

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

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

El Congreso no tiene responsabilidad alguna
sobre sus contenidos.

PO
RPD

Presentación oral
Recorrida póster digital



MEDIAS DE PRESIÓN ARTERIAL EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS PREMATUROS CON PESO EXTREMADAMENTE BAJO, EN CONTROLES AMBULATORIOS

PO 4

Opción a premio

Miceli S.¹; Rodríguez L.²; Martinini M.³; Caram M.⁴; Perez M.⁵; Djivelekian M.⁶; D'urso M.⁷

CÁTEDRA DE MEDICINA INFANTO JUVENIL¹; FACULTAD DE MEDICINA UNT^{2,3}; SERVICIO DE SEGUIMIENTO DE RNPAR; HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS TUCUMÁN^{5,6}; DPTO DE BIOESTADÍSTICA UNT⁷
<susanamiceli@hotmail.com>

Se encuentran pocos estudios de presión arterial (PA) en Recién Nacidos Pretérmino Alto Riesgo. Es práctica poco habitual tomarles la PA. Sigue siendo una incógnita el comportamiento de la PA de los RNPTAR.

OBJETIVOS:

Definir medias de PAS y PAD, prevalencia de HTA, en RNPTAR controlados desde el alta de UCIN hasta los 5 años. Comparar con grupo control de niños RNT. Analizar asociación de la PA con factores de riesgo.

MATERIAL, POBLACIÓN:

Inclusión: RNPTAR (< 32 semanas, < de 1500g) ambulatorios, ingresados a control desde 40 semanas a 5 años. Exclusión: patología severa registrada al alta neonatal. Se estudiaron 2 grupos G 1: < de 1 año, grupo 2: ≥ de 1 a 5 años y GC. Los grupos etáreos se eligieron según edades de tablas de PA referentes. 2 G controles de RNT (término), igual edad y sexo. Variables: sexo, edad gestacional (EG), edad corregida (EC), peso y talla de nacimiento (PN, TN); peso y talla al momento del registro, PAS y PAD(mmHg).

MÉTODO:

Tensiómetro oscilométrico automático, media de tres registros. Mangos adecuados. Curvas referentes para el G1 Second Task Force (TF) y

para G2, 4ª TF. Adiestramiento de enfermeras. Monitoreo. Consentimiento de padres. Aprobación del Comité Hospital de Niños. Diseño de corte transversal. Análisis descriptivo, asociación y comparación (test t y Pearson). Medias de PA ± 3 DS.

RESULTADOS:

448 RNPT y 65 controles. Grupo 1 (G1 n=271), el promedio de PAS 94 mmHg y PAD 60 mmHg. HTAS en 22%; HTAD en 23%. PAS y PAD en ambos sexos, fueron semejantes a referentes. HTAS asoció a PN (p= 0,02); Grupo 2 (G2 n= 177) promedio de PAS 102 mmHg y de. PAD 66 mmHg, HTAS en 38% e HTAD en 56%. PAS de varones y mujeres fue semejante a curvas referentes. PAD se situó sobre el P95 en mujeres, a partir del año hasta los 2 años y en varones desde el año hasta los 3 años. HTA no asoció con ninguna variable. Grupo 1 control (n=24) PAS 81(75; 87) p<0,0001 y PAD 51(43;59) (p= 0,002). Grupo 2 control (n=44) PAS 98 (95, 103) p=0,14; PAD 61(56;67)p=0,01. La prevalencia de HTA fue mayor en los 2 el grupos de RNPT que en los controles (p=0,04, p=0,03).

CONCLUSIONES:

Se graficaron curvas de medias de PAS y PAD en RNPTAR para edad y sexo que evidenció aumento de PAD para ambos sexos, arriba del percentil 95, desde los 6 m hasta 3 años en varones y desde los 12 m hasta 2 años en mujeres. Diferencia significativa con grupo control. Alta prevalencia de HTA. Asociación a PN. Se recomienda incorporar el control ambulatorio de PA en RNPT.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE PREVENCIÓN DEL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO

RPD 5

Iturzaeta A.¹; Torres F.²; Bonadeo M.³; Manjarin M.⁴; Miguez L.⁵; Redondo G.⁶; Maidana F.⁷; Marenghi M.⁸

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS DR PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7,8}
<aiturzaeta@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) es una enfermedad endémica en la Argentina y la prevención es fundamental para disminuir el impacto sanitario.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de una intervención educativa para aumentar el conocimiento de padres y cuidadores sobre SUH
Evaluar los conocimientos sobre SUH de la población que asiste al servicio de consultorios externos del HGNPE

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio experimental de evaluación de impacto. Se evaluaron conocimientos previos sobre SUH (encuesta A), se realizó una intervención educativa con material audiovisual sobre prevención de SUH, y se repitió la evaluación de conocimientos (encuesta B) para medir el impacto de la intervención. Para este trabajo se consideró como respuesta mínima satisfactoria el lavado de manos y la cocción adecuada de la carne. Para la evaluación de impacto se utilizó prueba de McNemar y Wilcoxon.

POBLACIÓN

Padres y cuidadores (mayores de 16 años) de pacientes de 1 mes a 5 años de edad que asistieron al servicio de consultorios

externos del HGNPE, entre mayo y agosto de 2011.

RESULTADOS

Ingresaron al estudio 58 participantes. La edad de los mismos fue 29,5 ± 8,6 años.

Previo a la intervención (encuesta A) 42 participantes desconocían el SUH, y 8 contestaron la encuesta en forma satisfactoria. Contestar satisfactoriamente la encuesta A se asoció con mayor edad del entrevistado (37,1 vs. 28,3 años t = 2,8 p = 0,007).

Posterior a la intervención (encuesta B) 52 participantes contestaron satisfactoriamente la encuesta y todos los entrevistados contestaron al menos una forma de prevención de SUH (McNemar: encuesta A 8 satisfactorias vs. encuesta B 52 satisfactorias, p < 0,001). La prueba de Wilcoxon mostró 53 rangos positivos (mayor número de respuestas satisfactorias en el cuestionario B), 1 rango negativo, y 4 empates, con un valor Z 6,55 p<0,001.

CONCLUSIONES

Previo a la intervención más de la mitad de la población encuestada no tenía conocimientos sobre SUH ni conocía las medidas para su prevención.

Una intervención educativa de bajo costo aumentó en forma significativa el nivel de conocimiento y lo equiparó independientemente de la edad.

Es importante aprovechar las "oportunidades de prevención" de SUH en el momento de la consulta pediátrica.

OXALOSIS EN HIPEROXALURIA PRIMARIA: CAUSA ATÍPICA DE IRCT EN LACTANTES

RPD 6

Mora F.¹; Ariñez C.²; Barros M.³; Cisneros D.⁴;
Barbagelata E.⁵; Vallejo G.⁶; De Matteo E.⁷;
Bohórquez Velasco M.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ ¹²³⁴⁵⁶⁷⁸
<fedemora@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La hiperoxaluria primaria es un trastorno congénito autosómico recesivo raro debido a la deficiencia de la alanin-glioxalato aminotransferasa hepática. Esto resulta en síntesis y excreción urinaria excesiva de oxalato que induce depósitos en hueso, miocardio y vasos. El fallo renal progresivo, la nefrocalcinosis y urolitiasis son típicos en los raros casos descritos en niños.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 7 meses, sexo masculino, derivado de Entre Ríos, por IRC en diálisis peritoneal intermitente para entrenamiento y realización de DPCA. Antecedentes: recién nacido de término, peso adecuado, que consulta a los 5 meses por convulsión, anemia (Hemoglobina 5,9 gr/dl) y acidosis metabólica (pH 7,08 Bicarbonato 4 mEq/l), con insuficiencia renal (Urea 330 mg/dl y Creatinina 8,99 mg/dl), hipalbuminemia (1,4 gr/dl) y proteinuria masiva. Inicia diálisis peritoneal intermitente, permaneciendo anúrico, sin

recuperación de la función renal. Se realiza biopsia renal con informe preliminar de Síndrome nefrótico tipo finlandés y se deriva a este servicio. Se coloca cánula de DPCA. Se realizan estudios: Eco renal: imágenes calcificadas con sombra acústica posterior en ambos riñones. Tamaño renal: RD 59,5 y RI 59,7 mm (P50) y radiografía de abdomen: radioopacidad a nivel de topografía renal. Informe final de biopsia renal: Nefropatía tubulointerstitial con depósitos de cristales tipo oxalato de calcio y compromiso glomerular con esclerosis segmentaria. Oxalemia: 8 mg/ml (valor normal <2). Fondo de ojo: mácula y región papilar con lesiones blanco amarillentas a nivel del epitelio pigmentario retiniano, compatible con depósitos de oxalato cálcico en retina. Radiografía de huesos largos y ecocardiograma normales. Diagnóstico final: IRCT secundaria a hiperoxaluria primaria.

CONCLUSIÓN

La presencia de cristales de oxalato de calcio dentro de la luz tubular, nefrocalcinosis e hiperoxalemia en un paciente con IRCT menor de un año deben llevar a la sospecha diagnóstica de hiperoxaluria primaria. Es una patología con alta mortalidad, cuyo tratamiento de elección es el trasplante hepatorenal.

PSORIASIS EN UN PACIENTE CON SÍNDROME NEFRÓTICO

RPD 7

Bettendorff M.¹; Inchaurregui E.²

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD ¹²
<mcbettendorff@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con psoriasis pueden presentar en raras oportunidades compromiso renal tal como proteinuria, hematuria, síndrome nefrótico y fallo renal. Si bien el síndrome nefrótico puede presentarse como complicación en adultos con psoriasis, en el niño existe solo un reporte de dicha asociación.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro trabajo es presentar un paciente con Síndrome Nefrótico que desarrolló Psoriasis durante su evolución.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino, de 11 años de edad, con diagnóstico de Síndrome Nefrótico corticodependiente desde el año 2002. El paciente presentó recaídas frecuentes por lo que fue tratado con ciclofosfamida y levamisol. En el

corriente año comenzó con lesiones eritematoescamosas confluentes en tronco y miembros inferiores y se realizó diagnóstico de psoriasis. Durante una recaída de su enfermedad las lesiones se generalizaron y presentó psoriasis pustulosa eritodérmica. Recibió tratamiento con corticoides a dosis máxima y luego ciclosporina, obteniéndose remisión de la proteinuria y de las lesiones en piel.

CONCLUSIÓN

Existe una clara asociación entre psoriasis, artritis y enfermedad inflamatoria intestinal, pero las complicaciones renales no son frecuentes. En adultos se ha descrito el síndrome nefrótico que ocurre años después del diagnóstico de psoriasis. Reportamos el caso de un paciente que presentó primero el síndrome nefrótico y posteriormente el compromiso en piel. Si bien dicha asociación puede ser coincidencia, se observó una clara mejoría de los síntomas luego de instaurado el tratamiento con corticoides, lo que demostraría la relación entre ambas enfermedades.

ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS PARA EL MANEJO DE LA LITIASIS EN PEDIATRÍA

RPD 8

Vagni R.¹; Centurión J.²; Aranibar V.³; Ormaechea M.⁴; De Badiola F.⁵; Gonzalez M.⁶; Daels P.⁷; Moldes J.⁸

HOSPITAL ITALIANO^{1 2 3 4 5 6 7 8}
<roberto.vagni@hiba.org.ar>

Las litiasis renales en pediatría no son infrecuentes de ver. Existen diferentes opciones de tratamiento de esta patología, incluyendo la litotricia extracorpórea, litotricia percutánea y la cirugía a cielo abierto. En este trabajo describimos nuestra experiencia con litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL) en el tratamiento de la litiasis urinaria en pacientes pediátricos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Evaluamos los procedimientos realizados en pacientes con litiasis urinarias manejadas con ESWL en el Hospital Italiano de Buenos Aires en el período de julio de 2005 a diciembre de 2011.

Se realizaron un total de 222 sesiones de ESWL en 131 pacientes para tratar 149 litiasis.

RESULTADOS

La edad promedio al momento del procedimiento fue de 6,96 años (Rango: 8 meses a 19 años). El tamaño promedio fue

de 14,00 mm (Rango: 3 a 40). 111 fueron derechos (50%), 108 izquierdos (48%), dos bilaterales (0,009%) y uno vesical (0,0045%). El 87% (195) de los procedimientos fue realizado bajo anestesia general.

Los cálculos se ubicaron: 76 en cálices, 70 en la pelvis, 46 coraliformes, 29 ureterales y uno vesical. El número promedios de sesiones por lito fue de 1,50 (Rango: 1 a 7). Luego del tratamiento por ESWL en 7 casos fue necesario realizar 4 litotricias percutáneas y 3 litotricias ureterales endoscópicas para eliminar litiasis residuales.

Como complicaciones de importancias se produjo una obstrucción urinaria de tratamiento médico y en un paciente debió suspenderse la sesión a los 1200 golpes por presentar una desaturación que luego se recuperó sin inconvenientes.

CONCLUSIÓN

La litotricia extracorpórea es una alternativa útil para el manejo no invasivo de litiasis urinarias en pediatría con un bajo índice de complicaciones. Es utilizada en nuestro centro como primera línea para el manejo de las litiasis en pediatría.

ANEMIA COMO EFECTO ADVERSO INFRECLENTE DEL ENALAPRIL, EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON NEFROPATIA POR IGA

RPD 9

Caminiti A.¹; Cardozo L.²; Casim J.³; Pedraza R.⁴; Texier I.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS V J VILELA^{1 2 3 4 5}
<alecaminiti@yahoo.com.ar>

OBJETIVO:

Definir si la presencia de anemia pudo corresponder a efecto adverso del enalapril en paciente con nefropatía por IgA en tratamiento por hiperfiltración glomerular.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 6 años de edad, portador de hematuria recurrente benigna que por el agregado de proteinuria, a los 3 años del diagnóstico, requirió biopsia renal. Presentó proliferación mesangial con depósitos de Ig. A sin signos de cronicidad ni actividad que requirieran tratamiento inmunosupresor. Se inició tratamiento con enalapril y luego se agregó losartán aparte de la dieta. En el año 2010 comenzó a presentar anemia sin respuesta satisfactoria al tratamiento con hierro y ácido fólico. Hematología indicó tratamiento con hierro parenteral, sin respuesta. Los depósitos de hierro fueron normales y la punción de médula ósea constató disminución

de la serie eritroide, resto de las series hematopoyéticas normales. Se realizaron dosajes de vitamina B, normales. Se constató incremento sutil de la creatinina a valores de 0,7 - 0,8mg %. El dosaje de eritropoyetina (EPO) fue normal, lo cual descartó que el déficit de la misma (por insuficiencia renal incipiente), fuera responsable de la anemia. Recibió aun así tratamiento, con mejoría parcial. Como el filtrado glomerular siguió disminuyendo, no relacionado con el patrón histológico de la biopsia, se decidió disminuir la dosis de enalapril (pensando en los posibles efectos adversos de las drogas inhibidoras de la angiotensina) y se observó mejoría de la función renal y de la anemia, con menores requerimientos de EPO.

CONCLUSIÓN:

Si bien el efecto adverso de anemia, generado por las drogas inhibidoras de la angiotensina, están descriptos; por su infrecuencia rara vez son tomados en cuenta. Este caso nos obliga a una observación hematológica más estrecha de los pacientes que en muchas entidades renales reciben esta medicación.

ESTUDIO LONGITUDINAL DE PRESIÓN ARTERIAL (PA) EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINOS ALTO RIESGO (RNPT), MENORES Y MAYORES DE 1 AÑO

PO 10

Opción a premio

Miceli S.¹; Rodríguez L.²; Caram M.³; Martinini M.⁴;
Perez M.⁵; Djivelekian M.⁶; D'urso M.⁷

CÁTEDRA DE MEDICINA INFANTO JUVENIL¹ FACULTAD DE MEDICINA
UNT^{2,4}; SERVICIO DE SEGUIMIENTO DE RNPAR HOSPITAL DEL NIÑO
JESÚS TUCUMÁN^{3,6}; DEPARTAMENTO BIOESTADÍSTICA UNT⁷
<susanamiceli@hotmail.com>

Según nuestras observaciones la media de PAS de RNPTAR, clasificada como PAS normal hasta los 5 años, pero PAD en ambos sexos superaría el percentil 95 de Task Force(TF).

OBJETIVOS:

Evaluar PA en cada control ambulatorio de RNPTAR. Asociar PA con datos de nacimiento. Estudiar prevalencia de HTA. Comparar la PA en cada instancia de control.

MATERIAL. POBLACIÓN:

RNPTAR(<32 semanas< de 1500g), que acudieron a control en consultorio de seguimiento. Exclusión: niños con patología. Se estudiaron 2 grupos: Grupo 1(G1) y grupo 2 (G2) con inicio de control antes y posterior al año respectivamente, período 2008 a 2011.

VARIABLES:

Sexo, datos de nacimiento y de internación en UCIN. En cada control, peso, talla, PAS y PAD.

MÉTODO:

Tensiómetro oscilométrico automático, media de tres registros. Curvas de PA 2nd y 4^a TF, para G1y G2. Consentimiento de padres. Aprobación del Comité Hospital. Cohorte longitudinal. Asociación

Test T, modelo lineal multinivel. Asociación con ANOVA. Significancia 5%. Programa HLM6.

RESULTADOS:

Se controlaron 411 RNPT. Las medias e IC95% de PAS y PAD fueron: Grupo 1. (n=227). Inicio de controles en 1er trimestre: 92(88; 95); 57(54;60); control a los 10m, diferencia significativa(CD). Inicio 2º trimestre 95(92; 98); 60 (57; 64), control a 11m sin diferencias(SD). Inicio 3er trimestre 92 (88; 97), 59 (54; 63); control a los 23m (SD). En 4º trimestre 99 (97;102); 66(63;68) control a los 24 m (SD). PAS a los 12m y PAD a los 12, 18, 21 y 24m situadas sobre P 95. Entre 1er y último control la prevalencia de HTAS disminuyó de 23 a 15 % y de HTAD de 22 a 19%. HTAS asoció a PN (p= 0,02); aumento de peso y talla (p=0,002 y p= 0,008) e HTAD con aumento de P y T (p=0,01). Grupo2. (N=184) a los 2 años 106(101; 110); 65(61;69), control a los 3 a (SD). Inicio a los 3 años 104(100;107); 65(61; 69), a los 4a (SD). Inicio a los 4 años 104(101;108); 62(58;65), control a los 5º(SD). Inicio a los 5 años 102(98;110); 64(57,71), control a 6 años (SD). PAS clasificó sobre P95 a 1 y 2 años y PAD 1a, 1a6m, 1a 8m y 2º. HTAS disminuye de 37 a 31%, e HTAD aumenta de 69 a75 %. Se observó variaciones de PA con edad.PAS y PAD descendieron hasta el año, y PAD aumentó después de 2 años de edad (ambos sexos).

CONCLUSIÓN:

Es importante el seguimiento de PA en RNPTAR, porque parecería que tienen riesgo de HTAD y alta prevalencia. Podría estar asociada a PN; aumento de P y T. Se justificaría aplicar medidas preventivas como la restricción de sodio.

REFLUJO VESICO-URETERAL ASOCIADO A DUPLICACIÓN COMPLETA DE LA VÍA URINARIA CON URETEROCELE: EVOLUCIÓN POST HEMINEFRECTOMÍA POLAR SUPERIOR

RPD 11

Castera R.¹; Medel R.²; Herrera M.³; Podesta M.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{2,3,4}
<jcastera@intramed.net>

OBJETIVO:

Analizar la evolución del reflujo vesico-ureteral (RVU) en pacientes portadores de duplicación completa de la vía urinaria (DCVU) asociada a ureteroceles, sometidos a heminefrectomía polar superior más aspiración del contenido del ureteroceles.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Analizamos retrospectivamente 15 ptes. (11 niñas, 4 varones) portadores de RVU (grados II a IV) asociado a DCVU con ureteroceles (11 unilaterales, 4 bilaterales), tratados en nuestro Servicio entre los años 2000 y 2010. En todos los casos se realizó heminefrectomía polar superior correspondiente al sistema con ureteroceles, aspiración del contenido del mismo y ureterectomía parcial.

El seguimiento varió entre 2 y 11 años.

La edad media a la consulta fue de 5,6 meses (r 1 a 21 m). El motivo de consulta incluyó Dx antenatal 7 ptes. (3 con IU), IU 6 ptes., retención de orina 1 pte. y hallazgo casual 1 pte. Todos fueron estudiados inicialmente y a los 2 años

postoperatorios con ecografía renovascular, centellograma renal y cistouretrografía (CUGM). Inicialmente se detectaron 16 unidades reflujantes correspondientes a: 11 ptes con RVU ipsilateral, 3 con RVU contralateral y 1 con bilateral. Analizamos la evolución del RVU luego del mencionado procedimiento quirúrgico

RESULTADOS:

De las dieciséis unidades reflujantes en el preoperatorio, 11(69%) resolvieron luego de la heminefroureterectomía polar superior correspondiente al sistema con ureteroceles. Ocho de los 12 reflujos ipsilaterales y 3 de los 4 reflujos contralaterales resolvieron luego de la cirugía, mientras que los restantes 5 persistieron de menor grado. Dos de estos últimos requirieron cirugía reconstructiva baja.

CONCLUSIONES:

En nuestra casuística de realizar una heminefrectomía polar superior más aspiración del contenido del ureteroceles, evidenciamos una desaparición del RVU del 69%.

Consideramos que, probablemente, los cambios anatómicos del piso vesical luego de aspirar contenido del ureteroceles asociados al crecimiento de los niños, favorecerían la resolución del reflujo vesico-ureteral en este grupo de pacientes.

EVOLUCIÓN DEL REFLUJO VESICO-URETERAL ASOCIADO A DUPLICACIÓN COMPLETA DE LA VÍA URINARIA SIN URETEROCELE

RPD 12

Medel R.¹; Herrera M.²; Castera R.³; Podesta M.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS "RICARDO GUTIERREZ"^{1,2,3,4}
<ricardo@ricardomedel.com.ar>

OBJETIVO:

Analizar la evolución del reflujo vesicoureteral (RVU) en pacientes portadores de duplicación completa de la vía excretora (DCVU) sin ureterocele.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron 61 ptes (41 niñas, 20 varones) con DCVU y RVU (grados II-IV) estudiados y tratados en nuestro Servicio entre los años 1994 y 2010. La edad media a la consulta fue de 30,6 meses (r: 1 – 120 meses).

Todos los pacientes fueron estudiados inicialmente con ecografía renovesical, cistouretrografía miccional (CUGM) y centellograma renal (DMSA).

De los 61 ptes., 53 presentaron DCVU unilateral (16 derechos, 37 izquierdos), en los restantes 8 la DCVU fue bilateral. De los 53 unilaterales, 41 pacientes presentaron RVU al hemisistema inferior, 9 al hemisistema inferior y al sistema simple contralateral y 3 reflujo a ambos hemisistemas de la duplicación, 2 de ellos con reflujo contralateral. Cinco de los 8 ptes con DCVU bilateral presentaban RVU a ambos sistemas inferiores, mientras que los 3 restantes solo tenían

un hemirriñón inferior afectado.

De los 61 pacientes, 4 recibieron una heminefrectomía de un polo con daño severo (3 el polo inferior y 1 el polo superior). Todos los pacientes recibieron profilaxis antimicrobiana permanente y fueron controlados cada 2 años hasta conducta definitiva con ecografía renal y vesical, CUGM y DMSA. Analizamos la evolución del RVU y los tratamientos indicados en los 57 pacientes restantes.

RESULTADOS:

Luego de un seguimiento de por lo menos 4 años; 9 (15,8 %) de los 57 pacientes resolvieron el RVU espontáneamente, 43 (75,4 %) requirieron tratamiento quirúrgico (37 reimplante ureterovesical, 5 inyección endoscópica y 1 nefrectomía). Los restantes 5 (8,8%) esperan resolución.

CONCLUSIONES:

En este grupo de pacientes con DCVU, la resolución espontánea del RVU fue muy inferior a la observada en la población de pacientes con RVU a sistemas simples. La anomalía ureterovesical asociada a las DCVU parecería ser responsable de la persistencia del RVU y justificaría la resolución quirúrgica precoz del mismo.

METODOLOGIA DIAGNOSTICA EN PACIENTES PORTADORES DE DUPLICACION COMPLETA DE LA VIA URINARIA Y URETEROCELE

RPD 13

Herrera M.¹; Medel R.²; Castera R.³; Podesta M.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS "RICARDO GUTIERREZ"^{1,2,3,4}
<mmherrer4@hotmail.com>

OBJETIVO:

Analizar los distintos métodos de diagnóstico utilizados en pacientes portadores de ureterocele asociado a duplicación completa de la vía excretora (DCVU) y su eficacia para definir las características anatómicas de la anomalía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron 70 ptes (42 niñas, 28 varones) con ureterocele y DCVU estudiados en nuestro Servicio entre los años 1994 y 2009. La edad media a la consulta fue de 16,1 meses (r: 1 - 180 meses - 60 % < de 11 meses).

El motivo de consulta fue infección urinaria en 37 pacientes (53%), diagnóstico prenatal en 29 (41%) y otros en 4 (6%).

Todos los pacientes fueron estudiados con ecografía renovesical y cistouretrografía miccional (CUGM). Se realizaron además, centellograma renal (DMSA) a 61 ptes., urograma excretor (UEX) a 19, fibrocistoscopia a 4, TAC a 1 y RMN a otro paciente.

RESULTADOS:

El diagnóstico de DCVU se confirmó con ecografía renovesical en 55 pacientes (79,5 %). En 9 (13 %) el diagnóstico se

realizó con la CUGM, en 5 (7 %) con UEX y en 1 (1,5 %) con cistoscopia.

En 68 pacientes (97 %) la ecografía renovesical evidenció el ureterocele, mientras que la CUGM lo detectó en 27 (39 %) de ellos. Combinando los hallazgos de la ecografía y de la CUGM se diagnosticaron el 91% de las DCVU y la totalidad de los ureteroceles.

De los 70 pacientes, 61 presentaron ureterocele unilateral y 9 bilateral. Del total de los 79 ureteroceles diagnosticados, 65 fueron intravesicales y 14 ectópicos.

La CUGM demostró la presencia de reflujo vesicoureteral en 33 (47%) de los casos.

Si bien el DMSA fue fundamental para tomar decisiones terapéuticas no fue determinante para el diagnóstico de la anomalía.

CONCLUSIONES:

La ecografía renovesical detectó el ureterocele en el 92% de los casos. Combinando los hallazgos ecográficos con los de la CUGM se diagnosticaron la totalidad de los ureteroceles. Esta combinación permitió diagnosticar el 91% de las DCVU. En el 9 % restante fueron necesarios otros estudios para detectarla.

HEMODIÁLISIS: SOBREVIDA EN PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS

RPD 14

Sepúlveda L.¹

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES¹
<illysepu@hotmail.com>

Los pacientes pediátricos internados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIP), requieren frecuentemente terapias de sustitución renal.

El objetivo de este trabajo es documentar nuestra experiencia en el tratamiento del paciente crítico pediátrico con IRA agregada a su enfermedad de base y reportar la sobrevida. Entre Diciembre 2010 y Marzo 2012, tratamos a treinta y nueve (39) pacientes; 22 de ellos sexo Masculino.

Media de edad 8 años (0,5-18)

Mediana de Peso referido: 15 Kg(4,5 a 70)

Se utilizó como score de predicción de mortalidad infantil al ingreso de UCIP el PIM2.

Las enfermedades de base que presentaron los pacientes se muestran en la *tabla 1*.

Las técnicas hemodialíticas utilizadas fueron: Hemodiálisis extendida diaria, Hemodiálisis intermedia diaria, Ultrafiltración lenta.

Resultados y conclusiones: El 71,8 % de los pacientes atendidos se estabilizó y superó la Insuficiencia Renal Aguda (IRA), pese a su patología de base.

La mortalidad del 28,2 % se relacionó con el estadio de su enfermedad. Los pacientes post Tx MO y los que presentaban FHF fueron los que tuvieron peor evolución.

Conjuntamente con un manejo multidisciplinario, consideramos importante la pronta instauración del procedimiento hemodialítico para minimizar la injuria y mejorar la sobrevida de estos niños.

TABLA 1. ENFERMEDAD DE BASE Y RIESGO DE MORTALIDAD

Causa de ingreso UCIP	%	Sobrevida (%)	PIM2
Renales	28,2	100	15,9
Shock séptico	28,2	72,7	17,3
Fallo hepático fulminante (FHF)	17,9	57	50
Tx MO	7,6	66	18,2
Postquirúrgico de cardiopatía congénitas	10,2	75	4,9
Otros	7,6	33	30,9

INFECCION URINARIA. TRATAMIENTO EMPÍRICO INICIAL

RPD 16

Morhaim M.¹; Barreto C.²; Lepetic S.³; Mariñansky A.⁴

HOSPITAL ZGA DR. ARTURO ONATIVIA^{1,2,3,4}
<sebmorhaim@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Infección Urinaria tiene una prevalencia del 2 al 5% en lactantes y niños. A partir de los 3 años es más frecuente en las niñas 5%. El riesgo de cicatrices renales es alto en menores de 1 año. El diagnóstico preciso a través del urocultivo y el tratamiento oportuno previene el daño renal. La elección del antimicrobiano empírico de inicio debe realizarse sobre la base de recomendaciones o estudios por lo tanto, es importante conocer la prevalencia de los agentes causales y su sensibilidad antibiótica en nuestra población.

OBJETIVO:

Conocer la prevalencia de los agentes causales de Infección urinaria y su sensibilidad antibiótica en nuestra población, comparando los datos actuales con los registrados en 1999 y 2007.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo de enero a diciembre 2011. Se incluyeron urocultivos con recuento de colonias mayores de 10⁵ en pacientes de 0 a 14 años ingresados a nuestro servicio desde consultorios externos, guardia e internación. La sensibilidad antibiótica se determinó por

prueba de difusión en discos. Se compararon los resultados con igual estudio realizado en 1999 y 2007.

RESULTADOS:

Se analizaron las muestras de urocultivos tomados entre enero y diciembre de 2011 en pacientes de un mes de vida y 14 años, obteniéndose 172 con resultado positivo, de las cuales 87,79% correspondieron a *Escherichia Coli*, 5,23% a *Klebsiella Pneumoniae*, 3,48% *Proteus Mirabilis*, 3,48% otros gérmenes. En cuanto a la sensibilidad antibiótica para *Escherichia Coli*, la nitrofurantoina fue la más sensible con el 90%, seguida por la trimetoprima sulfametoxazol 59,6%. La resistencia antibiótica, la ampicilina mostró una tasa del 74,8%, seguido ampicilina sulbactam 50,3% aumentando de un 28 % obtenido en 1999 y 2007.

CONCLUSIONES:

Del estudio surge que el germen más prevalente de nuestra población es *Escherichia Coli* 87,79%. El tratamiento empírico inicial seguiríamos usando recomendaciones que hayan demostrado eficacia, baja toxicidad. Si bien la nitrofurantoina es el antibiótico más sensible no es de primera elección. Se ha observado un aumento significativo 22% de la resistencia a *Escherichia Coli* con ampicilina-sulbactam respecto 1999- 2007.

EPIDEMIOLOGIA DEL SINDROME UREMICO HEMOLITICO EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE CÓRDOBA

RPD 17

Bettendorff M.¹; Seminara C.²; Inchaurregui E.³

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTISIMA TRINIDAD^{1,2,3}
<mcbettendorff@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome urémico hemolítico (SUH) es la causa más frecuente de insuficiencia renal aguda pediátrica en Argentina. Nuestro país presenta el mayor número de casos de SUH pediátrico por año, a nivel mundial.

OBJETIVOS:

Evaluar la información epidemiológica de SUH en una unidad centinela del interior del país, durante un período de 7 años.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron retrospectivamente una serie de 146 pacientes consecutivos (64 de sexo masculino y 82 de sexo femenino) tratados entre Enero de 2005 y Diciembre de 2011. Se evaluó la presentación clínica (diarrea, náuseas/vómitos, dolor abdominal, fiebre); la modalidad (completo o parcial), indicación de diálisis peritoneal y las secuelas.

RESULTADOS:

El promedio de edad al momento de presentación fue de 2,5 años (r 1-15 años). En el 10% de los casos, algún familiar del niño presentó diarrea previo al SUH. La diarrea fue el síntoma más frecuente (n 127), de las cuales 99 se presentaron con sangre; seguido por náuseas y vómitos (n 117), fiebre (n 64) y dolor abdominal (n 39). El SUH presentó una mayor incidencia en los meses de verano. 110 casos presentaron anemia, plaquetopenia e insuficiencia renal (forma completa), y 37 solo dos de estos tres criterios (forma parcial) al momento del diagnóstico. El 40% de la muestra recibió tratamiento antibiótico previo al diagnóstico y el 48% requirió diálisis peritoneal. La mortalidad en el período agudo fue del 2%. El 3,4 % de los pacientes recibieron un trasplante renal en nuestra institución.

DISCUSIÓN:

El conocimiento de estos datos epidemiológicos permitirá la implementación de estrategias terapéuticas para disminuir la morbi-mortalidad asociada al SUH.

MANEJO ENDOSCÓPICO DE LITIASIS URINARIA EN PEDIATRÍA

RPD 18

Vagni R.¹; Centurión J.²; Aranibar V.³; Ormaechea M.⁴; De Badiola F.⁵; González M.⁶; Daels P.⁷; Moldes J.⁸

HOSPITAL ITALIANO^{2,3,4,5,6,7,8}
<roberto.vagni@hiba.org.ar>

La litiasis urinaria en pediatría es una patología que requiere experiencia y equipamiento específico para su manejo. Describimos nuestra experiencia en el manejo endoscópico de la litiasis.

MATERIALES Y MÉTODOS

Entre 2/2005 a 12/2011 se realizaron 41 procedimientos en 34 pacientes, la edad promedio fue de 11,76 años (1-18).

RESULTADOS

Litotricia Vesical (LV)

Se realizaron 11 LV en 9 pacientes. El tamaño promedio de las litiasis fue de 18,91 mm (6-40). La vía de acceso fue la uretral en 7 casos, por un ostoma urinario en 2 y percutánea en 2. La energía utilizada fue el láser holmium en 9 casos y ondas de choque neumáticas en 2. En todos los casos fue un procedimiento realizado de manera ambulatoria. No se presentaron complicaciones mayores posteriores a los procedimientos.

Litotricia Ureteral Endoscópica (LUE)

En 16 pacientes se realizaron 18 LUE. El tamaño promedio de los litos fue 8,80 mm (4-15). El 50% (9) de los casos fueron obstructivos y en 4 casos requirieron la colocación de un catéter

doble J previo. Cuatro pacientes recibieron tratamiento con litotricia extracorporea con anterioridad. El tiempo de internación fue de 24 hs en 10 casos y ambulatorio en 8. Como complicaciones un paciente presentó un cólico renal de tratamiento médico y otro un pionefritis.

Litotricia Percutánea (LP)

Este abordaje fue utilizado en 9 pacientes en 13 oportunidades. El tamaño promedio de los cálculos fue de 28,10 mm (9-42). E 7 casos se realizaron procedimientos previos. En uno de los casos fue necesario un doble acceso y la energía utilizada fue el láser holmium en 4 y neumática en 9 casos. En todos los casos se dejó un drenaje por el sitio de punción y la internación fue de 48 hs excepto en un caso que requirió permanecer 7 días por una infección. Como complicaciones de importancia en un caso se salió accidentalmente la nefrostomía a las 48 hs y presentó fiebre, en otro se produjo fuga de orina por el sitio de punción que resolvió con tratamiento conservador y 2 infecciones urinarias. En todos los casos se logró dejar al paciente libre de cálculos luego del procedimiento.

CONCLUSIÓN

El manejo endoscópico de litiasis urinaria es utilizado como opción terapéutica en pacientes pediátricos, ante el fracaso de la litotricia extracorpórea o en algunos casos dados por la composición o estructura. Permitiendo un procedimiento con bajo índice de complicaciones severas y libres de litiasis residual.

CULTIVO DE CELULAS UROTELIALES Y MÚSCULO LISO DE VEJIGA DE CONEJO *IN VITRO* (RPD)

RPD 19

Vagni R.¹; Villoldo G.²; Giúdice C.³; Damia O.⁴;
Centurión J.⁵; Moldes J.⁶; De Badiola F.⁷; Argibay P.⁸

HOSPITAL ITALIANO²³⁴⁵⁶⁷⁸
<roberto.vagni@hiba.org.ar>

El uso de tejidos obtenidos por ingeniería de tejidos para cirugía urológica está creciendo rápidamente. Para la reconstrucción de órganos urinarios es crítica la regeneración tanto de urotelio como de músculo liso. Uno de los pilares de la ingeniería tisular es el cultivo celular. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra en el cultivo de urotelio y músculo liso de vejiga de conejo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se utilizaron 5 conejos Nueva Zelanda de 3 kg. a los que se les realizó una cistectomía parcial.

Cirugía: Bajo anestesia general, se disecó y separó la capa seromuscular de la mucosa vesical. Luego se realizó un cierre por planos sin sonda vesical.

Transporte: Las capas mucosa y seromuscular se colocaron en tubo Falcon de 50 ml conteniendo 15 ml de DMEM + ATB hasta llegar al flujo laminar.

Procesamiento: Ambas capas se fragmentaron en porciones pequeñas y se las colocó en 2 tubos Falcon de 50 ml. conteniendo 15 ml de tripsina 0,01% (urotelio) o colagenasa 0,05% (M liso). Durante 3 hs se mantuvo en agitador a 37 °C a 250 RPM. Pasado dicho período de tiempo se inactivó

la enzima con dilución 1:4 con DMEM y se centrifugó a 1200 RPM durante 10 minutos (a 4°C en el caso del M liso). El pellet se re-suspendió en medio K-SFM (urotelio) o D-MEM + 10% suero fetal bovino (SFB-M liso) + antibiótico y cultivó en frascos T25 y placas P30 P30 en estufa con condiciones de CO₂ y temperatura regladas. Se realizó cambio de medio cada 48 horas hasta alcanzar una monocapa, proceso que demoró 15 días para el urotelio y 10 días para el M liso. Se realizó IFI (Texas Red) con anticuerpos anti-pancitokeratina (urotelio) y anti-alfa actina (M liso).

RESULTADOS:

Finalizado el proceso se obtuvieron una monocapa de células uroteliales con una confluencia del 90% y otra capa de células musculares lisas. Se logró una marca positiva en el 100% de las células de las placas de cultivo de urotelio para anti-pancitoqueratina (Anti.AE1/AE3) y del 80% para alfa actina en los cultivos de células musculares. Se observó la característica marca de los filamentos intermedios en las fibras musculares lisas (teñidas de color rojo) y los núcleos de color celeste (Hoesch).

CONCLUSIÓN:

Aplicando técnicas de cultivo celular se demuestra la factibilidad de obtener células uroteliales y musculares lisas derivadas de vejiga de conejo. Esto es prometedor para el futuro desarrollo de órganos del sistema urinario.

ANASTOMOSIS URETERO-CALICEAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA

RPD 20

Vagni R.¹; Centurión J.²; Aranibar V.³; Ormaechea M.⁴;
De Badiola F.⁵; Moldes J.⁶

HOSPITAL ITALIANO²³⁴⁵⁶
<roberto.vagni@hiba.org.ar>

La anastomosis ureterocaliceal es una técnica que permite un buen drenaje renal en casos particulares con hidronefrosis intrarrenal. Presentamos 3 pacientes en los cuales se realizaron 4 cálicoureteroanastomosis realizadas por vía laparoscópica y robótica.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Tres pacientes. 2 femeninos de 10 y 12 años y otro masculino de 17 años con afectación bilateral fueron operados con el diagnóstico preoperatorio de hidronefrosis intrarrenal. Se realizaron 2 procedimientos derechos y dos izquierdos. A la paciente de 12 años con afectación derechas se le realizó una calicoureteroanastomosis robótica y en los otros casos fue por vía laparoscópica.

En todos los casos fueron diagnosticados con ultrasonido durante la evaluación de una infección urinaria. Se realizaron análisis DMSA y DTPA, seguida por reconstrucciones tomográficas para dejar en claro la anatomía renal. El tiempo de seguimiento fue de 2 años, 9, 3 y 2 meses respectivamente.

Técnica quirúrgica

La posición de Valdivia modificada se utilizó para permitir acceso citoscópico durante la cirugía. Se realizó una pielografía ascendente. En los casos laparoscópicos a se utilizó

un trocar de 10 mm umbilical y tres de 3 mm. En el caso robótico 3 brazos fueron colocadas para la cámara (12 mm) y dos instrumentos de trabajo (8 mm). También fue utilizado un trocar laparoscópico clásico de 3 mm para retracción. En cada caso se realizó un decolamiento para exponer la unión pieloureteral y el polo inferior del riñón. El cáliz inferior y el uréter se abrieron y se realizó una anastomosis. En todos los casos se dejó un catéter doble J transanastomótico. Se evaluó el tiempo quirúrgico, duración de la estancia hospitalaria y ultrasonido postoperatorio.

RESULTADOS:

La pielografía retrógrada mostró un sistema colector dilatado sin obstrucción ureteropielica. El tiempo por vía laparoscópica fue de 161 min (135-180) y de 150 min en el caso robótico. El tiempo de internación fue de 24 hs. Se dejó una sonda vesical por 24 hs y un drenaje abdominal por 72 hs en todos los casos. Ultrasonido postoperatorio mostró hidronefrosis reducida en los tres casos más antiguos.

CONCLUSIÓN:

La anastomosis cálicoureteral es una opción viable en pacientes seleccionados con hidronefrosis intrarrenal. Esta derivación urinaria da un buen drenaje sin desconexión del uréter de la pelvis renal. La misma técnica se realizó con dos tecnologías diferentes con los mismos resultados.

EFFECTIVIDAD DEL BIOFEEDBACK PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN MICCIONAL SEVERA

RPD 21

Vagni R.¹; Centurión J.²; Aranibar V.³; Ormaechea M.⁴; Moldes J.⁵; De Badiola F.⁶

HOSPITAL ITALIANO²³⁴⁵⁶

<roberto.vagni@hiba.org.ar>

Mostrar nuestra experiencia en el tratamiento de la Disfunción Miccional severa con *Biofeedback* y electroestimulación perineal en el Centro de Incontinencia Urinaria y Fecal Infantil (CIUFI) del Hospital Italiano de Buenos Aires.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El CIUFI recibe pacientes con problemática relacionada a la incontinencia urinaria y fecal que han realizado tratamiento médico y que no han respondido satisfactoriamente. Dentro de los distintos grupos de pacientes que se tratan se tomaron solo aquellos que presentaban diagnóstico de Disfunción Miccional. Se analizaron 50 niños tratados desde febrero del año 2008 hasta febrero del 2010 con una edad promedio de 10 años (4-17). 40 mujeres y 10 varones. Los síntomas que presentaban eran infección urinaria a repetición (20 pacientes), todos ellos habían sido evaluados con cistouretrografía miccional y centellograma renal, incontinencia de orina de día (10 pacientes) y síndrome de urgencia frecuencia miccional (20 pacientes). La consulta inicial consiste en una evaluación multidisciplinaria compuesta por un pediatra, cirujano infantil,

urólogo infantil y salud mental pediátrica además de la realización de flujometría miccional con electromiografía perineal y ecografía renal y vesical. Con diagnóstico de Disfunción Miccional, se les realizó 1 sesión de *biofeedback* semanal más electroestimulación perineal por 4 semanas hasta un máximo de 12 sesiones.

RESULTADOS:

17 de los 20 pacientes (85%) que presentaban infecciones urinarias a repetición y que además fueron estudiadas sin alteraciones diagnósticas de gravedad, pudieron dejar la profilaxis antibiótica y no repitieron nuevos episodios, 8 pacientes (80%) resolvieron la incontinencia de orina y 18 de los 20 (90%) que presentaban síndrome de urgencia frecuencia dejaron de manifestarla sin recibir relajantes vesicales. La flujometría y la electromiografía perineal se normalizaron exponencialmente en este grupo de pacientes.

CONCLUSIÓN:

Podemos decir que el *Biofeedback* es un método de entrenamiento efectivo, no invasivo, capaz de resolver los síntomas relacionados con la disfunción miccional severa en niños con un porcentaje mayor al 80 %. Los resultados son alentadores y nos estimula a definir nuevas líneas de trabajo y tratamiento para encarar dicha patología.

NUESTRA EXPERIENCIA EN TRANSPLANTE RENAL PEDIATRICO SIN DIALISIS PREVIA

PO 22

Vagni R.¹; Aranibar V.²; Coccia P.³; Centurión J.⁴; Ormaechea M.⁵; Moldes J.⁶; De Badiola F.⁷; Ghezzi L.⁸; Ferraris J.⁹

HOSPITAL ITALIANO²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

<roberto.vagni@hiba.org.ar>

La insuficiencia renal crónica terminal (ERT) es una entidad rara pero importante desde el punto de vista médico, familiar y de salud pública. El trasplante renal es el tratamiento de elección en niños con IRCT, presentando una supervivencia igual que la diálisis pero con un correcto desarrollo ponderoestatural, social y psico intelectual. En la edad pediátrica, está especialmente indicado el trasplante con donante vivo, ya que la supervivencia es mayor que con riñones procedentes de cadáver. En el presente trabajo conoceremos la evolución de los pacientes sometidos a trasplante renal sin diálisis previa.

OBJETIVO

Fue conocer la evolución de los pacientes transplantados sin diálisis peritoneal y o hemodiálisis previa.

Se tomaron como universo a los pacientes sometidos a trasplante renal donante vivo relacionado (DVR) o cadavérico sin diálisis previa en nuestro servicio en un período de 15 años. Es un estudio transversal de tipo retrospectivo. Tomándose un total de 250 pacientes como universo de los cuales se

selecciono 25 casos sometidos a trasplante renal ya sea DVR o cadavérico sin diálisis previa.

RESULTADOS

Se revisaron las historias clínicas de 250 trasplantes realizados entre el 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2012. La media de edad fue de 2 años (1-24) de los cuales 56% eran mujeres. El tiempo medio de seguimiento fue de 4,7 años (3 meses-14 años). Las patologías que llevaron al trasplante renal fueron: Uropatía y Displasia Renal (52%), Síndrome Urémico Hemolítico (SHU) (24%) y Esclerosis focal y segmentaria (16%) y otras (8%). La sobrevida global de los pacientes fue del 96%. En un paciente se realizó el injerto de donante cadavérico el resto de DVR. El esquema inmunosupresor utilizado en todos los pacientes fue de micofenolato mofetil; tacrolimus y corticoides. Un paciente falleció con injerto funcionante. La sobrevida de los injertos fue del 100%.

CONCLUSIÓN

El porcentaje de pacientes transplantados sin diálisis previa continua siendo muy bajo en relación al número total de trasplantes realizados. Dado que la evolución de nuestros pacientes ha sido muy buena esperamos poder aumentar el número de trasplantes sin diálisis previa en los próximos años.

PARATIROIDECTOMÍA TOTAL, AUTOIMPLANTE Y CRIOPRESERVACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISMO DE ORIGEN RENAL EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA INICIAL

RPD 23

Vagni R.¹; Libertó D.²; Toselli L.³; Coccia P.⁴; Elmo G.⁵; Salomón A.⁶; Prodan S.⁷; Urquiza M.⁸; Lobos P.⁹

HOSPITAL ITALIANO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}
<roberto.vagni@hiba.org.ar>

OBJETIVO:

La paratiroidectomía total asociada al autotransplante ha sido extensamente descripta en la población adulta pero no en pediatría. Nuestro objetivo es reportar nuestra experiencia inicial en el tratamiento del hiperparatiroidismo (HPP) con la técnica de la paratiroidectomía total, autoimplante en deltoideos y criopreservación.

METODOLOGÍA:

Revisión retrospectiva de pacientes pediátricos con diagnóstico de HPP operados entre mayo de 2009 y julio de 2011. Las indicaciones de cirugía fueron: PTH mayor a 1000, FAL elevada y, en 1 paciente, dolores óseos.

DISCUSIÓN:

43 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal ingresaron a diálisis entre 2006 y 2010. En el mismo período, se transplantaron 69 pacientes (46 donante vivo relacionado y 23 cadavéricos). 10% (4) de los pacientes con IRCT en nuestra serie tuvieron indicación quirúrgica (3 con HPP 2° y 1 con HPP 3°). En la paciente con HPP terciario, la indicación de cirugía fue persistencia de elevación de PTH a pesar de la normalización

de la Vitamina D. La edad media fue de 15.75 años (r.: 12 a 18 años) y el 75% fueron mujeres. Actualmente, 2 pacientes fueron operados y 2 aguardan turno. La calcemia preoperatoria promedio fue de 9.3 (rango de 7,7 a 12,1) y la PTH promedio fue de 2121 (rango de 295 - en la paciente con HPP terciario - a 3264); en el período postoperatorio la calcemia promedio fue de 8,9 y la PTH, de 35,85. Durante la cirugía, el dosaje ultrarrápido de PTH informó un descenso promedio de 97 % en los primeros 15 minutos. No hubo complicaciones intraoperatorias. En el período postoperatorio inmediato, los pacientes no presentaron valores o signos de hipocalcemia, y recibieron suplementos de calcio EV protocolizado y calcio base oral y calcitriol. La paciente con HPP 3° presentó un adenoma en una de las glándulas, y a los dos años postoperatorios presentó un aumento de PTH al 50% del valor con que fue operada, interpretándose como hiperfunción del injerto.

CONCLUSIÓN:

Los resultados preliminares de nuestra experiencia con la paratiroidectomía total, autoinjerto y criopreservación son alentadores en el control del hiperparatiroidismo de origen renal. Creemos que el trabajo multidisciplinario es fundamental y que debemos jerarquizar el desarrollo del rol de la cirugía en esta patología y evitar así casos severos con osteodistrofia renal, retraso del crecimiento y calcifilaxis.

MEGAURETER PRIMARIO NO REFLUYENTE DE DETECCIÓN PRENATAL

RPD 24

Opción a premio

Alconcher L.¹; Tombesi M.²

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DR JOSÉ PENNA^{1 2}
<alconcher@speedy.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

El uso de la ecografía en el control obstétrico incrementó la detección de megaureteres y permitió conocer su historia natural. Se ha comunicado que 2/3 de los megaureteres primarios (MUP) no refluyentes se resuelven espontáneamente, sin embargo los factores predictores de resolución no son claros.

OBJETIVOS:

1) Determinar la prevalencia de los MUP de detección prenatal 2) Analizar características clínico-radiográficas, tratamiento y evolución 3) Evaluar predictores de resolución espontánea. Población: 667 recién nacidos (RN) con malformaciones urinarias detectadas intraútero atendidos entre 1989-2011.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo de una observación prospectiva. Diseño cuantitativo. Los RN con megauréteres en la ecografía pre y/o postnatal fueron estudiados con cistouretrografía miccional. Criterios de inclusión: MUP no refluyente. Criterios de exclusión: reflujo vesicoureteral, válvula de uretra posterior, vejiga neurogénica, doble sistema y/o ureteroceles. Se determinó sexo, uni o bilateralidad, incidencia de infección urinaria, evolución y tratamiento. Se usó la clasificación de

la Sociedad de Urología Fetal. La evolución se evaluó como resolución, estabilidad y progresión. Se realizó análisis estadístico, $p < 0,05$ fue considerada significativa.

RESULTADOS:

De 667 RN atendidos, 102 tuvieron megauréteres y 50 cumplieron con los criterios de inclusión. Cuarenta y cuatro (88%) eran varones, en 13 (26%) eran bilaterales y de los 37 unilaterales 26 (70%) eran izquierdos. Dieciocho tenían un diámetro anteroposterior ureteral > 10 mm. Once (22%) tuvieron infección urinaria. De los 63 megauréteres, 55 (87%) recibieron tratamiento conservador y 40 (72%) se resolvieron espontáneamente. Siete pacientes (8 MUP) se operaron por progresión de la dilatación, curva renográfica obstructiva y 5 por deterioro funcional. Todos los pacientes que requirieron cirugía tenían un uréter > 10 mm y pelvis > 15 mm con dilatación de cálices. La mediana de seguimiento fue 37 m, promedio 51 m (r.: 2-232m).

CONCLUSIONES:

El 7,5 % de las malformaciones urinarias prenatales fueron MUP no refluyentes. Dos tercios de los MUP se resolvieron espontáneamente, 14% requirió cirugía. Una significativa correlación se encontró entre el tamaño inicial del uréter y la pelvis y la evolución. El MUP no refluyente es una condición benigna, reservándose la cirugía para los pacientes sintomáticos con progresión de la dilatación y/o deterioro funcional.



ALTERACIONES TUBULARES ASOCIADAS CON EL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL, A PROPOSITO DE 2 CASOS

RPD 25

Liern M.1; Cisnero D.2; Vallejo G.3

SERVICIO DE NEFROLOGIA HOSPITAL DE NIÑOS R. GUTIERREZ 1 2 3
<miguelliern@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento de los pacientes infectados por VIH puede afectar la función tubular, comentamos nuestra experiencia a propósito de 2 casos

OBJETIVO:

Describir las alteraciones tubulares asociadas a Tenofovir y Didanosine

Paciente 1, VIH, femenina, 13 años

Febrero 2009: Didanosine, Tenofovir.

Mayo 2009: Poliuria (8100l/día); laboratorio: uremia 39mg%, creatinemia 1mg%, uricemia 1,8mg%, fosfatemia 2,1mg%, magnesemia 2.2mg%, EAB: pH 7.31/Bic 20.4

ionograma sérico: Na 158/K 2.4.1/Cl 113, calcemia 8,9mg%

Ef ur:39%, Ef.fosfato 32%, EfMg 2.3%, EfK 32%, calciuria 4mg/kg/día aminoaciduria +++ Osm.Ur. 112mOsmol/lit y Osm.sérica 296mosm/lit

Diagnóstico: Diabetes insípida nefrónica(DIN) + síndrome de Fanconi

Tratamiento: Desmopresina, ClK , bicarbonato de potasio, hidroclorotiazida + amiloride

ibuprofeno, fosfato y calcitriol

Julio 2009: suspensión de Tenofovir - Didanosine.

Octubre 2009: diuresis 1500ml/día; laboratorio: fosfatemia: 4.1mg, EAB: pH 7.37/Bic: 23mEq/l, ionograma sérico: 138/3,9/102. Ef Ur: 12%, Ef.fosfato:12%, EfK 18%

Paciente 2, VIH: masculino, 16 años

Enero 2010: Didanosine, Tenofovir.

Agosto 2010: Poliuria (7.900l/día); laboratorio: uremia 27mg%, creatininemia 0,7mg%, uricemia 2,3mg%, fosfatemia 2.3mg%, magnesemia 2,2mg%, EAB: pH 7,31/Bic 20,4 ionograma sérico Na 153/K 3,1/Cl 112, calcemia 9,1mg%

Ef ur:43%, Ef.fosfato 45%, EfMg 3%, EfK 29%, calciuria 3.8mg/kg/día, aminoaciduria +++++, Osm.Ur. 110mOsmol/lit y Osm.sérica 298mosm/lit.

Diagnóstico: DIN + Síndrome de Fanconi

Igual terapéutica que en paciente 1

Diciembre 2010: suspensión de Tenofovir – Didanosine

Febrero 2011: diuresis: 1200ml/día; laboratorio: fosfatemia: 4.6mg, EAB: 7,43/Bic:23

ionograma sérico: 138/2,9/102, Ef Ur: 9%, Ef.fosfato11%, EfK 15%

DISCUSIÓN:

La injuria renal por Tenofovir y Didanosine incluye el síndrome de Fanconi y la DIN.

Ambos pacientes presentaron una relación temporal entre sus tubulopatías y el uso de anti-retrovirales, revirtiendo al suspenderlos, hasta que eso ocurrió corregimos las alteraciones electrolíticas (ClK, fósforo, calcitriol) y disminuimos la poliuria (ibuprofeno, diuréticos tiazídicos, amiloride y desmopresina)

CONCLUSIONES:

Recomendamos el control de la función tubular en pacientes que reciben Tenofovir y Didanosine, considerando las alteraciones potencialmente reversibles que originan

USO DE SIROLIMUS PARA REDUCIR EL INCREMENTO PATOLOGICO DEL VOLUMEN RENAL EN LA ENFERMEDAD POLIQUISTICA AUTOSÓMICA DOMINANTE (EPAD)

RPD 26

Liern M.1; Codianni P.2; Vallejo G.3; Grammatico D. 4

SERVICIO DE NEFROLOGIA HOSPITAL DE NIÑOS R. GUTIERREZ 2 3 4
<miguelliern@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La EPAD es una causa de enfermedad renal genéticamente determinada. La acción antiproliferativa de Sirolimus reduciría el crecimiento quístico.

OBJETIVOS:

- 1) Evaluar el crecimiento del volumen renal en los pacientes con EPAD tratados con Sirolimus.
- 2) Evaluar los efectos adversos del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mediante un estudio clínico aleatorizado prospectivo y unidireccional, estudiamos una cohorte pediátrica de 12 pacientes, edad media 15,5 años, separados en un grupo control (6 pacientes) y un grupo sirolimus (6 pacientes).

Criterios de inclusión: Filtrado glomerular (FG) mayor de 60ml/min./1,73m², Test de embarazo negativo.

Criterios de exclusión: Leucopenia, hepatopatías, coagulopatías, tumores.

Criterios de suspensión: Caída persistente del FG > al 30% del valor inicial, leucopenia, aparición de tumores o infecciones severas, coagulopatías, test de embarazo positivo.

Controles mensuales: Uremia, creatininemia, ionograma sérico, hepatograma, hemograma, proteinuria/día, dosaje de sirolimus en sangre.

Control inicial y semestral: Ecografía renal.

Control inicial y anual: RMN renal.

Tiempo de tratamiento: 24 meses.

Estadística Prueba ji-cuadrado (corrección de Yates) y Riesgo Relativo (RR.)

RESULTADOS:

PORCENTAJE MEDIO DE INCREMENTO ANUAL DEL VOLUMEN RENAL AL MES 24:

(Valor medio normal: 6.00±1,5 ml/año)

GRUPO SIROLIMUS: Promedio 9.4ml/año (DS 1,2ml)

GRUPO CONTROL: Promedio 11ml/año (DS 1,4ml)

RR 1,2, IC (95%) 0.94-1,5

Prueba ji-cuadrado (corrección de Yates) 2,1, p: 0,12. NS

FG valor medio inicial 102ml/min/1,73m²

FG al mes 24: 98 ml/min/1,73m²

Proteinuria media al mes 24: 3mg/m²/hora

Dosis promedio de sirolimus: 2mg/m²/día

Dosaje promedio: 9ng/ml

CONCLUSIÓN:

En nuestros pacientes con EPAD el sirolimus no representó una alternativa terapéutica efectiva.

TRATAMIENTO DE LA HIPERCALCIURIA IDIOPÁTICA PRIMARIA (HIP) Y SU ASOCIACIÓN CON PATOLOGÍAS CONCURRENTES

RPD 27

Liern M.¹; Bohorquez M.²; Vallejo G.³
SERVICIO DE NEFROLOGIA HOSPITAL DE NIÑOS R. GUTIERREZ^{2,3}
<miguelliern@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La HIP afecta entre el 5% y el 10% de la población general y potencialmente puede asociarse con otros eventos patológicos concurrentes.

OBJETIVOS:

- 1) Evaluar la efectividad del tratamiento secuencial.
- 2) Evaluar la aparición de eventos concurrentes: litiasis renal, hematuria, infección urinaria (IU) y baja masa ósea (BMO) relacionados con la HIP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico observacional y prospectivo de 46 pacientes, media de edad 8 años (r 4a-15a), con HIP.

Criterios de inclusión: Pacientes > 4 años de edad, eutróficos, aclaramiento de creatinina normal, dieta normocalcémica, sin uropatías y consentimiento médico aprobado.

Criterios de exclusión: Hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, ATR, IRC, periodo prolongado de inmovilización, nefrocalcinosis, uso de corticoides, diuréticos, anticonvulsivantes.

Tratamiento secuencial: dieta normoproteica- hiposódica + citrato de potasio + hidroclorotiazida-amiloride.

Tiempo promedio de control 43 meses. Controles trimestrales: calciuria/día o calciuriaMU/creatininuria MU, EAB, ionograma ser-

ico y urinario, uremia y urea orina de 24 hs, citraturia, urocultivo Semestrales: PTHi, FAL, Densitometría ósea columna lumbar

RESULTADOS:

1) Variación de la HIP con el uso terapéutico secuencial:

1a) dieta: 11 pacientes sin HIP. Wilcoxon 2.3

1b) dieta + citrato de potasio: 21 pacientes sin HIP. Wilcoxon 2.6

1c) dieta + citrato d epotasio + hidroclorotiazida: 38 pacientes sin HIP. Wilcoxon 3,1

8 pacientes permanecieron con HIP

2) Relación entre la HIP y los eventos adversos concurrentes:

Litiasis renal: Calciuria pre-tratamiento: 6,6mg/kg/día; post-tratamiento: 3,7mg/kg/día.

RAE: 84%; RR: 3,3 (IC 95%:1,1-4,5).

Hematuria aislada: Calciuria pre-tratamiento: 6,1mg/kg/día; post-tratamiento: 3,3mg/kg/día

RAE 71%; RR: 2,5 (IC 95%:1,2-3,1).

IU: Calciuria pre-tratamiento: 5,6mg/kg/día; post-tratamiento: 3,3mg/kg/día.

RAE 57%; RR: 2,0 (IC 95%:1,1-3,8).

BMO: Calciuria pre-tratamiento: 7.2mg/kg/día; post-tratamiento: 4mg/kg/día.

RAE 63%, RR: 2,9 (IC 95%:2,3-4,5).

CONCLUSIONES

El tratamiento secuencial redujo la HIP y su descenso se asoció con menos eventos patológicos concurrentes

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (CVRS) SIMILAR EN NIÑOS CON TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO PERO BAJA AUTOESTIMA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES.

PO 30

**Ferraris V.¹; Eymann A.²; Coccia P.³; Ghezzi L.⁴;
Blazquez J.⁵; Raddavero C.⁶; Contreras M.⁷;
Sanchez C.⁸; D'agostino D.⁹; Ferraris J.¹⁰**
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}
<veronica.ferraris@hiba.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

La percepción de la salud de niños y adolescentes trasplantados debe ser considerada para dar un apropiado cuidado en salud.

OBJETIVOS:

I) investigar CVRS en niños y adolescentes trasplantados con órgano sólido (TOS) y compararla con controles sanos (CS). II) Comparar la CVRS entre pacientes trasplantados renales (TR) y pacientes trasplantados hepáticos (TH).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Niños y adolescentes, entre 8 y 18 años, con TOS (n: 96; TR n:43; TH n:53) y CS (n: 84) fueron encuestados utilizando el cuestionario KIDSCREEN-52.

RESULTADOS:

Fueron calculadas media \pm desvío estándar para las 10 dimensiones del cuestionario de calidad de vida.

Pacientes con TOS obtuvieron menos puntaje que los CS en los siguientes dimensiones: Bienestar físico y psicológico y en animo/emociones ($p < 0,01$; $< 0,05$; $< 0,003$ respectivamente). Niños con TR y TH obtuvieron un puntaje similar en casi todas las dimensiones.

Comparando entre los CS y los TR y los TH, obtuvieron bajo puntaje en la dimensión del bienestar físico (TR $p < 0,05$ y TH $p < 0,001$) y para animo/emociones (TR $p < 0,05$; TH $p < 0,01$); comparando entre CS y TH, y los TR: estos últimos presentan menor autoestima.

Comparando entre CS Y TR, y los TH, pacientes con TH tienen mejor relación con sus padres/familia.

CONCLUSIÓN:

La CVRS en pacientes con TR Y TH es similar, su percepción física y animo/emociones siguen siendo un desafío para mejorar la calidad de vida. La autoestima es baja en pacientes TR, es importante para un bienestar psicológico. Pacientes con TH se sienten seguros y contenidos en sus casas y respaldados por sus padres.



SINDROME DE NUTCRACKER: ANALISIS DE 9 CASOS

RPD 31

Spizzirri A.¹; Cobeñas C.²; Rahman R.³; Ruscasso J.⁴; Amoreo O.⁵; Suarez A.⁶; Lombardi L.⁷; Bresso P.⁸; Zalba J.⁹

HOSPITAL DE NIÑOS LA PLATA¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹
<anaspizzirri@hotmail.com>

El fenómeno de Nutcracker se define como la compresión de la vena renal izquierda en el compás constituido entre la arterias aorta y mesentérica superior. Este fenómeno asocia signos y síntomas, conformando el síndrome de Nutcracker, resultantes de la elevación de la presión en la vena renal izquierda, que conduce a congestión del riñón homolateral con desarrollo de venas colaterales. Es una entidad de presentación infrecuente, cuya principal característica clínica es la hematuria, aunque en los últimos años ha sido reconocida como causa de proteinuria.

OBJETIVO:

Describir la presentación clínica, estudios diagnósticos y evolución de nueve niños con síndrome de Nutcracker en seguimiento en el Servicio de Nefrología del Hospital de Niños de La Plata entre los años 1997 y 2011.

RESULTADOS:

Se analizaron 9 pacientes (7 de sexo femenino). La edad promedio al diagnóstico fue 125 meses (rango: 24-176 meses).

Los motivos de consulta fueron: proteinuria (7/9 pacientes, 77 %), en 3 de ellos de carácter ortostático; hematuria (4/9, 44 %), en 2 casos macroscópica; y lumbalgia (2/9, 22%). Todos presentaron dilatación de la vena renal izquierda en el ecodoppler renal y en un paciente se realizó angiografía. Durante el seguimiento (X: 28 meses, rango: 6-72 meses) todos mostraron persistencia de las anomalías bioquímicas y evolución clínica favorable. Un niño tuvo una única consulta. La paciente sometida a angiografía, quien consultó por dolor lumbar inhabilitante que impedía la deambulacion, fue tratada mediante angioplastia de la vena renal izquierda con balón de 10 mm de diámetro.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Nutcracker es una entidad clínica infrecuente, de presentación variable y pronóstico generalmente favorable. El hallazgo de anomalías en análisis de orina, solicitados en controles rutinarios, principalmente proteinuria, condujo al diagnóstico en la mayoría de los casos. La dilatación de la vena renal izquierda en el ecodoppler renal fue un hallazgo constante, constituyendo el elemento diagnóstico de mayor utilidad.

EXPRESION ALTERADA DE LOS RECEPTORES DE QUIMIOQUINAS EN LOS MONOCITOS DURANTE EL PERIODO AGUDO DEL SINDROME UREMICO HEMOLITICO

PO 32

Opción a premio

Exeni R.¹; Ramos M.²; Fernandez Brando R.³; Panek A.⁴; Exeni A.⁵; Laso M.⁶; Virad M.V.⁷; Palermo M.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO¹⁵⁶;
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA²³⁴⁷⁸
<rexeni@pccp.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Los monocitos (Mo) participan en la respuesta inflamatoria en el SUH. Diferentes subpoblaciones de Mo coexisten en circulación. En niños sanos, más del 80% de los Mo periféricos son CD14+CD16-, y están caracterizados como células CCR2+CCR5-CCR1+ (Mo clásicos). La subpoblación minoritaria CD14+CD16+ (Mo inflamatorios) expresan CCR5 pero niveles reducidos de CCR2 y CCR1.

OBJETIVO

Considerando que los receptores de quimioquinas CCR1, CCR5 y CCR2 participan en diferentes nefropatías, el objetivo fue analizar si su expresión es modulada en los Mo durante el SUH.

POBLACIÓN

Se estudiaron niños con SUH durante el periodo agudo y niños sanos (HC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizó en los Mo CD14+, la expresión de los receptores CCR1, CCR2 ó CCR5 en combinación con CD16. Se utilizó sangre periférica de niños con SUH y sanos (n=12),

se marcaron con anticuerpos acoplados a fluoróforos , se analizó por citometría de flujo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los pacientes con SUH mostraron una expansión de los Mo inflamatorios (%CD14+CD16+: SUH=14,8±3,5*, HC=3,5±0,5, n=8, *p<0,01) El porcentaje de Mo CCR1+, está aumentado en ambas subpoblaciones de Mo, en el SUH comparado con los HC. (Los resultados se expresan como el promedio±error estandar del porcentaje (%) de Mo %CD16-CCR1+: HUS=74,3±7,5*, HC=47,6±7,7; %CD16+CCR1+: SUH=12,7±4,5*, HC=4,2±0,9, *p<0,05). El porcentaje de células que expresaron CCR5, otro receptor de quimioquinas está aumentado en ambas subpoblaciones de Mo (%CD16-CCR5+: SUH=48,4±13,2*, HC=5,0±1,5; %CD16+CCR5+: SUH=5,6±1,7, HC=2,3±0,6, n=8, *p<0,05). Simultáneamente, los pacientes con SUH mostraron un aumento del porcentaje de Mo CCR2+ (%CD16-CCR2+: SUH=80,6±4,0, HC=82,5±3,7; %CD16+CCR2+: SUH=14,8±4,8*, HC=4,1±1,5, *p<0,05). El aumento en la expresión de CCR1, CCR2 ó CCR5 durante el periodo agudo, puede estar relacionado con la activación ó maduración de los Mo como resultado de la infección por toxina Shiga. Las quimioquinas MCP-1, MIP1-a ó RANTES, ligandos de estos receptores, se expresan en endotelio inflamado contribuyendo al reclutamiento de los Mo.

UROLITIASIS EN NIÑOS: ASPECTOS CLÍNICOS Y CONDUCTA TERAPÉUTICA

RPD 33

Alconcher L.¹; Tombesi M.²

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DR JOSÉ PENNA^{1,2}
<alconcher@speedy.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años el diagnóstico de urolitiasis se ha incrementado. La historia natural no está bien definida. La mitad de los pacientes tienen antecedentes familiares, sugiriendo una predisposición genética. El estudio metabólico es fundamental para decidir intervenciones terapéuticas, evitar complicaciones y recurrencias.

OBJETIVOS:

Evaluar la clínica y evolución de pacientes con litiasis urinaria.

POBLACIÓN:

Se analizaron retrospectivamente historias clínicas de pacientes con urolitiasis atendidos entre 1989-2011.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Criterios de inclusión: diagnóstico ecográfico de litiasis: imágenes ecogénicas con cono de sombra. Criterios de exclusión: pacientes con vejiga neurogénica y ampliaciones vesicales. Se analizó: sexo, edad, ubicación y tamaño del cálculo, factores predisponentes, antecedentes familiares, manifestaciones clínicas, alteraciones metabólicas, tratamiento y evolución.

RESULTADOS:

Cuarenta y nueve pacientes cumplieron los criterios de inclusión,

27 (55%) fueron varones. La edad promedio fue 8 años y 4 meses (11 fueron < de 3 años). El 84 % de los cálculos estaban localizados en el riñón. Veinte pacientes tuvieron cálculos múltiples. En 24 pacientes existía algún factor predisponente. El 55 % tenía antecedentes familiares. La forma de presentación fue hematuria (n=7), infección urinaria (n=9), dolor (n=13), más de un síntoma (n=11), eliminación del cálculo (n=4) y en 5 fue un hallazgo. El 75 % presentó alteraciones metabólicas siendo la hipercalciuria la más frecuente (78%). Treinta y cinco pacientes recibieron tratamiento médico: dieta hiposódica, hiperhidratación, citrato de potasio, tiacidas y 2 con cálculos ureterales tamsulosina. Diez pacientes eliminaron el cálculo, en 10 desapareció la imagen ecográfica, en 9 persistió, en 1 creció y de 5 no hay seguimiento. Catorce pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente (28,5%). El tamaño de los cálculos en este grupo fue mayor que el de los tratados conservadoramente: 14,5mm (r: 10-30) vs. 6mm (r: 2-15). Cinco pacientes tuvieron recurrencia (3 operados). Ninguno deterioró la función renal.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes tuvieron litiasis renal, se presentaron con hematuria y con cálculos pequeños pasibles de tratamiento médico. En más de la mitad hubo historia familiar de litiasis y en 3/4 se detectó alteraciones metabólicas. Todos los pacientes que requirieron cirugía tuvieron cálculos mayores de 10 mm y fueron sintomáticos.

SINDROME NEFRÓTICO ASOCIADO A SINDROME DE GITELMAN. REPORTE DE UN CASO

RPD 34

Ramirez F.¹; Prieto P.²

HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUEN^{1,2}
<ramirezfb@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Gitelman es una tubulopatía hereditaria caracterizada por hipomagnesemia, hipokalemia, alcalosis metabólica e hipocalciuria. Si bien se han descrito formas adquiridas asociadas a desórdenes autoinmunes, la literatura no hace referencia a la asociación de esta entidad con síndrome nefrótico idiopático. Describimos el caso clínico de un paciente portador de ambos síndromes.

OBJETIVO:

Comunicar la asociación de un síndrome nefrótico idiopático y un síndrome de Gitelman en un paciente pediátrico.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino que presenta la siguiente historia clínica: Período perinatal: RNPT con PAEG, internado en la sala de neonatología por apneas y sospecha de sepsis. Al mes de internación comienza con un cuadro de vómitos incoercibles e hipoxemia. Se sospecha cuadro de sepsis. Llama la atención la hipokalemia con alcalosis metabólica que no había presentado previamente. Egresada con aporte de Cl K que se suspende al mes de tratamiento.

9 meses: presenta dos episodios convulsivos, y dentro del

screening se le realizó medio interno que resultó normal. Continúa luego con controles pediátricos detectándose en el seguimiento baja talla.

3 años 10 meses: comienza con síndrome nefrótico córtico-sensible (sin alcalosis, normokalemia).

4 años 8 meses: se interna por gastroenteritis leve, calambres y tetania no acompañados de recaída de su nefrosis. Se detecta hipomagnesemia, hipokalemia, alcalosis metabólica e hipocalciuria. Se asume el cuadro como un síndrome de Gitelman. Inicia tratamiento con aporte de cloruro de potasio, espironolactona y sales de magnesio.

Evolución: hasta la actualidad (6 años) cursó cinco recaídas de su síndrome nefrótico. Continúa con aporte de cloruro de potasio a altas dosis y sales de magnesio. Se encuentra libre de episodios de tetania y de debilidad muscular, pero persiste la baja talla probablemente asociada a la hipokalemia crónica.

CONCLUSIONES:

No hay reportes en la literatura de síndrome de Gitelman asociado a síndrome nefrótico.

La presencia de alcalosis metabólica e hipokalemia transitorias en el período neonatal no descartan la portación de una tubulopatía, por lo que se recomienda el seguimiento de estos niños.

REHOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS LUEGO DEL TRASPLANTE RENAL

PO 35

Di Pinto D.¹; Hourcade I.²; Bur M.³; Monteverde M.⁴

HOSPITAL GARRAHAN^{2,3,4}
<dianadipinto@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN:

El trasplante renal (txR) es la estrategia más costo-efectiva para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal. Las infecciones son la causa más frecuente de internación luego del txR. Si bien hay una reducción en las tasas de rechazo agudo, esto no es así en lo referente al rechazo tardío frecuentemente asociado a no adherencia en el tratamiento inmunosupresor, constituyendo una causa importante de rehospitalización. No se dispone en América Latina de datos referentes a causas de reinternación ni factores de riesgo vinculables a dichas causas en niños luego del txR.

OBJETIVO:

Primario: Determinar las causas de internación posteriores al txR en receptores pediátricos y la tasa de re hospitalización. Secundario: Estudiar los factores de riesgo predictores o protectores de rehospitalización.

MATERIAL Y MÉTODO:

Tipo de estudio y diseño: Cohorte prospectiva. Población accesible: Pacientes pediátricos con txR en seguimiento en el Hospital Juan P. Garrahan desde junio de 2011 a enero de 2012 (8 meses). Selección de la muestra: Criterios de inclusión: Todo

receptor de un txR, en seguimiento ambulatorio, con edad \leq 18 años al momento del estudio. Criterios de exclusión: 1) Pacientes con txR realizado en otra institución 2) Pacientes con txR e injerto no funcionante 3) Receptores de doble tx.

RESULTADOS:

Incidenca acumulada: 52,28%. Densidad de incidencia: 27 episodios/100 pacientes/año. El 67% de las rehospitalizaciones ocurrieron luego de los 12 meses postrasplante ($p=0,013$). Mediana de días de rehospitalización: 4 días (rango intercuantilo 1-33). Causas más frecuentes: infecciones (gastroenteritis, infecciones respiratorias, infecciones urinarias: 36%) y rechazo crónico (26%). Factores de riesgo de rehospitalización (análisis multivariado): adolescente HR 30,3 (14-65 IC 95%, $p0,000$), donante cadavérico HR 2,27 (0,03-1,82 IC 95%, $p0,003$), hemodiálisis previa HR 2,12 (1,18-3,8 IC 95%, $p0,01$), edad de inicio de diálisis HR 1,35 (1,2-1,5 IC 95%, $p0,000$), filtrado glomerular >50 ml/min/1.73 HR 0,40 (0,25-0,64 IC 95%, $p0,000$), número de mismatches <2 HR 0,23 (0,12,0,43 IC 95%, $p0,000$)

CONCLUSIÓN:

La incidencia acumulada de rehospitalización fue de 52,28% y la densidad de incidencia de 27 episodios/100 pacientes/año. Las causas más frecuentes de rehospitalización fueron las infecciones y el rechazo crónico. En el análisis multivariado la adolescencia fue el factor independiente con mayor riesgo de hospitalización.

ANOMALÍAS RENALES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ALAGILLE

RPD 36

SANDOVAL M.¹; DI PINTO D.²;
VÁSQUEZ M.³; DÍAZ MORENO A.⁴

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

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Alagille (SA) es una enfermedad de transmisión autosómica dominante caracterizada por colestasis intrahepática asociada a ductopenia, malformaciones cardíacas (estenosis de la arteria pulmonar), compromiso esquelético (vértebras en alas de mariposa), anomalías oftalmológicas (embriotoxon posterior) y facies característica. El compromiso renal está presente entre un 19 a un 74%, siendo la manifestación más frecuente la displasia renal bilateral y menos común la acidosis tubular renal, el reflujo vesicoureteral y la obstrucción de la vía urinaria.

OBJETIVO:

Establecer la prevalencia, tipo y evolución de la patología renal en pacientes con SA.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudiamos retrospectivamente 16 pacientes con SA atendidos en el Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan entre 1994 y 2011. El compromiso renal se evaluó mediante ecografía, filtrado glomerular estimado por fórmula de Schwartz (FG), estado ácido base e ionograma. Estadística: Las variables numéricas se expresan como mediana (rango) y las categóricas como porcentaje.

RESULTADOS:

La edad del grupo estudiado fue de 13,74 (2,6-19,8) años. El tiempo de seguimiento fue de 11 (0,7-17,22) años. La edad al diagnóstico de SA fue de 0,48 (0,1-8,4) años y la edad de diagnóstico de la patología renal fue de 8,14 (0,6-17,7) años. Distribución por sexo: varones 75% (12 pacientes) y mujeres 25% (4 pacientes). Compromiso en distintos órganos: colestasis intrahepática 16 (100%), malformaciones cardíacas 13 (81,2%), compromiso esquelético 10 (62,5%), anomalías oftalmológicas 3 (18,7%) y compromiso renal 7 (43,7%). Los hallazgos renales fueron: displasia renal bilateral 5 pacientes (71,4%), agenesia renal 1 paciente (14,2%) y acidosis tubular renal 1 paciente (14,2%). Durante el seguimiento 8 pacientes (50%) presentaron FG <90 ml/min/1,73 m²: 3 sin anomalía renal asociada, 1 con agenesia unilateral y 4 con displasia renal bilateral. Dos de estos últimos descendieron el FG luego del trasplante hepático. Dos pacientes evolucionaron a estadio V de enfermedad renal crónica.

CONCLUSIÓN:

El compromiso renal en pacientes con diagnóstico clínico de SA tuvo una prevalencia de 43,7%. La displasia renal bilateral fue la anomalía estructural más frecuente. El descenso del FG es frecuente, aún en pacientes sin anomalías estructurales renales. Por lo tanto, el control prolongado y periódico de la función renal es necesario en todos los pacientes con SA.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH) ASISTIDOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS V. J. VILELA DE LA CIUDAD DE ROSARIO DURANTE EL PERIODO 2006 / 2011

RPD 37

Cardozo L.¹; Casim J.²; Caminiti A.³; Texier I.⁴;
Pedraza R.⁵; Larini S.⁶

HOSP. DE NIÑOS VICTOR J. VILELA¹²³⁴⁵⁶
<leticiacardozo@yahoo.com.ar>

El SUH es la causa más común de IRA en pediatría. El daño renal se correlaciona con el tiempo de oligoanuria en la etapa aguda. Un 90% evolucionan a IRC cuando esta es mayor de 15 días.

OBJETIVOS:

- Revisar la casuística de SUH asistidos en la institución, en los últimos 5 años.
- Correlacionar la severidad al debut con factores de mal pronóstico al año de seguimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El presente es un trabajo observacional descriptivo, retrospectivo del seguimiento ambulatorio de 26 pacientes (p) con SUH observando su evolución al alta, al mes, a los cuatro, a los seis y 12 meses (m) de seguimiento, entre el año 2006-2011. Se evaluó en el período agudo: forma de presentación, época del año, rescate bacteriológico, compromiso renal, anemia y requerimiento transfusional, tratamiento renal sustitutivo (diálisis peritoneal-DPI) y sus complicaciones, afectación neurológica. En 17/26 pacientes

se pudo establecer el clearance de creatinina (clcr) a los 6 meses del debut, y la hipertensión (HTA) y proteinuria persistentes al año, como factores pronóstico a largo plazo.

RESULTADOS:

Sexo Femenino en 19p, el promedio de edad al debut fue de 2 años y 4 meses, 2 eran desnutridos, 26 p fueron SUH diarrea + (D+), se rescato toxina libre en materia fecal en 9p, y en 8p el coprocultivo fue positivo. 10/26p requirieron DPI, hubo peritonitis en 5/10 p. Las crisis hemolíticas fueron en promedio de 2. Con compromiso neurológico al debut 4p. Al alta, promedio de hemoglobina fue de 8,8mg%. La proteinuria estuvo presente desde el alta en 13p, persistió hasta los 6 meses en 5p, los cuales recibieron desde el 4to mes, tratamiento con enalapril, y se correspondían con más de 7 días de DPI. Al 6º mes, el clcr estuvo disminuido en 3p, hiperfiltración en 7p. Presentaron complicaciones vinculadas a la internación 4p. La HTA no se constato al año. Continúan con proteinuria 6p.

CONCLUSIÓN:

El seguimiento estrecho permitió identificar trastornos como la anemia, hiperfiltración o HTA, cuyo tratamiento precoz evita secuelas futuras. La dieta hiposódica y controlada en proteínas y el enalapril fueron las herramientas de renoprotección más frecuentemente empleadas.

TUMORES RENALES EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

RPD 38

Cardozo L.¹; Casim J.²; Pedraza R.³; Texier I.⁴;
Caminiti A.⁵; Jotomliaski J.⁶; Berutto V.⁷

HOSP. DE NIÑOS VICTOR J. VILELA¹²³⁴⁵⁶⁷
<leticiacardozo@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Los cánceres renales en pacientes pediátricos son relativamente comunes con una incidencia de casi 8 por 1.000.000, representando aproximadamente un 7% de los cánceres. El 95% de estos son Tumores de Wilms (TW) pero otras entidades pueden también estar presentes. El TW es común en niños menores de cinco años, sin embargo el tumor rabdoide del riñón y el nefroma mesoblástico congénito son vistos casi exclusivamente en niños menores de cuatro años.

OBJETIVO:

Alertar al pediatra sobre la necesidad de sospechar tumores renales ante la presencia de masas renales palpables en menores de un año.

Paciente A: Paciente varón de 50 días sin antecedentes de jerarquía que debuta con masa abdominal palpable derivado por su pediatra de cabecera, presentó ecografía abdominal con masa sólida hipocóica de 45 mm en riñón derecho con tomografía axial computada que confirmó una masa sólida homogénea intercalar en riñón derecho de 40 mm con realce periférico de contraste. Se realizó nefrectomía derecha con buena evolución,

informe anátomo-patológico nefroma mesoblástico congénito subtipo clásico. Se encuentra en seguimiento como monorroño. *Paciente B:* Paciente de 9 meses con antecedente familiar de primer grado (madre) de tumor de Wilms, debuta con una masa abdominal palpable, realizándose ecografía abdominal que informa masa renal heterogénea que reemplaza el riñón izquierdo acompañada de otra tumoración que compromete el 50% del riñón derecho, tomografía que confirma lo previo. Biopsia tumoral informa en ambos especímenes el diagnóstico de nefroblastoma (tumor de Wilms) predominantemente epitelial de tipo tubular. Comienza quimioterapia, se realiza nefrectomía izquierda y resección de masa derecha, completando tratamiento con radioterapia. Al momento actual con evolución favorable, en seguimiento con oncología, nutrición y nefrología.

Paciente C: Paciente de 1 año sin antecedentes de jerarquía que debuta con cuadro de macrohematuria monosintomática, se detecta en ecografía renal masa multiquística septada en riñón derecho de 90mm. Se realiza nefrectomía derecha con diagnóstico de nefroma quístico. En seguimiento como monorroño.

CONCLUSIÓN:

El estudio anátomo-patológico de las masas renales en este grupo etario, permitieron orientar en forma precoz el tratamiento específico quimioterápico y radioterápico, así como la excéresis oportuna, evitando, la posibilidad de ruptura o la indiferenciación a blastema nefrogénico.

LITIASIS RENAL CONDICIONADA POR HIPERCALCIURIA Y MEGACALIOSIS. CASO CLINICO.

RPD 39

Florentin De Merech L.1; Garcia Bellenzier V.2

DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA PEDIATRICA HOSPITAL DE CLINICAS FCM UNA1,2

<leticiamerech@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La litiasis renal (LR) puede producirse por trastornos metabólicos o anomalías del árbol urinario. La rara asociación de ambas situaciones puede ocasionar litiasis recurrentes con secuelas posteriores.

OBJETIVO:

Resaltar la importancia no solo del estudio metabólico sino también de uropatías en ptes con LR confirmada.

CASO CLÍNICO:

18 años, femenino, con cólico abdominal, disuria, polaquiuria y tenesmo de 48 hs de evolución. Luego macrohematuria y eliminación de lito. Antecedentes: infección urinaria (IU) a los 13 años, con urograma que evidencia en riñón izquierdo (RI) 3 litos y dilatación severa de todo su sistema calicial. CUG normal. Le realizan litotomía percutánea. A los 16 años, por litiasis recurrente, estudio metabólico: hipodiuresis, hipercalciuria absorbiva marginal e hipomagnesuria = mayor ingesta líquida, hidroclorotiazida, Mg oral, dieta hipocalcica relativa y

QP con TMS por IU recurrentes). Nueva litotomía percutánea + litotripsia. Análisis químico del cálculo: oxalato de calcio 60 % y fosfato de calcio 40 %. Cumplimiento irregular del tto y controles en esos años. Sin antecedentes familiares. Peso: 52 kg; talla: 1,66 mts, TA: 100/60, afebril. Examen físico y laboratorio S/P, función renal conservada. Ecografía actual: litiasis renal bilateral, importante ectasia calicial izquierda sin dilatación piélica. Tomografía renal helicoidal confirma litiasis bilateral, principalmente en riñón izquierdo cuya corteza esta <. Centellografía DMSA: cicatrices pielonefríticas en riñón izq. FRR: RD 55 % RI 45 %. DTPA: normal. Estudio metabólico actual: excreción de calcio periodos "A" y "B" no supera los 220 mg/día, considerados el límite máximo para protocolo original de estudio, pero supera los 140 mg/gr de creatinuria constituyendo una Hipercalciuria Marginal Absortiva. Excreción de Mg, P, Ac. úrico, oxalato, citrato y cistina S/P. Sedimento de tipo inflamatorio, urocultivo (-).

CONCLUSIONES:

La megacaliosis izquierda asociada a hipercalciuria fueron condicionantes de litiasis e IU recurrentes en esta paciente, resultando en compromiso secuelar del riñón izquierdo.

SÍNDROME DE ALPORT EN UNA NIÑA. INHIBICION PRECOZ DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE LA ANGIOTENSINA

RPD 41

Florentin De Merech L.1; Garcia Bellenzier V.2;

Ferraris J.3

DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA PEDIATRICA HOSPITAL DE CLINICAS FCM UNA1,2; SERVICIO DE NEFROLOGIA PEDIATRICA HOSPITAL ITALIANO DE BS AS3

<leticiamerech@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

En el Alport (SA) hay alteración de la síntesis del colágeno Tipo IV, ligada al cromosoma X o autonómica, con compromiso renal y extrarenal. Los varones son frecuente y severamente afectados. En mujeres portadoras fue minimizada o ignorada, hoy se sabe que el 20% puede también desarrollar IRCT siendo predictores de progresión la macro hematuria, S nefrótico y engrosamiento difuso de la MBG. Sin tto específico, se sugiere IECA y ARA II como antiproliferativos, aun sin proteinuria o micro albuminuria.

OBJETIVOS:

Revisar y resaltar esta enfermedad poco frecuente y generalmente asintomática en mujeres, en este caso con presentación grave e incluirla en el dx df en niñas con macro hematuria persistente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Niña de 3,4 años, padre y tío paterno con TX renal, otro tío paterno en hemodiálisis, sin biopsia por riñones pequeños. Tía, prima y sobrino paternos fallecieron por "causas renales", con trastornos auditivos aparentes. Consulta por macro hematuria

persistente, detectada a los 2,5 años, que > ante cuadros virales. P 15,5 Kg, T 96 cms, TA 80/50. Godet (-) Hb 11 Hto 33 VSG 20 PlaQ 319.000 Urea 19 mg/dl Cr 0,3 mg/dl Na 136 K 4 Cl 105 Ca 10,3 P 4,9 Prot.T 6,9 Alb. 4,4 Ferritina 15 Transferrina 216 Hepatograma normal EAB pH 7:40 bic 24 EB 0,1 Calciuria 1,5 mg/kp/día Proteinuria 7,6 mg/kp/día. Orina amarronada pH 7 densidad 1025 GR 70/c dismorficos 60% GB 35/c Cil hematocitos 1 c/30 campos Urocultivo (-) Cl Cr 124 ml/min/1,73 m²sc. Ecografía renal normal. Audiometría y examen visual S/P. Dx: SA considerando su historia filiar. Dx Df: Nefropatía por Ig A, MB Delgada y Wilms. Dx AP: MO no significativa, IF (-), ME glomérulos con extensa fusión pedicelar, MBG irregular con extensas aéreas de adelgazamiento y aislados sectores de ensanchamiento, fragmentación de la lamina densa = alteraciones de la MBG compatibles con basalopatía familiar. Tto: aporte proteico según RDA, hipo sódica y enalapril.

CONCLUSIÓN:

El antecedente familiar + macro hematuria fueron claves en el dx de SA, confirmado por biopsia renal. Compromiso auditivo y/ o visual ausentes no descartan el dx. La macro hematuria persistente y proteinuria > riesgo de IRC en la pte, por lo que su identificación temprana permite una vigilancia clínica cuidadosa y regular. El tto precoz con IECA y/o ARA II, podrían preservar la función renal por tiempo considerable.

EL ENALAPRIL REDUCE EL FACTOR TRANSFORMADOR DE CRECIMIENTO β -1 URINARIO EN NIÑOS CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ASOCIADO A DIARREA

PO 42

Opción a premio

Caletti M.¹; Balestracci A.²; Roy A.³

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3}
<mgaletti@intramed.net.ar>

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad renal crónica secundaria a síndrome urémico hemolítico postdiarreico (SUH D+) se caracteriza histológicamente por glomeruloesclerosis y fibrosis tubulointerstitial. Este proceso fibrótico es mediado principalmente por el Factor Transformador de Crecimiento β -1 (TGF β -1) y por la Angiotensina II. La interrupción de la interrelación entre ambos mediante inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina I (IECAs) es un blanco terapéutico para enlentecer la progresión de la enfermedad renal. Actualmente, la evidencia del efecto de los IECAs sobre el TGF β -1 deriva de la medición de su excreción urinaria, siendo considerada como un parámetro indirecto de nefropatía evolutiva.

OBJETIVO:

Determinar el efecto del enalapril sobre la excreción urinaria de TGF β -1 en pacientes SUH D+ sin signos de secuela renal.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Criterios de inclusión: 1) edad menor de 17 años con más de 1 año de evolución post SUH D+, 2) ausencia de secuela renal definida por: ausencia de proteinuria y/o albuminuria patológicas; función renal, ecografía renal y tensión arterial normales, 3)

aumento de TGF β -1 urinario, 4) ausencia de embarazo. Diseño prospectivo: los pacientes recibieron enalapril a 0,2 mg/kg/día, en una dosis diaria durante 60 días. Antes y después del tratamiento se determinó el clearance de creatinina, potasio, albuminuria, proteinuria, TGF β -1 urinario y presión arterial. Estadística: las variables se compararon con el test de Wilcoxon pareado, nivel de significación $p < 0,05$. Se utilizó Statistix 7.

RESULTADOS:

Se incluyeron 18 pacientes (10 varones) con una edad media de 9,17 ($\pm 2,98$) años y una mediana de evolución post SUH D+ de 6,66 (intervalo 1-12) años. Recibieron enalapril a una dosis media de 0,2 ($\pm 0,01$) mg/kg/día. Al final del estudio no hubo diferencias significativas en ninguna de las variables evaluadas (clearance de creatinina, potasio, albuminuria, proteinuria y presión arterial) excepto en los niveles de TGF β -1 urinarios, los cuales se redujeron de un valor inicial (mediana) de 80 (intervalo 64-98) a 66 (intervalo 42-81) pg/mg creatinina ($p=0,0002$).

CONCLUSIÓN:

El enalapril redujo significativamente la excreción urinaria de TGF β -1. Estudios con mayor número de pacientes son necesarios para determinar en qué momento la indicación de enalapril en pacientes sin proteinuria, albuminuria o hipertensión arterial es máximamente efectiva para enlentecer la progresión de la enfermedad renal post SUH D+.

EFFECTO ANTIPROTEINÚRICO ASOCIADO DE ENALAPRIL Y LOSARTAN EN NIÑOS CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ASOCIADO A DIARREA

PO 43

Caletti M.¹; Missoni M.²; Balestracci A.³

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3}
<mgaletti@intramed.net.ar>

INTRODUCCIÓN:

El bloqueo del sistema renina angiotensina (SRA) con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina I (IECAs) o bloqueantes del receptor AT1 de angiotensina II (BRAs) disminuye la proteinuria en pacientes con nefropatía post Síndrome Urémico Hemolítico Diarreico + (SUH D+). Si bien ambas drogas aisladamente disminuyen efectivamente la proteinuria, en ocasiones no logran normalizarla, habiéndose observado en pacientes con nefropatías distintas de SUHD+ que su asociación produce mayor efecto antiproteinúrico.

OBJETIVO:

Evaluar el efecto antiproteinúrico de la asociación de enalapril (IECA) con losartan (BRA) en niños con secuela renal de SUH D+.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes con proteinuria post SUH D+. Criterios de inclusión: niños con SUH D+ con más de 6 meses de evolución desde el período agudo. Se comparó la proteinuria, el filtrado glomerular (FG), la presión arterial (TA) y el potasio (K) en los siguientes momentos: 1) previo al inicio del enalapril, 2) bajo tratamiento con enalapril,

3) bajo tratamiento con enalapril + losartan y, 4) en el último control. Las variables numéricas se expresan como mediana (intervalo) y se compararon con test de Wilcoxon pareado. El FG se expresó como media (desvío standard) y se comparó con t test. Un p valor $< 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

RESULTADOS:

Identificamos 17 pacientes (12 niñas). Edad al debut 1,25 (0,25-5,33) años. Necesitó diálisis el 82,35%, duración de oligoanuria 14 días (0-29). Once pacientes tuvieron compromiso extrarrenal y/o hipertensión arterial. Luego de 1,0 (0,5-1,9) año post SUH D+ los pacientes con proteinuria > 5 mg/kg/día recibieron enalapril alcanzando una dosis máxima de 0,4 (0,2-0,56) mg/kg/día durante 2,6 (0,33-12,0) años. Por proteinuria persistente se asoció losartan alcanzando una dosis máxima de 1,0 (0,5- 1,9) mg/kg/día durante 2,1 (0,5-5,4) años. El tiempo total de seguimiento fue de 6,0 (0,95-14,8) años. La proteinuria disminuyó con enalapril 58,9% ($p=0,023$) y con enalapril + losartan 83,83% ($p=0,0006$). No hubo cambios significativos en la TA, FG y K.

CONCLUSIÓN:

La asociación de enalapril con losartan fue más efectiva en reducir la proteinuria que el uso exclusivo de enalapril, sin observarse cambios significativos en la TA, FG y K. Estudios controlados a largo plazo serán necesarios para evaluar la duración y la magnitud del efecto renoprotector de esta estrategia.

FACTORES DE RIESGO DE SECUELA EN PACIENTES CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ASOCIADO A DIARREA

PO 44

Toledo I.¹; Martín S.²; Balestracci A.³; Alvarado C.⁴; Gogorza C.⁵; Careaga M.⁶; Corti S.⁷; Wainsztein R.⁸

HOSPITAL ELIZALDE²³⁴⁵⁶⁷⁸
<maetoleado77@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La identificación precoz de pacientes con nefropatía post síndrome urémico hemolítico asociado a diarrea (SUH D+) es mandatoria para iniciar terapéuticas destinadas a enlentecer la pérdida de la función renal.

OBJETIVO:

Determinar la prevalencia de secuela en pacientes con SUH D+ e identificar sus factores de riesgo.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Revisamos las historias clínicas los pacientes internados en el Hospital Elizalde con SUH D+ entre 1998-2008. Sólo se incluyeron aquellos seguidos más de 1 año. Consideramos secuela al hallazgo de albuminuria y/o proteinuria patológicas y/o hipertensión arterial (HTA) y/o caída de filtrado glomerular. Se consideraron las siguientes variables: sexo, edad, talla, peso, recuento de glóbulos blancos, antibiótico previo, número de transfusiones, creatinina máxima, período oligoanúrico, necesidad de diálisis, compromiso extrarrenal, HTA y el tiempo de seguimiento. Estadística: la muestra se dividió en 2 grupos (con y sin secuela). Las variables continuas se expresaron como mediana (intervalo) y las categóricas como porcentaje

y se compararon con test de Wilcoxon o Chi², respectivamente. Los factores de riesgo independiente de secuela se identificaron por análisis multivariado. Los factores de riesgo de secuela se expresaron mediante odd ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Nivel de significación p < 0,05.

RESULTADOS:

De los 80 pacientes incluidos 32 presentaron secuela (prevalencia 40%). El análisis univariado entre los pacientes con y sin secuela identificó que los primeros presentaron significativamente mayor leucocitosis (p = 0,018), mayor creatinina máxima (p = 0,017), mayor necesidad (p = 0,006) y más días de diálisis (p = 0,001) así como mayor duración del período oligoanúrico (p = 0,0003). En el análisis multivariado sólo la duración del período oligoanúrico se mantuvo como factor de riesgo independiente de secuela (p = 0,028, OR: 1,27, IC 95% 1,03- 1,57). En acuerdo con este hallazgo, en nuestra serie el 20,5% de los pacientes con diuresis conservada presentaron secuela, el 42% de los pacientes con oligoanuria de entre 1 y 6 días, el 50% de los que presentaron entre 7 y 14 días y todos aquellos que presentaron 15 o más días de oligoanuria.

CONCLUSIÓN:

40% de los pacientes con SUH D+ presentaron secuela renal y la duración del período oligoanúrico fue su principal predictor. Es destacable que el 20,5% de los pacientes con diuresis conservada presentaron secuela.

ECTOPIA RENAL TORÁCICA: UN HALLAZGO INFRECIENTE

RPD 45

Toledo I.¹; Balestracci A.²; Martín S.³; Giorgetti M.⁴; Benitez E.⁵; Wainsztein R.⁶

HOSPITAL ELIZALDE²³⁴⁵⁶
<maetoleado77@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La incidencia de ectopia renal es de 1/1000 nacimientos. El tórax es la localización más infrecuente de las ectopias renales, observándose en menos del 5% de los casos. Predomina en varones (2:1) y del lado izquierdo (61%). Se reconocen cuatro variantes: con eventración del diafragma, asociado a hernia diafragmática, secundario a ruptura traumática del diafragma y con diafragma cerrado. Usualmente es asintomático y suele descubrirse por hallazgo en una radiografía de tórax. En ausencia de sintomatología respi-ratoria severa o renal no requiere tratamiento.

OBJETIVO:

Comunicar un niño con ectopia renal intratorácica.

CASO CLÍNICO:

Un niño de 1 año y 7 meses fue derivado al Servicio de Neumología por persistencia radiológica de opacidad sin broncograma en hemitórax derecho luego de haber presentado neumonía derecha. El niño era eutrófico, sin antecedentes perinatólogicos patológicos. Su madre refería tres episodios de broncoespasmo tratados en forma ambulatoria y negaba antecedente de trauma-

tismo torácico previo. Con sospecha de malformación pulmonar se solicitó tomografía axial computada de tórax que evidenció la presencia de riñón derecho ectópico intratorácico con hernia hemidiafragmática derecha. Ninguna otra víscera abdominal estaba localizada en el tórax. Por ecografía se observó riñón izquierdo ortotópico y derecho intratorácico, ambos normales y sin dilatación de la vía urinaria. Por angiografía se observó arteria renal derecha emergente de la aorta abdominal, sin acodaduras y con buena vascularización renal. Su tensión arterial era de 80/50 mmHg, su filtrado glomerular estimado de 95ml/min/1,73m² y se encontraba sin proteinuria ni albuminuria. El centellograma renal con DMSA evidenció riñón derecho con distribución heterogénea del trazador y contorno irregular y riñón izquierdo normal (función renal relativa: izquierdo 46% y derecha 54%). No tenía antecedentes de infección urinaria. Actualmente el niño tiene 3 años y 2 meses y se encuentra asintomático tanto en el aspecto renal como pulmonar por lo que se tomó conducta expectante en relación al tratamiento quirúrgico. Se controla periódicamente en Nefrología y Neumología.

CONCLUSIÓN:

Nuestro paciente presenta ectopia renal asociada a hernia diafragmática, debido a que se encuentra asintomático se manejó en forma conservadora. Destacamos recordar al riñón intratorácico dentro los diagnósticos diferenciales de masa ocupante del tórax.

ALTA PREVALENCIA DE DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN NIÑOS ARGENTINOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y TRASPLANTE RENAL.

PO 46

Opción a premio

Coccia P.¹; Blazquez J.²; Contreras Salgado M.³; Ferraris V.⁴; Raddavero C.⁵; Ghezzi L.⁶; Busaniche J.⁷; Ferraris J.⁸

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7,8}
<paula.coccia@hospitalitaliano.org.ar>

Las funciones biológicas de la vitamina D son múltiples. Clásicamente participa en la regulación del metabolismo fosfo-cálcico y el crecimiento, pero también en la regulación de la hipertensión, el ciclo celular, etc. Se ha reportado una alta prevalencia de deficiencia de vitamina D en adultos y niños con enfermedad renal crónica (ERC) pero hay pocos estudios realizados en niños trasplantados renales en Latinoamérica.

El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia del déficit de vitamina D a través de la medición de 25 (OH) vitamina D (25OHD) en niños con ERC estadios 2-5 y trasplantados renales, y establecer la relación entre los niveles de esta con la edad de los pacientes, el déficit de crecimiento, la función renal y el hiperparatiroidismo.

Estudiamos 76 niños, 40 trasplantados renales con injerto funcionante por 6 meses por lo menos (media de edad 12 años, media de sobrevivencia del injerto 3,3 años) (grupo 1), 17 niños con ERC en estadio 5 en hemodiálisis o diálisis peritoneal (media de edad 9 años, tiempo medio en diálisis 2 años) (grupo2) y 19 niños con ERC estadios 2-4 (media de edad

8 años, clearance de creatinina: 33 ml/min/1,73) (grupo 3).

RESULTADOS:

Con respecto al grupo 1: el 20% de los pacientes presentaron deficiencia y el 30 % insuficiencia de 25OHD. En el grupo 2 el 30% era deficiente y el 30% insuficiente y en el grupo 3 el 21 % tenía niveles deficientes y el 10% insuficientes. La PTH intacta estaba por encima de los niveles recomendados de acuerdo a los diferentes estadios de ERC en el 52% de los pacientes del grupo 1, el 58 % del grupo 2 y en el 52 % del grupo 3, y mostró una correlación inversa con los niveles de 25OHD. ($p = 0,0005$; $r = -0,33$). Hubo una correlación inversa entre la 25-OH-D con la edad en toda la cohorte de pacientes ($p = 0,0005$; $r = -0,42$).

El Z score de talla tuvo correlación con la 25-OH-D solo en el grupo 2 ($p = 0,025$; $r = 0,42$)

No hubo correlación entre los niveles de 25-OH-D y el filtrado glomerular.

CONCLUSIONES:

Nuestros datos sugieren que la deficiencia de 25-OH-D es frecuente en la población trasplantada renal pediátrica y con insuficiencia renal crónica en todos los estadios, especialmente en adolescentes. El hiperparatiroidismo fue frecuente en todos los grupos. Sería aconsejable el monitoreo de los niveles de Vitamina D en estos pacientes.

SÍNDROME NEFRÓTICO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

RPD 47

Exeni A.¹; Falke G.²; Rigali M.³; Panattieri N.⁴; Iolster T.⁵

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4,5}
<aexeni@cas.austral.edu.au>

INTRODUCCION:

El síndrome nefrótico(SN) en el primer año de vida es una entidad heterogénea de etiología primaria o secundaria .

Se define como Síndrome nefrótico congénito (SNC) aquella entidad con proteinuria que aparece hasta los 3 meses (m) de edad y Síndrome nefrótico infantil aquel que se presenta entre los 3 m y el año de edad entre cuyas causas se encuentra la esclerosis mesangial difusa aislada (EMD) o asociada a Síndrome de Denys Drash.

OBJETIVO:

Presentación de pacientes con SN en el primer año de vida tratados en el Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Austral entre agosto del 2008 y Marzo 2012. Se evaluó etiología, edad, sexo, manifestaciones clínicas, tratamiento y evolución.

RESULTADOS:

2 pacientes, una de sexo femenino y otro de sexo masculino presentaban SNC y 2 pacientes de sexo femenino con cariotipo femeninos sin genitales ambiguos, EMD, todos sin antecedentes familiares de SN.

La edad de diagnóstico en los pacientes con SNC fue los 24 días de vida y 36 días de vida y de 9 m y 10 m (derivada de otro

centro) en el caso de los pacientes presentando EMD. El tiempo se seguimiento fue de 43 m.

De los pacientes con SNC, una de ellas tiene 3 años y 8 m de vida recibió tratamiento con albúmina hasta los 18 m, enalapril y losartan, requirió nefrectomía unilateral a los 20 m por frecuentes y severas complicaciones infecciosas y esta actualmente en DPCA desde los 3 años y 1 m habiéndose realizado la 2^{da} nefrectomía a los 3 años y 2 m.

El otro paciente de sexo masculino tiene 7 m, recibe albumina bimensual y tratamiento con enalapril y losartan. Fue operado de hernia inguinal bilateral.

De los pacientes con EMD, una de ellas debutó en Insuficiencia renal presentando una forma extracápsular rápidamente progresiva, ingreso en DPCA y presento un Tumor de Wilms realizo quimioterapia, actualmente libre de enfermedad al año y 4 mde finalización del tratamiento .La otra paciente requirió tratamiento con infusiones de albumina hasta los 20 meses, enalapril y losartan y a los 4 años de edad presenta proteinuria negativa.

CONCLUSION

La evolución de ambos pacientes con SNC fue menos tórpida que lo descrito habitualmente, la evolución de las pacientes con EMD no es la habitual ni el debut con una forma rápidamente progresiva en uno de los casos ni la negativización de la proteinuria con función renal normal a los 4 años de edad en el otro.



ESCLEROSIS MESANGIAL DIFUSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 48

Exeni A.¹; Falke G.²; Exeni R.³; Rigali M.⁴; Villarreal K.⁵; Sierra A.⁶; Petracca P.⁷; Sosa P.⁸
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4,5,7,8};
CLINICA MODELO DE PARANA⁶
<aexeni@cas.austral.edu.ar>

INTRODUCCIÓN:

La esclerosis mesangial difusa (EMD) es la segunda causa más frecuente de Síndrome nefrótico infantil que lleva a la Insuficiencia renal crónica (IRC) habitualmente antes de los 3 años de edad. Característicamente se presenta entre los 3 meses de vida y el año como entidad aislada o asociada a Síndrome de Denys Drash.

Algunos pacientes con EMD aislada pueden presentar en su evolución Tumor de Wilms(TW).

OBJETIVO:

Presentar una paciente de sexo femenino con EMD aislada que evolucionó rápidamente hacia la IRC, por lo cual ingresó al programa de Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria (DPCA) de nuestro centro. En su evolución presentó TW que requirió quimioterapia durante su tratamiento con DPCA.

RESULTADOS:

Se presenta una paciente de sexo femenino con cariotipo XX sin pseudohermafroditismo masculino, que debutó en Insuficiencia renal con una forma rápidamente progresiva de EMD a los 9 meses de vida ingresando al programa de

DPCA. A los 7 meses del inicio de su enfermedad presenta un TW estadio II. Se decidió la nefrectomía bilateral, realizó hemodiálisis transitoriamente y luego reingresó a DPCA.

Recibió su tratamiento completo de quimioterapia con vincristina y actinomicina D realizando DPCA presentando como complicaciones infecciosas un episodio de peritonitis resuelto, y una Miocardiopatía dilatada secundaria a miocarditis por Cocksackie B actualmente con buena evolución. Dado que no hay trabajos que definan claramente la farmacocinética de ambas drogas utilizadas en pacientes pediátricos en DPCA se decidió que posteriormente a cada sesión de quimioterapia se suspendiera la DPCA por 36 hs con el objetivo de disminuir la posibilidad de que las drogas fueran removidas por el procedimiento dialítico.

Conclusiones:

Se presenta una paciente con EMD aislada con una evolución rápidamente progresiva hacia la Insuficiencia renal asociada a TW con cariotipo normal que debió ser sometida a quimioterapia durante su tratamiento de DPCA. No se modificó la dosis de las medicaciones.

Habitualmente los pacientes con EMD y tumor de Wilms que requieren DPCA, ingresan al programa a la finalización del tratamiento oncológico.

Consideramos que sería de relevancia contar con estudios que analicen la dializancia de estas drogas.

DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA EN PACIENTES CON VÁLVULA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL

RPD 49

Suarez A.¹; Spizzirri A.²; Rahman R.³; Ruscasso J.⁴; Bresso P.⁵; Lombardi L.⁶; Cobeñas C.⁷; Amoreo O.⁸; Zalba J.⁹

SERVICIO DE NEFROLOGÍA-HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}
<angelasuarez@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

La diálisis peritoneal ambulatoria (DPA) es la modalidad dialítica más utilizada para el manejo de niños con enfermedad renal crónica en estadio 5 (IRC). Puede realizarse en cualquier paciente cuyo peritoneo esté intacto y admita la cantidad suficiente de líquido para una diálisis adecuada. En la actualidad no existe consenso acerca de la realización de DPA en pacientes portadores de válvula de derivación ventrículo peritoneal (VVP).

OBJETIVOS:

Analizar la evolución y las complicaciones de pacientes en DPA con VVP.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 4 pacientes (2 niños, 2 niñas) en DPA con VVP asistidos en la Unidad de Diálisis Peritoneal de nuestro Servicio entre noviembre de 1994 y marzo de 2012.

RESULTADOS:

La edad X al ingreso fue de 10.75 años (r:4-15). Las etiologías de la IRC fueron: mielomeningocele en 3 y síndrome nefrótico

(SN) secundario a glomerulonefritis membranoproliferativa tipo II en el otro. Todos tenían la VVP al momento de la colocación del catéter de DPA. En 3 la VVP se colocó en la etapa neonatal y en uno a los 11 años luego del desarrollo de una trombosis venosa cerebral como complicación del SN. Los catéteres de DPA fueron colocados por laparotomía, sin complicaciones quirúrgicas inmediatas o alejadas, ni relacionadas con el funcionamiento de la VVP. Tres dializaron en forma manual y un paciente en forma automatizada. Presentaron en total 12 peritonitis (P): 2 episodios en 3 pacientes y 6 en uno (1 episodio cada 15 meses/paciente-0,80 episodio/paciente/año). Siete cultivos fueron positivos: 4 gérmenes Gram (+), 2 Gram (-) y un germen desconocido; 5 cultivos negativos. Ninguno cursó complicación infecciosa concomitante de la VVP. Dos pacientes requirieron recambio de catéter peritoneal por no respuesta a la terapéutica antibiótica y uno de ellos debió ser transferido a hemodiálisis. Evolución: un paciente fue trasplantado, 2 salieron de DPA y 1 continúa en DPA.

CONCLUSIONES:

La presencia de VVP no contraindica la realización de DPA. Nuestros pacientes no presentaron complicaciones relacionadas a la VVP. La P fue la única complicación hallada (1 episodio cada 15 meses/paciente - 0,80 episodio/paciente/año) en mayor proporción que en el resto de los pacientes en DPA (1 episodio cada 26,5 meses/paciente - 0,45 episodios/paciente/año).

DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDAD RENAL EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE SALTA

RPD 51

Flores A.¹; Salim R.²; Maita H.³; Saurit M.⁴; Ramírez A.⁵; Burgos V.⁶

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA^{1,2,3,4,5,6}
<teresitaflores@arnet.com.ar>

OBJETIVO:

Detección de presencia de factores de riesgo relacionados con enfermedad renal en la población pediátrica en la ciudad de Salta a propósito del Día Mundial del Riñón.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio de corte transversal, descriptivo, cuantitativo, observacional. Se realizaron 144 encuestas al azar a padres de niños en los centros de promoción del Día Mundial del Riñón de la ciudad de Salta y valle de Lerma en donde se consignaron preguntas sobre antecedentes perinatales (prematurez, uropatías prenatales, malformaciones congénitas) personales patológicos (antecedente de cardiopatía, internación en UTIP, diabetes, quimioterapia, enfermedades reumatológicas, infección urinaria, nefropatía previa y cálculos renales), familiares (parientes con enfermedad renal, diálisis o trasplante) signos y síntomas asociados a enfermedad renal (poliuria, polidipsia, enuresis e incontinencia) y métodos complementarios como análisis de orina completa y ecografía renal. El rango de edad fue de 1 mes hasta 17 años. Se le asignó resultado positivo si la respuesta era afirmativa y negativo en caso contrario en relación a las

preguntas; en relación a los análisis de orina se asignó como resultado positivo al hallazgo de proteinuria, anormalidad en el sedimento y/o pH y en relación a la ecografía renal se le asignó como positivo a alteraciones de la morfología, tamaño y ecogenicidad. Se excluyeron de la muestra pacientes con enfermedad renal conocida, febriles, antibióticoterapia en curso, mujeres en período menstrual. Se utilizaron gráficos estadísticos mediante diagrama de barras estableciendo períodos de 4 años (desde 1 mes hasta los 17 años) y diagrama de sectores para el análisis.

RESULTADOS:

La distribución por edad arrojó los siguientes resultados: de 1 mes a 4 años y 11 meses: 58 niños; de 5 a 8 años y 11 meses 43 niños; de 9 a 12 años y 11 meses 35 niños y de 13 a 17: 8 niños. Los resultados positivos fueron: por antecedentes perinatales 30 (21%); por antecedentes personales 50 (35%); por antecedentes patológicos familiares 29 (20 %); por signos y síntomas relacionados con enfermedad renal 55 (38%); por análisis de orina 24 (16%) y por ecografía renal 44 (31%).

CONCLUSIÓN:

La enfermedad renal es silenciosa, y su detección requiere métodos sencillos y de bajo costo para su diagnóstico. Es de fundamental importancia que los médicos aun en el control de niño sano tengan en cuenta los factores de riesgo mencionados para identificar la enfermedad renal.

A PROPOSITO DE UN CASO: SINDROME DE GOODPASTURE

RPD 52

Bravo Diaz V.¹; De Sarasqueta A.²; Sandoval M.³; Lopez L.⁴

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4}
<veritobravo78@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

SGP es una rara entidad de base inmunológica, caracterizada por la asociación de una glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP) y hemorragia alveolar con anticuerpos antimembrana basal.

OBJETIVOS:

Describir un caso SGP y analizar el tratamiento.

CASO CLINICO:

Femenino de 14 años de edad. Hábitos: tabaquismo. Consultó por fallo renal agudo, anemia severa, hipertensión arterial y edema agudo de pulmón.

EF: dificultad respiratoria severa, palidez generalizada, anúrica. Rx de tórax: opacificación casi completa de ambos campos pulmonares. En UCI requiere VNI por 48 horas, recibió 2 transfusiones de GRC. Persistió anúrica, iniciando a las 24 horas hemodiálisis.

Laboratorio del ingreso: HMG: GB 13.080 (N74%/ L20%) Hb: 4,2 mg/dl, Ht: 13,1%, plaquetas 350.000 con frotis normal, reticulocitos 21%, Urea: 130 mg/dl, creatinina 6,49 mg/dl.

Exámenes complementarios: Serologías (-) HIV, VHB, VHC, Toxoplasmosis, Chagas, VDRL. FAN, Anti DNA, ANCA: (-), C3 y C4: normal, Test de Coombs: (-). OC: proteinuria +++, hematuria

++++. Hemosideróforos en esputo: (+). Ecografía Renal: ambos riñones aumentados de tamaño, pérdida de diferenciación corticomedular.

Biopsia renal: Glomerulonefritis proliferativa endo y extracapilar con semilunas en más del 90% del espacio urinario y depósitos lineales de IgG y en menor intensidad C3 IgA e IgM. Compatible con glomerulonefritis por anticuerpos antimembrana basal capilar.

Ante la presencia de una GNRP con patrón de depósito lineal en la IFI, con compromiso respiratorio se plantea el diagnóstico de SGP. Determinación de anticuerpos antimembrana basal: negativos.

Tratamiento: 16 sesiones de plasmaféresis, pulsos de metilprednisolona por 3 días, 6 pulsos de ciclofosfamida (500 mg / m²). Tras el tratamiento combinado la paciente progresó hacia el fallo renal crónico, actualmente en programa de hemodiálisis trisemanal.

CONCLUSIONES:

El SGP es una entidad poco frecuente en pediatría. En el caso descripto no se encontró una etiología clara, en la anamnesis se destaca tabaquismo como hábito.

El tratamiento combinado de agentes citotóxicos, corticoides y plasmaféresis ofrece una mejor supervivencia a largo plazo. Los pacientes con creatinina mayor de 6 mg/dl, anuria, más del 50% de glomérulos con semilunas fibroepiteliales en la biopsia renal, evolucionan hacia el fallo renal crónico.

COMPORTAMIENTO DEL SINDROME NEFRÓTICO PRIMARIO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EL HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA

RPD 53

Flores A.¹; Salim R.²; Saurit M.³; Maita H.⁴; Ramírez A.⁵
HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA¹²³⁴⁵
<teresitaflares@arnet.com.ar>

INTRODUCCION:

El síndrome nefrótico se caracteriza clínicamente por la presencia de proteinuria masiva, hipoalbuminemia, edema e hipercolesterolemia. La realización de biopsias renales en nuestro hospital desde hace 5 años ha permitido conocer la Anatomía patológica de síndrome nefrótico primario y poder efectuar una correlación con la evolución clínica y la respuesta al tratamiento.

OBJETIVOS:

Describir el comportamiento de la población con síndrome nefrótico, reconocer su edad de debut, distribución por sexo, porcentajes de corticosenesibles y corticoresistentes, histología de los corticoresistentes, porcentaje y causas de recaídas.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes con síndrome nefrótico primario debut que fueron atendidos y controlados en el Hospital de Niños de Salta desde enero 2007 hasta diciembre 2011.

RESULTADOS:

Se estudiaron 35 pacientes que debutaron con síndrome

nefrótico entre el 2007 al 2011. La distribución por sexo fue similar en ambos grupos. La edad de debut predominó en el rango de 5 a 9 años, siguiéndole el grupo de 1 a 4 años. La respuesta al tratamiento fue un 54% corticoresistente, mientras solo un 45% corticosenesible. Histológicamente los corticoresistentes correspondieron principalmente a hiperplasia mesangial (58%) cambios mínimos (25%) esclerosis focal (8%) proliferativa mesangial (8%). Las dos causas de recaída fueron por igual abandono de medicación e infección correspondiendo 52% y 48% respectivamente. De la serie un paciente menor de 4 años falleció a los 3 días del debut por meningitis neumocócica. El tratamiento de los CR fue con ciclofosfamida o clorambucilo respondiendo con remisión completa en todos los casos.

CONCLUSION:

Se encontró en nuestra serie estudiada que no hubo diferencias significativas en cuanto a distribución por sexo. Con respecto a la respuesta al tratamiento corticoideo inicial si se observó un importante predominio de corticoresistentes (54%) no coincidiendo con los reportes de la literatura. Esto coincide con la anatomía patológica de los mismos en las cuales predomina la histología "hiperplasia mesangial". Remitieron con el uso de drogas inmunosupresoras de primera línea, de difícil disponibilidad en el mercado.

SINDROME DE FANCONI SECUNDARIO A CISTINOSIS

RPD 54

Flores A.¹; Salim R.²; Ramírez A.³; Saurit M.⁴; Maita H.⁵
HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA¹²³⁴⁵
<teresitaflares@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La Cistinosis es una enfermedad de depósito lisosomal, autosómica recesiva, por defecto del transportador de membrana lisosomal (cistinosisina) para la cistina. La cistinosisina es codificada por el gen CTNS localizado en el cromosoma 17p13

OBJETIVO:

Descripción de una tubulopatía compleja y manejo del medio interno según su fisiopatología.

MÉTODO:

Descripción de un caso

Niña de 18 meses consulta por hipotonía generalizada, pérdida del sostén cefálico, astenia, poliuria, poliuria, infección urinaria y retraso pondoestatural desde los 12 meses. Al ingreso glucemia (N), Na 141 mEq/l, K 2.8 mEq/l, CL 114 meq/l, EAB PH 7,26 HCO₃ 11 mmol/l, Anión Gap 16 Urea y Creatinina (N), Calcio 9,4 mg/dl, Fósforo 1,6 mg/dl, Magnesio 1,4 mg/dl, Acido Láctico y Amonio (N). Orina completa: densidad 1005, Proteínas ++, Glucosa 250 mg/dl, Magnesuria y Fosfatúria

significativa en orina de 24 hs. Prueba de restricción hídrica y desmopresina, descartando DIC y potomania. **Eco Renal:** Riñones aumentados de tamaño, pérdida de diferenciación corticomedular, hiperecogénicos. **Lámpara de Hendidura:** depósitos de cristales en ambas córneas. Se plantea como diagnóstico síndrome de Fanconi 2º a cistinosis e inicia tratamiento con aportes de Bicarbonato de Na y K (alternado), Ca, fósforo y Mg. Presenta hipernatremia 2º al aporte de bicarbonato de Na por lo cual se reemplaza por Bicarbonato de K con control ulterior de medio interno y EAB normales. La paciente se traslada a centro en USA e inicia tratamiento con Cisteamina.

CONCLUSIÓN:

La paciente presentó la forma nefropática infantil de Sme de Fanconi con grave afectación sistémica progresiva. Permitieron su diagnóstico el cuadro clínico, laboratorio y los depósitos típicos de cristales de cistina en la córnea. Su tratamiento se considera un desafío ya que exige reponer cuidadosamente todas las pérdidas originadas por la tubulopatía manteniendo el balance del medio interno, además del tratamiento específico con la Cisteamina

ACIDOSIS TUBULAR RENAL ASOCIADA A TIROIDITIS. REPORTE DE UN CASO

RPD 55

Flores A.¹; Salim R.²; Maita H.³; Saurit M.⁴; Ramirez A.⁵; Nader J.⁶

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA^{1 2 3 4 5 6}
<teresitaflores@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La Acidosis Tubular Renal Distal en pediatría se presenta usualmente de forma primaria, siendo las formas adquiridas y asociadas a otras enfermedades renales o autoinmunes más frecuentes en adultos.

Presentamos una paciente sexo femenino, tratada por Tiroiditis autoinmune desde los 9 años. A los 15 años, consulta por presentar polidipsia, poliuria, nicturia y debilidad muscular. Por episodio de hipotonía generalizada y parálisis

muscular, es hospitalizada y en laboratorio presenta hipokalemia, acidosis metabólica hiperclorémica, orina alcalina, proteinuria. Se realizan estudios por imágenes, donde se identifica nefrocalcinosis y quiste simple, completando diagnóstico de Acidosis Tubular Renal tipo I (ATR I). Se inicia tratamiento con mejoría clínica y de laboratorio.

CONCLUSIÓN:

Consideramos que es importante destacar la forma de presentación clínica de esta paciente, con Hipotiroidismo y ATR I poco frecuente en niños, mientras que los adultos pueden presentar ATR I asociada a *Snd de Sjögren* e hipertiroidismo, debiendo investigar trastornos tubulares en los pacientes con alteraciones tiroideas en la infancia y adolescencia, ya que el diagnóstico temprano mejora el pronóstico de la enfermedad.

RESPUESTA A CICLOFOSFAMIDA Y NUEVO DESAFÍO CON CORTICOIDES EN SINDROME NEFROTICO IDIOPATICO CORTICORESISTENTE

PO 56

Masso D.¹; Arrua A.²; Ripeau D.³; Isern E.⁴; Vazquez L.⁵

SERVICIO DE PEDIATRÍA, SECCIÓN NEFROLOGÍA,
HOSPITAL POSADAS^{1 2 3 4 5}
<diana_masso@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

30 % de los pacientes (ptes) con Síndrome Nefrótico idiopático (SN) son cortico resistentes (CR), se discute el uso de Ciclofosfamida (CFF) vía oral (vo) como tratamiento (Tto).

OBJETIVO:

Evaluar la respuesta al Tto con CFF y corticoides post CFF en SNCR.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo de ptes. con SNCR entre 1974 y 2011. Definición de SNCR proteinuria > 50 mg/kg/día con 4-6 semanas (s) de Tto. continuo (TC) y 4-6 (s) de intermitente (TI) con prednisona (PDN); y desde el 2000 además 3 pulsos de Metilprednisolona IV a 20-30 mg/kg/dosis. Inicial (SNCRI) sin respuesta en 1° episodio. Posterior (SNCRP) cortico sensible inicial, CR en su evolución. Se realizó CFF vo 2 mg/kg/día 8-24 (s) y luego PDN vo a 60 mg/m²/día TC 4-6 s (CCPCFF), a los resistentes a CFF (CFFR), Criterios de inclusión: ptes. > 1 a < 19 a con SNCRI o SNCRP seguidos en nuestro servicio, tratados con CFF vo 2 mg/kg/día ≥ de 8 s. con o sin PBR. Histología: Esclerosis Focal y segmentaria (EFS), Esclerosis Focal y Global (EFG), Cambios Mínimos (CM) y Glomerulonefritis proliferativa mesangial

(GNPM). Criterios de exclusión: Nefropatía Membranosa, falta de datos para seguimiento

RESULTADOS:

De 87 ptes con SNCR, incluimos 68, edad X: 5,7 años (r:1a-18a), sexo M/F 46/22, Clearance de Creatinina (ClCr) X: 112 ml/min/1,73 (r:50 a 248). Se realizó PBR en 60 ptes 45/60 (75 %) EFS o EFG, 9/60 (15%) CM, 6/60 (10%) GNPM. En cuanto al tipo de PBR, 46/68 (67%) eran CRI y 22/68 (32%) CRP. Luego de una mediana de Tto de 16 s (r: 8 a 24) con CFF, 37/68 (54%) remitieron (total 32 y parcial 5) y 31/68 (46%) no remitieron (CFFR). A 27/31 ptes CFFR se indicó CCPCFF, 16/27 (59%) respondieron. Obtuvimos una respuesta total a CFF y CCPCFF en 53/68 (78%) de todos los SNCR. La tasa de respuesta fue de 71% (33/46) en los CRI y de 90% (20/22) en los CRP y del total un 71,4 % fueron Esclerosis Focal. Luego de un tiempo de seguimiento X 8 años (r: 4,3 m a 25 a) 51/65 (78%) tenían ClCr > 90 ml/min/1,73, 7/65(11%) entre 90-30 y 7/65(11%), <30 y 2 transplantados. El 63 % de los ptes estaba sin proteinuria, el 17% con proteinuria significativa y el 20 % en rango nefrótico.

CONCLUSIONES:

En nuestra cohorte de pacientes se logró una alta tasa de respuesta a la ciclofosfamida, la cual se incrementó ante un nuevo desafío con corticoides, por lo cual sugerimos su uso como 1ra opción en el SNCR.

A PROPÓSITO DE TRES CASOS, ESCLEROSIS PERITONEAL EN DIALISIS PERITONEAL. FALLA DE ULTRAFILTRADO DE PACIENTES EN EDAD PEDIÁTRICA

RPD 57

Barbagelata E.¹; Piantanida J.²; Wainberg E.³;
De Matteo E.⁴; Vallejos G.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{2,3,4,5}
<barbagelataeliana@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La diálisis peritoneal (DP) es una modalidad dialítica utilizada frecuentemente en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica terminal. La esclerosis peritoneal (EP) es una complicación grave de la DP con la consecuente pérdida de la capacidad de ultrafiltración. Objetivo: identificar precozmente a los pacientes en riesgo de padecer EP, y evaluar medidas de prevención.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Paciente B. V. ingresa a los 8 meses de vida a DPA, IRCT secundario a uropatía, peso 8 kg diuresis residual 500 ml, UF 200 ml, TEP alto transporte, Intercurrencias: 1) peritonitis sin rescate de germen, TTO ATB intraperitoneal, 2) 4 meses después, dificultad en la dinámica de DP se recambia cánula por laparoscopia observándose bridas intraabdominales, TTO enalapril, corticoide. 3) luego de 6 meses, peritonitis por cándida, asociada a dermatitis en la pielostomía, TTO ATB, se extrae catéter, pasa a hemodiálisis HMD. 4) inserción cánula de DP se constata hemoperitoneo, alteración de la dinámica DP, por laparoscopia se observa catéter e intestino

encapsulado, Biopsia peritoneal (11 meses de DP): escasas cel. Mesoteliales áreas de fibrosis. Paciente G. S. edad 20 meses, en IRCT secundaria a Sme nefrótico congénito; peso 9 Kg, anuria, TEP Alto transporte, realiza DPA con UF 500 ml, buena tolerancia. Un año después, comienza con anemia, aumento de requerimiento de EPO, hipoalbuminemia, vómitos, descenso de peso, disminución de UF, pasa a HMD, se realiza biopsia de peritoneo (15 meses DPA) adelgazamiento de capa de células mesoteliales, abundante áreas de fibrosis), como antecedente, realizo DPI, peritonitis staf epid, alteración de UF, hemodiálisis. Paciente P.J. ingresa a DPI con diagnóstico de IRA secundario a SUH D+, antecedente peritonitis, suspende DPI cambia a HMD, 4 meses después pasa DPCA, peso 10 Kg diuresis residual 200 ml, UF escaso 200 ml TEP promedio alto, biopsia de peritoneo (inicio de DPA): proceso inflamatorio, cél. mesoteliales sin alteraciones, fibrosis leve.

CONCLUSIONES:

Los tres casos presentados muestran diferentes grados de fibrosis peritoneal hasta la EPE aun a corto tiempo de iniciada la DP, los pacientes que realizaron DPI anteriormente pueden ingresar a DPC con leve fibrosis peritoneal, la falla de UF se observa en estadios tempranos de fibrosis peritoneal.

RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES EN PACIENTES CON NEFRITIS DE SCHONLEIN HENOCH

RPD 58

Becchio J.¹; Isern E.²; Pellegrini M.³; Massó D.⁴;
Vazquez L.⁵

SERVICIO DE PEDIATRÍA, SECCIÓN NEFROLOGÍA,
HOSPITAL POSADAS^{1,2,3,4,5}
<jor875_si@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Púrpura de Shonlein Henoch (PSH) es la vasculitis sistémica mas común en niños, el compromiso renal ocurre en 30-60%, siendo leve en la mayoría de los casos, progresando a fallo renal terminal 3%, superando 38% en nefritis severa. Objetivo: evaluar respuesta al tratamiento con corticoides en pacientes con nefritis por PSH (NPSH) moderada a severa según el protocolo propuesto por NIAUDET y col. en 1998.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo. Población 17 pacientes con NPSH severa de un total de 101 con nefritis (1976-2011). Se realizo PBR a los que presentaban proteinuria persistente ≥ 30 mg/kg/d. Criterios de inclusión: Pacientes con síndrome nefrótico (SN) o proteinuria ≥ 50 mg/kg/día, y/o PBR con proliferación endo y extracapilar con semilunas >50 % de los glomerúlos. Criterio de exclusión: falta de seguimiento. Protocolo de tratamiento: tres pulsos de metilprednisolona 1gr/1,73 m² EV, días alternos, luego prednisona VO 30 mg/m²/d por 1 mes, 30 mg/m² días alternos por 2 meses y 15 mg/m² por 2 semanas.

Se administró Ciclofosfamida 2 mg/kg/d por 2 meses, a los que no respondieron. Remisión Total: proteinuria <5 mg/kg/d, Tensión Arterial (TA) normal y Clearance de Creatinina (CLCr) normal ; remisión parcial: proteinuria <50 mg/kg/d con CLCr normal, no remisión proteinuria >50 mg/kg/d con o sin disminución de CLCr.

RESULTADOS:

de 101 pacientes con NPSH, 17 (17%) cumplían con los criterios de inclusión (8 M/9 F), edad X 8 a (r 3,8 a 14 a), proteinuria pretratamiento X 113 mg/k/d (r25 -475), 4/17 con SN, 6 macrohematuria, 2 HTA, CLCr X 149 ml/min/1,73 (r:23-197) .De 16 PBR, 7/16 (44 %) clase IIIa. Luego de X 4,6 meses (r 7d a 8,6 m) post tratamiento el X de proteinuria bajo a 9 mg/k/d (r 0 a 63); 16/17 (94%) de los pacientes remitieron, 12/17 (71%) totalmente; 4/17 (23%) parcialmente y no remitieron 1/17 (6%). Luego de un seguimiento X 39 meses (r 7 a 117m) todos los pacientes se encontraban normotensos, CLCr normal (media 142 ml/min/1,73) y 15/17 sin proteinuria, con un X 3,7 mg/kg/d (r 0-19 mg/k/día).

CONCLUSIÓN:

Este tratamiento fue efectivo en nuestra población con alta tasa de remisión, ninguno de ellos quedó con caída de CLCr ni proteinuria nefrótica o SN.

RESPUESTA A LA METILPREDNISOLONA ENDOVENOSA EN NIÑOS CON SÍNDROME NEFRÓTICO CORTICORRESISTENTE

RPD 59

Toledo I.¹; Martín S.²; Balestracci A.³; Alvarado C.⁴; Gogorza C.⁵; Careaga M.⁶; Corti S.⁷; Wainsztein R.⁸

HOSPITAL ELIZALDE²³⁴⁵⁶⁷⁸
<maetoledo77@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento inicial del síndrome nefrótico (SN) se basa en la administración de meprednisona vía oral durante 45 días en forma continua y 45 días en forma alterna. Se define corticorresistencia a la falta de respuesta luego de finalizado el tratamiento continuo. Ha sido postulado que la administración de metilprednisolona endovenosa (MPlv) podría modificar la respuesta al tratamiento esteroideo.

OBJETIVO:

Evaluar la respuesta al tratamiento con MPlv en niños con SN corticorresistente.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo. Criterios de inclusión: niños con SN corticorresistente (proteinuria > 50 mg/kg/día + albúmina < 2,5 g/dl luego de 45 días meprednisona oral a 2 mg/kg/día) que recibieron MPlv. Se consignó edad de los pacientes, efectos adversos, proteinuria pre y post MPlv, respuesta a MPlv, tratamiento posterior y al momento del último control: proteinuria, albúmina sérica y función renal. Los datos se expresan como mediana e intervalo.

RESULTADOS:

Se incluyeron 7 pacientes (5 niñas), edad al debut 5,3 (1,1-8,7) años. Proteinuria inicial en 5 pacientes 206 mg/kg/día (61-417), 2 pacientes índice proteinuria/creatininuria de 2,1 y 6. Todos recibieron 3 dosis de MPlv día por medio a 15 mg/kg/dosis. No se registraron efectos adversos durante su administración. Respuesta a MPlv: 1) 1 paciente negativizó la proteinuria pero solo se mantuvo 45 días en remisión, 2) 6 pacientes persistieron con proteinuria masiva: 230,5 mg/kg/día (102-488) en 4 casos y en 2 índice proteinuria/creatininuria de 3 y 4,7. Todos persistieron con albúmina < 2,5 mg/dl, excepto el paciente que negativizó la proteinuria (2,9 mg/dl). Todos recibieron antiproteínúricos (enalapril 0,38 ± 0,08 mg/kg/día asociado en 5 casos a losartan 0,96 ± 0,32 mg/kg/día) y ciclofosfamida. Biopsia: glomeruloesclerosis focal y segmentaria en todos los casos, en dos con predominio de IgM. Luego de 2 (1,35-3) años de seguimiento 5 pacientes se encuentran en remisión y 2 que persisten con SN se encuentran recibiendo ácido micofenólico. Todos presentan filtrado glomerular > 90 ml/min/1,73 m².

CONCLUSIÓN:

La administración de MPlv resultó ineficaz para modificar la corticorresistencia en niños con SN. Un solo paciente remitió pero transitoriamente. En todos los casos fueron necesarias drogas de segunda línea asociadas a antiproteínúricos para inducir la remisión. Estudios con mayor número de pacientes serán necesarios para confirmar nuestros hallazgos.

SÍNDROME NEFRÓTICO CORTICORRESISTENTE: USO DE LA CICLOFOSFAMIDA

RPD 63

Exeni R.¹; Laso M.²; Pérez Y Gutiérrez G.³; Exeni C.⁴; Alvarez K.⁵; Viard M.⁶; Ciancaglini C.⁷; Nava V.⁸; Gomez Pizarro F.⁹

HOSPITAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹
<rexeni@pccc.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Dentro del grupo de niños con Síndrome Nefrótico Primario (SNP), hay un porcentaje cercano al 20% que son corticorresistentes iniciales (CRI). Presentamos nuestra experiencia con pacientes CRI seguidos en el Departamento de Nefrología entre los años 1973 y 2010.

Objetivos

Describir la respuesta al tratamiento con Ciclofosfamida (CF) en pacientes con SNP, CRI atendidos en el Departamento de Nefrología del Hospital Municipal del Niño de San Justo entre los años 1973 y 2010.

Población

Niños entre 1 a 14 años de edad con diagnóstico de SNP, corticorresistentes iniciales.

Material y métodos

Estudio retrospectivo y descriptivo. Se revisaron 74 historias clínicas de pacientes CRI (18%) de un total de 411 pacientes con SNP. Se definió corticorresistencia inicial a la ausencia de remisión de la proteinuria luego de un tratamiento con

meprednisona a 2mg/kg/día en días continuos durante 4 a 6 semanas seguido por tratamiento discontinuo a 1,5mg/kg/día por igual período de tiempo y/o 3 pulsos de Metilprednisolona a 15mg/kg/dosis. Se realizaron 34 biopsias cuyos resultados fueron: 6 lesiones mínimas (LM), 21 Esclerosis Segmentaria y Focal (ESF) y 7 Proliferativa Mesangial (PM). Todos se trataron con Ciclofosfamida como primera opción a 2mg/kg/día por un tiempo entre 8 y 12 semanas, no superando los 180 mg/kg/vida.

Resultados

La respuesta al tratamiento con Ciclofosfamida fue: 38 pacientes (55%) remitieron (CFS) y 30 (45%) fueron resistentes (CFR). Evolución: grupo CFS: 28 se encuentran en remisión; 6 en recaída, 1 fallecido y 3 abandonaron el tratamiento; grupo CFR: 14 en insuficiencia renal crónica, 9 trasplantados, 3 fallecidos y 4 en remisión. No se detectó ningún efecto adverso grave.

Conclusiones

En nuestra experiencia los pacientes corticorresistentes iniciales representan un 18% de los casos de Síndrome Nefrótico Primario. La Ciclofosfamida es una buena opción terapéutica con remisión de la proteinuria en el 55% de los pacientes y sin efectos adversos graves.

SÍNDROME NEFRÓTICO POR DEPÓSITOS DE IGM. A PROPÓSITO DE 6 CASOS

RPD 65

Careaga C.¹; Gogorza M.²; Corti S.³; Alvarado C.⁴;
Martin S.⁵; Balestracci A.⁶; Toledo I.⁷; Cao G.⁸;
Wainsztein R.⁹

HOSPITAL DR. PEDRO DE ELIZALDE¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹
<cmcareaga@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La nefropatía por IgM (NlgM) es una causa infrecuente de síndrome nefrótico (SN) en la infancia. Debe sospecharse en presencia de corticorresistencia o corticodependencia así como de microhematuria persistente, hipertensión arterial o disminución del filtrado glomerular. Se manifiesta como SN clásico, proteinuria, proteinuria-hematuria o microhematuria aislada. Algunos pacientes responden al tratamiento con otros inmunosupresores, principalmente la ciclofosfamida, asociado a corticoides e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y/o bloqueantes de los receptores. La patogénesis de la NlgM, no es clara, se postulan tanto anomalías en la función de los linfocitos T, como alteraciones en la depuración de los inmunocomplejos por las células mesangiales.

OBJETIVO:

Describir 6 pacientes con NlgM.

DESCRIPCIÓN DE CASOS:

Presentamos 6 pacientes con NlgM con características

clínicas particulares tales como hipertensión arterial, microhematuria, caída del filtrado glomerular y síndrome de Fanconi. Cinco fueron corticorresistentes y uno recaeró frecuente. En el último control 4 se encontraban en remisión y 2 con caída de filtrado glomerular.

CONCLUSIÓN:

Nuestros pacientes presentaron hallazgos inusuales para un SN a cambios mínimos. Cinco de ellos fueron corticorresistentes y en todos se debió realizar punción biopsia renal para implementar tratamiento con drogas inmunosupresoras de segunda línea.

El diagnóstico de NlgM se realiza a través de la inmunofluorescencia, ya que la microscopía óptica puede demostrar cambios glomerulares semejantes a la enfermedad por cambios mínimos, hiperplasia mesangial o esclerosis focal y segmentaria. En la inmunofluorescencia los depósitos de IgM adquieren un patrón granular y mesangial, global, o segmentario y difuso. En general la IgM no coexiste con otras inmunoglobulinas, pero de hacerlo esta debe ser la prevalente.

Debe recordarse a la NlgM como causa infrecuente de SN en pediatría, especialmente en aquellos pacientes con características clínicas particulares y/o corticorresistencia.

SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH): RELACIÓN ENTRE GRADO DE COMPROMISO RENAL Y REQUERIMIENTO TRANSFUSIONAL

PO 66

Lombardi L.¹; Bresso P.²; Cobeñas C.³; Rahman R.⁴;
Spizzirri A.⁵; Suarez A.⁶; Ruscasso J.⁷; Amoreo O.⁸;
Zalba J.⁹

HOSPITAL NIÑOS LA PLATA¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹
<lombardilau@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La anemia hemolítica en el SUH es el resultado del daño mecánico que sufren los glóbulos rojos al pasar a través de la microvasculatura renal con microangiopatía trombótica. Pese a que la gravedad de la enfermedad no está determinada por la intensidad de la anemia, intentamos establecer la correlación entre severidad del fallo renal y el requerimiento de transfusiones de glóbulos rojos sedimentados (TGRS)

OBJETIVOS:

Analizar la relación entre grado de compromiso renal y severidad de la anemia medida por el requerimiento transfusional

MATERIALES Y MÉTODOS:

Analizamos retrospectivamente pacientes con SUH atendidos entre enero de 2007 y diciembre de 2011. De acuerdo al número (n°) de días de diálisis los pacientes fueron divididos en: grupo I (sin diálisis), grupo II (1-10 días) y grupo III (>11 días). Se evaluó el n° de TGRS requerido durante la internación.

RESULTADOS:

Se analizaron 146 pacientes. La edad al ingreso fue de x: 3,26 años (0,5-13). Ochenta y tres (56,8%) fueron mujeres. Se requirieron un total de 227 TGRS en los 146 pacientes (1,55 TGRS/paciente), divididos de la siguiente forma: grupo I 85 TGRS en 76 pacientes (1,1 TGRS/paciente); grupo II 48 TGRS en 30 pacientes (1,6 TGRS/paciente); grupo III 94 TGRS en 40 pacientes (2,35 TGRS/paciente).

Comparamos el requerimiento transfusional del grupo I (85/76) vs. grupo II (48/30), del grupo II (48/30) vs. grupo III (94/40) y grupo I (85/76) vs. grupo III (94/40), siendo la diferencia significativa solamente para esta última (P: 0,2; P: 0,19 y P <0,005, respectivamente).

CONCLUSIÓN:

Los resultados de nuestro análisis retrospectivo demuestran que el grupo que mayor número de TGRS requirió fue el que presentó severo compromiso renal (11 o más días de diálisis). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos sin diálisis y el que requirió entre 1 y 10 días de diálisis así como tampoco comparando los 2 grupos que requirieron diálisis.

APARENTE EXCESO DE MINERALOCORTICOIDES. REPORTE DE UN CASO

RPD 67

Blazquez J.¹; Alonso G.²; Raddavero C.³; Ghezzi L.⁴

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4}
<juliana.blazquez@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCION

El aparente exceso de mineralocorticoides es un síndrome caracterizado por presentar hipertensión, alcalosis metabólica hipokalémica e inhibición del eje renina-angiotensina-aldosterona.

Puede ser adquirido o congénito. Ambos debidos al defecto de la enzima 11hidroxiesteroide deshidrogenasa tipo 2 la cual convierte el cortisol en su metabolito inactivo la cortisona, generando un aumento de la exposición del cortisol al receptor de mineralocorticoides renal.

OBJETIVO

1. Reconocer en forma precoz esta patología poco frecuente.
2. Pensar en esta causa ante un paciente con hipertensión y alcalosis hipokalémica.

CASO CLINICO

Paciente de 10 meses de edad, sexo masculino que es derivado a nuestro hospital por presentar retraso del crecimiento y de pautas madurativas, polidipsia, hipotonía y alcalosis metabólica hipokalémica.

Antecedentes personales: RNPT (36 semanas), RCIU, placenta envejecida. Internado en neonatología por dificultad respiratoria con requerimientos de oxígeno durante 5 días. Durante la internación, además se detecta hipertensión arterial.

Se solicita ecografía renal que informa riñones con ecoestructura heterogénea, acentuada hiperecogenicidad medular y grosor cortical conservado compatible con nefrocalcinosis bilateral.

En la valoración cardiológica se detecta hipertrofia de ventrículo izquierdo.

Dosaje de renina y aldosterona disminuidos. Cortisol plasmático normal.

Ante la sospecha de un Aparente exceso de mineralocorticoides se decide comenzar tratamiento con dexametasona 1,5 mg/kg/día.

El paciente continuó con seguimiento ambulatorio con escasa progresión pondoestatural, mejoría de los registros de tensión arterial y de los valores de laboratorio.

Tanto los padres como el paciente realizaron el examen genético para confirmar el diagnóstico el cual informó la presencia de una mutación heterocigota en el gen HSD11B2 en todos los integrantes de la familia.

CONCLUSION

El aparente exceso de mineralocorticoides es una patología muy poco frecuente que debe pensarse en pacientes que presenten hipertensión arterial y alcalosis metabólica hipokalémica acompañada de retraso del crecimiento.

Es importante su diagnóstico y tratamiento precoz para evitar que el paciente llegue a la insuficiencia renal crónica terminal.

RIESGO DE ENFERMEDAD RENAL E HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) EN NIÑOS DE BAJO PESO AL NACER (BPN)

PO 68

Steinbrun S.¹; Ludman A.²; Pompozzi L.³; Briones L.⁴

HTAL GARRAHAN^{2,3,4}
<vinivinci@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El BPN afecta el desarrollo renal, con registros de HTA, disminución del volumen renal (VR) y alteración en la función renal (FR) desde la niñez.

OBJETIVO:

Evaluar injuria renal e HTA en niños nacidos con menos de 1500g (NBPN).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, transversal de prevalencia (recolección datos prospectiva). NBPN y grupo control (GC) (RNT/PAEG) entre 5 y 10 años. Se analizó: peso (p), talla (t), IMC, superficie corporal (SC), TA consultorio, ecografía renal. Laboratorio: orina completa (OC), índice de proteinuria/creatininuria (I P/C), creatinina (Cr) y urea (U) plasmáticas. Cálculo de filtrado glomerular (FG) por Schwartz. Presurografía ambulatoria (MAPA) sólo en GBPN.

RESULTADOS:

Se incluyeron 76 NBPN y 72 RNT/PAEG. Antropometría: Similar en ambos grupos. TA consultorio: Diferencias significativas en TA sistólica (TAS) y diastólica (TAD) entre GBPN y GC ($p < 0,00001$ y $p < 0,00001$ respectivamente). Prehiperten-

sión (PREHTA) en GBPN 25% e hipertensión (HTA) 9,21%. Asociación significativa entre ser BPN y presentar PREHTA e HTA ($p < 0,0001$ y $p = 0,008$). FR: niveles Cr y U mayores en GBPN que en GC ($p < 0,01$ y $p < 0,0004$). El FG mayor en los NBPN ($p < 0,038$), sin asociación entre BPN e hiperfiltración ($p = 0,98$). Un NBPN con FG 68,8 ml/min/1.73m² ($p = 0,51$). Todos presentaron OC normal e I P/C sin diferencias significativas ($p = 0,17$). VR: Aumento de la ecogenicidad renal en dos NBPN (3%). Los VR derecho (VRD) y total (VRT) fueron menores en GBPN ($p = 0,05$ y $p = 0,05$). NBPN: la relación VR/t aumentada en 21/74 (28,37%) y VR/SC en 32/74 (43%). GC: Aumento de la relación VR/t y VR/SC en 25/72 (34%) y en 42/72 (58%) respectivamente. Sin asociación entre BPN y disminución del VR/t y VR/SC ($p = 0,40$ y $p = 0,068$). MAPA: $n = 73$. Alteraciones halladas 34,25% (25/73): PREHTA en 16,44% (12/73) e HTA 17,81% (13/73). Asociación entre IMC aumentado e HTA ($p = 0,004$) y no entre PREHTA-IMC ($p = 0,73$). Ritmo circadiano (RC) alterado 28,77% (21/73). Asociación entre RC alterado e IMC ($p = 0,006$).

CONCLUSIÓN:

Ser BPN se asocia con HTA. El VRT es menor en NBPN que en RNT/PAEG pero ajustado a su t o SC no hay diferencias. Los NBPN presentan niveles de Cr, U y FG mayores que los RNT/PAEG. La frecuencia de alteraciones halladas en el MAPA es superior a la descripta en la población normal.

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (CV) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC)

PO 69

García Chervo L.¹; Napoli N.²; Bravo M.³; Briones L.⁴; Adragna M.⁵

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

INTRODUCCION

La enfermedad CV es causa de morbi-mortalidad en pacientes (p.) con ERC. A los factores de riesgo tradicionales se suman anemia, sobrecarga hídrica, hiperparatiroidismo secundario, hiperhomocistinemia, inflamación crónica y stress oxidativo. Las anomalías ventriculares como la hipertrofia y disfunción ventricular izquierda (VI) y las vasculares: rigidez arterial, engrosamiento medio íntimo carotídeo (GMI) y calcificaciones coronarias son marcadores tempranos de miocardiopatía y aterosclerosis.

OBJETIVOS

Evaluar el compromiso cardiovascular y sus potenciales factores de riesgo.

MATERIAL Y METODO

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Pacientes (p) con ERC con Cl. de creatinina ≤ 60 ml/min/1,73m² con y sin diálisis. Se realizó ecocardiograma y ecografía doppler color vasos del cuello (GMI), datos antropométricos, laboratorio y TA.

RESULTADOS

En 62 p. se realizaron 52 ecocardiogramas y 44 ecodoppler

color. 38 p. completaron ambos. Todos: laboratorio, TA y antropometría. 52 % varones, mediana edad: 12,53 años (r 1,33-17,08) y peso 27,75 Kg (r 6,8-74). Causas de ERC: 56% malformaciones estructurales, 24% glomerulares. Tiempo medio ERC: 83,16 meses (DS $\pm 6,79$) y 78 % (45 p.) realizaban diálisis: mediana 19 meses (r: 1-127) GMI aumentado: 86 % (38 p.) íntima irregular: 3 p. Peso de la masa de VI aumentado: 40 % (21 p.). Disfunción diastólica (DD): 36 % (19 p.) Calcificaciones: 4 p.: 2 p. aórticas, 1 p. mitral y 1p. subendocárdicas. [P-] y CaxP se asociaron con aumento de la masa ventricular (p 0,02- RR 2,3- IC 1,07-5) y (p 0,03-RR 2,4 IC 1,05-5,7 respectivamente). Hiperfosfatemia se asoció con aumento del GMI (p 0,04 RR 1,27 IC 1,04-1,57). Aumento masa VI y diálisis asociados con DD (p 0,05- RR 1,91 IC 1-3,6) y (p 0,03-RR 1,36 IC 1,05-1,74). Hb baja y remodelamiento VI (p 0,03- RR 1,5 IC 1,05-2,15). Tiempo ERC y GMI aumentado (p 0,04) y tiempo en diálisis (TD) y calcificaciones (p 0,006), PTH elevada (p 0,05), DD e HTA (p 0,04). PTH elevada asociada a GMI aumentado (p 0,02).

CONCLUSIONES

Alteraciones fosfofólicas se asociaron a elevada masa VI y GMI aumentado. GMI a mayor tiempo de ERC. TD se correlacionó con DD, PTH elevada, calcificaciones e HTA no con edad cronológica. Nefropediatra debe detectar precozmente a los p. con ERC, acortar TD (trasplante renal) y revalorar manejo fosfofólico.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE SINDROME NEFRÓTICO A CAMBIOS MÍNIMOS EN UN PACIENTE DE 4 MESES

RPD 70

Quijada N.¹; Juncos C.²; De La Prida P.³; Becco M.⁴; Pacheco C.⁵

HOSPITAL INFANTIL CÓRDOBA^{1,2,3,4,5}
<naquija@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

El síndrome nefrótico (SN) es una de las patologías nefrológicas más frecuente en pediatría y se caracteriza por edema, oliguria, proteinuria, hipoalbuminemia e hipercolesterolemia. Puede ser 1° o 2° y puede estar causado por diversas lesiones histológicas.

El SN en el menor de 1 año forma parte de un heterogéneo grupo de alteraciones de distinta etiología, evolución, clínica y pronóstico. Se clasifica en SN congénito (SNC) si la aparición es en los primeros 3 meses y SN infantil entre los 3 y 12 meses de vida.

El tipo finlandés es el más conocido de los SNC. Otra entidad asociada a SN en menores de 1 año es la esclerosis mesangial difusa. Menos frecuentes se registran en la literatura las otras causas de SN, la enfermedad por cambios mínimos, GNFS y GNM.

OBJETIVOS

Presentar un niño de 4 meses con SN por enfermedad a cambios mínimos, de baja incidencia, teniendo en cuenta la edad del paciente.

CASO CLÍNICO

Niño de 4 meses producto de un 3° embarazo normal RNPT/

AEG. Ingresó por BQL (VRS+) y NAC, evoluciona a Shock séptico con fallo renal moderado, requiere ARM 6 días y ATB. En UTI presenta edema generalizado, con aumento de peso, diuresis conservada con Furosemida e hipoalbuminemia (2,2) y proteinuria en muestra aislada (4+). Se amplían estudios: Proteinuria 3,35g/L – Creatinuria 5,23 mg/dl (Coc Up/Uc=64.05), perfil lipídico (CoLT 291 TGC 536 HDL 61 LDL 124), C3 C4 normal, serología (-). Eco: riñones con parénquima hiperecogénico y atenuación de la relación corticomedular. Biopsia Renal compatible con enfermedad glomerular mínima.

DISCUSIÓN

El SN en menores de 1 año es excepcional. El trastorno es heterogéneo, se debe a entidades de características histopatológicas distintas, con respuesta a tratamiento, evolución, y mortalidad diferentes.

Los niños cuyo SN se expresa antes del 4° mes tienen mal pronóstico, morfológicamente sus lesiones se relacionan con esclerosis mesangial difusa o el tipo finlandés y fallecen precozmente. Los menores de 1 año con GNFS o cambios mínimos -nuestro caso-, se comportan como los de edades posteriores. Esta última representa la forma histológica más frecuente, se presenta entre los 2 y 6 años, siendo rara en menores de 1 año, más del 90% son corticosenesible de lo cual depende el pronóstico.

EPIDEMIOLOGIA DE BIOPSIAS RENALES EN HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA PERIODO 2008-2011

RPD 71

Flores A.¹; Salim R.²; Maita H.³; Gilbert T.⁴; Saurit M.⁵; Burgos V.⁶; Ramirez A.⁷

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA^{1,2,3,5,6,7}; RENNIUS SA⁴
<teresitaflores@arnet.com.ar>

OBJETIVO:

Demostrar la incidencia y distribución según edades de las patologías diagnosticadas a través de biopsia renal en el servicio de nefrología pediátrica desde 2008 a 2011.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se evaluaron los informes de pacientes a los que se les realizó punción biopsia renal, evaluadas por microscopía óptica e inmunofluorescencia (MO e IF) según criterios. Se utilizaron gráficos estadísticos mediante diagrama de barras estableciendo periodos de 4 años (desde los 0 hasta los 17 años) y diagrama de sectores.

RESULTADOS:

En un total de 34 biopsias renales realizadas encontramos los siguientes resultados: Glomerulonefritis lúpica n=9 (clase II n= 1 (11%), clase II B: n=3 (33%), clase IV n= 4 (44%), clase V n= 1 (11%); esclerosis focal y segmentaria n= 2; hiper celularidad mesangial n=9; nefropatía por Clq n=1; GMN proliferativa endocapilar n= 2 y extracapilar n=2; GMN membrano proliferativa n=3; GMN a cambios mínimos n=2; nefropatía por IG A n=2, GMN 2° a púrpura anafactoide (Clase I)n= 1 y necrosis tubular nefrotóxica.

CONCLUSIÓN:

En nuestro servicio la patología más frecuentemente diagnosticada mediante biopsia renal a pacientes de 0 a 8 años fue Hiper celularidad mesangial y de 8 a 16 años la GMN Lúpica, siendo casi la mitad de esta población GNL tipo IV.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE MIELINOLISIS PONTINA Y EXTRAPONTINA EN UNA NIÑA DE 11 AÑOS DE EDAD CON SINDROME NEFROTICO

RPD 72

Quijada N.¹; Juncos C.²; De La Prida P.³; Becco M.⁴; Pacheco C.⁵

HOSPITAL INFANTIL CÓRDOBA^{1,2,3,4,5}
<naquija@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La mielinólisis pontina central (MPC) es una condición caracterizada por un daño neurológico causado por la destrucción de las vainas de mielina en el centro de la protuberancia; se pueden encontrar lesiones similares en otras regiones. Existe una asociación clínica de MPC con estados de hiponatremia y su rápida corrección. Su etiología es desconocida, se observa en pacientes con enfermedades crónicas acompañadas de desnutrición o desequilibrios hidroelectrolíticos.

OBJETIVO

Presentar una niña de 11 años con SN e hiponatremia, en quien se diagnosticó una MPC.

CASO CLÍNICO

Niña de 11 años con SN en tratamiento con corticoides, ingresa por vómitos incoercibles y DSH LBT: pH 7,49; CO2 24,6; HCO3 18,5; Na 99,8; K 2,67, se corrige hipotatemia, se indica hidratación con Na a 6mEq/kg/día. Control (11hs) Na 103 y K 3,5, continúa con ClNa a 6 mEq/kg/día. Control (22hs) Na 122, se indica plan con ClNa 4mEq/Kg/día. Control (48hs): Na 125, se indica alta hospitalaria. A los 4 días comienza con ataxia, disartria, temblor e hipertonia y espasticidad. Al EF: Hipertonía generalizada, hiperreflexia,

abasia. Vigil conectada. Se realiza LBT compatible con SN, PL y TAC normal. RMN compatible con mielinólisis pontina y extrapontina.

La paciente permaneció internada por 20 días con favorable evolución clínica, a los 4 meses se repite RMN que no muestra secuelas.

DISCUSIÓN

La MPC es una patología infrecuente; existen pocos casos publicados en niños.

La protuberancia tiene una susceptibilidad especial a cambios metabólicos agudos, a la rápida corrección de la hiponatremia e hiperosmolaridad.

Las manifestaciones neurológicas reflejan daño en las diferentes vías anatómicas, con cuadriparesia espástica y parálisis pseudobulbar (disartria). Las vías sensitivas y la conciencia no se afectan (síndrome de desaferentación). La evolución es fatal en el plazo de 2 a 3 semanas, aunque algunas veces, como en este caso, se observa remisión del cuadro clínico.

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico; sin embargo, mediante TAC de alta resolución y RMN se puede realizar este diagnóstico en pacientes con manifestaciones clínicas compatibles.

La MPC es una emergencia que requiere hospitalización, No existe un tratamiento específico de la enfermedad, solo de soporte. La prevención es fundamental, la reposición del sodio se debe llevar a cabo con cautela.



TRANSICIÓN DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DE CUIDADOS PEDIÁTRICOS A ADULTOS. GRUPO DE TRABAJO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA SAN FILIAL SALTA

RPD 73

Opción a premio

Flores A.¹; Salim R.²; Saurit M.³; Maita H.⁴; Burgos V.⁵; Ramirez A.⁶

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA^{1 2 3 4 5 6}
<teresitaflores@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La etapa de transición de pacientes de cuidados pediátricos a adultos constituye un desafío con el cual los nefrólogos infantiles y de adultos se enfrentan. Esta realidad convocó al Grupo de Trabajo de Nefrología Pediátrica de la SAN a realizar este estudio.

OBJETIVO:

Evaluar los pacientes en edad de transición para identificar fortalezas y debilidades de este proceso en un Centro Nefrológico de Salta.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se incluyeron 12 pacientes en edad de transición (14 a 24 años) con diagnóstico de IRC en terapia sustitutiva renal tratados en los últimos 5 años en el centro Rennis SA. Estudio retrospectivo, cualitativo y cuantitativo.

RESULTADOS:

Las etiologías de IRC fueron: Uropatía n=1 GEFyS=1 Poliquistosis renal n=2 GNRE n= 2, LES n=2, Vasculitis n= 2, SUH n= 1 Edad de inicio de terapia sustitutiva renal: entre los 5 y 15 años. Edad de transición: entre los 16 a 18 años. Pacientes transplantados: 4, continúan en DP: 6, dos en HD. Al evaluar mediante

observación participativa a este grupo se detectaron: A. Fortalezas 1) Niños y padres con contacto previo con los especialistas de adultos, ya que son parte activa del equipo de trabajo. 2) Técnicos de diálisis del grupo con entrenamiento en manejo pediátrico y adulto. 3) Reunión semanal con Equipo multidisciplinario con participación de ambas especialidades interiorizadas con las evoluciones de los pacientes. Debilidades 1) Falta de competencias del paciente para el autocuidado. 2) Baja adherencia al tratamiento sustitutivo empleado. 3) Dificil manejo del paciente en etapa de crisis, con entorno social débil. 4) Cansancio de padre y paciente, debido al aumento de sobrevida en IRC. 5) Diferente manejo del niño-padre-pediatra versus adolescente-padre-clínico hasta lograr la relación médico-paciente. Discusión A pesar de que las fortalezas son importantes en la etapa de la transición, encontramos que algunas debilidades generaron el momento oportuno para iniciarla. Los pocos estudios publicados no destacan esta característica como positiva.

CONCLUSIÓN:

Consideramos necesario establecer normas y lineamientos multidisciplinarios para aplicar en la etapa de transición adaptada a cada grupo de trabajo. Se torna indispensable así, establecer una comunicación fluida entre la especialidad Nefrología Pediátrica y de Adultos, que no son más que los protagonistas acompañantes en la línea de la vida del paciente, en el transcurrir de su enfermedad renal crónica.

TUBERCULOSIS EN RECEPTORES DE TRANSPLANTE RENAL

RPD 74

Bravo Diaz V.¹; Di Pinto D.²; Sarkis C.³; Monteverde M.⁴; Ibáñez J.⁵

HOSPITAL GARRAHAN^{1 2 3 4 5}
<veritobravo78@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes receptores de un trasplante de órgano tienen mayor riesgo de desarrollar infecciones que la población general. La tuberculosis (TBC) es una infección severa en ellos. Algunos estudios señalan que receptores de un trasplante renal (TxR) tienen entre 20 a 100 veces más riesgo de desarrollar TBC que la población general.

OBJETIVO:

El propósito de este estudio fue realizar una evaluación retrospectiva de la prevalencia, forma clínica de presentación, baciloscopia, tratamiento y evolución que presentaron receptores de un TxR con diagnóstico de TBC en el post TxR.

MÉTODO:

Es un estudio descriptivo de una serie de casos realizado en un único centro de TxR pediátrico.

RESULTADOS:

Entre Dic-88 y Mar-12 640 pacientes (pac) recibieron un TxR. En 7 de ellos (1,09%) se diagnosticó TBC en el post TxR. Habían recibido un injerto proveniente de un dador cadavérico 5 pac. y de un dador vivo relacionado 2 pac. La edad media al TxR fue de 9,2 + 4,8 años y el tiempo post Tx

del diagnóstico de TBC fue de 44,6 + 30,4 meses. La inmunosupresión de mantenimiento al diagnóstico fue: esteroides más Ácido micofenólico/Azatioprina en los 7 pac, asociado a un inhibidor de la calcineurina en 5 y Rapamicina en 1. Terapia de inducción habían recibido 6 pac. La sintomatología predominante fue la fiebre presente en 6 pac., dolor abdominal en 1 pac. y úlcera en piel en 1 pac. La localización fue: pulmonar en 5 pac., pulmonar e intestinal 1 pac. y cutánea en 1 pac. La baciloscopia directa fue negativa en todos los casos y el cultivo positivo en el 100% para *Micobacterium tuberculosis* sensible a Isoniazida, Pirazinamida, Rifampicina y Etambutol. El tratamiento efectuado fue inicialmente con 4 drogas hasta tener la sensibilidad de la micobacteria y luego se continuó con 3 drogas. En todos los casos se disminuyó la inmunosupresión. En la evolución persistieron febril por 28 + 25 días. No se registraron episodios de co-infección, pérdida del injerto ni rechazos. La sobrevida de los pac. fue del 100% a 39,8 + 21,6 meses de seguimiento. No se registró recidiva de la enfermedad.

CONCLUSIÓN:

La prevalencia de TBC en nuestra población de receptores de TxR es similar a la publicada en la bibliografía internacional. La respuesta al tratamiento instituido fue satisfactoria. La persistencia de la fiebre por tiempo prolongado fue el único síntoma que lo diferencia de la de la población general.

GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA (FSGS): RECURRENCIA LUEGO DEL TRASPLANTE (TX) EN UN CENTRO DE TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO DURANTE EL PERIODO 2002-2012

RPD 75

Raddavero C.¹; Blazquez J.²; Almeida J.³;
Contreras M.⁴; Coccia P.⁵; Ferraris V.⁶; Ghezzi L.⁷;
Ferraris J.⁸

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, NEFROLOGIA PEDIATRICA¹²³⁴⁵⁶⁷⁸
<claudia.raddavero@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

La FSGS es la principal causa de Sme Nefrótico Corticorresistente Idiopático en la población pediátrica, pudiendo evolucionar a la IRCT. La recurrencia de FSGS luego del Tx renal es aproximadamente del 30%, con importante disminución de la sobrevida del injerto. El tratamiento con plasmaféresis (PP) y rituximab (Rx) podría reducir el riesgo de recurrencia.

OBJETIVO:

Describir nuestra experiencia en la recurrencia de la FSGS luego del Tx renal durante el periodo 2002-2012, comparando la evolución de 9 niños divididos en 2 grupos,

según el tratamiento recibido. Grupo 1: PP + Rx vs Grupo 2: PP. Resultados en tabla.

Presentaron recurrencia post trasplante de la FSGS el 77% de los pacientes estudiados.

En el grupo que utilizó Rx (Grupo 1) previo al Tx la recurrencia fue menor y se requirió un menor número de sesiones de PP. La negativización de la proteinuria fue más tardía en el Grupo 2.

No se observaron efectos adversos importantes en los pacientes que recibieron Rx durante su tratamiento y posterior seguimiento.

El FG al año post tx fue superior en el Grupo 1. Se registró la pérdida del injerto secundaria a recurrencia de FSGS a los 15 meses post Tx en 1 paciente del Grupo 2.

CONCLUSIONES:

el Rx es un tratamiento seguro que parecería, junto a la PP, disminuir la recurrencia de la FSGS pos tx renal en niños.

	Grupo 1 PP + Rx n: 5	Grupo 2 PP n:4
Edad debut FSGS	7,8 años (2-10)	5,3 años (1,5-11)
Edad tx	12,8 años (9-19)	10 años (6-14)
Dador vivo relacionado	60%	50%
Sesiones de pp	22,4 sesiones (14-30)	30 sesiones (20-46)
Recurrencia FSGS	60%	100%
Negativización de proteinuria	24,5 días (1-60)	100 días (30-180)
Filtrado glomerular (FG) al año post Tx.	151 ml/min/1,73m ² (110-206)	83,7 ml/min/1,73m ² (30-114)

DIALISIS PERITONEAL CRONICA (DPC) EN MENORES DE 1 AÑO: NUESTRA EXPERIENCIA

RPD 77

García Chervo L.¹; Steinbrun S.²; Ojeda J.³; Lopez L.⁴;
Diaz Moreno A.⁵; Grosman M.⁶; Hernandez G.⁷;
Mosquera V.⁸; Maldonado S.⁹; Adragna M.¹⁰

HOSPITAL GARRAHAN²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰
<lagchervo@gmail.com>

INTRODUCCION

La DPC es la modalidad dialítica más frecuentemente elegida por los nefrólogos pediatras para tratamiento de la enfermedad renal en su etapa terminal. Sin embargo continúa siendo un desafío en los niños más pequeños.

OBJETIVOS

Reportar los resultados a largo plazo de los niños menores de 12 meses de vida ingresados al programa de DPC en un centro único.

MATERIALES Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

En el periodo comprendido entre 1989 y 2012, 170 pacientes (p.) iniciaron DPC, de los cuales 18 p. eran menores de 12 meses al momento de su ingreso.

RESULTADOS

Se evaluaron 18 p. 5/18 p. eran mujeres. 14 p. (78%) fueron RNTPAEG. Las causas más frecuentes de IRCT fueron: 5/18 p.: hipoplasia renal bilateral, 3/18 p.: válvulas de uretra posterior, 3/18 p.: asfixia perinatal y 2/18 p.: shock hipovolémico. La media de edad al ingreso al programa fue de 8 meses

(DS +/- 0,28) y la media de peso 5,8 Kg (DS+/- 1,5)

La modalidad dialítica al ingreso del programa fue diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) en 15/18 p. La mitad de los p. fueron poliúricos y 2/18 p. eran anúricos.

Aspecto Quirúrgico: el 50 % de los catéteres colocados fueron Tenckhoff rectos, realizándose omentectomía en el 66% de las cirugías. Debieron cambiarse catéteres en 14 p. (78%) siendo la peritonitis la causa más frecuente.

La mediana de la edad de salida del programa fue 45 meses (r: 9-85) con una mediana de peso de 11,325 kilos (r: 6,17-24,8) y una mediana de permanencia de 33,5 meses (r: 3-79)

De los 18 p., 15 p salieron del programa, 80 % de ellos estaban en diálisis peritoneal automatizada (DPA) y 9/15 p. eran anúricos. De los que finalizaron el programa, 8 p. (53 %) recibieron trasplante renal (6 p. de ellos con injerto funcionante en la actualidad) 4 p. fallecieron DPA, 1 p. recuperó función renal, 1 p. en hemodiálisis y 1 p. se derivó a otro centro. Las causas de muerte fueron en 2 p. desconocidas en su domicilio, 1 p. por peritonitis esclerosante y 1 p. por causas respiratorias ajenas a la diálisis.

CONCLUSIONES

Este singular grupo de pacientes presenta algunas características diferentes al resto de la población, con un mayor índice de mortalidad y de complicaciones, no obstante en nuestro grupo, más del 50% pudieron acceder a un trasplante renal exitoso.



A PROPOSITO DE UN CASO DE HIPERTENSIÓN SEVERA POCO HABITUAL EN PEDIATRIA

RPD 79

Contreras M.¹; Blazquez J.²; Almeida J.³; Coccia P.⁴; Ferraris V.⁵; Ferraris J.⁶; Ghezzi L.⁷; Contreras M.⁸

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<maritza.contreras@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

La aparición de valores elevados de TA elevadas en pediatría constituye un reto diagnóstico y terapéutico.

OBJETIVOS:

Describir la presentación de un caso de hipertensión severa en pediatría secundaria a estenosis de la aorta abdominal y sus ramas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 6 años de sexo masculino, derivado de Ushuaia por pediatra de cabecera por registros de hipertensión arterial de 2 meses de evolución. Con adecuado desarrollo pondoestatural peso pc 50/75 y talla pc 75. TA pc > 9, que a los 6, 21 y 24 meses de vida se le realizaron ecografías renales con doppler por presencia de soplo abdominal, informados como normales. Cuatro meses previos presenta faringitis estreptococcica y un mes antes parálisis facial autolimitada, la hipertensión estaba asociada a edema palpebral y de miembros inferiores, artralgias y lesiones purpúricas. Los hallazgos de laboratorio mostraron Anemia (Hto 31,2%), VES 11 mm, pcr 0,3 mg/l, ANCA p y c, FAN, ac antiDNA, anticardiolipinas, y anticoagulante lupico negativos. OC sin microhematuria, spot prot/cr de 0,24 (normal), Rx de tórax

con aumento del índice cardio-torácico, fondo de ojo normal, ecografía abdominal con ecodoppler renal: estenosis bilateral significativa (mayor del 80%). Se realiza la angioTAC tóraco-abdominal que evidencia: Compromiso de la aorta abdominal en su sector proximal que alcanza un diámetro de aprox. 1,4 mm. por una longitud aprox. de 40 mm. Reducción significativa del sector proximal del tronco celiaco y de la arteria mesentérica superior. Estenosis distal de ambas arterias renales. Importante desarrollo de circulación colateral. Ante el diagnóstico presuntivo de enfermedad de Takayasu se realiza hemodinamia que observa estenosis severa y extensa de la aorta abdominal con compromiso de la arteria mesentérica superior y de las arterias renales. Se realiza Ecocardiograma doppler color: diámetros de arterias coronarias y Aorta torácica conservados. Se inicia tratamiento inmunosupresor y aspirina a dosis antiagregantes. sin mejoría clínica. concomitantemente se instaura medicación antihipertensiva. Con estos hallazgos nos planteamos el diagnóstico diferencial con Síndrome de la aorta media.

CONCLUSIÓN:

Los hallazgos obtenidos, la falta de mejoría del paciente sin modificaciones en la angioTC de control nos inclinamos en pensar en que se aleja el dx de Arteritis de Takasayu y que se trataría del Síndrome de la Aorta Media de muy baja frecuencia en pediatría.

CORRELATO ANATOMOCLÍNICO DE NEFROPATÍA POR IGA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

RPD 80

Gomez Pizarro F.¹; Viard V.²; Rigali M.³; Barilari C.⁴; Errante N.⁵; Stump H.⁶; Alberto N.⁷; Nava V.⁸; Laso M.⁹

HOSPITAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<fernandogomezpizarro@yahoo.com.ar>

OBJETIVOS:

Realizar correlato anatómo-clínico y valorar la evolución de pacientes con biopsia renal de Nefropatía por IgA del Servicio de Nefrología del Hosp. del Niño de San Justo desde Enero de 1990 a Marzo 2012.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se revisaron 37 historias clínicas de niños con diagnóstico por biopsia de Nefropatía por IgA entre 1990 y 2012. Se los evaluó al debut, al año y a los 5 años considerando la presencia de hematuria, proteinuria, caída del filtrado glomerular, hipertensión (HTA), tipo de tratamiento y diálisis. Las Biopsias fueron agrupadas en 5 tipos histológicos según las alteraciones glomerulares encontradas.

RESULTADOS:

del total de biopsias renales realizadas en el período estudiado (194), 19 % (n: 37) correspondieron a Nefropatía por IgA, de los cuales el 48,7 % (n: 18) fueron Berger y el 51,3% Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) (n: 19). La edad media de debut y de la realización de biopsia fue de 8 años, (rango de 2 a 16 años, y 3 a 17 años respectivamente). Al

debut presentaron microhematuria (100%), macrohematuria 31/37 (83,8%), proteinuria menor a 30 mg/kg/d: 8/37 (21,6%), proteinuria mayor de 30 mg/k/d; 25/37 (67,5%), caída de filtrado 9/37 (24 %). HTA 4/37 (10,8%), Diálisis 1/37 (2,7%). El 59,4% de las biopsias informaron Proliferación Mesangial Difusa, siguiendo en frecuencia la proliferación intra y extra capilar difusa (16,2%). Ninguno presentó lesiones mínimas. La terapia más utilizada fueron glucocorticoides orales (77,7%) y IECA (89%). De los 31 pacientes, sólo 24 de ellos tuvieron seguimiento al año, y de éstos sólo 6 a los 5 años (13 están en curso y 6 abandonaron seguimiento) Ninguno de los 6 en IRC.

CONCLUSIONES:

De las biopsias estudiadas la proliferación mesangial difusa (59,4%) fue la más frecuente sobre todo en los pacientes biopsiados por hematuria persistente, macrohematuria y proteinuria. La proliferación mesangial intra y extracapilar focal y difusa (13,5% y 16,2% respectivamente) se observó en aquellos con caída de filtrado, proteinuria mayor a 30 mg/kg/ día y GNRP.

Se encontraron algunas biopsias con mayor compromiso histológico en pacientes con menor compromiso clínico inicial. De los datos analizados debut, no se pudo establecer valor pronóstico respecto a la evolución al año, y a los 5 años. Esto se correlaciona con lo hallado en la bibliografía.

PARATIROIDECTOMÍA: EXPERIENCIA EN UNA COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL

PO 81

Fayad A.¹; Vallejo Martínez G.²; Ratto V.³

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

INTRODUCCIÓN

El hiperparatiroidismo severo (HPTs), está asociado con elevada morbimortalidad. La paratiroidectomía (PT), es utilizada para descender los valores de Parathormona (PTH), cuando hay refractariedad al tratamiento médico

OBJETIVO:

Evaluar la eficiencia y eventos adversos pos-paratiroidectomía parcial/total con auto implante muscular, en ERCT e HPTs

MATERIAL Y MÉTODOS

Población: 147 pacientes con ERCT en terapia de soporte renal, procedentes de tres centros de atención médica, seguidos prospectivamente desde 2004 a diciembre 2011. Anidado en dicha cohorte 23/147 pacientes con HPTs, ingresaron a cirugía realizándose PT

Diseño: Cohorte prospectiva Estadístico: variables continuas: expresadas en mediana y rango Intercuartilo (IC25-75%). A fin de establecer asociación entre mortalidad y diferentes variables, se utilizó regresión Cox simple. Medida de efecto: Odds Ratio, Intervalo de confianza 95% y consideramos significativa un valor de $P < 0,05$.

RESULTADOS:

61% varones, causa de ERCT uropatías 44%, Edad 17 años (12 a 21), tiempo en diálisis m 4.5a (4 a 6 a). Pre PT, Calcio m 9.2 mg% (8 a 10.6), Fósforo m 7.5mg% (3 4 a 9.2), PTHi m 2450 pg/ml (2001 a 2970). El 100% presentó ecográficamente aumento de tamaño glandular, 9% con hipercaptación nodular e histología de hiperplasia nodular 13%. PosPT inmediato y los 24 meses posteriores 96% mostraron valores minerales adecuados, el 2.3% mantuvo niveles elevados de PTH. Eventos adversos (EA) ocurrieron en 5/23 pacientes.

Descenso significativo en las concentraciones minerales séricas, sin asociación entre mortalidad global y PT.

Exploramos con regresión Cox las diferentes variables, encontrando asociación significativa con el riesgo de muerte en este grupo, a -Niveles crecientes de PTHi (OR 1.47 IC95% 1,23 a 1,78 $P=0,048$) y Calcificaciones (OR 18 IC95% 1.40 a 29 $P=0,044$).

CONCLUSIONES:

La PT permitió corregir y sostener las alteraciones minerales. Reducido número de EA. Sin asociación entre riesgo de muerte e intervención.

El HPTs sin control adecuado podría incrementar el riesgo de muerte en este grupo de pacientes.