho. TAC y SEG-D compatible con cuadro descripta.

CONCLUSIÓN:

La presencia de bronquio esofágico ante signos respiratorios recurrente, especialmente durante la alimentación, con consolidaciones pulmonares persistentes y alteraciones bronquiales en la endoscopia o cuando el esofagograma evidencia la fistula, a fin de realizar tratamiento quirúrgico oportuno

TUBERCULOSIS: UN PROBLEMA AUN SIN RESOLVER EN EL 2015 - PRESENTACIÓN DE UN CASO DE TBC PULMONAR Y EXTRAPULMONAR GENITAL

RPD 117

Lampón S.¹; Quintas S.²; Bernado E.³; Monaldi G.⁴;
Palmisciano V.⁵; Paz M.⁶

SERV. NEUMONOLOGÍA, HIEMI MAR DEL PLATA^{1 2 3 4 5 6}

<sebalampon@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis afecta aproximadamente a 8,7 millones de habitantes de la población mundial, ocasionando la muerte de 1,5 millones de pacientes, lo que la convierte en la causa infecciosa con mayor morbimortalidad en el mundo a pesar de tener tratamiento específico eficaz para su curación.

En Argentina se reportan más de 1.000 casos anuales de tuberculosis pediátrica (menores de 15 años) que corresponden al 10,29% del total de casos de TBC notificados, siendo estas cifras subestimadas por falta de diagnóstico. Más del 80% de los casos de tuberculosis son de localización pulmonar, aunque la diseminación linfohematógena puede dar lugar a una TBC miliar, circunscrita solamente a los pulmones o afectando también a otros órganos, entre ellos los de vía genitourinaria comprometiendo próstata, vesículas seminales, epidídimo (localizaciones más frecuentes en adultos) y con menor incidencia en testículos (diagnósticas generalmente en niños).

CASO CLÍNICO:

Niño de 12 años previamente sano proveniente de medio rural, que consulta por síndrome febril prolongado. Se realizan estudios y laboratorios de algoritmo diagnóstico con rx tórax con patrón micronodulillar y ecografía abdominal con adenopatías retroperitoneales. Al examen físico se palpa tumoración de consistencia duropetrea en testículo por lo que se realiza biopsia que demuestra material caseoso en epidídimo confirmando por anatomía patológica el diagnóstico de TBC extrapulmonar genital

CONCLUSIÓN:

Se presenta el caso dado la infrecuencia de la localización de TBC en epidídimo en pacientes pediátricos.

Debemos considerar siempre la Tuberculosis entre los diagnósticos diferenciales debido a su presentación proteiforme



EMPRESAS QUE PARTICIPAN EN LA EXPOSICIÓN COMERCIAL

- Astra Zeneca S.A.
- GlaxoSmithKline S.A.
- Laboratorios Bagó S.A.
- Laboratorios Phoenix S.A.I.C.F.
- Nova Argentina S.A.
- Pharmos S.A.
- Roemmers S.A.I.C.F.
- Sanofi Aventis S.A.
- Soubeiran Chobet S.R.L.

