

## **O-001 RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE ÁMBITO NACIONAL SOBRE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI (KAWA-RACE) 2011-2016**

Fernández-Cooke, Elisa <sup>1</sup>; Grasa Lozano, Carlos Daniel <sup>1</sup>; Barrios Tascón, Ana <sup>2</sup>; Sánchez Manubens, Judith <sup>3</sup>; Yébenes Ruiz, Silvia <sup>4</sup>; Fernández, Javier <sup>5</sup>; Rocandio, Beatriz <sup>6</sup>; Clemente, Daniel <sup>7</sup>; Alcañiz, Paula <sup>8</sup>; Guerrero, Carmelo <sup>9</sup>; Carazo, Begoña <sup>10</sup>; Sorli, Moisés <sup>11</sup>; Osuna, Marta Pilar <sup>12</sup>; Ruiz, Aida <sup>13</sup>; Camacho, Margarita <sup>14</sup>; Escribà, Silvia <sup>15</sup>; Calavia, Olga <sup>16</sup>; Jensen, Julia <sup>17</sup>; Dapena, Marta <sup>18</sup>; Giral, Gemma <sup>4</sup>; Domínguez, Nieves <sup>19</sup>; Núñez Cuadros, Esmeralda <sup>10</sup>; Fernández, Pablo <sup>20</sup>; Calvo Rey, Cristina <sup>20</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes; <sup>3</sup> Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat; <sup>4</sup> Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona; <sup>5</sup> Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; <sup>6</sup> Hospital Donostia, San Sebastián; <sup>7</sup> Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid; <sup>8</sup> Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; <sup>9</sup> Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; <sup>10</sup> Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga; <sup>11</sup> Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena; <sup>12</sup> Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles; <sup>13</sup> Complejo Hospitalario de Granada, Granada; <sup>14</sup> Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; <sup>15</sup> Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca; <sup>16</sup> Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona; <sup>17</sup> Hospital Infanta Cristina, Parla; <sup>18</sup> Hospital General Universitario de Castellón, Castellón; <sup>19</sup> Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro; <sup>20</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### **Introducción y objetivos:**

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis multisistémica asociada a desarrollo de aneurismas en arterias coronarias (AAC) en niños.

### **Métodos:**

Estudio retrospectivo llevado a cabo en 53 hospitales en España pertenecientes a la red KAWA-RACE entre 2011-2016. Los criterios diagnósticos según los criterios de la American Heart Association. Los datos se recopilaron online (REDCap).

### **Resultados:**

Se incluyeron un total de 621 niños, de los cuales 391 (63%) fueron varones, y 76% de origen europeo. La mediana de edad al diagnóstico fue de 2.8 años, el 83% tenía menos de 5 años y el 7% menos de 6 meses de edad. Fueron diagnosticados de EK completo 437 casos (70.4%), 171 (27%) incompletos y 13 (2%) atípicas. La duración media de la fiebre fue 8.4  $\pm$  3.6 días. Hasta en un 21% de los casos se sospechó otra entidad, principalmente escarlatina, mononucleosis e infección por adenovirus. La VSG media en la fase aguda fue 73 $\pm$ 34mm/hr, y los leucocitos en sangre 19000  $\pm$  24000/mm<sup>3</sup> (85 $\pm$ 15% neutrófilos). Cuando se compararon los datos clínicos del grupo de EK completo vs incompletos/atípicos se encontraron diferencias significativas en edad <12 meses y los 5 criterios clínicos diagnósticos clásicos. Se observaron alteraciones en el ecocardiograma (ECO) en 198/625 (32%) casos; 144 fueron alteraciones coronarias (23% de los casos); de ellos 60 (9,6% de los pacientes) fueron aneurismas (28 persistieron más de 6-8 semanas). El 97% de los pacientes fue tratado con gammaglobulinas intravenosas (IVIG) con una mediana de 7.19 días (0-67) desde el inicio de la fiebre hasta su administración. El 16% y 1.6% recibieron una segunda y tercera dosis respectivamente. Recibieron corticoides 91 pacientes (14,6%) y sólo el 1,4% recibió infliximab. El retraso del tratamiento se correlacionó con la presencia de aneurismas (r=0.645, p=0.006). Las alteraciones en la ECO y las alteraciones coronarias fueron más frecuentes en niños <12 meses (p=0.0001).

### **Conclusiones:**

La severidad de la EK por la presencia de alteraciones cardíacas, se relacionó en nuestra serie con la edad < 12 meses y con la demora en el tratamiento. La forma incompleta se presenta con más frecuencia en niños <12meses.

### **O-002 ESTUDIO CYTRIC: RESPUESTA CELULAR T MATERNA Y NEONATAL EN LA INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS**

Soriano-Ramos, María <sup>1</sup>; Navarro, David <sup>2</sup>; Albert Vicent, Eliseo <sup>2</sup>; Giménez, Estela <sup>2</sup>; García Alcázar, Diana <sup>1</sup>; García-Burguillo, Antonio <sup>1</sup>; Rojo Conejo, Pablo <sup>1</sup>; Epalza, Cristina <sup>1</sup>; Moraleda Redecilla, Cinta <sup>1</sup>; Fernández Cooke, Elisa <sup>1</sup>; Prieto Tato, Luis <sup>1</sup>; Blázquez-Gamero, Daniel <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Clínico Universitario, Valencia.

#### **Introducción/objetivos:**

Objetivos: Estudiar el papel de la respuesta celular T materna en el riesgo de infección fetal en infecciones por CMV durante la gestación y su asociación con el desarrollo de secuelas a largo plazo en los neonatos con CMV congénito (CMVc).

#### **Material y métodos:**

Estudio longitudinal prospectivo con 2 cohortes. Una cohorte de gestantes con infección (primaria/no primaria) por CMV y otra cohorte de niños con CMVc. Se realizó cuantificación de linfocitos T-CD8 específicos frente al CMV (pp65 +IE-1) productores de IFN- $\gamma$  mediante citometría de flujo con tinción de citoquinas intracelulares (ICS) en el momento de la infección materna y al nacimiento del niño y se estudió su asociación con el riesgo de infección fetal y de secuelas a largo plazo.

#### **Resultados:**

Desde enero 2017 se reclutaron 8 gestantes con infección gestacional por CMV y 11 neonatos con CMVc. Los motivos de consulta en la gestación más frecuentes fueron: IgG con baja avidéz e IgM positiva (4;50%) y la seroconversión (3;37.5%). La transmisión de la infección fetal ocurrió en 2/8 (25%). No se encontraron diferencias significativas en el recuento de linfocitos T-CD8 CMV-específicos productores de interferón (T-CD8-IFN) entre las transmisoras y las no transmisoras de la infección fetal.

De los neonatos, 2 fueron diagnosticados en periodo fetal (20%) y al nacer el resto. Siete niños presentaron algún síntoma al nacer: un neonato presentó una trombopenia y alteración de la sustancia blanca; otro trombopenia, CIR y cuadro séptico; y un tercero una cicatriz macular con ceguera de un ojo. Los otros 4 neonatos presentaban alteración de sustancia blanca en la RMN. De los 6 niños sin linfocitos T CMV específicos, la mayoría (4/6, 66.7%) fueron asintomáticos. La mediana del recuento de linfocitos T-CD8 CMV específicos en los sintomáticos fue de 2.54 (0–4.38) y en los asintomáticos de 0(0-0);(p = 0.06).

#### **Conclusiones:**

No hemos encontrado diferencias en los recuentos de T-CD8-IFN en las gestantes en relación con la infección fetal. Existe un alto porcentaje de neonatos con CMVc que no presentan linfocitos T-CD8-IFN. Ninguno de los neonatos asintomáticos presentaba T-CD8-IFN en sangre, sin existir diferencias significativas con el grupo de sintomáticos.

**O-003 EL ANÁLISIS DE EXOMAS PERMITE LA IDENTIFICACIÓN DE GENES RESPONSABLES DE LA SUSCEPTIBILIDAD DEL HUÉSPED A LA ENFERMEDAD POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL**

Martinón-Torres, Federico; Salas, Antonio; Pardo-Seco, Jacobo; Cebey-López, Miriam; Gómez-Carballa, Alberto; Obando-Pacheco, Pablo; Rivero-Calle, Irene; Curras Tuala, Maria José; Amigo, Jorge; Gómez Rial, Jose; Caamaño, Fernando.

*Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.*

**Introducción y objetivos**

El virus respiratorio sincicial (VRS) es uno de los principales causantes de infecciones respiratorias en pacientes pediátricos. Por ello, varios estudios se han centrado en el análisis de factores genómicos en el huésped y su relación con la susceptibilidad a enfermedades respiratorias causadas por el VRS.

**Material**

Para tratar de aportar nuevas evidencias en relación a los factores de susceptibilidad del huésped, en el presente trabajo hemos realizado la secuenciación de exomas de 54 pacientes infectados con VRS hospitalizados debido al desarrollo de una bronquilitis severa causada por este patógeno. Se ha procedido a realizar un análisis caso-control considerando variantes comunes y genes considerando como cohorte control las muestras españolas de *The 1000 Genomes Project* (1000G).

**Resultados**

El análisis de variantes comunes ha mostrado un resultado estadísticamente significativo para la variante rs199665292 en el receptor olfativo gen *OR13C5* ( $P$ -valor =  $1.16 \times 10^{-12}$ ; OR = 5.56). Otras variantes presentes en los genes HLA (*HLA-DQA1*, *HLA-DPB1*), y el gen mucin 4 (*MUC4*) también resultaron significativas. En un análisis posterior, colapsando las variantes raras por gen y ponderándolas por el índice de patogenicidad, se han obtenido resultados significativos para dos genes relacionados con recepción olfativa *OR8U1/OR8U8*, otro relacionado con receptores del gusto *TAS2R19* y un gen mucin (*MUC6*).

**Conclusiones**

La asociación existente entre genes que codifican para receptores del gusto y del olfato con la infección por VRS es de especial interés, sobre todo teniendo en cuenta que existen evidencias en la literatura que apuntan en la misma dirección.

**O-004 COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LAS INFECCIONES POR PARECHOVIRUS Y ENTEROVIRUS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.**

Aguado Antón, Raquel ; Jiménez Montero, Beatriz; Llorente Pelayo, Sandra; González De La Rosa, Alicia; Gutiérrez Buendía, Diana; Pastor Tudela, Ana Isabel; Gozalo Margüello, Mónica.

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.*

**Introducción y objetivos**

Enterovirus y parechovirus, virus pertenecientes a la familia de Picornaviridae, causan cuadros clínicos que son más graves cuando ocurren en lactantes pequeños y neonatos. Ambos guardan similitudes y diferencias. El objetivo de este estudio fue comparar las características epidemiológicas y clínicas de las infecciones por parechovirus y por enterovirus en nuestro medio.

**Métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo niños menores o igual a 14 años con PCR positiva para enterovirus o parechovirus (kit comercial RealCycler EVPA, Progenie, España) en cualquier muestra entre mayo de 2016 y octubre de 2017. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos a través de la historia clínica electrónica, siendo analizados con el programa estadístico SPSS.

**Resultados**

Durante el periodo de estudio se realizó PCR de enterovirus-parechovirus en 390 muestras biológicas, obteniendo un resultado positivo en 106 de ellas, correspondientes a 83 pacientes: 70 enterovirus (84%), 12 parechovirus (14%) y 1 coinfección enterovirus/parechovirus.

Se observó 2 picos de incidencia de las infecciones por enterovirus: uno en los meses de verano y otro menor en los meses de invierno. La mayoría de las infecciones por parechovirus ocurrieron en 2017 (91,6%).

Comparando los casos por enterovirus y por parechovirus, no se observó diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad, sexo, la duración del ingreso, duración de la fiebre o los síntomas producidos (fiebre, irritabilidad, alteración del estado general, síntomas gastrointestinales o respiratorios o neurológicos, exantema). En cuanto a los valores analíticos, las infecciones por parechovirus tuvieron mayor frecuencia de linfopenia respecto a enterovirus (75% vs. 28,6%,  $p=0,015$ ). En cambio las infecciones por enterovirus produjeron con mayor pleocitosis (40 cel/mm<sup>3</sup> (RIQ 8-120) vs. 2 (1-3),  $p=0,001$ ). Los diagnósticos fueron: 37,7% infección del SNC, 50,6% fiebre sin foco/sepsis-like, 7,8% gastroenteritis, 2,6% infección respiratoria de vías altas y 1,3% miositis, sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre enterovirus y parechovirus. Todos los pacientes presentaron buena evolución.

**Conclusiones**

Las infecciones por enterovirus son más frecuentes que aquellas por parechovirus. Producen cuadros clínicos similares, sin embargo la linfopenia es más frecuente en las infecciones por parechovirus y los enterovirus producen mayor pleocitosis.

#### **O-005 COMPARACIÓN Y ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS CO-INFECCIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS HOSPITALIZADOS O EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

Cebey-López, Miriam<sup>1</sup>; Rivero-Calle, Irene<sup>1</sup>; Pardo-Seco, Jacobo<sup>1</sup>; Pena-Nieto, Josefina<sup>2</sup>; Álvarez-Garnelo, M<sup>a</sup> Elena<sup>3</sup>; Sánchez-Lastres, Juan Manuel<sup>4</sup>; Del Rio Garma, Mercedes<sup>5</sup>; Gómez-Carballa, Alberto<sup>1</sup>; Currás-Tuala, María José<sup>1</sup>; Pischedda, Sara<sup>1</sup>; Barral-Arca, Ruth<sup>1</sup>; Morillo- Gutierrez, Beatriz<sup>1</sup>; Redondo, Lorenzo<sup>1</sup>; Rodríguez-Tenreiro, Carmen<sup>1</sup>; Porto-Silva, María Del Sol<sup>1</sup>; Serén-Fernández, Sonia<sup>1</sup>; Cotovad-Bellas, Ana<sup>1</sup>; Balo-Farto, Cristina<sup>1</sup>; Gómez-Rial, Jose<sup>1</sup>; Salas, Antonio<sup>6</sup>; Martinon-Torres, Federico<sup>1</sup>; Gepem, Red<sup>6</sup>; Gendres, Red<sup>1</sup>; Regalip, Red<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> *Translational Pediatrics and Infectious Diseases, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, Spain, and GENVIP Research Group (www.genvip.org), Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago, Galicia, Spain, Santiago de Compostela;* <sup>2</sup> *Centro de Atención Primaria de Lousame, A Coruña;* <sup>3</sup> *Centro de Atención Primaria San Jose, A Coruña;* <sup>4</sup> *Centro de salud Chapela, Pontevedra;* <sup>5</sup> *Centro de Atención Primaria de Os Tilos, A Coruña;* <sup>6</sup> *Unidade de Xenética, Departamento de Anatomía Patolóxica e Ciencias Forenses, Instituto de Ciencias Forenses, Facultade de Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, and GenPop Research Group, Instituto de Investigaciones Sanitarias (IDIS), Hospital Clínico Universitario de Santiago, Galicia, Spain, Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.*

**Introducción y Objetivos:** La disponibilidad de técnicas de diagnóstico molecular, permite la identificación de patógenos que se escapan de las modalidades convencionales. Estas técnicas frecuentemente revelan la presencia de varios microorganismos en las muestras. Sin embargo, la importancia de estas co-infecciones en la patogénesis, gravedad o curso de las infecciones respiratorias no está bien establecida.

El objetivo fue analizar y comparar los patrones y fenotipos clínicos de la co-infección en pacientes pediátricos hospitalizados con pacientes atendidos en atención primaria (AP) por infecciones respiratorias agudas (IRAs) en la misma época epidémica.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio prospectivo, multicéntrico a través de una red de centros de atención primaria (ReGALIP) y el Hospital Clínico Universitario de Santiago en 2014-2015 en niños <14 años atendidos y hospitalizados respectivamente debido a una IRA. Se llevó a cabo una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en hisopos nasofaríngeos para la detección de los virus influenza (A y B), metapneumovirus, virus respiratorio sincitial, virus parainfluenza (1-4), rinovirus, enterovirus, adenovirus, bocavirus y coronavirus (NL63, 229E, OC43, HKU1) y además para las bacterias *Chlamydomphila pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, y *Mycoplasma pneumoniae*.

**Resultados:** Se recogieron un total de 189 muestras nasofaríngeas, n=109 AP y n=80 hospitalizados. Se identificó al menos un patógeno en un porcentaje similar en ambos grupos (AP:81.6%; n=89 vs hospitalizados:82.5%; n=66), aunque el patrón de microorganismos encontrados es diferente: el rinovirus es el patógeno más frecuentemente encontrado entre las muestras de AP (n=49; 44.9%) y el VRS en las muestras de pacientes hospitalizados (n=31; 38.8%). No se identificó ninguna asociación significativa entre la presencia de co-infección y el requerimiento de AP (n=31; 28.4%) u atención hospitalizada (n=19; 23.8%).

**Conclusiones:** Las técnicas moleculares en atención primaria y hospitalaria son capaces de detectar algún patógeno en un 80% de los pacientes que son ingresados o que acuden a consulta por infecciones respiratorias de vías altas, encontrándose el rinovirus más prevalentemente en AP y VRS en los pacientes ingresados. La presencia de más de un virus en ambos tipos de pacientes es muy frecuente aunque la importancia clínica de este hallazgo no está clara.

**O-006 CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DE LOS NIÑOS INGRESADOS POR BRONQUIOLITIS SEGUN LOS SUBTIPOS DE VRS (A Y B)**

Cervantes Hernández, Eloisa; Moreno Docón, Antonio; Cazaña Coy, Francisco; Menasalvas Ruiz, Ana Isabel; Iborra Bendicho, Asunción; Alfayate Miguélez, Santiago.

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

**Introducción y objetivos**

El virus respiratorio sincitial (VRS) es la primera causa de infección de vías respiratorias bajas en menores de 2 años, periodo en el casi todos ellos han tenido contacto con el virus, y estimándose que en el primer año afecta al 50-60% de ellos, causando una elevada tasa de hospitalización. Se conocen 2 subtipos A y B. Múltiples estudios abordan si la diferencia entre los subgrupos otorga mayor patogenicidad a uno u otro con resultados contradictorios. Nuestro objetivo fue conocer las posibles diferencias existentes entre ambos subtipos tanto en frecuencia como gravedad en los pacientes ingresados.

**Métodos**

Realizamos un estudio prospectivo, observacional, de los lactantes menores de 18 meses ingresados con diagnóstico de bronquiolitis en nuestro hospital durante 4 temporadas epidémicas (noviembre-abril) sucesivas, desde noviembre de 2008 hasta abril de 2012, con diagnóstico de infección por VRS como único agente etiológico. Estudiamos las características epidemiológicas y clínicas, y su relación con los dos subtipos de VRS.

**Resultados**

Un total de 849 pacientes fueron ingresados durante este periodo. En el 70% (597) se identificó VRS, siendo 431 (72%) como agente único y 166 (28%) en coinfección con otros virus. El subgrupo A fue predominante en todo el periodo de estudio, aunque con porcentajes muy diversos. Cuando seleccionamos los pacientes en los que VRS fue agente etiológico único, incluimos 429 pacientes, de los que 325 (75%) corresponden al VRS A y 104 (25%) al VRS B. Mediante análisis multivariante encontramos que la infección por VRS A ocasionó una estancia más prolongada ( $P=0,009$ ) y la necesidad de más días de O<sub>2</sub> ( $P=0.035$ ).

**Conclusiones**

En nuestro estudio VRS A aparece más grave y más frecuente que el VRS B, causando más días de estancia y necesidad de más días de oxígeno.

VRS A predomina en todos los periodos, aunque con porcentajes muy variables, de acuerdo con lo comunicado por la mayoría de los autores para el hemisferio norte.

### **O-007 IMPACTO DE LA VACUNACIÓN DTPA EN LA EMBARAZADA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA**

Martinez Campos, Leticia<sup>1</sup>; Abollo Lopez, Pilar<sup>2</sup>; Angulo Gonzalez De Lara, Raquel<sup>3</sup>; Gamiz, Antonio<sup>4</sup>; Melón Pardo, Marta<sup>5</sup>; Fernandez Rosales, Nazareth<sup>6</sup>; Peromingo, Estrella<sup>7</sup>; Real, Cristina<sup>8</sup>; De Borja Croche, Francisco<sup>9</sup>; Hurtado, Angela<sup>10</sup>; Ramos Diaz, Juan Carlos<sup>11</sup>; Cruz, Marta<sup>12</sup>; Azpilicueta, María<sup>13</sup>; Vargas, Manuel<sup>3</sup>; Contreras Lopez, Jorge<sup>5</sup>; Luzón Avivar, Alba<sup>6</sup>; Ibañez Alcalde, Mercedes<sup>3</sup>; Flores, Jose Carlos<sup>7</sup>; Sanchez Forte, Miguel<sup>6</sup>; Obando, Ignacio<sup>5</sup>; Santos, Juan Luis<sup>4</sup>; Moreno Perez, David<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital la Inmaculada del Servicio Andaluz de Salud, Huerca Overa; <sup>2</sup> Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; <sup>3</sup> Hospital de Poniente, El Ejido; <sup>4</sup> Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; <sup>5</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>6</sup> Hospital Torrecárdenas, Almería; <sup>7</sup> Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz; <sup>8</sup> Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla; <sup>9</sup> Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva; <sup>10</sup> Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla; <sup>11</sup> Hospital de Antequera, Antequera; <sup>12</sup> Hospital Alto Guadalquivir, Montilla; <sup>13</sup> Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

#### **Introducción y objetivos**

La tos ferina es una enfermedad que afecta de manera preferente e importante a lactantes que aún no están protegidos por la vacunación. La vacunación de la embarazada es por el momento la medida preventiva más importante para disminuir la carga de la enfermedad, y ha sido implantada en nuestra CA en el año 2016. Nuestro objetivo ha sido valorar la efectividad esta medida para disminuir la incidencia y gravedad de la enfermedad.

#### **Métodos**

Estudio multicéntrico y prospectivo. El grupo de trabajo de infectología pediátrica ha desarrollado previamente un registro retrospectivo clínico-epidemiológico de los años 2012-2015 con los niños ingresados por tos ferina en 14 hospitales de la Comunidad Autónoma (7 provinciales, 6 comarcales y 1 privado). A partir del 2016 (implantación de la vacunación de las embarazadas), se han ido registrando los casos ingresados por tos ferina en cada centro, y posteriormente fueron analizados de forma conjunta.

#### **Resultados**

En el año 2016 se registraron 54 ingresos pediátricos por pertusis: 41 (76%) con 0-3 meses de edad; mujer:hombre 1,07; 17 (31,4%) con factores de riesgo; 43 (79,6%) menos de 2 dosis de vacuna puesta. 37 (68,5%) no habían sido vacunadas las madres, en 4 casos no consta y en 13 (24%) las madres habían sido vacunadas, en los 6 casos que consta la EG había sido a menor o igual 33S. De los 13 casos vacunados en el embarazo, 5 eran prematuros, y 11 no habían sido aún vacunados. Comparando los periodos pre y post vacunación tenemos: casos 547/54; complicaciones 203 (37,1%) / 22 (40%) -l 50% han sido apneas-; traslados a UCI 83 (15,1%) / 6 (11,1%); mortalidad 9/0 y estancia media 9 días (1-162 días) / 8 días (1-55 días).

#### **Conclusiones**

La vacunación de la embarazada ha disminuido la carga de la enfermedad por *Bordetella pertussis* en nuestra comunidad de forma significativa así como la mortalidad asociada. La enfermedad se ha asociado a no vacunación durante el embarazo o de forma precoz. Es necesario reforzar la necesidad de vacunar a las embarazadas y continuar con la vigilancia epidemiológica.

**O-008 ESTUDIO MULTICÉNTRICO: EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS INFECCIONES INVASIVAS POR S.PYOGENES EN LA EDAD PEDIÁTRICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

Figueroa Ospina, Lucía Marcela <sup>1</sup>; Carbayo, Tania <sup>2</sup>; Perez Muñoz, Sara <sup>3</sup>; Vazquez Ordoñez, Carmen <sup>4</sup>; Sanz Santaefemia, Francisco <sup>5</sup>; Calvo Rey, Cristina <sup>3</sup>; Jimenez Montero, Beatriz Jimenez <sup>6</sup>; Carrasco Colom, Jaime <sup>7</sup>; Alvarez Garcia, Ana <sup>8</sup>; Comin Cabrera, Cristina <sup>9</sup>; Cilleruelo, M<sup>a</sup> José Cilleruelo <sup>10</sup>; Grasa Lozano, Carlos <sup>11</sup>; Fernández Rincón, Adelaida <sup>12</sup>; Penin, María Penin <sup>13</sup>; Cercenado Mansilla, Emilia <sup>1</sup>; Suarez Arrabal, M<sup>a</sup> Carmen <sup>1</sup>; Blazquez Gamero, Daniel <sup>2</sup>; Baquero Artigao, Fernando <sup>3</sup>; Sanchez Camara, Luis <sup>1</sup>; Saavedra Lozano, Jesús <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>3</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>4</sup> Hospital Ramón y Cajal, Madrid; <sup>5</sup> Hospital del Niño Jesús, Madrid; <sup>6</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>7</sup> Hospital Sanitas La Moraleja, Madrid; <sup>8</sup> Hospital Getafe, Getafe; <sup>9</sup> Hospital de Torrejón, Madrid; <sup>10</sup> Clínica Puerta de Hierro, Madrid; <sup>11</sup> Hospital de Fuenlabrada, Madrid; <sup>12</sup> Hospital Severo Ochoa, Madrid; <sup>13</sup> Hospital Príncipe de Asturias, Madrid.

**Justificación.**

La enfermedad invasiva por SGA (EISGA) puede causar una alta morbilidad y mortalidad, presentando un aumento en la incidencia en los últimos años. **Objetivo:** Evaluar la incidencia, las características clínicas y el tratamiento de los niños con EISGA, y determinar los posibles factores de riesgo relacionados con una peor evolución clínica

**Métodos.**

Se revisaron las historias clínicas de niños con diagnóstico de EISGA en 13 hospitales de Madrid entre 2005-2017. Se analizaron parámetros epidemiológicos, características clínicas y de laboratorio, tratamiento y evolución clínica. Se compararon dos periodos de tiempo P1 (2005-junio de 2011) y P2 (julio de 2010-2015).

**Resultados.**

Se analizaron trescientos tres niños con diagnóstico de EISGA. La mediana de edad fue 31 meses; 52.5% varones. La incidencia de EISGA no aumentó durante el período del estudio (5.7/100.000 emergencias pediátricas en P1 frente a 6.07/100.000 en P2). Cuarenta y tres por ciento tenían factores de riesgo, siendo el más frecuente el antecedente de infección respiratoria alta en el mes previo al diagnóstico (16.2% de ellos). Los diagnósticos más frecuentes fueron: celulitis/ absceso cutáneo (21,6%), neumonía (13.5%), bacteriemia primaria (13.5%) y mastoiditis (9.2%). Ingresaron el 89.1% de los niños (duración media de 15 días), el 61% precisaron cirugía y el 25,4% requirieron ingreso en la UCIP. Los niños de P1 tuvieron infección reciente de varicela con mayor frecuencia (11.3% vs 1.9%, p = 0,001), mientras que el diagnóstico por PCR se realizó con mayor frecuencia en P2 (4.3% vs 14%; p= 0,024). Las tasas de resistencia a eritromicina y clindamicina fueron 6.6% y 1% respectivamente

**Conclusiones**

Según este estudio, la EISGA sigue siendo una enfermedad muy grave, con un alto porcentaje de admisiones en la UCIP y necesidad de intervención quirúrgica. En nuestro medio no se observó un aumento en la incidencia

### **O-009 GRAVEDAD Y EVOLUCIÓN DE LAS MASTOIDITIS CON CONFIRMACIÓN BACTERIOLÓGICA**

Saavedra Lozano, Jesús; Vigil, Sara ; Escobar, María; Guerra, Luis; Rincón, Elena; Santiago, Begoña; Navarro, Marisa; Hernanz Lobo, Alicia; Aguilera, David; Hernández-Sampelayo, Teresa; Santos, Mar.

*Hospital Gregorio Marañón, Madrid.*

#### **Introducción y objetivos.**

La mastoiditis aguda es una patología grave y frecuente en niños. Objetivo: evaluar la gravedad y evolución de niños con mastoiditis bacteriana confirmada en relación con aquéllas sin patógeno identificado.

#### **Métodos.**

Estudio retrospectivo de pacientes <18 años ingresados en un hospital terciario de Madrid entre 2000-2017. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y diagnósticas de los niños con un aislamiento bacteriano de lugar estéril, y se evaluó su asociación con una mayor gravedad (complicaciones, reintervención o reingreso).

#### **Resultados.**

Se diagnosticaron 194 niños con mastoiditis en el periodo de estudio; 76 de ellos (39%) con confirmación etiológica. Las bacterias más frecuentes, fueron: *S. pneumoniae* (28;37%), *S. pyogenes* (16;21%), *S. aureus*, *H. influenzae*, *P. aeruginosa* (9;11,8% cada uno) y *Fusobacterium* (8;10,5%). Los niños con un aislamiento microbiológico presentaron más frecuentemente una OMA supurada (24% vs 10%;p=0,024), realizándose al ingreso una RM/TC con más frecuencia (39% vs 11%;p<0,001). Estos niños desarrollaron más complicaciones (47% vs 9%;p<0,001) y recibieron más corticoides (19% vs 7%;p=0,03) y cirugía (83% vs 48%;p<0,001). Además, tuvieron que ser reintervenidos en un mayor número de casos (15% vs 3,5%;p=0,057), tuvieron más días de fiebre (8,8 vs 5,5 días;p=0,068) y estuvieron más tiempo hospitalizados (17,5 vs 13,1;p<0,001). Cuando se compararon los niños con *Fusobacterium* vs otras etiologías, aquéllos eran mayores (29 vs 15 meses;p=0,059), tenían más fiebre al ingreso (100% vs 67%;p=0,095) y más supuración ótica (62,5% vs 20,5%;p=0,03) aunque menos aislamientos del exudado (20% vs 75%;p=0,047). Presentaron más hemocultivos positivos (38% vs 10%;p=0,078) y recibieron pruebas de imagen con mayor frecuencia (83% vs 33%;p=0,062). Además, estos niños tuvieron un mayor número de complicaciones (100% vs 30%;p<0,001), más días de fiebre (5 vs 0;p=0,006) y de hospitalización (16 vs 7,7;p=0,006). Las complicaciones también fueron más frecuentes en los niños con *Fusobacterium* vs *S. pneumoniae* (100% vs 46%;p=0,011) o SGA (100% vs 44%;p=0,009). No se objetivaron diferencias en la gravedad o evolución entre niños con *S. pneumoniae* o *S. pyogenes* vs otras etiologías.

#### **Conclusiones.**

En esta cohorte, los niños con mastoiditis con etiología confirmada, especialmente por *Fusobacterium*, tuvieron una presentación más grave, mayor número de complicaciones y una peor evolución clínica.

### **O-010 EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON COMPLICACIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON MASTOIDITIS AGUDA**

Vigil Vázquez, Sara; Escobar Castellanos, María; Guerra, Luis; Hernanz Lobo, Alicia; Santos Sebastián, María Del Mar; Navarro Gómez, María Luisa; Santiago García, Begoña; Rincón López, Elena; Hernández Sampelayo, Teresa; Saavedra Lozano, Jesús.

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

#### **Introducción y Objetivos**

Objetivo del estudio: describir las características de los niños con mastoiditis aguda en nuestro medio y determinar posible factores asociados a gravedad.

#### **Métodos**

Estudio retrospectivo de pacientes <18 años con mastoiditis aguda ingresados en un hospital terciario de Madrid entre 2000-2017. Se analizaron diferentes variables epidemiológicas, clínicas y diagnósticas, y se evaluó su asociación con una mayor gravedad, definida como desarrollo de complicaciones, realización de cirugía tardía o necesidad de reintervención o reingreso.

#### **Resultados**

Se diagnosticaron 194 pacientes (60% varones); edad media de 2,7 años

En el 39% (76/194) de los casos se obtuvo un aislamiento microbiológico, especialmente *S. pneumoniae* (37%) y *S. pyogenes* (21%). Un 24,4 % de los pacientes desarrollaron complicaciones, siendo la más frecuente el absceso retroauricular (77%). Los pacientes con complicaciones presentaron un mayor número de aislamientos microbiológicos (47% vs 9%; $p<0.001$ ) debido al mayor número de muestras quirúrgicas obtenidas.

Los parámetros al ingreso asociados a complicaciones fueron: edad (42,5 vs 29,6 meses; $p=0,058$ ), patología de base (46% vs 21%; $p=0.019$ ), diagnóstico previo de OMA (35% vs 16%; $p=0.006$ ), haber recibido antibiótico antes del ingreso (34% vs 18%; $p=0,015$ ) y una menor VSG (44,8 vs 85,3; $p=0,035$ ). Los niños con complicaciones estuvieron más tiempo ingresados (11,4 vs 5,5 días; $p<0,001$ ) y recibieron más días de antibioterapia (20,6 vs 13,1 días; $p<0,001$ ).

Se realizó mastoidectomía en el 52% de los pacientes, siendo más frecuente en niños sin supuración espontánea previa (65% vs 40%; $p=0.014$ ). Estos niños intervenidos reingresaron más frecuentemente (9.2% vs 1,3%,  $p=0,032$ ), pero cuando se realizó una mastoidectomía precoz (<48 horas del ingreso) se objetivaron menos complicaciones (54 vs 95%; $p=0.007$ ), reintervenciones (0% vs 40%; $p=0,001$ ) y reingresos (0% vs 19%; $p=0,007$ ).

En el análisis multivariante se observó que sólo la presencia de OMA previa (OR: 29,7[1,04-846,4]) se asoció a un mayor desarrollo de complicaciones, mientras que la mastoidectomía precoz (OR:0,05[0,003-0,71] tuvo un efecto protector.

#### **Conclusiones**

En esta cohorte, una cuarta parte de los pacientes con mastoiditis, especialmente aquellos con OMA supurada previa, desarrollaron complicaciones, requiriendo cirugía más frecuentemente y precisando ingresos hospitalarios más prolongados. La realización de una mastoidectomía precoz se asoció a una menor tasa de complicaciones, reintervenciones y reingresos.

### **O-011 LA MENINGITIS AGUDA EN PEDIATRÍA EN LA ÚLTIMA DÉCADA**

Berzosa Sánchez, Arantxa <sup>1</sup>; Soto Sánchez, Beatriz <sup>1</sup>; Illán Ramos, Marta <sup>2</sup>; Guillén Martín, Sara <sup>1</sup>; Callejas Caballero, Ignacio <sup>1</sup>; Kirchschrager Nieto, Silke Bianca <sup>1</sup>; Castel-Ruiz Molinelli, Ana <sup>1</sup>; Francisco Gonzalez, Laura <sup>2</sup>; Sagastizabal Cardelus, Belen <sup>1</sup>; Alonso Perez, Natalia <sup>3</sup>; Prieto Tato, Luis M. <sup>1</sup>; García Bermejo, Isabel <sup>4</sup>; Alcaraz Romero, Andrés J. <sup>1</sup>; Ramos Amador, José Tomas <sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Getafe, Getafe; <sup>2</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>3</sup> Hospital Infanta Cristina, Parla; <sup>4</sup> Hospital Clínico San Carlos, Getafe.

#### **Introducción**

La incidencia de meningitis ha disminuido en nuestro medio gracias a la vacunación. El diagnóstico y tratamiento precoces es fundamental por la morbi-mortalidad elevada, especialmente en aquellas causadas por agentes bacterianos.

Objetivo del estudio: conocer las características clínico-epidemiológicas de meningitis aguda en nuestro medio, y las herramientas diagnósticas de las que disponemos.

#### **Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados entre 2006-2016, diagnosticados de meningitis bacteriana (MB) o vírica (MV) en dos hospitales terciarios de Madrid.

Se recogen datos epidemiológicos-clínicos y analíticos, y se han comparado según etiología bacteriana o vírica con sistema SPSS 19.0 (estableciendo nivel de significación  $p < 0.05$ ).

#### **Resultados**

Presentamos 181 pacientes: 25 (13,8%) MB y 156 (86,2%) MV. Mediana de edad: 2 meses en MB (RIC 0.09-10.5) y 59.8 meses en MV (RIC 36-78.6), ( $p < 0.05$ ). Distribución similar por sexos.

Existe predominio epidémico en primavera: 10 de las MB (40%), y 85 (54.5%) de las MV, sin diferencia entre ellas ( $p = 0.564$ ).

El 90% de las MB y el 85% de las MV tenían fiebre ( $p = 0.743$ ). Sólo la alteración de nivel de conciencia presentó diferencias (16% MB vs 0.6% MV;  $p < 0.01$ ), siendo el resto de sintomatología similar en ambas.

El 40% de las MB y el 5.8% de MV tenían PCR  $> 70$  mg/L ( $p < 0.01$ ); el 40% de MB y el 1.9% de MV tenían PCT  $> 2$  ng/mL ( $p < 0.01$ ). No hubo diferencias en la cifra de leucocitos o neutrófilos en sangre. Análisis de LCR: mediana de leucorraquia 275 (RIC 52-1875) en MB, 67.5 (RIC 30-186.5) en MV ( $p < 0.01$ ). Veintidós MB tenían cultivo positivo (88%); la PCR para virus (Enterovirus) fue positiva en 117 MV (75%).

Mediana de ingreso: 12 días (RIC 6.75-23) en MB, 2 días (RIC 1-3.2) en MV;  $p < 0.01$ .

#### **Conclusiones**

- Sigue existiendo predominio estacional de las meningitis con independencia del agente etiológico.
- Salvo la edad más precoz de presentación y mayor frecuencia de bajo nivel de conciencia en las bacterianas, la clínica fue similar en ambos grupos, no pudiendo predecirse la etiología por otras variables clínicas estudiadas.
- Deben valorarse la PCR y la PCT como herramientas que ayuden al diagnóstico y filiación de las meningitis, además de los establecidos en scores previos.

**O-012 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE SEGUIMIENTO DE LA INFECCIÓN POR *TOXOPLASMA GONDII* EN GESTANTES CONTROLADAS EN NUESTRA ÁREA SANITARIA EN EL PERIODO 2007-2017.**

Carnicero Iglesias, Ana; Lomba Estevez, Marta; Fuentes Pérez, Nazareth; Couceiro Gianzo, José Antonio; Vilas González, Javier; Trigo Daporta, Matilde.

*Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra.*

**Introducción y objetivos:**

La toxoplasmosis congénita es un reto para los profesionales implicados en los cuidados de gestantes y neonatos.

Objetivo: valorar la repercusión del cribado y despistaje sistemático de la infección por *Toxoplasma gondii*.

**Métodos:** estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de gestantes con sospecha de primoinfección y recién nacidos en nuestro centro durante el periodo 2007-2017.

**Resultados:** durante el periodo de estudio se identificaron 31 casos de primoinfección en 18446 gestantes cribadas (edad media: 33 años): 64,5% (20) infección adquirida en torno al momento de la concepción, 16,1% (5) en segundo trimestre y 22,6% (7) en tercer trimestre, siendo la edad gestacional media al diagnóstico  $19,12 \pm 11,07$  semanas. Se prescribió espiramicina a 26 gestantes desde el diagnóstico hasta el parto. Un 9,09% de los recién nacidos fueron prematuros. La exploración física al nacimiento fue siempre normal. Se realizó estudio complementario con ecografía transfontanelar (anodina) al 75,75% y fondo de ojo al 63,3%, con alteraciones oculares detectadas en un solo paciente (hemorragias retinianas). Se diagnosticó un único caso de toxoplasmosis congénita con IgM positiva al nacimiento. Tres neonatos recibieron tratamiento con sulfadiacina, pirimetamina y ácido fólico hasta exclusión de la transmisión.

En nuestra serie la frecuencia estimada de seroconversión durante la gestación fue de 1,7%, con una tasa de transmisión vertical de *Toxoplasma gondii* de 3,2% y prevalencia de toxoplasmosis congénita de 5,30 por cada 100.000 recién nacidos vivos.

**Conclusiones:**

Aunque la seroprevalencia de *T.gondii* en gestantes en España ha disminuido en los últimos años situándose en torno al 11-28%, en nuestro medio se ha referido recientemente una tasa significativamente mayor que alcanza el 35,9%. Sin embargo, la transmisión fetal en mujeres con sospecha de primoinfección durante el embarazo fue muy baja, con resultados similares a los publicados en otras series.

Las normas higiénico-dietéticas de prevención primaria son fácilmente asimilables y su repercusión parece indudable. La eficiencia de la prevención secundaria fundamentada en el cribado sistemático de las gestantes resulta todavía controvertido.

Es importante la actualización de protocolos y guías clínicas que optimicen los resultados del seguimiento, diagnóstico y tratamiento de la toxoplasmosis gestacional y congénita en nuestro medio.

### **O-013 PROTOCOLO DE CHAGAS EN EMBARAZO Y NEONATO EN ANDALUCÍA. ¿ESTAMOS INFRADIAGNOSTICANDO CASOS?**

Núñez Fernández, África<sup>1</sup>; Muñoz Vilches, María José<sup>1</sup>; Infectología Pediátrica, Grupo Andaluz<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla; <sup>2</sup>Grupo Andaluz de Infectología Pediátrica, Sevilla.

#### **Introducción y objetivos.**

La prevención de la transmisión vertical de Chagas es una de las estrategias más eficientes ya que el cribado materno durante el embarazo permite el diagnóstico y tratamiento precoz de casos neonatales que presentan tasas de curación prácticamente del 100% en esta fase. El Grupo Andaluz de Infectología Pediátrica (GAIP) se plantea realizar un mapeo de la situación actual de este cribado en los hospitales andaluces.

#### **Métodos.**

Se elabora una encuesta única y de confección propia que se envía vía telemática a referentes de enfermedades infecciosas pediátricas de las ocho provincias andaluzas, pertenecientes al GAIP.

En el ámbito público, participan 14 centros hospitalarios de 32 existentes en Andalucía, incluyendo todos los hospitales de referencia (regionales o de especialidad) de las 8 provincias (9) y cinco comarcales.

En el ámbito privado, participan los 4 centros de mayor referencia.

#### **Resultados.**

Se completan el total de las 18 encuestas. En 16 hospitales se conoce el cribado de Chagas durante el embarazo.

Sólo 3 de los 9 hospitales de referencia se aplica este protocolo sistemáticamente en embarazadas de riesgo (el conocimiento por los ginecólogos es limitado o ausente). Existe gran variabilidad de aplicación dentro de la misma provincia. Málaga y Granada provincias donde más se aplica. Jaén, Córdoba, Huelva y Cádiz no se aplica este protocolo.

En todos estos hospitales se conoce el protocolo en el neonato pero no en todos se realiza protocolariamente. Existe disparidad de recomendación de lactancia materna tras parto así como esquema de seguimiento en el neonato. Y no suele haber extensión del diagnóstico a familiares.

Tan sólo en dos hospitales regionales se han detectado casos de transmisión vertical de Chagas (en ambos se aplica sistemáticamente). En todos los casos se ha conseguido la curación de los lactantes infectados sin apenas reacciones adversas a fármacos.

#### **Conclusiones.**

En Andalucía no se aplica sistemáticamente este protocolo. El conocimiento de la enfermedad por ginecólogos de los hospitales es limitado. Existe disparidad en el seguimiento del neonato-lactante.

En Andalucía podemos presuponer que existe un infradiagnóstico de casos neonatales de Chagas. La universalización de este cribado supondría un avance en la prevención de Chagas.

#### **O-014 IMPACTO DE LA VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS CON COBERTURAS MODERADAS Y MANTENIDAS FRENTE A LAS HOSPITALIZACIONES POR PATOLOGÍAS CONVULSIVAS**

Pardo-Seco, Jacobo; Cebey-López, Miriam; Justicia-Grande, Antonio; Rivero-Calle, Irene; Morillo-Gutierrez, Beatriz; Caamaño, Fernando ; Gómez-Rial, Jose; Redondo-Collazo, Lorenzo; Rodriguez-Tenreiro, Carmen; Martínón-Torres, Federico.

*Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.*

##### **Introducción y objetivos**

Estudios recientes sugieren la existencia de una relación entre la vacunación frente a rotavirus (RV) y un descenso en tasas de hospitalización por patologías convulsivas(PC) independientemente de etiología. Analizamos el impacto a medio plazo (9años) de la vacunación con cobertura moderada frente a los ingresos por cualquier tipo de convulsiones.

##### **Métodos**

Estudio retrospectivo a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) teniendo en cuenta los individuos ingresados por cualquier PC (ICD-9-CM 780.3\*+779.0\*+333.2\*+345\*) en <5años en Galicia entre 2003-2015. Se compararon las tasas de hospitalización antes y después del año 2007, momento en el que se introdujo la vacuna frente a RV, para estudiar posibles variaciones significativas. Además se obtuvo información sobre las tasas de hospitalización anuales por gastroenteritis aguda causada por RV (RV-GEA, ICD-9 008.61) para correlacionarlo con las tasas de hospitalización debido a patología convulsivas. Los datos del año 2007 han sido excluidos del análisis por ser el año de introducción de la vacuna frente a RV.

##### **Resultados**

La cohorte analizada incluye 7105 pacientes <5años ingresados por PC, y 3514 por RV-GEA. Observamos una correlación positiva entre las tasas de hospitalización mensuales por PC de cualquier etiología y por RV-GEA ( $\rho=0.271, P=0.001$ ), con descenso en las tasas de admisión entre 21.6%(14.0-28.5%) en 2008 y 51.7%(46.3–56.5%) en 2015, en comparación con la tasa en periodo pre-vacunal (2003-2006). Observamos resultados similares para los pacientes ingresados por convulsiones (ICD-9-CM 780.3\*) obteniendo una correlación positiva en tasas de admisión por RV-GEA( $\rho=0.322, P=8 \times 10^{-5}$ ), y descenso entre 36.8%(29.1,43.6%) en 2008 y 60.8%(55.2-65.7%) en 2014. También encontramos resultados significativos para los grupos de edad 1año y 2años para todas las PC y convulsiones, y para el grupo de edad <1año para el diagnóstico convulsiones. En los restantes grupos de 3 y 4años u otras categorías diagnósticas no se han encontrado resultados significativos.

##### **Conclusiones**

Nuestros resultados confirman que la vacunación contra RV puede tener un impacto beneficioso sobre la patología de tipo convulsivo, en forma de descenso de hospitalización. Es necesario profundizar en los mecanismos subyacentes, pero de ratificarse, este beneficio adicional debería considerarse a la hora de evaluar la eficiencia de la vacunación frente a rotavirus.

#### **O-015 CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN SISTEMÁTICO EN NIÑOS CON PROBLEMAS COMPLEJOS DE SALUD**

Mendez Echevarria, Ana <sup>1</sup>; García Fernández De Villalta, Marta <sup>1</sup>; Madero, Rosario <sup>1</sup>; Limia, Aurora <sup>2</sup>; Climent, Francisco José <sup>1</sup>; Escosa, Luis <sup>1</sup>; Rodriguez, Aroa <sup>1</sup>; Calvo, Cristina <sup>1</sup>; Mellado, María José <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>2</sup> Dirección General Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid.

##### **Objetivos**

Analizar coberturas vacunales del calendario sistemático en pacientes en la U. Patología Crónica Compleja (UPCC) del Hospital. - Compararlas con coberturas nacionales. - Analizar factores asociados con peores coberturas. MATERIAL Y METODO Estudio transversal en niños: 12 meses-18 años atendidos en 2016 en UPCC excluyéndose inmunodeprimidos. Se analizó: sexo, edad, patologías crónicas (PCs), soporte tecnológico, ingresos, cirugías, vacunas y fecha de administración. Comparamos coberturas con datos de población española aportados por el Ministerio mediante test estadístico de comparación de proporción observada/teórica. RESULTADOS Incluimos 100 niños, 55% varones; mediana 4 años (RIQ: 2-8 años). Mediana PCs/paciente fueron 4 (rango 1-8), 87% eran dependientes de tecnología, 91% ingreso en UCI en alguna ocasión. El 24% no tenían completo el calendario sistemático. Las coberturas vacunales por edad fueron 84% al año, 83% 2-5 años, 71% 6-15 años y 37% mayores 16 años [p=0,03]. Encontramos diferencias significativas con menor cobertura vacunal comparada con población general: para DTP a los 12m [92% vs. 96,5%; p=0,014] y 2 años [88% vs. 94%; p=0,033]. Las coberturas a los 6 y 16 años fueron inferiores a las de la población general sin alcanzar significación [79% vs. 87%, p=0,1 y 58% vs. 79% p=0,08]. No encontramos diferencias entre coberturas frente a triple vírica con población general al año y 2 años (p=0.8 y p=1). Los pacientes que recibieron 1ª dosis DTP después de los 3 meses de edad se hospitalizaron en los primeros 6 meses de vida más días (131,8±63,4 días) que los inmunizados antes de los 3 meses (85,1±56,8 días), (p=0,04). No encontramos relación entre número y tipo de PCs, número de intervenciones y coberturas vacunales. Los niños con ventilación no invasiva domiciliaria estaban globalmente peor inmunizados [45,5% vs. 79,8% ; p=0,02]. CONCLUSIONES - Un elevado porcentaje de niños con patologías crónicas no está correctamente inmunizados, con coberturas < 90% en todas las edades. - Las coberturas frente DTP son más bajas que en población general, con vacunación tardía. - Los niños con ventilación no invasiva domiciliaria están peor inmunizados. - Estos pacientes son muy vulnerables a enfermedades inmunoprevenibles. Adecuar sus calendarios exige una colaboración estrecha entre Hospital y A. Primaria.

**O-016 CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES ADICIONALES DEL CAV-AEP POR SU PATOLOGÍA DE BASE, EN NIÑOS CON PROBLEMAS COMPLEJOS DE SALUD.**

Mendez Echevarria, Ana <sup>1</sup>; García Fernández De Villalta, Marta <sup>1</sup>; Madero, Rosario <sup>1</sup>; Limia, Aurora <sup>2</sup>; Climent, Francisco José <sup>1</sup>; Escosa, Luis <sup>1</sup>; Rodriguez, Aroa <sup>1</sup>; Calvo, Cristina <sup>1</sup>; Mellado, María José <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>2</sup> Dirección General Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid.

**Objetivos**

Analizar coberturas vacunales frente a vacunación adicional recomendada por CAV-AEP en niños de la Unidad de Patología Crónica Compleja (UPCC) de nuestro Hospital. - Analizar factores asociados con peores coberturas. MATERIAL Y METODO Estudio transversal, niños entre 12 meses-18 años atendidos en 2016 en la UPCC, excluyéndose inmunodeprimidos. Se recoge: patologías crónicas (PCs), soporte tecnológico, dosis de neumococo conjugada, 23v, varicela, gripe y VHA, fecha administración, convivientes vacunados frente a gripe e inmunoprofilaxis con palivizumab. RESULTADOS 100 niños (55% varones/45% mujeres), mediana 4 años (RIQ: 2- 8 años). Mediana de PCs/paciente 4 (rango 1-8), 22% ex-prematuros, 87% dependientes de tecnología y 91% había ingresado en UCI alguna vez. 100% con indicación de vacunación frente a neumococo, varicela y gripe, 37% frente a VHA y 33% de profilaxis con palivizumab. Globalmente solo el 11% estaba correctamente vacunado (sistemáticas+adicionales). El 88% no había recibido todas las vacunas adicionales recomendadas (IC95% 0,81-0,94). Las tasas de cumplimiento de recomendaciones CAV-AEP fueron 32% al año (6/19), 5% 2-5 años (2/42), 10% 6 -15 años (3/31) y 1% en mayores de 16 años (1/8) (p=0,02). Un 75% estaba correctamente inmunizado frente a gripe, 24% neumococo, 37% varicela y 27% VHA. Los peor vacunados frente a neumococo fueron niños que requerían 23v (17%) y los mejor los mayores de 2 años (58%) (p<0,001). Todos los niños con indicación de palivizumab lo recibieron. Un 50% de los convivientes se vacunan anualmente frente gripe. Los niños con PC neuromuscular o malformaciones asocian riesgo de calendario adicional incorrecto [OR 4,12 (IC95% 1,1-15), p=0,03 y OR 5 (IC95%1,03-24,1), p=0,045]; Las patologías respiratorias y la oxigenoterapia mayor probabilidad de vacunación de gripe en convivientes [OR 3,1 (IC95% 1,2-7,6), p=0,012 y OR 3,2 (IC95% 1,4-7,2), p=0,006]. Los prematuros y los CIR están mejor vacunación frente a neumococo [OR 2,9 (IC95% 1,1-7,7), p=0,012] y [OR; 3,4 (IC95% 1,2-9,4), p=0,016]. CONCLUSIONES - Globalmente solo un 11% de los niños con patología crónica está correctamente inmunizado. - Solo el 50% de los convivientes se vacuna frente a gripe. - Los niños con PC neuromuscular y con malformaciones son los peor inmunizados.

### **O-017 INFLUENCIA DE LAS VACUNAS NEUMOCÓCICAS EN LA INCIDENCIA DE NEUMONÍAS ASOCIADAS A DERRAME PLEURAL EN LA EDAD PEDIÁTRICA**

Abarzuza Armendariz, Jorge Guillermo; Gil Sáenz, Francisco José; Nogueira López, Javier; Sánchez Martínez, Idoia; Villarreal Calvo, María; Malumbres Chacón, María; Urretavizcaya Matínez, María; Moreno Gonzalez, Paula; Ahmed Mohamed, Lotfi; Peñafiel Freire, Diego Mauricio; Ilincheta Andueza, María; Acebrón Arizcun, María; Bespín Gracia, Marta.

*Hospital de Navarra, Pamplona.*

#### **Introducción**

El derrame pleural paraneumónico (DPP) y empiema son complicaciones de las neumonías bacterianas. Se observó un aumento de su incidencia coincidiendo con la comercialización de la vacuna neumocócica heptavalente (VN7), la mayoría causados por serotipos que fueron incluidos en la vacuna trecevalente (VN13). El objetivo de este estudio es valorar el posible efecto de la introducción de VN7 y VN13 en la incidencia de neumonías asociadas a DPP.

#### **Material Y Métodos**

Se recogió información de los pacientes ingresados con DPP en el Complejo Hospitalario de Navarra de 1995 a 2017. Los datos demográficos fueron obtenidos del Instituto Navarro de Estadística. Se incluyeron pacientes ingresados con DPP significativo confirmado por ecografía torácica. Fueron excluidos pacientes con DPP secundarios a otras patologías (traumáticos, postquirúrgicos, neoplásicos...). Se definió pacientes con DPP de etiología neumocócica demostrada aquellos que presentaran positividad para hemocultivo, cultivo líquido pleural (LP), antígeno o PCR en LP. A efectos de análisis consideramos periodo prevacunal de 1995 a 2001, periodo VN7 de 2002 a 2010 y periodo VN13 de 2011 a 2017. El análisis estadístico se ha realizado mediante el test de la T de Student para comparación de incidencias (casos/100000 menores de 15 años).

#### **Resultados**

Se recogieron 356 pacientes con DPP: 113 empiemas y 119 neumocócicos. Se observó aumento de la incidencia ( $p < 0,05$ ) de DPP en la época VN7 respecto a la prevacunal en todas las edades:  $< 2$  años (5,57vs40,39), 2-5 años (13,79vs63,30), 5-15 años (2,43vs9,72) y  $< 15$  años (6,47vs25,49). Igualmente se observó aumento en la incidencia de empiemas (1,04vs8,29) y etiología neumocócica (2,40vs8,57). También se observó disminución de la incidencia ( $p < 0,05$ ) de DPP en periodo VN13 respecto a VN7 en todas las edades excepto de 5-15 años ( $p = 0,067$ ):  $< 2$  años (40,33vs22,75), 2-5 años (63,30vs25,53), 5-15 años (9,71vs5,59) y  $< 15$  años (25,49vs11,83). También se observó disminución de incidencia de empiemas (8,29vs4,47) y etiología neumocócica (8,57vs3,75).

#### **Conclusiones**

Los datos analizados sugieren que la introducción de la VN7 influyó en el aumento de las neumonías asociadas a DPP, empiemas y de causa neumocócica. Asimismo, sugieren que la VN13 ha influido en la disminución de estas patologías.

### **O-018 SITUACIÓN DE LOS PACIENTES VIH DE TRANSMISIÓN VERTICAL TRANSFERIDOS A UNIDADES DE ADULTOS (CORISPE-FARO)**

Jiménez De Ory, Santiago<sup>1</sup>; González-Tomé, María Isabel<sup>2</sup>; Fernández Mcphee, Carolina<sup>1</sup>; Fortuny, Claudia<sup>3</sup>; Noguera, Antoni<sup>4</sup>; Terol, Pedro<sup>5</sup>; Couceiro, José Antonio<sup>6</sup>; Garrote, Elisa<sup>7</sup>; Gavilán, César<sup>8</sup>; Gómez-Sirvent, Jorge<sup>9</sup>; Lillo, Miguel<sup>10</sup>; Apilánez, Miren<sup>11</sup>; Pocheville, Itziar<sup>12</sup>; Mellado, María José<sup>13</sup>; Colino, Elena<sup>14</sup>; Beceiro, José<sup>15</sup>; Navarro, María Luisa<sup>16</sup>; Corispe-Faro, Grupo De Trabajo<sup>17</sup>.

<sup>1</sup> Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Doce de Octubre, Madrid; <sup>3</sup> Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona; <sup>4</sup> Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona; <sup>5</sup> Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla; <sup>6</sup> Hospital de Pontevedra, Pontevedra; <sup>7</sup> Hospital de Basurto, Bilbao; <sup>8</sup> Hospital San Juan de Alicante, San Juan de Alicante; <sup>9</sup> Hospital Virgen de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife; <sup>10</sup> Hospital General de Albacete, Albacete; <sup>11</sup> Hospital de Donostia, San Sebastián; <sup>12</sup> Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo; <sup>13</sup> Hospital La Paz, Madrid; <sup>14</sup> Hospital Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria; <sup>15</sup> Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares; <sup>16</sup> Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>17</sup> CoRISpe-FARO, España.

#### **Introducción**

Gracias a la introducción de tratamiento antirretroviral, la supervivencia de los niños infectados por VIH ha aumentado. En los últimos años muchos de ellos han sido transferidos a unidades de adultos, donde continúan su seguimiento.

#### **Material y métodos**

Análisis de los pacientes incluidos en la base de datos de la Cohorte CoRISpe-FARO. Se analizaron datos clínicos e inmunoviroológicos en el momento del paso, por períodos (P1:1997-2002;P2:2003-2005;P3:2006-2008;P4:2009-2011;P5:2012-2015) y su situación actual, a Diciembre de 2016.

#### **Resultados:**

390 pacientes infectados de VIH por transmisión vertical de 33 hospitales estaban incluidos en la Cohorte CoRISpe-FARO. De ellos, se pudieron obtener datos de 363 en el momento del paso. El 95.6% había nacido en España. El 56.5% eran mujeres. Cuarenta y seis (11.8%) estaban coinfectados por VHC. En el momento del paso se observaron diferencias por períodos ( $p < 0.01$ ) en edad al diagnóstico (P1: 4.36 años; P5: 1.38 años), edad al paso (P1: 15.5 años; P5: 18.4 años), Nadir %CD4 y CD4 (P1: 9.6 y 216; P5: 14.8 y 344), %CD4 y CD4 al paso (P1: 13.3 y 304; P5: 37.2 y 760) y % con carga viral indetectable (P1: 31.3; P5: 82.3). Tras la transición los pacientes fueron seguidos en adultos durante 7.5 años (RIC: 5.1-10.5). El 14% se perdió en el seguimiento. Once pacientes fallecieron, 6 progresaron a SIDA en adultos. Los pacientes en seguimiento tenían 25.3 años en el último control (RIC: 23.2-28.2), con 32.3 %CD4 (RIC: 25.2-40.3) y 725 CD4/mm<sup>3</sup> (RIC: 513-981). El 80.8% de los pacientes tratados tenía carga viral < 50 copias/ml. El 23.3% tomaba NRTI+NNRTI, el 22.9% tomaba NRTI+IP y el 38.2% pautas con inhibidores de la integrasa. El 61.5% tomaba pautas QD. Doce pacientes (3.2%) no tomaban tratamiento. 38 mujeres tuvieron 48 niños no infectados.

#### **Conclusiones**

Un elevado número de pacientes VIH que fueron seguidos en pediatría son actualmente seguidos en las unidades de adultos. Estos pacientes, que han tenido grave situación clínica e inmunológica, actualmente presentan buena situación inmune y control de la carga viral. Sin embargo, hay pacientes que se pierden en el seguimiento y un pequeño porcentaje que fallece. Se deberían trazar estrategias para evitar las pérdidas y los fallecimientos.



### O-019 INFECCIÓN POR EL VIH EN PEDIATRÍA: ¿ES EL DIAGNÓSTICO TARDÍO UNA REALIDAD?

Sainz Costa, Talia<sup>1</sup>; Fernandez- Mcphee, Carolina<sup>2</sup>; Jimenez De Ory, Santiago<sup>2</sup>; Ramos, Jose Tomas<sup>3</sup>; González-Tome, Maria Isabel<sup>4</sup>; Pocheville, Itziar<sup>5</sup>; Breton, Rafael<sup>6</sup>; Moreno, David<sup>7</sup>; Pineda, Valentin<sup>8</sup>; Fortuny, Claudia<sup>9</sup>; Garzon, Mónica<sup>10</sup>; Losada, Begoña<sup>11</sup>; Frick, Antoinette<sup>12</sup>; Guillén, Sara<sup>13</sup>; Navarro, Maria Luisa<sup>2</sup>; Corispe, En Representacion De<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>2</sup> Hospital General Gregorio Marañón, Madrid; <sup>3</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>4</sup> Hospital 12 de Octubre, Madrid; <sup>5</sup> Hospital de Cruces, Barakaldo; <sup>6</sup> Hospital Universitario La Fe, Valencia; <sup>7</sup> Hospital de Malaga, Malaga; <sup>8</sup> Hospital Parc Tauli, Barcelona; <sup>9</sup> Hospital Sant Joan de Déu, Martorell; <sup>10</sup> Hospital de Lanzarote, Lanzarote; <sup>11</sup> Hospital de Toledo, Toledo; <sup>12</sup> Hospital de la Val d'Hebron, Barcelona; <sup>13</sup> Hospital de Getafe, Madrid.

#### Introducción:

El tratamiento temprano de la infección por VIH tiene un impacto favorable en términos de reconstitución inmune. Dado que la principal vía de transmisión en la infancia es la vertical y la mayor parte de los pacientes se identifican en periodo perinatal gracias a los programas de prevención de la transmisión vertical, identificar los factores relacionados con el retraso diagnóstico en niños resulta clave para el diseño de estrategias que permitan un diagnóstico precoz.

#### Métodos:

Estudio retrospectivo en la Cohorte Nacional de niños infectados por el VIH (CoRISpe) que incluye pacientes nacidos en los últimos 15 años y diagnosticados en España. Todos aquellos pacientes con CD4 <500 cel/ul o <15% al diagnóstico se categorizaron como diagnósticos tardíos (LD). Se compararon las características de estos pacientes con el grupo de pacientes con diagnóstico precoz (ED).

#### Resultados:

Un total de 61 de los 257 niños diagnosticados de infección por el VIH fueron LD (23,7%); de ellos, un 39,3% presentaba CD4 <200 cel/uL. La proporción de mujeres fue similar (LD 62,3% vs ED 51%, p=0,14). La mediana de retraso diagnóstico fue de 3 años [mediana de edad al diagnóstico: 3 años (0-6) vs 0 (0-1), p<0,001]. Un 49,2% LD vs 22,4% habían nacido fuera de España (p<0,01), fundamentalmente en Guinea Ecuatorial, y un 5,4% vs 2,1% estaban infectados por vía no vertical (p=0,02). Al diagnóstico, un 31,1% de los LD vs 11,2% ED presentaban una infección oportunista (p<0,01), principalmente neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (36,8% vs 22,3%, p=0,009). La incidencia de infecciones oportunistas durante el seguimiento fue del 50,8% vs 22,4%, p<0,01. El estadio C del CDC era más común entre los pacientes LD (39,3% vs 9,7%, p<0,01). En el último control, la situación inmunológica es peor [633 (443-964) CD4 cel/ul vs 937 (676-1224), p<0,01], sin diferencias en control virológico (VL<50 copias/mL: 69,1% vs 73,3%).

#### Conclusiones:

Los diagnósticos tardíos de la infección por VIH en pediatría suceden principalmente en niños nacidos fuera de España y/o con padres extranjeros. La prevalencia es baja, pero el retraso diagnóstico en esta población condiciona la reconstitución inmune, por lo que es fundamental insistir en la sensibilización.

## **O-020 PRESENTACIÓN CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO DE VIH EN LA UNIDAD DE REFERENCIA DE VIH PEDIÁTRICO EN BATA, GUINEA ECUATORIAL**

Aguilera Alonso, David<sup>1</sup>; Grasa Lozano, Carlos<sup>2</sup>; Cervantes Hernández, Eloísa<sup>3</sup>; Obono Obama Avoro, Antonia María<sup>4</sup>; Ncogo Ada, Policarpo<sup>5</sup>; Benito, Agustín<sup>3</sup>; Rojo, Pablo<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>3</sup> Centro Nacional de Medicina Tropical, Instituto de Salud Carlos III, Madrid; <sup>4</sup> Hospital Regional de Bata, Bata; <sup>5</sup> Centro Nacional de Medicina Tropical, Instituto de Salud Carlos III, Malabo.

### **Introducción y objetivos**

La infección VIH/SIDA es una causa importante de morbimortalidad en Guinea Ecuatorial, con un incremento en su prevalencia en la última década (6,2% en 2014), estimándose 200 infecciones nuevas en <15 años en el año 2016 (ONUSIDA). El objetivo es evaluar el estado nutricional, clínico e inmunológico al diagnóstico de VIH en la población pediátrica en una unidad de referencia de VIH en Guinea Ecuatorial.

### **Métodos**

Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. Se incluyeron niños <18 años diagnosticados de VIH entre abril 2009 y septiembre 2017. Se recogieron datos clínicos, inmunológicos y nutricionales, calculándose los Z-score de peso/edad, peso/talla y talla/edad. Se dividió la población según el momento del diagnóstico en 2 periodos equitativos (primer periodo hasta junio 2013, inclusive).

### **Resultados**

Fueron diagnosticados 213 niños con VIH (49,3% varones), edad mediana 3,8 años (RIC:1,5-8,2). La vía de transmisión más frecuente fue vertical (65,3%). Estadio clínico (OMS) III en 121 casos (56,8%) y IV en 53 (24,9%). Coinfección con VHB en 12/133 (9%) y tuberculosis pulmonar en 6/213 (2,8%). Estadio inmunológico (CDC) II en 51/130 (39,2%) y III en 44/130 (33,8%). Medianas (RIC) de Z-score de peso/edad, peso/talla y talla/edad: -2,2 (-3,7 a -1,1), -1,8 (-3,0 a -0,6) y -2,2 (-3,4 a -1,4), respectivamente. Desmedro (peso/edad) en 56,2% casos (moderado 20,1% y grave 36,1%), malnutrición aguda (peso/talla) en 39,3% (moderada 21,4% y grave 17,9%), talla baja en 55,4% (moderada 20,6% y grave 34,8%). Mayor prevalencia de desmedro en <5 años (64,4% vs 46,7%, p=0,01). La presencia de inmunodepresión moderada-grave se asoció a desmedro grave: OR 3,9 (IC95% 1,4-11,1; p=0,01). En el segundo periodo disminuyó la prevalencia de inmunodepresión moderada-grave (87,2% a 67,0%; p=0,018), sin diferencias significativas en el estado nutricional ni prevalencia de enfermedad avanzada (estadio clínico III-IV).

### **Conclusiones**

Destaca al diagnóstico de VIH en la población pediátrica ecuatoguineana una importante afectación nutricional y alta proporción de formas avanzadas, estando la mayoría en estadio OMS III-IV. Es prioritario un diagnóstico precoz de la infección VIH mediante la formación de los médicos guineanos en la sospecha temprana del VIH, la introducción de técnicas moleculares y asegurar un abordaje nutricional intensivo.

**O-021 ANÁLISIS BAYESIANO APLICADO A LA SELECCIÓN DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO EN EL PRIMER EPISODIO DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO FEBRIL EN MENORES DE 5 AÑOS.**

Ródenas Moreno, Martín ; Serrano Correoso, Alejandro ; Torrejón Rodríguez, Laura ; Rubio Atienza, Yolanda ; García Hita, Marta; Sahuquillo Arce, José Miguel; Ferrer Lorente, Belén; Bretón Martínez, José Rafael; Monteagudo Montesinos, Emilio; Oltra Benavent, Manuel.

*Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.*

**Introducción y objetivos**

El tratamiento antimicrobiano empírico adecuado en la infección urinaria febril (ITUF) es fundamental para evitar complicaciones. El objetivo fue aplicar un método de estadística bayesiana para predecir la probabilidad de éxito de diferentes antibióticos. Como objetivo secundario se analizó si hubo aumento de resistencias interanuales.

**Métodos**

Se utilizó el método de análisis bayesiano WISCA (*weighted-incidence syndromic combination antibiograms*) aplicado al primer episodio de ITUF en pacientes de 1 mes a 5 años de edad atendidos en un hospital de tercer nivel, desde enero de 2013 a diciembre de 2017. Se recogieron de forma retrospectiva los microorganismos causales dividiéndolos en 2 grupos (*E. coli* y No *E. coli*) para su análisis estadístico, y su perfil de sensibilidad a diferentes antibióticos. Se calculó la probabilidad ponderada global de sensibilidad y su IC(95%). Se hizo un análisis comparativo Chi cuadrado para detectar cambios en resistencias interanuales. Se utilizó el programa SSPS versión 25.

**Resultados**

Se estudiaron 480 episodios de ITUF durante el periodo de estudio. El 68% mujeres. Media de edad 7,8 meses. En un 62% se indicó ingreso para tratamiento intravenoso siendo el resto tratados de forma ambulatoria con antibioterapia oral y control en consulta externa. El porcentaje de *E. coli* en la muestra fue del 92%. La probabilidad ponderada de éxito de los diferentes tratamientos antibióticos empíricos para el global de aislados fue: aminoglucósidos 95% (92-97%), cefalosporinas de tercera generación 95% (93-97%), amoxicilina-clavulánico 87% (84-90%), cotrimoxazol 70% (66-75%), ampicilina 35% (30-39%) y fosfomicina 99% (98-99,8%).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas para las resistencias interanuales de los distintos antibióticos excepto un aumento para cefalosporinas ( $p=0.06$  en global y  $p=0.028$  en *E. coli*).

**Conclusiones**

Con el método WISCA los aminoglucósidos, cefalosporinas de tercera generación y amoxicilina-clavulánico, con unas resistencias <15%, se muestran como buenas opciones para tratamiento empírico intravenoso de ITUF en su primer episodio. Así mismo, cefalosporinas de tercera generación y amoxicilina-clavulánico se muestran adecuadas para su tratamiento oral. La tendencia en el último año al aumento de resistencias a cefalosporinas de tercera generación obliga a realizar una vigilancia activa en los próximos años.

## **O-022 ESTUDIO DE LA METABOLÓMICA URINARIA EN NIÑOS AFECTOS DE INFECCIÓN CONGÉNITA Y POSTNATAL POR CITOMEGALOVIRUS.**

Frick, Marie Antoinette <sup>1</sup>; Barba Vert, Ignasi <sup>2</sup>; López López, Paula <sup>3</sup>; Codina Grau, Maria Gemma <sup>4</sup>; Antón Pagarolas, Andrés <sup>4</sup>; Esperalba Esquerro, Juliana <sup>4</sup>; Linde Sillo, Angeles <sup>5</sup>; García Dorado, David <sup>6</sup>; Soler Palacín, Pere <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias Primarias en Pediatría. Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona; <sup>2</sup> Biología Molecular y Metabolismo. Enfermedades Cardiovasculares. Vall d'Hebron Institut de Recerca, Barcelona; <sup>3</sup> Biología Molecular y Metabolismo. Enfermedades Cardiovasculares. Vall d'Hebrón Institut de Recerca., Barcelona; <sup>4</sup> Servicio de Microbiología. Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona; <sup>5</sup> Servicio de Neonatología. Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona; <sup>6</sup> Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

### **Introducción y objetivos.**

La metabolómica es una estrategia diagnóstica y pronóstica prometedora, que describe los metabolitos presentes en biofluidos, como la orina. Su naturaleza no invasiva la hace ideal en el estudio de condiciones en pediatría. Un estudio preclínico previo demostró que el perfil metabolómico urinario mediante análisis con espectroscopia de resonancia magnética nuclear (<sup>1</sup>H-RMN) fue capaz de detectar infección por citomegalovirus (CMV). Sin embargo, las fuentes de variación observadas son numerosas. El diagnóstico y tratamiento de la infección por CMV, particularmente la de origen congénito asintomática, siguen siendo un reto en pediatría. El objetivo del presente estudio fue investigar fuentes de variación del perfil metabolómico urinario en un entorno hospitalario pediátrico usando la infección por CMV como base.

### **Métodos.**

Se recogieron muestras de orina de pacientes pediátricos ingresados en el Servicio de Neonatología de un hospital terciario para el cribado de infección por CMV mediante PCR (abril 2016 – julio 2017). Se obtuvieron espectros <sup>1</sup>H-RMN de las muestras de orina a 9.4T mediante una secuencia NOESYPR1D. Se aplicaron técnicas de proyección ortogonal a las estructuras latentes (OPLS-DA) para la discriminación de infección por CMV, sexo, edad cronológica, edad gestacional, tipo de parto, gemelaridad y dieta. Los modelos OPLS-DA se han considerado significativos cuando CV-ANOVA <0.05.

### **Resultados.**

Se incluyeron 19 casos de infección por CMV (5 congénitos, 11 postnatales y 3 de probable origen postnatal) y 18 controles, con rango de edades de 0-115 y 0-122 días, respectivamente. Se obtuvieron modelos discriminantes estadísticamente significativos para infección ( $p=0,0299$ ) y edad cronológica ( $p=0,0024$ ). Las variables responsables de la discriminación en el modelo que diferencia infección se asignaron tentativamente a N-acetyltilosina, propylen-glicol, betaína y succinato (más abundantes en infectados). En el caso de edad cronológica corresponderían a propylen-glicol y myo-inositol (más abundante en neonatos) y a betaína (más abundante en lactantes).

### **Conclusiones.**

A pesar de su variabilidad, la metabolómica urinaria en pediatría permite detectar biomarcadores implicados en la infección por CMV potencialmente aplicables a la práctica clínica. Dada su variabilidad y el número relativamente bajo de pacientes se requieren estudios multicéntricos para proporcionar respuestas definitivas.

### **O-023 GAMMAGRAFÍA RENAL EN EL SEGUIMIENTO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EDAD PEDIÁTRICA**

Villaverde González, Serena <sup>1</sup>; Cabezas Berdión, Cristina <sup>2</sup>; Manso Pérez, Alba <sup>1</sup>; Olmedo Díaz, Inmaculada <sup>1</sup>; Golmayo Gaztelu, Luz <sup>1</sup>; López López, Agustín <sup>1</sup>; Cilleruelo Ortega, M<sup>a</sup> José <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda; <sup>2</sup> Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

#### **Introducción y objetivos.**

La infección del tracto urinario (ITU) es una de las infecciones más frecuentes en la población pediátrica, y puede dar lugar al desarrollo de cicatrices renales. La técnica de elección para el diagnóstico de nefropatía cicatricial es la gammagrafía renal con ácido dimercaptosuccínico (DMSA) a partir de los 6 meses de la infección.

Los objetivos principales del estudio fueron establecer los factores de riesgo para el desarrollo de cicatrices renales en pacientes con ITU y analizar la utilidad de la gammagrafía en el seguimiento de estos pacientes.

#### **Materiales y métodos.**

Estudio unicéntrico observacional descriptivo y retrospectivo realizado mediante la revisión de historias clínicas de pacientes menores de 15 años ingresados en un hospital de tercer nivel desde enero de 2013 hasta diciembre de 2014 con el diagnóstico al alta de ITU.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, uropatía de base, antecedente de ITU, temperatura máxima, analítica al ingreso, tiempo de fiebre previo al tratamiento, persistencia de la misma más de 48 horas tras inicio de antibiótico, tratamiento recibido, resultado del urocultivo, ecografía, indicación y resultado de ecocistografía y de gammagrafía DMSA a los 6 meses.

#### **Resultados.**

Se incluyeron 231 pacientes. Se realizó gammagrafía diferida con DMSA a 102 pacientes, siendo patológica en 20 casos (20%). Se observó un incremento de riesgo de cicatriz renal en los pacientes de mayor edad ( $p = 0,002$ ), con uropatía de base ( $p < 0,001$ ), ITU previa ( $p < 0,001$ ), proteína C reactiva (PCR)  $> 100$  mg/L ( $p = 0,014$ ) o con alteraciones ecográficas en fase aguda (OR 10,9; IC 95% 3,19-37,37) ( $p < 0,001$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de parámetros estudiados. Un 9% de los pacientes con ecografía normal mostró cicatrices en el DMSA.

#### **Conclusiones.**

La gammagrafía renal con DMSA es la técnica de elección para la detección de cicatrices renales. Se recomienda su realización de manera diferida 6 meses tras un episodio de ITU/PNA en pacientes urópatas, con ITU de repetición, PCR  $> 100$  mg/ml o ecografía inicial patológica.

Serían necesarios más estudios para establecer las indicaciones precisas de gammagrafía renal.

#### **O-024 ANÁLISIS BAYESIANO APLICADO A LA SELECCIÓN DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO EN INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO FEBRIL EN PACIENTES CON UROPATÍA MENORES DE 4 AÑOS**

Oltra Benavent, Manuel; Rubio Atienza, Yolanda ; Torrejón Rodríguez, Laura; Serrano Correoso, Alejandro; Ródenas Moreno, Martín; García Hita, Marta; Fernández Tudela, Belén; Sahuquillo Arce, José Miguel; Monteagudo Montesinos, Emilio; Bretón Martínez, José Rafael.

*Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.*

##### **Introducción y objetivos.**

El tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto urinario (ITU) febriles en pacientes con uropatía es fundamental para evitar complicaciones.

El objetivo fue aplicar un método bayesiano para predecir la probabilidad de éxito de diferentes regímenes de antibiótico, tanto en monoterapia como biterapia.

##### **Métodos.**

Se realizó un análisis retrospectivo en pacientes entre 1 mes y 4 años de edad, ingresados por ITUF, con malformaciones nefrourológicas conocidas, entre enero de 2013 hasta diciembre de 2017. Se aplicó un método Bayesiano (WISCA: *weighted-incidence syndromic combination antibiograms* ) para analizar las resistencias de los microorganismos aislados en los urinocultivos, a distintos regímenes antibióticos. Para el cálculo ponderado se consideraron cuatro grupos etiológicos: *Escherichia coli*, *Enterobacterias no coli*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterococcus*.

##### **Resultados.**

Se reclutaron 188 episodios en 128 pacientes. Mujeres: 42,6 %. Media de edad: 11.8 meses. Un 38,8% recibían un antibiótico profiláctico. Antecedente de cirugía urológica en un 25,5%. Un 34,4% mostraron resistencias al tratamiento empírico elegido. Se aislaron un 53.2% de *Escherichia coli*, un 27.7% de *Enterobacterias no coli*, un 16.5% de *Pseudomonas aeruginosa* y un 2.7% de *Enterococcus*. Un 17% fueron Betalactamasas de espectro extendido (BLEE).

La probabilidad ponderada de éxito para los diferentes tratamientos en monoterapia fue: Amoxicilina-clavulánico 61.5% (IC 56.27-66.61%), cefotaxima 61.21% (IC 55.97-66.32%), ceftazidima 75.07% (IC 70.34-79.53%), gentamicina 83.48% (IC 79.33-87.25%), amikacina 89.53% (IC 86.06-92.55%), ciprofloxacino 89.82% (IC 86.39-92.81%), fosfomicina 86.59% (IC 82.53-90.19%). Para biterapia fue: ampicilina-gentamicina 92.18% (IC 89.10-94.79%), ampicilina-amikacina 97.20% (IC 95.20-98.67%), cefotaxima-gentamicina 88.64% (IC 85.6-91.79%), cefotaxima-amikacina 90.71% (IC 87.40-93.56%), amoxicilina-clavulánico-amikacina 98.98% (IC 97.65-99.75%), amoxicilina-clavulánico-gentamicina 95.72% (IC 93.33-97.61%).

##### **Conclusión.**

Las resistencias en monoterapia para amoxicilina-clavulánico, cefotaxima y ceftazidima superaron el 20% por lo que no serían de elección como tratamiento empírico. Gentamicina, amikacina y ciprofloxacino con resistencias entre 10-20% serían aceptables. La distribución de microorganismos aislados así como el importante porcentaje de BLEEs explicaría estos hallazgos. Cualquiera de las opciones propuestas como biterapia, especialmente ampicilina o amoxicilina-clavulánico con aminoglucósido, muestran resistencias menores del 10% siendo mejores opciones que la monoterapia para tratamiento empírico. Su elección hubiera supuesto una ganancia en probabilidad de éxito entre el 25-33% respecto al antibiótico indicado.

## **O-025 ETIOLOGÍA DE LA PIELONEFRITIS AGUDA Y SU RELACIÓN CON LA FORMACIÓN DE CICATRICES RENALES**

Gavilán Martín, César; Infante Urríos, Ana; Juste Ruíz, Mercedes; Cortés Castell, Ernesto.  
*Hospital Universitario de San Juan de Alicante, San Juan (Alicante).*

### **Introducción y objetivos**

La pielonefritis aguda (PNA) es una infección bacteriana potencialmente grave sin un tratamiento antibiótico adecuado, y capaz de provocar cicatrices renales, relacionadas con la aparición en la edad adulta de HTA, proteinuria, complicaciones durante el embarazo e incluso insuficiencia renal.

Los gérmenes resistentes, fundamentalmente gram negativos (*Escherichia coli* [EC] y *Klebsiella*) productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), y otros gérmenes atípicos diferentes de EC, se asocian con mayores complicaciones y secuelas a largo plazo.

El objetivo de este trabajo es conocer la etiología predominante en nuestro medio de las PNA, la susceptibilidad antibiótica de EC y la relación de estos microorganismos con la aparición posterior de cicatrices renales, y así poder seleccionar a los niños que precisan pruebas complementarias y un seguimiento más estrecho.

### **Métodos**

Estudio retrospectivo basado en la revisión de las historias clínicas de niños ingresados por PNA entre 2003 y 2015. Se registraron 563 episodios, seleccionando aquellos que tenían una gammagrafía renal en fase diferida (139) y se compararon los urocultivos de aquellos con gammagrafías normales y los que presentaban lesiones parenquimatosas.

### **Resultados**

31 niños (22,3%) presentaron cicatrices renales. EC fue el patógeno más prevalente (88,5%), con un 3% de BLEE. En el análisis bivalente encontramos asociación estadística entre la formación de cicatrices renales y las PNA producidas por gérmenes distintos a EC, resultados que no se confirmaron en el multivariante, probablemente porque estos gérmenes atípicos se relacionan con otros factores determinantes de lesión renal, como el reflujo vésico-ureteral (RVU).

### **Conclusiones**

La prevalencia de EC y el porcentaje de BLEE encontradas en nuestra población, están en consonancia con las publicaciones más recientes. Es preciso continuar trabajando tanto desde el ámbito local como mediante estudios multicéntricos para conocer los patrones de resistencia de los uropatógenos más habituales y establecer así el tratamiento óptimo de la PNA en cuanto a duración y selección antibiótica. Además, consideramos que la presencia de gérmenes resistentes y atípicos, diferentes a EC, debe ser un factor a tener en cuenta a la hora de planificar el tratamiento y el seguimiento a largo plazo de los niños con PNA.

**O-026 ESTUDIO PICCSA: CRIBADO DE LA INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS MEDIANTE CARGA VIRAL EN SALIVA.**

Blázquez Gamero, Daniel; Vicente Iglesias, Marta; Soriano-Ramos, María; Pérez-Rivilla, Alfredo; Freire, Xabier; García, Carmen Elia; Moraleda Redecilla, Cinta; Rojo Conejo, Pablo; Epalza, Cristina; Fernández-Cooke, Elisa; Prieto Tato, Luis; Pallás Alonso, Carmen Rosa; Ruíz-Contreras, Jesús; Folgueira, María Dolores; Grupo Estudio Piccsa, Piccsa.

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

**Introducción:**

Actualmente se desconoce la prevalencia de la infección congénita por citomegalovirus (CMVc) en España. Los objetivos de este estudio son: conocer la prevalencia del CMVc en nuestro medio y la utilidad de la carga viral en saliva para el cribado de CMVc.

**Métodos:**

Estudio prospectivo observacional de un año de duración (2017) en el que se realizó carga viral de CMV en saliva a los recién nacidos de un hospital terciario. En los casos positivos se confirmó la infección congénita mediante una nueva carga viral en orina (primeros 14 días de vida). Se realizó un estudio completo de extensión incluyendo una resonancia magnética nuclear cerebral a todos los niños con infección congénita confirmada.

**Resultados:**

Se ofreció participar en el estudio a los padres de 2962 recién nacidos, 31(0,01%) rechazaron participar. Se realizó la PCR en saliva a 2931 niños y resultó positiva en 23 casos (0,78%). Se confirmó la infección congénita en 14(0,47%) casos (especificidad de la prueba: 99,6%). Entre los 10 casos confirmados con serologías gestacionales, 6 fueron infecciones maternas no primarias. La mediana de carga viral en saliva en los niños infectados fue de 761.082 copias/ml (RIQ:78.782-7.864.474) frente a 238 copias/ml (RIQ:214-1431) de los falsos positivos ( $p=0.00001$ ). Ningún falso positivo presentó más de 3500 copias/ml, y todos los casos confirmados se encontraban por encima de este valor. Solo un paciente presentó alteraciones en la exploración física al nacer (ictericia) y un segundo paciente un cuadro sepsis-like a las 48 horas de vida. Una niña presentó una cicatriz macular con ceguera de un ojo. Ningún niño presentó hipoacusia. Ocho neonatos (8/14; 57%) tenían alguna alteración en la RMN (5 de ellos con alteración aislada de la sustancia blanca). Estos 8 niños recibieron tratamiento antiviral con valganciclovir. Sin el cribado solo se habrían diagnosticado el 21%(n=3) de los CMVc.

**Conclusiones:**

La prevalencia del CMVc en nuestro medio es de un 0,47%. La PCR en saliva puede ser un método de cribado válido, con pocos falsos positivos. Sin el cribado el 80% de los niños con CMVc no se habrían diagnosticado al nacer, incluyendo varios niños con afectación del SNC.

## **O-027 CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN LA COHORTE DE VIH DE MADRID DE NIÑOS Y ADOLESCENTES INFECTADOS**

Daoud Pérez, Zarife <sup>1</sup>; Francisco González, Laura <sup>1</sup>; Jiménez, Santiago <sup>1</sup>; González Tomé, Maria Isabel <sup>2</sup>; Illán Ramos, Marta <sup>1</sup>; Fuentes Ferrer, Manuel <sup>1</sup>; Guillén Martín, Sara <sup>3</sup>; Penín, María <sup>4</sup>; Roa, Miguel Ángel <sup>5</sup>; Escosa, Luis <sup>6</sup>; Sainz, Talia <sup>6</sup>; Mellado Peña, María José <sup>6</sup>; Badillo, Katie <sup>7</sup>; Prieto Tato, Luis <sup>8</sup>; Martínez Pérez, Jorge <sup>9</sup>; Rojo Conejo, Pablo <sup>2</sup>; Ramos Amador, José Tomás <sup>1</sup>; Navarro Gómez, María Luisa <sup>10</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>3</sup> Hospital Universitario de Getafe, Getafe; <sup>4</sup> Capiro Clínica Alcalá, Alcalá de Henares; <sup>5</sup> Hospital General de Móstoles, Móstoles; <sup>6</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>7</sup> Hospital de Torrejón, Madrid; <sup>8</sup> Hospital Universitario de Getafe, Madrid; <sup>9</sup> Hospital del Niño Jesús, Madrid; <sup>10</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

### **Introducción**

La infección por VIH infantil continúa siendo un grave problema mundial. Nuestro objetivo es analizar los cambios epidemiológicos de los niños de la cohorte CoRISpe.

### **Pacientes y métodos**

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de las características epidemiológicas de los niños VIH mediante revisión de las historias clínicas de la cohorte CoRISpe de la Comunidad de Madrid desde enero 2010 hasta diciembre 2016. Dividiéndolos en 2 periodos: P1 (2010-2013) y P2 (2014-2016).

### **Resultados**

Se identificaron 45 nuevos casos (P1:26; P2:19); mediana de 5,5 años (RIQ 1,5-9) P1 y 5 años (RIQ 3-15) P2; 11 adolescentes y 53% hombres.

El 69% TV (P1 81%; P2 53%), 11% sexual (P1 4%; P2 21%), 4% transfusional (100% P1) y 16% desconocido.

En P1 encontramos 25 niños, 9 españoles (36%), 14 africanos (54%) y 2 latinoamericanos (8%); en P2 20 niños, 8 españoles (40%), 7 africanos (35%), 4 latinoamericanos (20%) y 1 asiático (5%). En cuanto al diagnóstico tardío encontramos 14 niños, 5 tenían estadio C, 3 B, 4 A y 2 desconocido.

### **Discusión**

La infección VIH en España se asemeja al resto de Europa. Preocupa el incremento de la transmisión sexual. No hay diferencias entre los niños autóctonos y extranjeros. El diagnóstico tardío es elevado, especialmente en niños africanos.

### **O-028 ESTUDIO NEUROCOGNITIVO DE CASOS-CONTROLES EN JÓVENES INFECTADOS POR EL VIH. NEUROCORISPE**

García-Navarro, Cristina<sup>1</sup>; Jimenez De Ory, Santiago<sup>2</sup>; Ruiz-Saez, Beatriz<sup>2</sup>; Martín-Bejarano, Manuela<sup>1</sup>; Velo, Carlos<sup>1</sup>; Zamora, Berta<sup>1</sup>; Cuéllar-Flores, Isabel<sup>3</sup>; Navarro, María Luisa<sup>2</sup>; Ramos, José Tomás<sup>3</sup>; Sainz, Talía<sup>4</sup>; García López Hortelano, Milagros<sup>4</sup>; Prieto, Luis<sup>1</sup>; Guillén, Sara<sup>5</sup>; González-Tomé, María Isabel<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>2</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>3</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>4</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>5</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

**Introducción y objetivos:** Existen múltiples factores que pueden afectar al desarrollo cognitivo en los jóvenes infectados perinatalmente por VIH (PHIV). Para conocer mejor el papel que desempeñan tanto los factores asociados al virus como aquellos no relacionados, evaluamos el perfil neurocognitivo en una cohorte de jóvenes PVIH y lo comparamos con un grupo control.

**Métodos:** Estudio transversal con 30 jóvenes PVIH y 30 sujetos sanos (HIV-) pareados por rango de edad, sexo y nivel socioeconómico. Los participantes completaron diferentes pruebas neuropsicológicas y una entrevista psicosocial semiestructurada. Los dominios neurocognitivos evaluados fueron: Habilidad cognitiva general (HCG), Atención/Velocidad-de-Procesamiento (A/VPI), Memoria, Capacidad Visuoconstructiva y Funciones ejecutivas. Se calcularon los z-scores específicos y el global (NPZ-5) en ambos grupos. Se consideró la categoría SIDA (PVIH/SIDA) para valorar la existencia de diferencias en el grupo VIH.

**Resultados:** Participaron 60 jóvenes: 67% mujeres, 83% caucásicos, mediana de edad 19 años (RIC 17-20). De los jóvenes VIH+: mediana de CD4 fue 749 (537-921), mediana de nadir CD4 fue 14% (9,21%), carga viral <50cop/ml el 77%. Tenía categoría SIDA (ninguna encefalopatía) el 27%, y estaba con TARGA el 93%; buena adherencia el 82%. No hubo diferencias en cuanto a ocupación (PVIH/VIH-: 70% vs 67% escolarizados; 13% vs 20% trabajando). Sin embargo, el grupo VIH- había repetido menos cursos ( $p=0.028$ ) y tenía mayor nivel educativo (0.021).

El subgrupo PVIH/SIDA tuvo peor puntuación global que PVIH/noSIDA (-0.56 vs -0.25,  $p=0.049$ ). No hubo diferencias entre PVIH/noSIDA y el grupo control. Sobre los dominios, PVIH tuvo peor rendimiento que VIH- en HCG (-0.22 vs 0.09,  $p=0.035$ ) y Memoria (-0.17 vs 0.35,  $p=0.018$ ). Tener mayor CD4 nadir se relacionó con mayor z-score en HCG ( $r=0.415, p=0.023$ ), A/VPI ( $r=0.371, p=0.044$ ) y NPZ-5 ( $r=0.378, p=0.040$ ). Mejor rendimiento en Memoria los pacientes con mayor tiempo de TAR y de carga viral indetectable ( $r=0.391, p=0.033$ ;  $r=0.392, p=0.032$ ).

**Conclusiones:** El grupo VIH- tuvo mejor rendimiento que los jóvenes PVIH en los dominios de Habilidad cognitiva general y Memoria. Los indicadores de gravedad del VIH (CD4 nadir, SIDA) se relacionaron con un peor rendimiento, mientras que el TAR y el control virológico tuvieron un efecto beneficioso en el funcionamiento mnésico.

**O-029 CONOCIMIENTOS SOBRE VIH, OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN Y HÁBITOS DE RIESGO: DIFERENCIAS ENTRE JÓVENES CON VIH POR TRANSMISIÓN VERTICAL Y SUJETOS VIH NEGATIVOS.**

Velo, Carlos <sup>1</sup>; Cuéllar-Flores, Isabel <sup>2</sup>; Ruiz-Sáez, Beatriz <sup>3</sup>; Martín-Bejarano, Manuela <sup>1</sup>; García-Navarro, Cristina <sup>1</sup>; Sainz, Talía <sup>4</sup>; Fernández-McPhee, Carolina <sup>3</sup>; Ramos, Jose Tomás <sup>2</sup>; Blázquez, Daniel <sup>1</sup>; Rojo, Pablo <sup>1</sup>; Epalza, Cristina <sup>1</sup>; Guillén, Sara <sup>5</sup>; Bernardino, Jose I. <sup>4</sup>; Valencia, Eulalia <sup>4</sup>; Bisbal, Otilia <sup>1</sup>; Pulido, Federico <sup>1</sup>; Ramírez, Alejandro <sup>3</sup>; De Lagarde, María <sup>1</sup>; Miralles, Pilar <sup>3</sup>; García-Hortelano, Milagros <sup>4</sup>; Navarro, Maria Luisa <sup>3</sup>; González-Tomé, Maria Isabel <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>3</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>4</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>5</sup> Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

**Objetivos:**

Evaluar y comparar el conocimiento que tienen los jóvenes sobre el VIH, de donde obtienen la información, y analizar diferencias en conductas sexuales de riesgo, entre sujetos VIH+ y VIH-.

**Método:**

Estudio transversal de una cohorte de pacientes VIH de transmisión vertical (CoRISpe) y una cohorte control, pareadas por nivel educativo (alto, medio y bajo), sexo y edad ( $\pm 3$  años). Se incluyeron 68 sujetos (34 VIH+ y 34 VIH-). Mediana de edad, 24.4 años (RIQ 16-33), 61.8% mujeres. Se realizó una evaluación mediante cuestionario anonimizado sobre salud sexual. Para comparar ambos grupos se desarrolló además la variable riesgo sexual; alto (tres o más parejas y no uso de preservativo siempre) y bajo riesgo (tres o menos parejas y/o uso de preservativo siempre). Se realizaron análisis univariantes.

**Resultados:**

El 85,3% de los sujetos VIH+ presentaron un riesgo sexual bajo, frente a un 50% de los VIH-. Además, el 74.2% VIH+ y 34.4% VIH- referían utilizar preservativo en todas sus relaciones sexuales ( $p < 0.01$ ). Un 18,2% de los VIH+ han presentado alguna ETS vs 25.3% VIH-. En cuanto a comunicación sexual, el 82% de los pacientes VIH referían satisfacción en la comunicación con su médico vs. 32% VIH-. Un 27% de los pacientes VIH refieren no tener comunicación sobre sexualidad con sus padres. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a conocimiento sobre vías de contagio y medios eficaces de protección, salvo donar sangre (Respuesta correcta [RC]: 66.7% VIH+ vs. 26.5% VIH;  $p < 0.01$ -), lavarse tras tener relaciones sexuales (RC: 30.3% VIH+ vs. 70.6% VIH-;  $p < 0.01$ ) o evitar sexo oral (RC: 6.7% VIH+ vs. 32.4% VIH-;  $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:**

A pesar del margen de mejora, los jóvenes VIH+ reciben más información por parte de padres y profesionales que los no infectados, en los que la información es claramente deficiente. Estos pacientes usan el preservativo de forma más regular, aunque la cobertura de síntesis por debajo del 80%. Estos resultados señalan la necesidad de abordar la sexualidad desde diferentes ámbitos para mejorar el conocimiento de la población general y fomentar las conductas de protección en ambos grupos.

### **O-030 VALOR PRONÓSTICO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA FETAL EN EL RIESGO DE SECUELAS EN LA INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS.**

Vila Bedmar, Sara<sup>1</sup>; Coca Robinot, David<sup>1</sup>; Liébana De Rojas, Constanza<sup>1</sup>; Gómez Montes, Eney<sup>1</sup>; Baquero-Artigao, Fernando<sup>2</sup>; De La Calle, María<sup>2</sup>; Antoinette Frick, Marie<sup>3</sup>; Sánchez Duran, María Angeles<sup>3</sup>; Noguera Julian, Antoni<sup>4</sup>; Gonc, Anna<sup>5</sup>; Rojo Conejo, Pablo<sup>1</sup>; Moliner Calderón, Elisenda<sup>6</sup>; Cuadrado, Irene<sup>7</sup>; Santos, Mar<sup>8</sup>; Calavia Garbasal, Olga<sup>9</sup>; Vives Oñós, Isabel<sup>3</sup>; Menasalvas Ruiz, Ana<sup>10</sup>; Garrote Llanos, Elisa<sup>11</sup>; Blázquez Gamero, Daniel<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>3</sup> Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona; <sup>4</sup> Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona; <sup>5</sup> Clinic, Barcelona; <sup>6</sup> Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; <sup>7</sup> Hospital Universitario de Getafe, Getafe; <sup>8</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>9</sup> Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona; <sup>10</sup> Virgen de la Arrixaca, Murcia; <sup>11</sup> Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

#### **Introducción:**

El objetivo del estudio es conocer el valor pronóstico de la resonancia magnética fetal (RMf) en el riesgo de secuelas tras el nacimiento de los niños con infección congénita por citomegalovirus (CMVc)

#### **Métodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo de los niños con CMVc incluidos en el Registro Estatal de CMV Congénito (REDICCMV) en los que se realizó una RMf. Se estudiaron la presencia de síntomas al nacimiento, la RM cerebral al nacimiento y la presencia de secuelas a los 12 meses de edad.

#### **Resultados:**

Se realizó RMf en 60 gestaciones. Se realizaron 34 amniocentesis y el diagnóstico de la infección fetal se pudo confirmar por PCR en líquido amniótico en 32 casos. El resto de casos (n=28) se confirmaron tras el nacimiento. Se describieron alteraciones en la RMf en 32 casos (53%). Los hallazgos más frecuentes fueron ventriculomegalia (69%; n=22) y quistes periventriculares (44%; n=14). Se realizaron 41 RM al nacimiento encontrándose alteraciones en el 83% (n=34) de ellas, siendo las más frecuentes la ventriculomegalia (65%; n=22) y las alteraciones de la sustancia blanca (62%; n=21). En 26 niños con RMf alterada se repitió la resonancia al nacer, y el 100% presentaban alteraciones. Paralelamente, 8/15 (53%) niños con RMf normal presentaron RM al nacer con alteraciones. Al nacer, el 23% (n=14) tenían una exploración física alterada y un 38% (n=23) hipoacusia. Se dispone de seguimiento a los 12 meses del 57% (n=34) de los niños. De ellos un 56% (n=19) tiene algún tipo de secuela, siendo la más frecuente la hipoacusia neurosensorial (n=16), el retraso madurativo (n=9) y la paresia ó espasticidad (n=8). La sensibilidad de la RMf para predecir secuelas fue del 68.42% (IC95%:43-87) y la especificidad de un 80% (IC95%:52-96). Las alteraciones en la RMf se asociaron a secuelas a los 12 meses de vida (OR 8.6; IC:1,76-42.6; p=0.008).

#### **Conclusiones:**

Nuestros datos preliminares apoyan la asociación entre las alteraciones morfológicas cerebrales en RMf y un alto riesgo de secuelas neurológicas; sin embargo, la ausencia de alteraciones no descarta completamente la afectación del SNC al nacimiento ni la existencia de secuelas.

**O-031 RESPUESTA A VACUNAS EN NIÑOS QUE VIVEN CON EL VIH: ¿ES LA MICROBIOTA INTESTINAL UNA DIANA TERAPÉUTICA REAL PARA MEJORAR LA INMUNIDAD?**

Sainz Costa, Talia<sup>1</sup>; Gonzalez-Esguevillas, Mónica<sup>2</sup>; Casas, Inmaculada<sup>2</sup>; Diaz, Laura<sup>3</sup>; Clemente, Maria Isabel<sup>1</sup>; Jimenez-Hernandez, Nuria<sup>4</sup>; Serrano-Villar, Sergio<sup>5</sup>; Mellado, Maria José<sup>1</sup>; Escosa, Luis<sup>1</sup>; Prieto, Luis<sup>6</sup>; Guillén, Sara<sup>6</sup>; Ramos- Amador, Jose Tomás<sup>7</sup>; Muñoz-Fernandez, Maria Angeles<sup>3</sup>; Gosalves, Maria José<sup>4</sup>; Navarro, María Luisa<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>2</sup> Instituto de Salud Carlos III, Madrid; <sup>3</sup> Hospital General Gregorio Marañón, Madrid; <sup>4</sup> FISABIO, Valencia; <sup>5</sup> Hospital Ramón y Cajal, Madrid; <sup>6</sup> Hospital de Getafe, Madrid; <sup>7</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Antecedentes:**

Los niños infectados por el VIH presentan una pobre respuesta a vacunas, relacionada con los fenómenos de traslocación bacteriana, inflamación y activación inmune. La disbiosis intestinal secundaria a la infección parece contribuir a esta disfunción inmune, y podría revertirse mediante suplementación nutricional.

**Métodos:**

Ensayo piloto, randomizado, doble ciego, controlado con placebo que incluyó niños y adolescentes infectados por el VIH que recibieron un suplemento nutricional (pre/probióticos) durante 4 semanas, frente a placebo, y se vacunaron frente a la gripe. Convivientes no infectados se incluyeron para la caracterización de la microbiota. Se extrajo DNA basal y post-intervención en muestras de heces, para pirosecuenciación mediante amplicones 16S rRNA. Se determinaron marcadores inflamatorios y de traslocación, inmunofenotipo linfocitario, y anticuerpos frente a los componentes de la vacuna a los 3-6 meses. Un incremento de 4 veces en los títulos de anticuerpos se consideró protector.

**Resultados:**

24 niños VIH+ fueron randomizados, de los cuales 22 completaron el periodo de seguimiento (8 en el brazo de intervención y 10 en el de placebo), comparados con 11 controles. Edad media: 11.5±4.1 años, 61% mujeres. Todos estaban en tratamiento y con CV<50/ml. La intervención nutricional fue capaz de producir cambios significativos a nivel composicional y de diversidad en la microbiota, (Adonis P=0.042), con un incremento significativo en los géneros productores de butirato *Faecalibacterium* y *Butyricoccus*. Sin embargo, no se objetivaron cambios en cuanto a marcadores inflamatorios y de traslocación bacteriana, subpoblaciones linfocitarias o activación inmune. Cuatro pacientes (40%) en el brazo de placebo frente a 5 (62%) desarrollaron respuesta protectora frente a la gripe (p>0.05).

**Conclusiones:**

La respuesta a la vacuna de la gripe fue pobre en niños infectados por el VIH en nuestro estudio, y no se vio modificada por una intervención nutricional breve que sin embargo sí produjo cambios significativos en una microbiota intestinal basalmente alterada, mejorando la homeostasis a nivel del ecosistema intestinal. El potencial terapéutico de estas estrategias nutricionales inmunomoduladoras sigue siendo controvertido.

**O-032 LA ACTIVIDAD CEREBRAL EN JÓVENES ADULTOS CON INFECCIÓN VIH DE TRANSMISIÓN VERTICAL NO DIFIERE DE SUS PARES: ABORDAJE DESDE LA NEUROIMAGEN**

Martín-Bejarano, Manuela<sup>1</sup>; Ruiz Sáez, Beatriz<sup>2</sup>; Zamora, Berta<sup>1</sup>; García Navarro, Cristina<sup>1</sup>; Velo, Carlos<sup>1</sup>; Martínez De Aragon, Ana<sup>1</sup>; Navarro, Maria Luisa<sup>2</sup>; Sainz, Talía<sup>3</sup>; Escosa, Luis<sup>3</sup>; Guillén, Sara<sup>4</sup>; Ramos, Jose Tomás<sup>5</sup>; Rojo, Pablo<sup>1</sup>; Jimenez De Ory, Santiago<sup>2</sup>; Prieto, Luis<sup>1</sup>; Nuñez, Noemí<sup>1</sup>; Falcón, Lola<sup>6</sup>; Fortuny, Claudia<sup>7</sup>; Fernández, Pilar<sup>2</sup>; Guzmán, Juan<sup>2</sup>; Álvarez, Alberto<sup>3</sup>; Llanos, David<sup>5</sup>; Lorente, Maria Luisa<sup>4</sup>; Stephan-Otto, Christian<sup>8</sup>; González-Tomé, Maria Isabel<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>2</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>3</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>4</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe; <sup>5</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>6</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>7</sup>Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat; <sup>8</sup>Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Sant Boi de Llobregat.

**Introducción y objetivos:**

En los últimos años se ha empleado la Resonancia magnética funcional (RMf) con el fin de detectar alteraciones tempranas en la función cerebral, pero apenas existen estudios en pacientes infectados por transmisión vertical (TV). Nuestro objetivo es estudiar patrones de actividad neuronal, a través de la RMf en un grupo de adolescentes con infección VIH-TV con un buen funcionamiento diario y compararlo con un grupo control.

**Métodos:**

Estudio transversal en el que se evalúan 10 pacientes con infección VIH-TV con buena situación inmunoviológica (CD4 > 25%, CV < 50 copias/ml durante ≥5 años) y 10 adolescentes no infectados pareados por nivel educativo y edad. Se realizó valoración psicológica y neurocognitiva mediante test psicométricos. La evaluación mediante RMf incluyó la realización de paradigma fonológico (“producción verbal interna”) y motor (“movimiento simple del dedo índice” y “contacto con punta de dedos”).

**Resultados:**

20 sujetos fueron evaluados (60% mujeres, 75% caucásicos). Mediana de edad en pacientes VIH 19 años (RIQ 17,22) y en controles 20 años (RIQ 17, 21); mediana de años de estudio 11 en ambos grupos (RIQ 10,12). Mediana de CD4: 780 cel/mm<sup>3</sup> (RIQ: 580-1056). No se encontraron diferencias significativas entre grupos en la evaluación psicológica (p > 0.05) y ningún sujeto presentó alteración en los dominios neurocognitivos estudiados (zscore > -1).

Los resultados obtenidos mediante RMf (FSL 5.0) no demostraron diferencias significativas de activación entre grupos. Sin embargo, en el paradigma motor encontramos que los pacientes con un diagnóstico e inicio de TAR más temprano presentaron menor activación en el córtex premotor ventral (p 0,04). Con respecto a la tarea de fluidez verbal, a mayor tiempo con TAR, mayor fue la activación a nivel de la circunvolución frontal inferior izquierda (p 0,04)

**Conclusiones:**

Nuestros resultados sugieren que los pacientes infectados por el VIH-TV con buen control inmunoviológico no presentan un patrón de actividad neuronal diferente al grupo control. Sin embargo, los resultados obtenidos en ambos paradigmas parecen sugerir la puesta en marcha de mecanismos compensatorios, indicando así el posible uso de la RMf como potencial marcador, facilitando el diagnóstico precoz de posibles alteraciones cognitivas en pacientes infectados.

### **O-033 WESTERN-BLOT DE VIH NEGATIVO COMO MARCADOR DE UN RESERVORIO BAJO EN NIÑOS CON INFECCIÓN VERTICAL**

Tagarro, Alfredo<sup>1</sup>; Muñoz, María Ángeles<sup>2</sup>; Navarro, María Luisa<sup>3</sup>; Fortuny, Claudia<sup>4</sup>; Mellado, María José<sup>5</sup>; Ramos, José Tomás<sup>6</sup>; Jiménez-De Ory, Santiago<sup>7</sup>; Sainz, Talía<sup>5</sup>; Prieto, Luis-Manuel<sup>8</sup>; Noguera-Julián, Antoni<sup>4</sup>; Rojo, Pablo<sup>9</sup>.

<sup>1</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Pediatría. H. Universitario 12 de Octubre. Instituto de Investigación 12 de Octubre. Universidad Europea de Madrid., Madrid; <sup>2</sup> Sección de Inmunología, Laboratorio de Inmunobiología Molecular, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Biobanco Nacional de VIH, IISGM, Madrid, España., Madrid; <sup>3</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Universidad Complutense de Madrid. CoRISpeS., Madrid; <sup>4</sup> Malalties Infeccioses i Resposta Inflammatory Sistèmica en Pediatría. Unitat d'Infeccions, Servei de Pediatría. Institut de Recerca Pediàtrica Hospital Sant Joan de Déu. Departament de Pediatría, Universitat de Barcelona. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (Ciberesp). RITIP, Barcelona; <sup>5</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas, Pediatría y Enfermedades Tropicales, Hospital Universitario La Paz-Carlos III. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid; <sup>6</sup> Servicio de Pediatría, Hospital de Getafe. Universidad Europea. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense de Madrid., Madrid; <sup>7</sup> Cohorte Nacional de Pacientes Pediátricos con VIH (CoRisPe)., Madrid; <sup>8</sup> Servicio de Pediatría, Hospital de Getafe. Universidad Europea., Madrid; <sup>9</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Pediatría. H. Universitario 12 de Octubre. Instituto de Investigación 12 de Octubre. Universidad Complutense de Madrid., Madrid.

#### **Introducción y Objetivos:**

El tratamiento precoz y continuado frente al VIH reduce el tamaño del reservorio en niños con transmisión vertical. La serología frente a VIH se puede negativizar en niños que inician tratamiento anti-retroviral (TAR) de forma precoz. Se ha propuesto la negativización de la serología como un marcador indirecto de un reservorio reducido.

El objetivo de este estudio es investigar si la serología negativa se relaciona con un tamaño menor del reservorio en niños con infección vertical tratados durante el primer año de vida.

#### **Métodos:**

Se analizó la respuesta humoral frente a VIH en 23 niños tratados en el primer año de vida y con supresión (<200 copias/mL) durante al menos un año. Se determinó el tamaño del reservorio mediante la medición de copias de DNA total de VIH-1 por millón de células CD4<sup>+</sup>, mediante *droplet digital* (dd)PCR. Se realizó Western Blot en las mismas muestras. Se comparó la distribución del DNA en pacientes seronegativos frente a pacientes seropositivos mediante la prueba de Mann Whitney (MW) y Kolmogorov-Smirnov (KS). Se comparó la seronegatividad con DNA < 10 copias/millón mediante la prueba de chi<sup>2</sup> y de Fisher.

#### **Resultados**

El reservorio y la respuesta humoral se realizó tras una mediana de 4.5 años de supresión [rango intercuartílico (RIC): 3.3-6.9], con una mediana de edad de 8 años [RIC: 5.1-10]. Cuatro pacientes (17%) presentaron WB negativos, y otros 4 (17%) fueron indeterminados. El tamaño del reservorio fue menor en pacientes seronegativos (12 copias/millón de CD4<sup>+</sup>, [RIC: 6-72]; Log10=1.07 [0.7-1.7]) que en el conjunto de pacientes con WB positivo o indeterminado (111 [RIC: 56-255], Log10=2.04 [1.7-2.4]; Figura 1, p=0.009, KS, p=0.02). El DNA <10 copias/millón de CD4<sup>+</sup> se asoció a seronegatividad de forma significativa (OR, 0.14 [IC95%: 0.04-0.4], p=0.04).

#### **Conclusión:**

En este estudio con pacientes tratados en el primer año de vida y bien controlados, un 17% de pacientes tenían WB negativo. La seronegatividad se asoció de forma significativa a un menor tamaño



del reservorio. En este tipo de pacientes, la seronegatividad podría considerarse un dato indirecto de tamaño de reservorio pequeño.

**O-034 LA HIPONATREMIA EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ES UN PARÁMETRO INFLAMATORIO Y, RARAMENTE, SIGNIFICA SIADH.**

Tagarro, Alfredo<sup>1</sup>; Rodríguez, Mario<sup>2</sup>; Vázquez, Carmen<sup>2</sup>; Del Amo, Nazaret<sup>1</sup>; Martín, María Dolores<sup>1</sup>; Coca, Ana<sup>2</sup>; Galán, Juan Carlos<sup>3</sup>; Otheo, Enrique<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid); <sup>2</sup> Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; <sup>3</sup> Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid.

**Introducción**

La hiponatremia, definida con sodio en sangre <135 mMol / L es un hallazgo frecuente en niños con neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

**Objetivos**

1. Determinar la proporción de la presencia de síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH) en pacientes con NAC e hiponatremia.
2. Investigar la relación entre la hiponatremia y los marcadores inflamatorios, la etiología bacteriana y el pronóstico en niños hospitalizados con NAC.

**Métodos**

Se llevó a cabo un estudio de cohorte prospectivo, observacional y multicéntrico. Los participantes elegibles eran niños y adolescentes de 1 mes a 17 años de edad hospitalizados debido a NAC entre abril de 2012 y marzo de 2015.

**Resultados**

Un total de 150 niños fueron analizados. Cuarenta y cinco (30%) pacientes tenían niveles séricos de sodio < 135 mMol / L. Los pacientes con hiponatremia tenían concentraciones significativamente más altas de biomarcadores inflamatorios. También tenían significativamente menor osmolalidad y sodio en orina. Tuvieron hospitalizaciones más largas y más días de fiebre.

Solo 5 de 37 (13%) pacientes con hiponatremia y mediciones disponibles de osmolalidad plasmática y sodio urinario cumplieron los criterios de SIADH. De los 16 pacientes con hiponatremia e hipoosmolalidad, 15 (93%) tenían niveles de excreción de sodio fraccional (EFNa) menores del 1%.

Se halló una correlación lineal inversa entre el sodio sérico y la proteína C reactiva, así como entre el sodio sérico y la procalcitonina (P<0.001 en ambas).

**Conclusión**

La hiponatremia es un hallazgo común en niños hospitalizados con NAC, pero el SIADH es un evento infrecuente. La hiponatremia tiene una buena correlación con los biomarcadores inflamatorios. La causa de la hiponatremia podría ser una alteración del osmostato debida a la inflamación.

**Ref:** Hyponatremia in children with pneumonia rarely means SIADH. Alfredo Tagarro, María-Dolores Martín, Nazaret Del-Amo, David Sanz-Rosa, Mario Rodríguez, Juan-Carlos Galán, Enrique Otheo. Pediatrics and Child Health, en prensa.

**O-035 DOS NUEVOS SCORES PARA DIFERENCIAR LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD BACTERIANA DE LA VÍRICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA**

Tagarro, Alfredo <sup>1</sup>; Rodríguez, Mario <sup>2</sup>; Vázquez, Carmen <sup>2</sup>; Coca, Ana <sup>2</sup>; Martín, María Dolores <sup>1</sup>; Moreno, Santiago <sup>2</sup>; Galán, Juan Carlos <sup>2</sup>; Otheo, Enrique <sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid); <sup>2</sup> Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Introducción**

Diferenciar clínicamente la etiología de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es un reto constante para los pediatras.

**Objetivos:**

Diseñar dos *scores* que diferencien la NAC vírica de la bacteriana, y la NAC bacteriana causada por bacterias típicas de la NAC bacteriana por bacterias atípicas.

**Métodos**

Se llevó a cabo un estudio prospectivo de cohortes en 2 centros españoles, uno secundario y otro terciario. Se reclutaron 151 pacientes entre 1 mes y 17 años ingresados por NAC. Se realizó un estudio microbiológico extenso en sangre y secreción o aspirado nasofaríngeo, incluyendo métodos moleculares (PCR), así como serología y estudios en líquido pleural cuando se realizó toracocentesis. Se analizaron hasta 75 variables clínicas y de laboratorio. Se asignaron valores a las variables asociadas a NAC bacteriana y a NAC típica, en función de la *odds ratio* y del valor P. A partir de estos valores se diseñaron 2 *scores*.

**Resultados:**

Se obtuvieron resultados completos de 72 pacientes. El *Score 1* (bacteria vs virus) fue: fiebre >3,5 días (3 puntos), ausencia de broncoespasmo (3 puntos), leucocitosis >15000/mm<sup>3</sup> (3 puntos), ausencia de vacunación anti-neumocócica conjugada (2 puntos), edad >4 años (4 puntos) y consolidación o infiltrado radiográfico (3 puntos). El 100% de los pacientes con neumonías bacterianas (n=23) tuvieron puntuación >/=6. Todos los pacientes por debajo de 6 puntos (n=15) tenían neumonía vírica. El área bajo la curva (ABC) de la curva ROC fue de 0,87 (CI 95% 0,78-0,96). Las variables asociadas a NAC bacteriana fueron PCR >100 mg/L (5 puntos), [PCT >1,5 ng/mL o albúmina <3.1 mg/dL o sodio <135 mMol/L] (5 puntos), leucocitosis > 15000 (1 punto) y neutrofilia >10000 (1 punto). El 100% de las neumonías atípicas (n=20) sumaron </=7 puntos, y el 100% de las típicas (n=10) sumaron >/=7 puntos. El ABC de la curva ROC fue de 0,92 (IC 95% 0,82-1).

**Conclusión:**

Los *scores* mostraron una capacidad prometedora para excluir NAC bacteriana y para diferenciar NAC bacteriana típica de atípica. Un nuevo estudio (VALS DANCE) validará estos *scores*.

### **O-036 EDAD ÓPTIMA PARA LA VACUNA TRIPLE VÍRICA**

Villaverde González, Serena<sup>1</sup>; Marín Gabriel, Miguel Ángel<sup>1</sup>; De Ory Manchón, Fernando<sup>2</sup>; Fernández García, Aurora<sup>2</sup>; Echevarría Mayo, Juan Emilio<sup>2</sup>; Cilleruelo Ortega, M<sup>a</sup> José<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda; <sup>2</sup> Centro Nacional de Microbiología. ISCIII., Majadahonda.

#### **Introducción y objetivos:**

La vacuna triple vírica (sarampión, parotiditis, rubeola) se introdujo en el calendario oficial en España en 1981. Actualmente, la mayor parte de las mujeres en edad fértil están vacunadas y no han pasado la infección natural. Existen diversos estudios que demuestran que las mujeres vacunadas presentan una tasa de anticuerpos inferior a la que se alcanza tras la infección natural así como una menor duración de los anticuerpos protectores en sus hijos. El objetivo de este estudio es establecer la cinética de pérdida de anticuerpos maternos en las actuales circunstancias epidemiológicas.

#### **Material y métodos:**

Estudio unicéntrico, observacional, descriptivo y prospectivo realizado entre octubre de 2013 y diciembre de 2014. Se extrajo una muestra de suero y otra de sangre desecada sobre papel de filtro a la madre tras el parto y en el niño al nacimiento, y a los 3, 6, 9 y 12 meses. En todas las muestras se realizaron determinaciones de anticuerpos frente a los tres virus de la vacuna triple vírica mediante ensayos cuantitativos normalizados (Enzygnost IgG rubeola, sarampión y parotiditis, Siemens). Se asumió que las madres con anticuerpos protectores nacidas antes de 1981 habían pasado la infección natural y las nacidas con posterioridad habían sido vacunadas.

#### **Resultados:**

Se incluyeron 146 parejas madre-hijo. El 78% de las madres tenían anticuerpos protectores frente a sarampión, el 90% frente a rubeola y el 67% a parotiditis. El descenso del título de anticuerpos en los niños se constató ya a partir de los 3 meses, con títulos no protectores frente a las tres enfermedades a partir de los 6 meses de vida. Al comparar la cinética de pérdida de anticuerpos entre los hijos de madres nacidas antes y después de 1981 se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, con una velocidad de pérdida de anticuerpos mayor en el grupo de hijos de madres nacidas después de 1981.

#### **Discusión:**

La rápida pérdida de anticuerpos protectores frente a sarampión, rubeola y parotiditis, en las condiciones epidemiológicas actuales, debe hacer plantear el adelanto de la vacunación triple vírica a los 9 meses. Son necesarios estudios poblacionales más amplios para confirmar estos resultados.



### **O-037 VALIDACIÓN DE LA DOSIS DE ISONIAZIDA A 10MG/KG EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES. ANÁLISIS FARMACOCINÉTICO NO COMPARTIMENTAL DE DATOS EXPERIMENTALES**

Noguera Julian, Antoni<sup>1</sup>; López Ramos, Maria Goretti<sup>1</sup>; Soy Muner, Dolors<sup>2</sup>; Aarnoutse, Rob<sup>3</sup>; Colbers, Angela<sup>3</sup>; Velasco, Eneritz<sup>1</sup>; Martorell, Loreto<sup>1</sup>; Falcón, Lola<sup>4</sup>; Prieto, Luis Manuel<sup>5</sup>; Baquero Artigao, Fernando<sup>6</sup>; Gómez Pastrana, David<sup>7</sup>; Jiménez, Ana Belén<sup>8</sup>; Lahoz, Rebeca<sup>9</sup>; Méndez, Ana<sup>6</sup>; Ramos Amador, José Tomás<sup>10</sup>; Soriano Arandes, Antoni<sup>11</sup>; Guillén, Sara<sup>5</sup>; Neth, Olaf<sup>4</sup>; Santiago, Begoña<sup>12</sup>; Mellado, Ma José<sup>6</sup>; Vinent, Joan<sup>1</sup>; Farré, Rosa<sup>1</sup>; Fortuny, Clàudia<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat; <sup>2</sup> Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona; <sup>3</sup> Radboud University Medical Center, Nijmegen; <sup>4</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>5</sup> Hospital Universitario de Getafe, Getafe; <sup>6</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>7</sup> Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera; <sup>8</sup> Fundación Jiménez Díaz, Madrid; <sup>9</sup> Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona; <sup>10</sup> Hospital Clínic San Carlos, Madrid; <sup>11</sup> Unitat Drassanes - Hospital Vall d'Hebron, Barcelona; <sup>12</sup> Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

#### **Introducción y objetivos**

En el lactante <3 meses, no se dispone de datos que validen la dosificación única diaria de 10 mg/kg de isoniazida (INH) en el tratamiento de la tuberculosis, recomendada por la OMS en 2011, ni su seguridad. Hipótesis de trabajo: La administración de INH en dichas condiciones en lactantes <3 meses es suficiente para alcanzar una concentración sérica máxima (C<sub>máx</sub>) ≥3 mg/L, que se considera óptima de acuerdo a los estudios en el adulto.

#### **Métodos**

Estudio observacional multicéntrico nacional de farmacocinética de INH en lactantes menores de 6 meses (FIS PI13/O1740); se determinaron los niveles séricos de INH a las +1, +3 y +6 horas o a las +2, +4 y +8 horas post-dosis, administrada en cada centro. Se determinó el genotipo acetilador mediante el estudio del gen N-acetiltransferasa-2 (NAT2). Se realizó el análisis de los datos disponibles con el software de análisis farmacocinético no compartimental Winonlin®.

#### **Resultados**

Se realizaron 23 curvas de farmacocinética en 20 pacientes (8 niñas), 8 de ellas en <3 meses (3 niñas, edad mediana[RIC]: 2,7[2,2-2,9] meses) y 15 en >3 meses (6 niñas, 5,2[4,3-6,2] meses). La indicación de tratamiento fue quimioprofilaxis primaria y enfermedad tuberculosa en 14 y 6 pacientes, respectivamente. Según el gen NAT2, el status acetilador de los pacientes fue acetilador homocigoto rápido (n=1), heterocigoto intermedio (n=13) y homocigoto lento (n=7). En el análisis farmacocinético no compartimental, la C<sub>máx</sub> (mediana, rango) de INH fue 4,68(1,90-7,32) mg/L en los <3 meses y 6,08(1,02-13,80) mg/L en los >3 meses; un paciente en cada grupo no alcanzó una C<sub>máx</sub> ≥3 mg/L. El tiempo a la C<sub>máx</sub>, el área bajo la curva y el aclaramiento fueron 1,57(0,98-2,17) y 1,62(0,98-4,50) horas, 23,70(7,77-38,83) y 27,92(4,46-74,63) mg\*h/L, y 2,97(1,62-6,94) y 3,96(0,97-17,48) L/h en los <3 y >3 meses, respectivamente. El tratamiento fue bien tolerado en todos los casos y se observaron niveles elevados de alaninoaminotransferasa el día de la curva en 1/22 casos (4,5%).

#### **Conclusiones**

En dos de las 23 curvas (8,7%) no se alcanzaron valores de C<sub>máx</sub> ≥3 mg/L de INH. El tratamiento fue bien tolerado en todos los pacientes.

**O-038 INFECCIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI: EXPERIENCIA DURANTE 17 AÑOS**

Martín Pedraz, Laura; Calvo Cillán, Alicia; Carazo Gallego, Begoña; Moreno Pérez, David.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

**Introducción y objetivos.**

La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (NPJ) afecta fundamentalmente a pacientes inmunodeprimidos. Su clínica y pronóstico parecen diferentes según la patología de base.

Objetivo: Describir las características clínico-epidemiológicas y pronósticas de la NPJ en niños, atendidos en un hospital de tercer nivel en los últimos 17 años.

**Métodos**

Estudio retrospectivo observacional, de corte transversal mediante la recogida de datos a través de historias clínicas.

Consideramos diagnóstico de NPJ la presencia de clínica y radiología compatible junto con confirmación microbiológica mediante inmunofluorescencia directa (IFD) y/o PCR en muestra respiratoria.

**Resultados.**

Se recogieron 23 pacientes (65,2% varones), mediana de edad 3,1 años (RIC 0,5-7,2 años). El 17,4% presentaban infección VIH, un 43,5% eran pacientes hematológicos y un 26,1% tenían inmunodeficiencia primaria (IDP).

Un 47,2% recibía profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol (pTMP-SMX) previamente. Del grupo de pacientes VIH, sólo el 25% recibía profilaxis, frente al 52,6% en los no-VIH (82% pacientes hematológicos), sin diferencias estadísticamente significativas (p 0.31).

En todos se realizó IFD, positiva en el 65,2%. En un 47,8% se realizó PCR, positiva en todos los casos.

El 100% recibió tratamiento con TMP-SMX y un 78,3% corticoterapia sistémica, ambos con una duración media de 21 días.

El 26,1% de los pacientes fallecieron, siendo el 16,7% pacientes VIH. No se encontraron diferencias en mortalidad global en relación con la patología de base, pTMP-SMX, niveles de LDH ni tratamiento con corticoides.

Ser mujer, presentar mayor leucocitosis y mayor FC al debut se asoció a una mayor mortalidad de forma global (p<0.01).

En los pacientes no-VIH con mayor leucocitosis, PCO<sub>2</sub> y FC al debut se evidenció mayor mortalidad, diferencias no evidenciadas en pacientes VIH. No hubo diferencias de mortalidad en pacientes VIH ni no-VIH en relación con la pTMP-SMX, otros parámetros analíticos ni tratamiento con glucocorticoides.

**Conclusiones.**

La NPJ, en nuestro medio, afecta fundamentalmente a pacientes no-VIH.

Aunque se ha descrito peor pronóstico de la NPJ en pacientes no-VIH, no hemos podido encontrar diferencias de mortalidad en ambos subgrupos.

La pTMP-SMX, niveles más bajos de LDH y el tratamiento corticoideo no se relacionaron con mejor pronóstico de forma global, en pacientes VIH ni en no-VIH.

### **O-039 TUBERCULOSIS EN NIÑOS INFECTADOS POR VIH EN ESPAÑA DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS DECADAS**

López Medina, Eva María<sup>1</sup>; Sainz, Talía<sup>2</sup>; Jiménez De Ory, Santiago<sup>3</sup>; Colino, Elena<sup>4</sup>; Rojo, Pablo<sup>5</sup>; Frick, Antoinette<sup>6</sup>; Soler, Pere<sup>6</sup>; Falcón, Lola<sup>7</sup>; Neth, Olaf<sup>7</sup>; De Andrés, Ana Gloria<sup>8</sup>; Martínez-Pérez, Jorge<sup>9</sup>; Méndez, María<sup>10</sup>; Guerrero, Carmelo<sup>11</sup>; Bustillo, Matilde<sup>11</sup>; González Tomé, María Isabel<sup>5</sup>; Vallmanya, Teresa<sup>12</sup>; Collado Hernández, Pilar<sup>13</sup>; Mellado, María José<sup>2</sup>; Prieto, Luis<sup>5</sup>; Tomás Ramos, José<sup>14</sup>; María Luisa Navarro, María Luisa<sup>3</sup>; Santiago, Begoña<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Hospital General de Almansa, Almansa; <sup>2</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>3</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>4</sup> Hospital materno infantil Las Palmas, Las Palmas; <sup>5</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>6</sup> Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona; <sup>7</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>8</sup> Complejo asistencial universitario de León, León; <sup>9</sup> Hospital del Niño Jesús, Madrid; <sup>10</sup> Hospital Germans Trias y Pujol, Badalona; <sup>11</sup> Hospital Miguel Servet, Zaragoza; <sup>12</sup> Hospital Arnau de Vilanova, Lleida; <sup>13</sup> Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza; <sup>14</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

#### **Introducción y objetivos:**

La tuberculosis (TB) constituye la principal infección oportunista en niños infectados por VIH en el mundo. Esta coinfección es poco habitual en niños en España, ya que la incidencia actual de TB en nuestra población es baja (10-12/100.000 hab/año). Nuestro objetivo es establecer la incidencia de TB en la cohorte nacional de niños infectados por VIH (CoRISpe) en las últimas décadas. Asimismo, pretendemos estudiar los cambios en la incidencia y perfil clínico a lo largo del tiempo, en relación con la implementación del TAR y con el auge de la inmigración.

**Métodos:** Se identificaron los niños menores de 18 años diagnosticados de TB activa en la cohorte CoRISpe entre 1994-2016. Sus características clínicas fueron estudiadas a partir de los registros de CoRISpe y de la Red Española de Estudio de TB Pediátrica (pTBred). Se comparó la incidencia y perfil clínico en tres periodos: 1994-1999 (antes del TAR), 2000-2009 (auge inmigración) y 2010-2016 (descenso inmigración).

**Resultados:** Desde 1994, se identificaron 29 casos de TB entre 1183 niños registrados en CoRISpe (2,4%). La incidencia cambió a lo largo de los periodos de estudio (1,5%, 2,2%, 1,8%). Diez de ellos fueron diagnosticados antes de la implementación del TAR (34,5%). La mediana de edad al diagnóstico de TB fue de 6,4 años (IQR 4-10,6), aunque, en el último período, la mayoría fueron niños mayores de 10 años (20% vs. 30% vs. 80%; p=0,002). La proporción de niños nacidos en el extranjero aumentó después del año 2000, disminuyendo posteriormente (0% vs. 84,6% vs. 50%; p=0,0003). Un tercio de los casos presentó TB extrapulmonar (37,9%) y 4 (13,8%) meningitis TB. Cuatro niños murieron durante el período de estudio (13,8%); 3 de ellos antes de 1999.

#### **Conclusiones:**

La tasa de TB en niños infectados por VIH en España es baja y comparable con otras cohortes europeas. Esta condición se asoció con una alta morbilidad y mortalidad especialmente en los primeros años de la epidemia de VIH. Nuestro estudio revela el impacto de la inmigración en la epidemiología de la coinfección TB/VIH en regiones de baja prevalencia como nuestro país.

#### **O-040 UN AÑO DE PROA PEDIÁTRICO: IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS**

Velasco-Arnaiz, Eneritz; Simó-Nebot, Sílvia ; Urrea-Ayala, Mireya ; Jordan-García, Iolanda; Mas-Comas, Anna; López-Ramos, Maria Goretti; Monsonís-Cabedo, Manuel; César-González, Valle; Ormazabal-Kirchner, Daniel; Casadevall-Llandrich, Ricard ; Noguera-Julian, Antoni ; Fortuny-Guasch, Claudia .  
*Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat.*

##### **Introducción y objetivos.**

Los Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA) constituyen una de las estrategias clave frente a las resistencias antimicrobianas. Se describen y evalúan el desarrollo y resultados de los 12 primeros meses de un PROA en un hospital pediátrico de tercer nivel.

##### **Métodos.**

Estudio observacional. Descripción de la implementación del PROA-SJD entre Enero y Diciembre de 2017 en el área de hospitalización del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), con 314 camas para pacientes <18 años. Análisis longitudinal de las características de las prescripciones y del consumo mensual de antimicrobianos en días de tratamiento (DDT)/100 estancias, y evaluación de la calidad de las prescripciones mediante cortes transversales trimestrales.

##### **Resultados.**

Tras la implementación del programa, se aplicaron acciones educativas y de ayuda a la prescripción (auditoría prospectiva con *feedback* y elaboración de una guía terapéutica). Durante 2017 se evaluaron 4.533 prescripciones correspondientes a 7.345 hospitalizaciones de 6.096 pacientes tras una mediana de 2,4 días (RIC 1.5-3.5) de ingreso. La mayoría correspondieron a antibacterianos (4.093, 90.3%) administrados por vía endovenosa (3.688, 81.4%); 1.327 (29.3%) eran pautas de profilaxis, 1.783 (39.3%) tratamientos de infecciones comunitarias, 875 (19.3%) de infecciones nosocomiales y 488 (10.8%) tratamientos por sospecha de infección en inmunodeprimidos. La evaluación PROA se registró en la historia clínica en todos los casos, proporcionando recomendaciones en 843 (18.6%) prescripciones no óptimas, siendo las causas más frecuentes una duración inadecuada del tratamiento (436, 51.7%), el no cumplimiento de la guía (412, 48.9%), un espectro antimicrobiano inadecuado (231, 27.4%) y una dosificación inadecuada (222, 26.3%). El porcentaje de prescripciones óptimas aumentó significativamente del 73.0% en el 1er trimestre al 85.6% en el último ( $p=0.04$ ). El consumo global de antimicrobianos se mantuvo estable durante estos primeros meses de programa (mediana 74 DDT/100estancias [RIC 73-76], correspondiendo el 85.0% a antibacterianos, el 9.0% a antifúngicos y el 5.0% a antivíricos).

##### **Conclusiones:**

Los PROA permiten conocer el patrón de uso de antimicrobianos en los centros hospitalarios y contribuyen a la mejora de la calidad asistencial. Es necesario definir estrategias efectivas e indicadores de calidad y de consumo adecuados para población pediátrica que permitan estandarizar su evaluación.

**O-041 PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PERIOPERATORIA COMO PARTE DE UN PROGRAMA DE BUEN USO DE ANTIMICROBIANOS EN PEDIATRÍA (PROA-NEN)**

Melendo Perez, Susana; Fernandez Polo, Aurora; Mendoza Palomar, Natalia ; Larrosa Escartín, Nieves; Rodrigo Gonzalo De Liria, Carlos; Soler Palacin, Pere; Proa-Nen, Grupo.

*Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.*

**Introducción y Objetivos**

El mal uso de antibióticos es la principal causa de la aparición de resistencias. Por ello, la necesidad de implementar programas de optimización del uso de antimicrobianos (PROA). Nuestro centro dispone de un PROA pediátrico (PROA-NEN), institucionalizado desde 2015.

La optimización de la profilaxis antibiótica perioperatoria (PAP) supone un pilar en los PROA ya que es una de las principales causas del mal uso hospitalario de antibióticos. Pese a que las guías internacionales definen cómo debería ser una correcta PAP, existe poca adherencia a su buen cumplimiento.

Objetivos: 1) evaluar la PAP pediátrica en el Vall d'Hebrón Campus Hospitalario, 2) detectar puntos de mejora, 3) implementar intervenciones que aumenten la calidad de la PAP, todo ello desde PROA-NEN.

**Métodos**

Estudio ambispectivo observacional unicéntrico. Cortes transversales semestrales (21 días) de las cirugías pediátricas (excluyendo neonatos y cirugía menor ambulatoria). Evaluación de la calidad de la PAP a través de indicadores de proceso (ECDC en 2013) e indicadores clínicos, definidos antes del estudio.

**Resultados**

Realizados dos cortes, con un total de 165 pacientes y 96 PAP administradas. Un 65 % de las cirugías son limpias y un 20 % son limpias-contaminadas. En aproximadamente un 5-10% de los casos hay datos no registrados. El antibiótico es el adecuado en un 73% de las ocasiones, y la administración de la PAP se administra en el 90% de las ocasiones que estaba indicada. En un 65% de las ocasiones se ha administrado fuera de los 60 minutos previos a la cirugía, y en un 55 % se mantiene más de las 24 horas postcirugía. Se consideró una PAP completamente adecuada en un 57% de los casos.

**Conclusiones**

A pesar del proyecto PROA-NEN y su implicación en la optimización de la PAP, sigue existiendo un amplio margen de mejora. Los principales problemas detectados son el momento de la administración del antibiótico y el registro de los datos para su posterior análisis. PROA-NEN ha iniciado estrategias de optimización, basadas en la formación y la mejora de la calidad de la prescripción informática, siendo siempre crucial la implicación del equipo responsable del paciente.

**P-001 INFECTOLOGÍA APROPIADA I: NO RETRASAR LA ANTIBIOTERAPIA ANTE LA SOSPECHA DE SEPSIS POR OBTENER CULTIVOS.**

Piñeiro Pérez, Roi; Carabaño Aguado, Iván; Casado Verrier, Esther; Sanz González, Paloma; Alba Jiménez, María; Muñoz Archidona, Cristina; De La Parte Cancho, María; Carro Rodríguez, Miguel Ángel; Figueroa Ospina, Lucía; Treceño Zamorano, Adriana; Alonso García Puente, María Elena; Porto Abal, Raquel.  
*Hospital General de Villalba, Collado-Villalba (Madrid).*

**Introducción y objetivos**

En abril de 2013, la Asociación Española de Pediatría (AEP) inicia el proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, con el objetivo principal de disminuir las intervenciones sanitarias que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. La primera de las recomendaciones es no retrasar la antibioterapia empírica ante la sospecha de enfermedad meningocócica invasiva por el hecho de obtener cultivos. El objetivo principal es analizar la adecuación en un servicio de pediatría de un hospital de media complejidad. Objetivos secundarios son implementar medidas de mejora en caso de resultados negativos y examinar si las conductas no apropiadas son debidas a una actitud global del servicio o bien a actuaciones individuales de determinados pediatras. El estudio se amplía a todos los procesos con diagnóstico de sepsis confirmada desde el punto de vista microbiológico.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo de tipo transversal, prospectivo, de ámbito local y unicéntrico. Periodo: 01/01/17-30/06/17. Se incluyen todos los pacientes menores 16 años diagnosticados de sepsis clínica con confirmación microbiológica. Se investiga el tiempo de demora en el inicio de la antibioterapia. Análisis estadístico mediante SPSS v21.0.

**Resultados**

Se incluyen 5 pacientes. Edad mediana de 2 meses (rango 0 días – 7 meses). Cuatro casos sepsis de origen urinario (50% *E. coli*, 50% *K. pneumoniae*) y un caso sepsis vertical por *E. coli*. El tiempo mediana de inicio de antibioterapia empírica fue de 30 minutos (rango 10 minutos – 60 minutos) y en ningún caso se esperó a iniciar el tratamiento por el hecho de obtener cultivos.

**Conclusiones**

Las recomendaciones actuales de “no hacer” de la AEP están claramente establecidas. Sin embargo, la mayoría de los centros sanitarios no han desarrollado herramientas para medir la adecuación. Sin estos datos, no es posible implementar medidas formativas. Se trata de análisis relativamente sencillos con soluciones eminentemente prácticas, dirigidas a aumentar, si es necesaria, la formación específica en determinados facultativos. En nuestro caso, la adecuación fue del 100% y no fue precisa ninguna modificación en los procedimientos habituales del servicio.

## **P-002 INFECTOLOGÍA APROPIADA IX: ANTIBIOTERAPIA DIRIGIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN URINARIA.**

Piñeiro Pérez, Roi; Figueroa Ospina, Lucía; Grasa Lozano, Carlos Daniel; Casado Verrier, Esther; Alba Jiménez, María; Muñoz Archidona, Cristina; Sanz González, Paloma; García Lasheras, Cecilia; Maiques Magraner, Elena; Porto Abal, Raquel; Berzosa López, Raquel; Carabaño Aguado, Iván.

*Hospital General de Villalba, Collado-Villalba (Madrid).*

### **Introducción y objetivos**

La Medicina Apropriadada trata de disminuir las intervenciones sanitarias que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Numerosas sociedades científicas han sugerido propuestas para su aplicación en pediatría. Por ejemplo: *choosing wisely, do not do, less is more y essential*. Una de estas recomendaciones es: en la infección urinaria (ITU) se debe ajustar la antibioterapia empírica según los resultados del antibiograma, seleccionando los antimicrobianos de menor espectro de acción. El objetivo principal es analizar la adecuación en un servicio de pediatría de un hospital de media complejidad.

### **Material y métodos**

Estudio descriptivo de tipo transversal, prospectivo, de ámbito local y unicéntrico. Periodo: 01/01/17-30/06/17. Se incluyen todos los pacientes menores 16 años diagnosticados de ITU confirmada mediante urocultivo. Se investiga si se modificó la antibioterapia tras conocer los resultados del antibiograma. Análisis estadístico mediante SPSS v21.0.

### **Resultados**

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 58 episodios de ITU confirmada por urocultivo. En 14/58 (24%) no fue necesario modificar la antibioterapia empírica debido a que la bacteria aislada fue resistente a otros antimicrobianos de menor espectro. De los casos en los que sí fue posible ajustar el tratamiento, se realizó en 23/44 (52%). En 15/44 (34%) no se pudo dirigir la antibioterapia por pérdida de seguimiento y en 6/44 (14%) no se modificó el tratamiento, por decisión del facultativo responsable, a pesar de conocer los resultados del urocultivo y la sensibilidad de otros antimicrobianos de menor espectro.

### **Conclusiones**

Las recomendaciones actuales de “no hacer” de diversas sociedades científicas están bien establecidas. En nuestro caso, la adecuación fue aceptable (52%), aunque con un amplio margen de mejora. Se implementaron medidas formativas para recordar la importancia de modificar la antibioterapia una vez conocidos los resultados del antibiograma, si es posible. Se revisará de nuevo en 2018. En nuestra experiencia, es el camino que se debe tomar en nuestro país para conseguir un uso juicioso, racional y apropiado de antibióticos en la infección urinaria en niños.

**P-003 REVISIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS DIAGNOSTICADOS DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO VALORANDO RESISTENCIA A ANTIMICROBIANOS.**

Ramos Domenech, Cristobal; Buedo Rubio, María Isabel; Lillo Lillo, Miguel; Sainz De Baranda, Caridad; Cepillo Boluda, Antonio Javier; Marcilla Vázquez, Carlos; Dabad Moreno, María Jesús; Pareja León, Marta; Sánchez Tierraseca, Melody; Fernández Escobar, Verónica.

*Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.*

**Introducción-Objetivos:**

Las infecciones del tracto urinario (ITU) ocupan un lugar muy importante en la infectología pediátrica ya que suponen la segunda causa de infección en este periodo de edad tras las de origen respiratorio. Nuestro objetivo es conocer la epidemiología y los principales patógenos implicados, así como su sensibilidad antimicrobiana.

**Metodo:**

Estudio descriptivo, retrospectivo basado en revisión de historias clínicas de pacientes entre 1 mes y 14 años con urocultivo realizado entre enero y diciembre de 2017.

**Resultados:**

Durante este período se recogieron 471 urocultivos, de los cuales resultaron positivos 99 (21%) y 42 contaminados (8,9%). De los pacientes en los que se confirmó ITU, el 73,7% eran mujeres, la mediana de edad fue de 3,7 años y había patología nefrourológica previa en un 15,2 %. El motivo principal de recogida fue la fiebre (42,4%). El 24,4% de los niños precisaron ingreso, en todos ellos se extrajo hemocultivo, siendo positivos un 8,3 %.

En los pacientes con urocultivo positivo, un 52,2 % presentaron nitritos negativos en el sedimento. Se aisló *Escherichia Coli* en un 77,8% ( un caso de *E. Coli* BLEA) , seguido de *Proteus Mirabilis* (9,1%). En cuanto a *E.Coli*, se hallaron resistencias a la gentamicina en un 8,1 %, siendo la totalidad > 1 año. En < 6 años se vieron resistencias a amoxicilina-clavulánico en un 3,9% y en un 2,6 % a la cefuroxima, con sensibilidades intermedias en un 15,6% y 3,9% de los casos respectivamente. En > 6 años no se hallaron resistencias a nitrofurantoina ni fosfomicina. Se encontró resistencia a cefixima en el 2% de los casos. En cuanto al cotrimoxazol un 73.3% de los pacientes con patología nefrourológica presentaron microorganismos con resistencia a él.

**Conclusión:**

Las ITU suponen un gran reto diagnóstico y terapéutico en edades pediátricas. En nuestro medio cabe destacar las resistencias halladas a amoxicilina clavulánico y cotrimoxazol (sobretudo en pacientes con alteraciones nefrourológicas), por lo que debemos adecuar la actitud terapéutica en nuestros pacientes. El uso racional de antibioticos debe ser considerado en esta patología para evitar la persistencia y posible empeoramiento de las tasas de resistencias a antimicrobianos.

**P-004 INFECCIONES DE TRACTO URINARIO PRODUCIDAS POR GÉRMESES PRODUCTORES DE BETA-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO, ¿VAN DE LA MANO RESISTENCIA Y VIRULENCIA?**

Manzanares Casteleiro, Ángela; Orellana, Elena; Gómez, María De Los Ángeles; Martín Cazaña, María ; Orellana Miguel, María De Los Angeles ; Rojo Conejo, Pablo.

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

**Introducción y Objetivos:**

Las infecciones producidas por gérmenes multirresistentes son cada vez más frecuentes en nuestro medio, suponiendo un reto para la práctica clínica diaria. Dentro de las infecciones del tracto urinario, tan frecuentes en niños, los gérmenes productores de BLEEs son resistentes a antibióticos comúnmente utilizados, siendo el tratamiento de elección los carbapenems. Se plantea estudiar las características de estas infecciones en nuestro medio, la gravedad de las mismas y la respuesta inicial a antibioterapia empírica, para intentar optimizar el manejo de estos pacientes.

**Métodos:**

Estudio retrospectivo. Se recogen los crecimientos significativos de enterobacterias en urocultivos pediátricos en el servicio de Microbiología de un hospital terciario desde enero 2016 a junio 2017, seleccionando aquellos pacientes con gérmenes productores de BLEEs. Se analizan las variables mediante el programa estadístico SPSS.

**Resultados:**

De un total de 1165 ITUs, 29 fueron producidas por gérmenes productores de BLEEs (2,5%). La media de edad fue 3,5 años, siendo más frecuente en mujeres (72,4%). Un 34,5 % de los pacientes presentaba patología renal de base, recibiendo antibioterapia profiláctica un 31%. La mayoría de las infecciones fueron adquiridas en la comunidad (86,2%). Un 62,1% de los pacientes presentaron fiebre y un 6,9% afectación del estado general. Como tratamiento inicial la mayoría de los pacientes recibieron amoxicilina-ác. clavulánico (34,5%) o cefalosporinas (27,6%), recibiendo únicamente un 10,3% carbapenems. Un 37,8% recibió un cambio de tratamiento, ninguno de ellos a carbapenems. Únicamente 3 (10,3%) de nuestros pacientes no presentaron buena evolución, todos ellos tratados con cefalosporinas orales, aunque esta asociación no fue estadísticamente significativa ( $p=0,09$ ). Tampoco se observa relación con presentar patología de base ni con lugar de adquisición. Ningún paciente tuvo secuelas.

De los gérmenes aislados, el 86% % fueron sensibles a amoxicilina-ac clavulánico, el 72,4% a fosfomicina y el 75,9 % a gentamicina. Ninguno fue resistente a carbapenems.

**Conclusiones:**

Las ITUs producidas por gérmenes BLEEs son poco frecuentes en nuestro medio, apareciendo mayoritariamente de forma comunitaria. Las infecciones graves son poco frecuentes, y las secuelas extraordinarias. La mayoría de los pacientes son tratados con antibióticos no carbapenémicos, presentando en general una buena evolución sin secuelas posteriores.

**P-005 PROGRAMA DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO ENDOVENOSO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO. CREACIÓN DE UNA GUÍA PARA PACIENTES.**

Fernandez Polo, Aurora; Melendo Pérez, Susana; Cañete Ramirez, Carme ; Mendoza Palomar, Natalia ; Vidal Valdivia, Lis; Ferrer Barberà, Amanda; Ridao Manonellas, Saida; Morillo Soriano, Maria; Soler Palacín, Pere.  
*Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.*

**Introducción y objetivos:**

El tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE) se plantea como una alternativa asistencial al ingreso hospitalario para el tratamiento de enfermedades infecciosas en pacientes pediátricos seleccionados que presentan un diagnóstico de infección, con estabilidad clínica y sin alternativa de tratamiento antibiótico vía oral. El objetivo de los programas TADE es favorecer la conciliación familiar, disminuir el riesgo de infección nosocomial y promocionar el buen uso de los antibióticos en pacientes pediátricos que requieren antibioticoterapia endovenosa prolongada. El programa TADE forma parte del programa PROA-NEN del Vall d'Hebron Campus Hospitalari.

**Métodos:**

Se ha diseñado e implantado un programa multidisciplinar de TADE en un hospital pediátrico universitario de tercer nivel. Se han incluido en el programa TADE pacientes pediátricos con una patología infecciosa, situación clínica estable y soporte familiar adecuado (capacidad de los cuidadores para realizar el tratamiento domiciliario). Se ha establecido un protocolo de capacitación de los cuidadores y se ha elaborado la "Guía de administración domiciliar de antibióticos intravenosos a pediatría", en la que han participado 35 profesionales y 4 familias de pacientes y en la que se han incluido: instrucciones en cuanto medidas higiénicas, cuidados y mantenimiento del acceso venoso, preparación-administración de los antibióticos y manejo de los dispositivos de administración. Se ha analizado la actividad del programa durante 6 meses (junio-diciembre 2017).

**Resultados:**

Se realizaron 28 ciclos de TADE en 22 pacientes (50% niñas), de edad mediana 11,6 años (0,4-17,9) y las principales infecciones tratadas fueron: colangitis en pacientes con hepatopatía (46,4%) y exacerbación respiratoria en fibrosis quística (32,1%). Los antibióticos administrados principalmente fueron piperacilina/tazobactam (21,9%), meropenem (17,1%), ceftazidima (17,1%), ampicilina (7,3%) y teicoplanina (7,3%). Ningún paciente presentó infección de catéter ni complicaciones graves relacionadas con la administración de TADE.

**Conclusiones:**

La implantación coordinada y multidisciplinar del programa con la capacitación de los cuidadores de los pacientes, ha permitido realizar TADE de manera segura a pacientes pediátricos seleccionados y debe plantearse como una opción terapéutica en aquellos casos sin opción de tratamiento antibiótico oral como parte del programa PROA pediátrico.

**P-006 ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIMICROBIANOS PARA OTITIS MEDIA AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

Benitez Moscoso, Gema; Croche Santander, Borja.  
*Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.*

**Introducción:**

La otitis media aguda (OMA) es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en la población pediátrica. En países desarrollados es la causa más frecuente de prescripción de antibióticos. Se estima que la prescripción inadecuada para esta patología puede llegar a afectar a uno de cada tres casos diagnosticados de OMA.

**Objetivo:**

Evaluar el grado de adecuación de la prescripción antibiótica para OMA en población pediátrica en un servicio de urgencias hospitalario.

**Métodos:**

Estudio observacional, descriptivo y transversal en población menor de 14 años atendida en las urgencias hospitalarias del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva durante el año 2016 con diagnóstico al alta de OMA. Se seleccionó una muestra aleatoria de 264 pacientes (IC 95% y error alfa 5%) con OMA. Se analizó el grado de adecuación del tratamiento antibiótico comparando nuestra práctica clínica con las recomendaciones del documento de consenso para OMA de la Sociedad de Española Infectología Pediátrica (SEIP) del año 2012.

**Resultados:**

Se prescribió antibiótico a 190 (71,97%) pacientes diagnosticados de OMA. Los antimicrobianos prescritos fueron: amoxicilina 128 (67,36%), amoxicilina-clavulánico 38 (20%), azitromicina 9 (4,73%), claritromicina 1 (0,52%), cefixima 7 (3,68%) y cefuroxima 7 (3,68%).

Se consideró un manejo inadecuado de la patología en 103 (39%) casos. Las causas de esta inadecuación fueron: Prescripción de tratamiento antibiótico cuando no existía indicación para el mismo 55 (53,39%) casos, elección incorrecta del antibiótico 33 (32%), no recibir tratamiento antibiótico cuando existía indicación 9 (8,74%) y la posología incorrecta 6 (5,83%).

**Conclusión:**

En nuestra serie hasta en un 39% de las OMA se manejaron de forma inadecuada. El empleo de antibiótico en casos sin indicación y la elección incorrecta del antibiótico fueron las causas más frecuentes. Con estos datos se hace prioritario en nuestro centro establecer estrategias que nos permitan mejorar el abordaje de esta patología.

### **P-007 EVALUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA QUIRURGICA EN LA UNIDAD DE ANESTESIA-REANIMACIÓN DE UN HOSPITAL TERCIARIO**

Quintana, Cristian; Mendez-Echevarria, Ana; Castro, Luis; Reinoso-Barbero, Francisco; Calvo, Cristina.  
*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

#### **Introducción**

La realización de una profilaxis prequirúrgica correcta supone un reto actual con amplio rango de mejoría en nuestros hospitales. Previamente a la implantación de un programa de optimización de antibióticos (PROA) se decidió evaluar el cumplimiento de las indicaciones de profilaxis quirúrgica en la Unidad de Anestesia y Reanimación de un hospital terciario.

#### **Métodos**

Análisis retrospectivo de la profilaxis quirúrgica realizada en todos los pacientes intervenidos en la Unidad de Anestesia y Reanimación durante Septiembre de 2016. Se evaluaron los siguientes ítems: tipo de cirugía y su duración, nivel ASA, indicación de profilaxis, administración de la profilaxis, adecuación de la antibioterapia pautada, momento de administración de la misma, dosis y duración de la profilaxis. Se consideraron criterios correctos aquellos dictados por la Comisión de Infecciosas del Hospital sobre profilaxis quirúrgica.

#### **Resultados**

Se analizaron 50 pacientes de los cuales 6 fueron excluidos por tratarse de peritonitis (prescripción antibiótica considerada terapéutica). Entre los 44 pacientes incluidos, los grupos quirúrgicos más frecuentes fueron cirugía abdominal (20%), cardiaca (20%) y neurocirugía (16%). Se realizó profilaxis en 41 de los 43 casos en los que estaba indicada (95%), siendo correcta la elección del antibiótico en el 87% de los casos, y administrándose en el momento correcto en el 73%. Los antibióticos más utilizados fueron cefazolina, seguida por amoxicilina-ac.clavulánico y vancomicina.

En contraposición, la dosis y la duración del antibiótico fueron apropiadas tan sólo en un 39.5% y en un 46% respectivamente, manteniéndose durante más tiempo del recomendado. La profilaxis con todos los ítems correctos sólo se llevó a cabo en 5 pacientes, siendo la cirugía cardiaca, la neurocirugía y la cirugía ORL las que mejor se ajustaron a las indicaciones de profilaxis pre-quirúrgica.

#### **Conclusiones**

A pesar de que se administra profilaxis quirúrgica en más 90% de los casos indicados y la elección del antibiótico es correcta en un porcentaje elevado de los mismos (89%), existe un considerable rango de mejoría en cuanto a la dosis, momento de administración y en la duración de la profilaxis concretamente, que se prolongó más de lo recomendado. Estos parámetros serán por tanto los objetivos de mejora del PROA.

**P-008 INFECTOLOGÍA APROPIADA II: NO ADMINISTRAR ANTIBIÓTICOS DE FORMA RUTINARIA EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS.**

Casado Verrier, Esther; Piñeiro Pérez, Roi; Carro Rodríguez, Miguel Ángel; Hernández Martín, Diego; Sanz González, Paloma; Alba Jiménez, María; Muñoz Archidona, Cristina; De La Parte Cancho, María; Hurtado Muñoz, Irene; García Chaguaceda, Sara Beatriz; Galindo Sánchez, Antonio; Carabaño Aguado, Iván.  
*Hospital General de Villalba, Collado-Villalba (Madrid).*

**Introducción y objetivos**

En abril de 2013, la Asociación Española de Pediatría (AEP) inicia el proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, con el objetivo principal de disminuir las intervenciones sanitarias que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. La tercera de las recomendaciones es no administrar antibióticos de forma rutinaria a niños y niñas con gastroenteritis. El objetivo principal es analizar la adecuación en un servicio de pediatría de un hospital de media complejidad.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo de tipo transversal, prospectivo, de ámbito local y unicéntrico. Periodo: 01/01/17-30/06/17. Sobre el total de pacientes menores de 16 años diagnosticados en urgencias pediátricas de GEA, se selecciona una muestra con un nivel de confianza del 95% y un error estimado del 5%. Para obtener dicha muestra, se seleccionan al azar los 5 primeros días de cada mes. Se investiga el uso de antibióticos. Análisis estadístico mediante SPSS v21.0.

**Resultados**

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 699 GEA. Se analiza una muestra de 107 pacientes. En un niño se inició tratamiento con azitromicina por una GEA por *Campylobacter jejuni* de más de una semana de evolución, antibioterapia que se consideró justificada. En ningún otro caso se prescribieron antibióticos de forma rutinaria al alta en urgencias pediátricas. En el 12% se confirmó la presencia de bacterias patógenas en el coprocultivo, pero los episodios se resolvieron de forma espontánea sin necesidad de administrar tratamiento, salvo en el caso descrito.

**Conclusiones**

Las recomendaciones actuales de “no hacer” de la AEP están claramente establecidas. Sin embargo, la mayoría de los centros sanitarios no han desarrollado herramientas para medir la adecuación. En nuestro caso, la adecuación fue del 100% y no fue precisa ninguna modificación en los procedimientos habituales del servicio. En nuestra experiencia, es el camino que se debe tomar en nuestro país para conseguir el uso juicioso, racional y apropiado de antibióticos en niños con GEA, no recomendado en la actualidad de forma rutinaria.

**P-009 ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIMICROBIANOS PARA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

Benitez Moscoso, Gema; Croche Santander, Borja.  
*Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.*

**Introducción:**

La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las enfermedades infecciosas más comunes en pediatría. A pesar de que la etiología es principalmente vírica, existe un elevado número de pacientes que son tratados de forma inadecuada con antibióticos, siendo por tanto una de las patologías que producen mayor consumo innecesario de antibióticos.

**Objetivo:** Evaluar el grado de adecuación de la prescripción antibiótica para FAA en población pediátrica en un servicio de urgencias hospitalario.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal en población menor de 14 años atendida en las urgencias hospitalarias del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva durante el año 2016 con diagnóstico al alta de FAA.

Se seleccionó una muestra aleatoria de 260 pacientes (IC 95% y error alfa 5%) con FAA. Se analizó el grado de adecuación del tratamiento antibiótico comparando nuestra práctica clínica con las recomendaciones del documento de consenso para FAA de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) del año 2011.

**Resultados:** Se prescribió antibiótico a 57 (21,92%) pacientes diagnosticados de FAA. Los antimicrobianos prescritos fueron: amoxicilina 30 (52,36%), amoxicilina-clavulánico 9 (15,79%), azitromicina 13 (22,81%), cefixima 4 (7,02%) y ceftriaxona 1 (1,75%).

El tratamiento se considera inadecuado en 91 (35%). Las causas de inadecuación fueron: prescripción de tratamiento antibiótico cuando no existía indicación para el mismo 39 (42,86%) casos, 26 (28,57%) casos no recibieron tratamiento antibiótico cuando existía indicación, la posología fue incorrecta en 21 (23,07%) y en 5 (5,49%) elección incorrecta del antibiótico.

**Conclusión:** En nuestra serie hasta en un 35% de las FAA se manejaron de forma inadecuada. El empleo de antibiótico en casos sin indicación y la no prescripción en casos con indicación fueron las causas más frecuentes. Con estos datos se hace prioritario en nuestro centro establecer estrategias que nos permitan mejorar el abordaje de esta patología.

**P-010 INFECTOLOGÍA APROPIADA X: ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN URINARIA DE VÍAS BAJAS (CISTITIS).**

Piñeiro Pérez, Roi; Figueroa Ospina, Lucía; Casado Verrier, Esther; Sanz González, Paloma; Carro Rodríguez, Miguel Ángel; García Lasheras, Cecilia; De La Parte Cancho, María; Román Pascual, Almudena; Maiques Magraner, Elena; Grasa Lozano, Carlos Daniel; Alba Jiménez, María; Carabaño Aguado, Iván.  
*Hospital General de Villalba, Collado-Villalba (Madrid).*

**Introducción y objetivos**

La Medicina Apropriadada trata de disminuir las intervenciones sanitarias que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Numerosas sociedades científicas han sugerido propuestas para su aplicación en pediatría. Por ejemplo: *choosing wisely, do not do, less is more y essential*. Una de estas recomendaciones es: en la infección urinaria (ITU) de vías bajas (cistitis) se debe evitar el empleo de antibióticos de amplio espectro (cefalosporinas de tercera generación), priorizando el uso de amoxicilina-clavulánico, cefalosporinas de primera o segunda generación, trimetoprim-sulfametoxazol o fosfomicina-trometamol. El objetivo principal es analizar la adecuación en un servicio de pediatría de un hospital de media complejidad.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo de tipo transversal, prospectivo, de ámbito local y unicéntrico. Periodo: 01/01/17-30/06/17. Se incluyen todos los pacientes menores 16 años diagnosticados de ITU. Se investiga la antibioterapia empírica inicial. Análisis estadístico mediante SPSS v21.0.

**Resultados**

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 61 episodios de ITU, de los cuales 36 fueron considerados cistitis por criterios clínicos y/o analíticos. En estos casos, la antibioterapia empírica fue: 58% amoxicilina-clavulánico, 22% fosfomicina-trometamol, 17% cefixima y 3% cefuroxima-axetilo. Uso apropiado: 83%.

**Conclusiones**

Las recomendaciones actuales de “no hacer” de diversas sociedades científicas están bien establecidas. Sin embargo, la mayoría de los centros sanitarios no han desarrollado herramientas para medir la adecuación. Sin estos datos, no es posible implementar medidas formativas. Se trata de análisis relativamente sencillos con soluciones eminentemente prácticas, dirigidas a aumentar, si es necesaria, la formación específica en determinados facultativos. En nuestro caso, la adecuación fue aceptable (83%), con un significativo margen de mejora. Se implementaron medidas formativas para recordar que las cefalosporinas de tercera generación no constituyen el tratamiento de elección en la cistitis. Se revisará de nuevo en 2018. En nuestra experiencia, es el camino que se debe tomar en nuestro país para conseguir un uso juicioso, racional y apropiado de antibióticos en la cistitis en niños.

**P-011 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN LAS INTERVENCIONES NO RESTRICTIVAS DENTRO DEL PROGRAMA PROA-NEN**

Melendo Perez, Susana; Morey Olive, Miriam; Fernandez Polo, Aurora; Mendoza Palomar, Natalia; Soler Palacin, Pere; Proa-Nen, Grupo.

*Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.*

**Introducción y Objetivos**

Desde 2015, en nuestro hospital se ha institucionalizado un PROA pediátrico (PROA-NEN), cuya metodología es fundamentalmente persuasiva basada en auditorías prospectivas y *feedback* a los prescriptores, en las que el equipo PROA revisa tratamientos y aconseja al clínico en continuar, ajustar, cambiar o suspender el tratamiento. Las estrategias persuasivas mejoran el uso antibiótico y reducen las resistencias, sin impacto negativo para el paciente; y suelen contar con una mejor aceptación por parte de los clínicos. Es fundamental el seguimiento y evaluación continuos del programa PROA para detectar puntos susceptibles de mejora y adaptarlo a la realidad del centro y necesidades del potencial prescriptor. El objetivo de este estudio es evaluar la percepción de los potenciales prescriptores de antimicrobianos en un hospital pediátrico de tercer nivel con un PROA consolidado sobre las auditorías realizadas desde PROA-NEN y detectar áreas susceptibles de mejora y/o intervención.

**Métodos**

Se diseñó encuesta (analógica y digital), dirigida a todos los facultativos especialistas y médicos residentes de pediatría y cirugía pediátrica que estén trabajando en el hospital durante la realización del estudio (enero y febrero 2018). La encuesta se remite por correo interno a todos los facultativos diana y en persona durante las sesiones de auditoría para aumentar el cumplimiento de las mismas.

**Resultados**

Se ha generado una encuesta con 14 preguntas divididas en cinco bloques: datos de filiación, valoración del conocimiento de los programas PROA, valoración de la metodología de las auditorías, impacto de las mismas en la práctica clínica y propuestas de mejora. El total de encuestas entregadas ha sido de 68 médicos residentes (59 de pediatría y 8 de cirugía pediátrica) y 87 facultativos especialistas (75 pediatras y 12 cirujanos pediátricos), pertenecientes a 9 unidades clínicas diferentes. Los resultados obtenidos se están evaluando y se presentarán durante el congreso

**Conclusiones**

La realización de evaluaciones periódicas de un programa PROA con metodología no impositiva, valorando la aceptación y el impacto que generan las distintas intervenciones realizadas en cada una de las Unidades, es imprescindible para conocer las necesidades específicas de cada unidad clínica y adecuar diferentes estrategias de actuación.

**P-012 DETECCIÓN DE *KINGELLA KINGAE* EN FROTIS OROFARINGEO EN INFECCIONES OSTEOARTICULARES**

De Juan Gallach, Alba; Molina Moreno, José Miguel; Salom Taverner, Marta; Gómez Ruiz, María Dolores; Bretón Martínez, José Rafael; Monteagudo Montesinos, Emilio ; Oltra Benavent, Manuel.

*Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.*

**Introducción Y Objetivos.**

Existe evidencia de que *Kingella kingae* (Kk) es el agente causal más frecuente de infección osteoarticular (IOA) en niños de 6 meses a 4 años. Dada la dificultad para su diagnóstico microbiológico han surgido nuevos enfoques en los últimos años. Uno de los más interesantes es su detección por técnicas de PCR en orofaringe, con una alta sensibilidad ante la sospecha de IOA. Nuestro objetivo es analizar la presencia de DNA de Kk en orofaringe en un grupo de pacientes con IOA.

**Métodos.**

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo de los resultados de DNA de Kk en frotis faríngeo obtenido previo al inicio de tratamiento en los pacientes con diagnóstico de IOA, de 6 meses a 4 años de edad, en un periodo de 6 meses (julio a diciembre de 2017). Definimos IOA como: Cultivos o PCR positivos en líquido articular, sangre o aspirado óseo (grupo A) o Cultivos y PCR negativos o sin obtención de cultivos pero con RM con evidencia de IOA (grupo B).

**Resultados.**

Se reclutaron 16 pacientes. Nueve pacientes pertenecieron al grupo A de diagnóstico. En 7 de ellos se detectó Kk en algún líquido orgánico, y en los 7 se detectó DNA en orofaringe. En los otros 2 se aislaron otros microorganismos y el DNA de Kk en orofaringe fue negativo. Un total de 7 casos pertenecieron al grupo B de diagnóstico detectando DNA de Kk en 2 de ellos. Obtuvimos una prevalencia total de DNA Kk en orofaringe de 9 de 16 IOA (56%).

**Conclusiones.**

La detección de DNA de Kk en muestra orofaríngea fue elevada (56%) en pacientes con IOA. Encontramos una excelente correlación entre la detección de Kk en líquidos orgánicos y la detección de DNA en orofaringe. La detección de DNA de Kk en orofaringe en pacientes con IOA en el grupo B podría interpretarse como un método indirecto no invasivo de diagnóstico etiológico. Sería interesante realizar estudios prospectivos más amplios con casos y controles para determinar el valor como método diagnóstico no invasivo de la detección de DNA de Kk en orofaringe.

**P-013 INMUNOCROMATOGRAFÍA FRENTE A PCR EN DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES VÍRICAS RESPIRATORIAS EN LACTANTES HOSPITALIZADOS DURANTE CUATRO TEMPORADAS EPIDÉMICAS.**

Lopez Blanco, Gloria<sup>1</sup>; Alonso Quintela, Paula<sup>2</sup>; Terroba Seara, Sandra<sup>2</sup>; Ocaña Alcober, Carlos<sup>2</sup>; Andres Andres, Ana Gloria<sup>2</sup>; Alvarez Justel, Alba<sup>2</sup>; Gonzalez Carracedo, Begoña<sup>2</sup>; Rodriguez Pollan, Hortensia<sup>2</sup>; Gomez Antolin, Maria<sup>2</sup>; Rodriguez Soto, Soraya<sup>2</sup>; Fernandez Natal, Maria Isabel<sup>2</sup>; Lapeña Lopez De Armentia, Santiago<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON, León; <sup>2</sup> COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON, LEON.

**Introducción:**

Las infecciones por virus respiratorios son causa frecuente de ingreso en niños menores de 2 años. La variabilidad de estos gérmenes, clínica que producen y su carácter estacional convierten en primordial el diagnóstico microbiológico precoz y preciso que permita aislamiento y/o agrupación de pacientes durante la hospitalización y toma adecuada de decisiones terapéuticas.

**Objetivos:**

Evaluar dos técnicas diagnósticas directas en muestras clínicas para detección de virus respiratorios: Respiratorio Sincitial (VRS), Influenza A y B (IA/B) y adenovirus (ADV) mediante inmunocromatografía (IC) y PCR a tiempo real en (RT-PCR). Conocer su evolución en cuatro temporadas epidémicas.

**Material Y Métodos:**

Estudio observacional, transversal desarrollado en los Servicios de Microbiología Clínica y Pediatría de un hospital terciario, en cuatro temporadas epidémicas para virus respiratorios (semana 40 de 2013 a semana 20 de 2017). Se incluyeron aspirados nasofaríngeos de pacientes hospitalizados menores de 2 años. Se aplicaron a cada muestra: a) pruebas de IC para detección de VRS, IA/B (Binax Now.Alere) y ADV (Adeno Respi-Strip.Coris-Bioconcept) y b) pruebas moleculares por RT-PCR, como método de referencia (CLART®PneumoVir.GenomicaSAU o Allplex™Seegene Inc.). Análisis estadístico: recogida de datos en hoja de cálculo Excel y procesamiento mediante IBM SPSSv22:a) descriptivo:variables cualitativas:frecuencias absolutas y relativas, para cuantitativas media, mediana, desviación estándar y rango;b) analítico: test de Chi2 y tablas de contingencia 2x2; se obtuvieron sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) con intervalos de confianza del 95%.

**Resultados:**

Se analizaron 606 muestras de aspirado nasofaríngeo de lactantes hospitalizados (335 varones; mediana de edad de 4,6 meses). La IC identificó 155 muestras positivas para VRS, 26 para IA, 3 para IB y 11 para ADV frente a la PCR que identificó 224 VRS, 36 IA, 5 IB y 78 ADV. Descenso progresivo de S para detección de VRS, IA, IB y ADV.

**Conclusiones:**

En nuestro estudio se observaron bajos porcentajes de S y disminución progresiva en la detección de los virus estudiados llegando en la temporada 2016/2017 a 37,25% en RSV, 55,56% en IA, y 0% en ADV. Estos datos evidencian que la IC no sería una técnica rápida válida debiendo sustituirse por técnicas asequibles moleculares rápidas y fáciles de realizar.

**P-014 HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN MENINGITIS BACTERIANA EN NIÑOS MENORES DE TRES MESES**

López Martín, David; Carazo Gallego, Begoña; Moreno Pérez, David.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

**Introducción-objetivos:**

En lactantes con meningitis bacteriana, la ecografía transfontanelar es un recurso útil tanto en el diagnóstico como en la monitorización de complicaciones, siendo habitualmente más accesible para su realización y repetición que otras pruebas de neuroimagen. Nuestro objetivo fue analizar los hallazgos ecográficos en este grupo de pacientes junto a su evolución clínica para determinar la utilidad de esta prueba.

**Métodos:**

Estudio retrospectivo entre 2009-2017 en un hospital terciario mediante revisión de historias clínicas de pacientes menores de 90 días ingresados con meningitis bacteriana (aislamiento en LCR o sospecha por citoquímica compatible y bacteriemia). Se excluyeron: abscesos cerebrales, sepsis vertical precoz, asociados a asistencia sanitaria o sistemas de derivación LCR. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, microbiológicos y evolución. Se incluyeron hallazgos en ecografía craneal, momento de realización desde el ingreso y controles posteriores.

**Resultados:**

Cumplieron criterios 14 lactantes, con mediana de edad 27 días. En todos los casos se realizó ecografía craneal. Hubo aislamiento bacteriano en 12/14 pacientes (seis *Streptococcus agalactiae*, cuatro *Escherichia coli*). No predominio de alteraciones ecográficas según etiología.

En 9/14 pacientes la ecografía fue normal inicialmente (mediana tiempo de realización 33 horas) y en el control. Ninguno de ellos mostró complicaciones o secuelas.

La ecografía reveló alteraciones en 5/14 pacientes (mediana de tiempo de realización 17 horas): en tres lactantes se encontraba alterada desde el inicio y en dos en un control posterior. Los hallazgos ecográficos más frecuentes fueron: vasculopatía mineralizante talamoestriada, ventriculitis e hiperecogenicidad subaracnoidea, constatándose resolución durante los controles. Cuatro de los pacientes con ecografía alterada presentaron complicaciones (convulsiones, empiema), tres de ellos desarrollaron secuelas (motoras, epilepsia), por ninguno de los pacientes con imagen normal.

**Conclusiones:**

Aunque la ecografía fue normal en más de la mitad de los casos, hallamos un predominio de complicaciones y secuelas entre los pacientes que presentaban alteraciones. Este resultado apoya la utilidad de esta prueba en la evaluación de estos pacientes, considerando que una imagen normal no descarta la presencia de meningitis. La vasculopatía mineralizante fue la alteración más frecuente en nuestra serie, constatándose una mejoría de la misma en paralelo a la evolución del cuadro meníngeo.

### **P-015 UTILIDAD DE LOS IGRA'S FRENTE AL MANTOUX EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA PEDIÁTRICA**

Martín López, Elvira; Del Olmo Galeano, Alberto; Santolaya Braulio, Carlota; Del Río Camacho, Genoveva; Esteban Moreno, Jaime; Jiménez Jiménez, Ana Belén.

*Fundación Jiménez Díaz, Madrid.*

#### **Introducción y objetivos:**

El mantoux (mtx) ha demostrado no ser lo suficientemente sensible para el diagnóstico de la infección/enfermedad tuberculosas. La cuantificación de interferón-gamma producida por los linfocitos (IGRA's) se ha extendido, pero no ha suplido las carencias diagnósticas del mtx.

Tras unos años de utilización de los IGRA's, es necesario analizar su uso y utilidad en los diferentes escenarios pediátricos.

#### **Material y métodos:**

Estudio observacional retrospectivo de niños estudiados de infección/ enfermedad tuberculosa, mediante mtx y/o Quantiferon®(Qf) (2010-2017), analizando características clínicas, demográficas, motivo de estudio y ámbito sanitario.

#### **Resultados:**

Se analizan 830 determinaciones de 620 pacientes (0-17 años, mediana 6). Población predominantemente española, 13,2% extranjeros sin viajes, 8,4% VFR (Ecuador, Bangladesh, China) y 2,6% viajes no-VFR. El 89% no identifica caso índice, tienen convivientes domiciliarios el 7,9%. El 6,3% refieren vacunación BCG. El 17,9% presentan desnutrición, parasitosis, inmunodeficiencias, corticoterapia, prematuridad o dermatitis atópica.

Fueron estudiados por cuadro respiratorio (40%), estancia extranjera (9,2%), adenopatías (8,5%), contacto bacilífero (5,8%), fiebre sin foco (7,3%) o pre-tratamiento inmunosupresor (4%). Fueron solicitados por neumología pediátrica (23,4%), infectología pediátrica (15,5%), o viajero/adopción internacional (4,5%); el 17,7% fue hospitalización y el 8,7% en primaria.

Se realizó sólo mtx (64,2%), sólo Qf (16,6%) o ambos (19,2%). Se usó sistemáticamente Qf en adenopatías e inmigrantes/adoptados, así como pre-tratamiento inmunosupresor. En el resto el mtx fue más usado. En pacientes con desnutrición, inmunodeprimidos o tratamiento corticoideo se utilizan ambas (37,5%).

Mtx positivo en 7,4%. De éstos, en el 16,2% el primer mtx fue negativo, precisando 2 o más determinaciones. El Qf fue positivo en el 7,8%. De éstos el 12,6% precisaron 2 o más determinaciones. En 5 pacientes con enfermedad confirmada ambas pruebas fueron negativas.

#### **Conclusiones:**

Se objetiva amplia utilización del Qf, especialmente en consultas específicas, pacientes inmigrantes/adoptados o con factores que alteran el mtx.

Encontramos para ambas técnicas una elevada tasa de falsos negativos en la primera determinación (mtx16,2%;Qf 12,6%), recomendamos por tanto realizar 2 o más determinaciones (misma técnica o combinada) en caso de sospecha.

Son necesarios más estudios para establecer el orden y frecuencia de utilización de las pruebas ante una sospecha de infección/enfermedad tuberculosa.

#### **P-016 EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LOS CONTAMINANTES EN HEMOCULTIVOS DE LA PLANTA DE PEDIATRÍA**

Dabad Moreno, María Jesús; Lillo Lillo, Miguel; Escribano Garaizabal, Elena ; Buedo Rubio, María Isabel; Pareja León, Marta; Ramos Domenech, Cristóbal; Marcilla Vázquez, Carlos; Fernández Escobar, Verónica; Sánchez Tierraseca, Melody; Soria Moya, Ana Beatriz; Cepillo Boluda, Antonio Javier; Delgado García, Ana Belén.  
*Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.*

##### **Introducción y objetivos.**

El hemocultivo (HC) continúa siendo una técnica muy importante en el diagnóstico de enfermedades infecciosas. La existencia de resultados dudosos o claramente contaminados disminuye el rendimiento diagnóstico de esta prueba. La contaminación puede ocurrir incluso empleando técnicas óptimas de recolección y procesamiento. Las guías constatan tasas de contaminación del 3-4%. Nuestro objetivo es valorar la eficacia de una intervención realizada en planta de Pediatría para disminuir la tasa de contaminación y comparar los resultados en las diferentes unidades de Pediatría (Planta, UCI y Urgencias).

##### **Métodos.**

Se actualizó el protocolo de obtención de HC por parte del servicio de enfermería y se realizaron sesiones-taller para su difusión. El resultado de esta intervención es evaluado comparando dos periodos: del 01/10/2014 al 30/09/2015 (periodo preintervención) y del 01/10/2016 al 30/09/2017 (periodo postintervención). Se ha utilizado estadística descriptiva y test  $\chi^2$  para la comparación de proporciones (significación estadística si  $p < 0,05$ ).

##### **Resultados.**

Se obtuvieron 339 HC en la planta de Pediatría en el periodo preintervención, de los cuales 83 (24,48%) fueron HC contaminados y 354 HC en el periodo posterior, siendo 39 (11,02%) los contaminados. Esta diferencia es estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Considerando el periodo postintervención, la tasa de contaminación en el servicio de UCI Pediátrica-Neonatal fue del 10,81% y en el servicio de Urgencias Pediátricas del 20,80%. No se encontraron diferencias ( $p > 0,05$ ) al analizar los HC contaminados de la planta durante el periodo estival postintervención, 6 (9,09%) HC, con respecto al resto de meses, 33 (11,46%).

##### **Conclusiones.**

La intervención realizada en la planta de Pediatría ha disminuido el número de HC contaminados, pero la tasa de contaminación (11,02%) sigue por encima de lo aceptado como tolerable, al igual que en la UCI y Urgencias, siendo este último el servicio con mayor tasa de HC contaminados. A pesar de que la contaminación puede ocurrir en cualquier fase del procesamiento del HC, el momento de la extracción es el de mayor riesgo y los datos presentados indican que son necesarios más esfuerzos en las distintas fases (indicaciones, técnica de extracción, transporte y procesamiento de la muestra) para optimizar su rendimiento.

**P-017 GRAVEDAD DE LOS INGRESOS POR BRONQUIOLITIS AGUDA EN FUNCIÓN DEL AGENTE ETIOLÓGICO.**

Martín López, Elvira; Moreno Vinúes, Beatriz ; López Pinero, Francisco; Ramírez Gordillo, Mónica Pilar ; Rodríguez Catalán, Jesús ; Martínez-Antón, Amalia; Del Río, Genoveva ; Fernández Roblas, Ricardo ; Jiménez Jiménez., Ana Belén .

*Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.*

**Introducción y objetivos:**

Existen diferentes herramientas para el diagnóstico de virus respiratorios en lactantes con bronquiolitis (inmunocromatografía, inmunofluorescencia, PCR) con diferente coste. Es importante establecer por tanto su utilidad para una gestión eficiente de los recursos.

**Material y métodos:**

Revisión de los ingresos por bronquiolitis en <1 año en planta-UCIP durante 3 años (2012-2013 y 2014-2016). Se realizó al ingreso a los pacientes un lavado nasofaríngeo (LNF) mediante MariPoc© (inmunofluorescencia para VRS, influenza, parainfluenza, metapneumovirus, adenovirus). En los más graves se realizaba además PCR múltiple (15 virus y 3 bacterias atípicas).

**Resultados:**

Estudiamos 147 niños lactantes (mediana de edad 2 meses). Se obtuvo un LNF positivo en 48% (n=71). En orden de frecuencia se encontraron VRS (84%), parainfluenza (4%), metapneumovirus y rinovirus (2,8%), influenza, adenovirus y enterovirus (1,4%).

Los niños con LNF positivo eran más pequeños (2,5 vs 4,5 meses), permanecieron más tiempo ingresados (6,3 vs 4,3 días) ( $p<0,001$ ), precisaron más radiografías (39% vs 26%) y más días de oxígeno (4,9 vs 3,6) ( $p=0,004$ ). Precisaron ingreso en UCIP con mayor frecuencia (30% vs 16%) y más días de ventilación no invasiva (30% vs 15%). Todos los pacientes que precisaron ventilación invasiva tenían LNF positivo. No se encontraron diferencias en cuanto a necesidad de antibiótico o corticoides.

Se encontró mayor gravedad y tiempo de ingreso de los pacientes VRS frente al resto, pero también entre los pacientes positivos no-VRS frente a los pacientes negativos ( $P=0,002$ ). En UCIP se detectaron otros virus por PCR (rinovirus, coronavirus), que se asociaron a mayor gravedad y estancia prolongada.

**Conclusiones:**

Se conoce la mayor gravedad del VRS frente a los pacientes negativos, que nosotros también encontramos. Detectamos también mayor gravedad en los pacientes positivos no-VRS frente a los negativos. Por tanto, consideramos que la determinación de otros virus no-VRS debería incluirse en la práctica clínica.

Nuestro estudio está limitado porque la PCR se realizó sólo en los pacientes graves. Sin embargo la identificación de otros virus en estos pacientes graves (rinovirus, coronavirus), sugiere que sería interesante otros estudios de determinación sistemática de PCR en todos los pacientes para establecer su verdadero rol en la bronquiolitis.

**P-018 INFECTOLOGÍA APROPIADA VIII: EN CASOS DE NEUMONÍAS CON MALA EVOLUCIÓN CLÍNICA, SUSTITUIR LA RADIOGRAFÍA DE CONTROL POR ECOGRAFÍA DE TÓRAX.**

Guerra Gutiérrez, Félix; Piñeiro Pérez, Roi; Sanz González, Paloma; Alba Jiménez, María; Muñoz Archidona, Cristina; De La Parte Cancho, María; Hernández Martín, Diego; Román Pascual, Almudena; Casado Verrier, Esther; Berzosa López, Raquel; García Lasheras, Cecilia; Carabaño Aguado, Iván.  
*Hospital General de Villalba, Collado-Villalba (Madrid).*

**Introducción y objetivos**

La Medicina Apropiaada trata de disminuir las intervenciones sanitarias que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Numerosas sociedades científicas han sugerido propuestas para su aplicación en pediatría. Por ejemplo: *choosing wisely, do not do, less is more y essential*. Una de estas recomendaciones es: en casos de neumonías con mala evolución clínica, sustituir la radiografía de control por ecografía de tórax. El objetivo principal es analizar la adecuación en un servicio de pediatría de un hospital de media complejidad. Objetivos secundarios son implementar medidas de mejora en caso de resultados negativos y examinar si las conductas no apropiadas son debidas a una actitud global del servicio o bien a actuaciones individuales de determinados pediatras.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo de tipo transversal, prospectivo, de ámbito local y unicéntrico. Periodo: 01/01/17-30/06/17. Se incluyen todos los pacientes menores 16 años diagnosticados de neumonía en urgencias pediátricas. Se investiga el uso de radiaciones ionizantes en caso de mala evolución clínica. Análisis estadístico mediante SPSS v21.0.

**Resultados**

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 189 episodios de neumonía. No hubo casos de derrame pleural. En 10 casos (5%) la evolución clínica no fue satisfactoria (persistencia de la fiebre o empeoramiento clínico durante las primeras 72 horas tras haber iniciado tratamiento en caso necesario). En 2 de ellos se solicitó ecografía de control, pero en el resto de los casos (80%) la prueba solicitada fue una radiografía.

**Conclusiones**

Las recomendaciones actuales de “no hacer” de diversas sociedades científicas están bien establecidas. En nuestro caso, la adecuación fue muy baja. Se implementaron cursos formativos impartidos desde el servicio de radiología para recordar que el control evolutivo de la neumonía puede ser realizado mediante ultrasonidos. Se revisará de nuevo en 2018. En nuestra experiencia, es el camino que se debe tomar en nuestro país para evitar la exposición reiterativa a radiaciones ionizantes en niños diagnosticados de neumonía con mala evolución clínica.

**P-019 DESCRIPCIÓN DE 70 ADENOPATIAS ESTUDIADAS POR PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) EN POBLACION PEDIATRICA**

Hernández Sierra, Begoña<sup>1</sup>; Viciano Martínez-Lage, M<sup>a</sup> Jose<sup>2</sup>; Angulo De Lara, Raquel<sup>2</sup>; Vargas Perez, Manuel<sup>2</sup>; Vela Enrique, Francisco<sup>2</sup>; Ibañez Alcaide, M<sup>o</sup> Mercedes<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital de Poniente (El Ejido), El Ejido (Almería); <sup>2</sup>Hospital de Poniente (El Ejido), El Ejido (Almería).

**Introducción:**

La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de adenopatias (AD) es una prueba poco invasiva para obtener muestras celulares evitando biopsias abiertas. Las adenopatias son frecuentes en pediatría, siendo de etiología múltiple (normalmente benignas y de localización cervical) en las que el uso la PAAF presenta elevada sensibilidad (93%) y especificidad (95%)\*.

Indicaciones en pediatría: 1- Curso: no disminuye en 4 semanas o no desaparece en 8-12 semanas y/o no responde a antibióterápia. 2-Clinica: fiebre > 1 semana, sudoración, pérdida peso +10%, hepatoesplenomegalia 3-Localización: supraclavicular y cervical bajo, epitroclear, poplítea. 4- Características: consistencia dura, pétreo o fija y/o > 2,5cm (> 0,5 cm en neonato).

**Metodos:** Analisis descriptivo de las PAAF realizadas sobre adenopatias pediátricas (1-16 años) en últimos 16 años, en hospital comarcal.

**Resultados:** Se analizan 70 PAAF. Sin diferencias entre sexos ni por años de seguimiento. Existen dos picos de edad: infantes (4-6 años) y adolescentes (10-16 años). Las + frecuentes fueron adenopatias localizadas a nivel laterocervicales altas. Descripción de resultados anatomopatológicos y microbiológicos: Adenopatias granulomatosas o necrotizantes 17 casos (**24,28%**) siendo **BAAR (+)** 10 (**14,2%**). Adenopatias reactivas a infección bacteriana 11 casos (15,7%), 6 casos (54,5%) debidos a **Stafilococo aureus**. Mononucleosis infecciosa 3 casos ( 4,2%), etiología tumoral (7,1%), 5 casos (**adenoma pleomorfo, Ganglioneuroblastoma, Pilomatrixoma, Carcinoma papilar de tiroides y Linfoma de Hodkings**).

**Conclusiones:**1-La PAAF es un procedimiento sencillo, eficaz, barato y escasamente invasivo, que puede realizarse en tumoraciones palpables o profundas en pacientes pediátricos con mínimas complicaciones y contraindicaciones.

2- Es un método muy eficiente como primera aproximación en casos no diagnosticados mediante estudios de 1º nivel, tanto de patologia infecciosa como tumoral, asi como en aquellos casos con signos de alarma.

3-En nuestro medio las infecciones bacterianas son la etiología mas frecuente.

4-La adenitis tuberculosa es un diagnóstico frecuente en nuestra población en esta franja de edad estudia.

\* Kardos TF, Maygarden SJ, Blumberg AK, Wakely PE Jr, Frable WJ. Fine needle aspiration biopsy in the management of children and young adults with peripheral lymphadenopathy. *Cancer*. 1989;63:703-7.

**P-020 INFECTOLOGÍA APROPIADA III: NO SE RECOMIENDA EL USO RUTINARIO DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN LA BRONQUIOLITIS AGUDA.**

De La Parte Cancho, María; Piñeiro Pérez, Roi; Guerra Gutiérrez, Félix; Casado Verrier, Esther; Mora Sitjà, Marina; Sanz González, Paloma; Alba Jiménez, María; Muñoz Archidona, Cristina; Figueroa Ospina, Lucía; González Domínguez, Loreto; Galán Arévalo, Sonsoles; Carabaño Aguado, Iván.

*Hospital General de Villalba, Collado-Villalba (Madrid).*

**Introducción y objetivos**

En abril de 2013, la Asociación Española de Pediatría (AEP) inicia el proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, con el objetivo principal de disminuir las intervenciones sanitarias que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. La quinta de las recomendaciones es no realizar de forma rutinaria una radiografía de tórax en la bronquiolitis aguda. El objetivo principal es analizar la adecuación en un servicio de pediatría de un hospital de media complejidad. Objetivos secundarios son implementar medidas de mejora en caso de resultados negativos y examinar si las conductas no apropiadas son debidas a una actitud global del servicio o bien a actuaciones individuales de determinados pediatras.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo de tipo transversal, prospectivo, de ámbito local y unicéntrico. Periodo: 01/01/17-30/06/17. Se incluyen todos los pacientes menores 16 años diagnosticados de bronquiolitis aguda. Se investiga el uso apropiado de la radiografía de tórax. Análisis estadístico mediante SPSS v21.0.

**Resultados**

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 147 episodios de bronquiolitis aguda. Se solicitó radiografía de tórax solo en 6 casos (4%). En 4 se consideró justificado, teniendo en cuenta la gravedad (puntuación  $\geq 8$  en la escala de Wood-Downes-Ferres). En los otros dos se consideró innecesario y, por tanto, uso no apropiado (1,4% sobre el total).

**Conclusiones**

Las recomendaciones actuales de “no hacer” de la AEP están claramente establecidas. Sin embargo, la mayoría de los centros sanitarios no han desarrollado herramientas para medir la adecuación. Se trata de análisis sencillos con soluciones eminentemente prácticas, dirigidas a aumentar, si es necesaria, la formación específica en determinados facultativos. En nuestro caso, los resultados fueron muy satisfactorios, con una adecuación superior al 98,5%. No obstante, se implementaron acciones formativas en el servicio para recordar que el uso de radiaciones ionizantes no es necesario en niños diagnosticados de bronquiolitis leve o moderada. En nuestra experiencia, este es el camino que se debe tomar en nuestro país para conseguir el uso juicioso, racional y apropiado de radiaciones ionizantes en niños diagnosticados de bronquiolitis leves o moderadas.

**P-021 INFECTOLOGÍA APROPIADA VII: NO TRATAR CON ANTIBIÓTICOS NINGUNA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SIN REALIZACIÓN PREVIA DE TEST RÁPIDO DE ESTREPTOCOCO.**

Piñeiro Pérez, Roi; Carabaño Aguado, Iván; Alba Jiménez, María; Figueroa Ospina, Lucía; De La Parte Cancho, María; García Lasheras, Cecilia; Román Pascual, Almudena; Casado Verrier, Esther; Muñoz Archidona, Cristina; Reques Cosme, Resurrección; Castilla Ruíz, Patricia; Sanz González, Paloma.  
*Hospital General de Villalba, Collado-Villalba (Madrid).*

**Introducción y objetivos**

La Medicina Apropriadada trata de disminuir las intervenciones sanitarias que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Numerosas sociedades científicas han sugerido propuestas para su aplicación en pediatría. Por ejemplo: *choosing wisely, do not do, less is more y essential*. Una de estas recomendaciones es no tratar con antibióticos ninguna faringoamigdalitis aguda (FAA) o escarlatina sin realización previa de test de detección rápida (TDR) de antígeno estreptocócico. El objetivo principal es analizar la adecuación en un servicio de pediatría de un hospital de media complejidad. Objetivos secundarios son implementar medidas de mejora en caso de resultados negativos y examinar si las conductas no apropiadas son debidas a una actitud global del servicio o bien a actuaciones individuales de determinados pediatras.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo de tipo transversal, prospectivo, de ámbito local y unicéntrico. Periodo: 01/01/17-30/06/17. Se incluyen todos los pacientes <16 años diagnosticados de FAA o escarlatina. Se investiga la prescripción de antibióticos al alta y la realización previa de TDR. Análisis estadístico mediante SPSS v21.0.

**Resultados**

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 312 episodios de FAA o escarlatina. El TDR fue solicitado en 198 casos (63,5%), según evaluación clínica mediante la puntuación de McIsaac. Se iniciaron antibióticos en 137/312 niños (44%): amoxicilina (48%), penicilina (47%), amoxicilina-clavulánico (4%), azitromicina (1%). En 20/137 niños (14,5%), se iniciaron antibióticos sin estudio microbiológico previo.

**Conclusiones**

Las recomendaciones actuales de “no hacer” de diversas sociedades científicas están bien establecidas. En nuestro caso, la adecuación fue del 85,5%. El responsable del 90% de las conductas o tratamientos inapropiados fue un solo pediatra. Se ideó un curso de formación específico para este facultativo, que finalmente no fue necesario pues decidió abandonar el servicio. Se implementaron medidas formativas al resto de los pediatras para recordar que no se deben iniciar antibióticos en la FAA sin realizar estudio microbiológico previo. En nuestra experiencia, es el camino que se debe tomar en nuestro país lograr un diagnóstico preciso de la FAA estreptocócica, así como un uso juicioso, racional y apropiado de y antibióticos en niños.

**P-022 INFECTOLOGÍA APROPIADA V: NO REALIZAR UROCULTIVOS DE CONTROL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INFECCIÓN URINARIA CON BUENA EVOLUCIÓN CLÍNICA.**

Piñeiro Pérez, Roi; Carabaño Aguado, Iván; De La Parte Cancho, María; Figueroa Ospina, Lucía; Carro Rodríguez, Miguel Ángel; Casado Verrier, Esther; Maiques Magraner, Elena; Sanz González, Paloma; Alba Jiménez, María; García Sánchez, Ana María; Grasa Lozano, Carlos Daniel; Muñoz Archidona, Cristina.

*Hospital General de Villalba, Collado-Villalba (Madrid).*

**Introducción y objetivos**

La Medicina Apropriadada trata de disminuir las intervenciones sanitarias que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Numerosas sociedades científicas han sugerido propuestas para su aplicación en pediatría. Por ejemplo: choosing wisely, do not do, less is more y essential. Una de estas recomendaciones es no realizar urocultivos de control en pacientes diagnosticados de infección urinaria (ITU) con buena evolución clínica. El objetivo principal es analizar la adecuación en un servicio de pediatría de un hospital de media complejidad. Objetivos secundarios son implementar medidas de mejora en caso de resultados negativos y examinar si las conductas no apropiadas son debidas a una actitud global del servicio o bien a actuaciones individuales de determinados pediatras.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo de tipo transversal, prospectivo, de ámbito local y unicéntrico. Periodo: 01/01/17-30/06/17. Se incluyen todos los pacientes menores 16 años diagnosticados de ITU. Se investiga la solicitud y realización de urocultivos de control. Análisis estadístico mediante SPSS v21.0.

**Resultados**

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 61 episodios de ITU. Desde Atención Especializada, no se solicitó ningún urocultivo de control. Desde Atención Primaria, sí se solicitaron en 4 pacientes (6,5%). De ellos, tres fueron estériles y uno fue positivo, con aislamiento de un microorganismo diferente (probable contaminante) y en un paciente asintomático, que finalmente recibió otro ciclo antibiótico.

**Conclusiones**

Las recomendaciones actuales de “no hacer” de diversas sociedades científicas están bien establecidas. Sin embargo, la mayoría de los centros sanitarios no han desarrollado herramientas para medir la adecuación. Sin estos datos, no es posible implementar medidas formativas. Se trata de análisis relativamente sencillos con soluciones eminentemente prácticas, dirigidas a aumentar, si es necesaria, la formación específica en determinados facultativos. En nuestro caso, la adecuación fue del 100% y no fue precisa ninguna modificación en los procedimientos habituales del servicio. Se implementarán reuniones conjuntas específicas con Atención Primaria para desaconsejar la solicitud de urocultivos de control en niños con buena evolución clínica.

**P-023 KAWASHOCK Y SDR. HEMOFAGOCÍTICO: ¿DOS REALIDADES PARALELAS?**

Pareja León, Marta; Buedo, Maria Isabel; Escribano, Lucia María.

*Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.*

**Introducción:** El “Kawasaki Shock Syndrome” (KSS) es una manifestación rara de la enfermedad de Kawasaki (EK) que se caracteriza por hipotensión o signos clínicos de baja perfusión. Por otro lado, el Síndrome de Activación Macrofágica (SAM) supone una complicación grave de la EK, infradiagnosticada muchas ocasiones por no cumplir todos los criterios.

**Caso Clínico:** Niña de 5 años sin antecedentes que acude a urgencias por fiebre de 5 días de evolución (máxima 40°C). En la exploración física encontramos: exantema maculopapular con edemas en miembros, hiperemia conjuntival bilateral, microadenopatías laterocervicales bilaterales y labios hiperémicos. Ante la sospecha de EK se decide ingreso para administración de Inmunoglobulinas i.v (2 dosis) y AAS. Al ingreso se solicita analítica completa destacando trombopenia con 80.000 plaquetas y serologías con IgM positiva para VEB. Las siguiente 24h presenta empeoramiento clínico con marcado dolor abdominal, tendencia a la hipotensión/taquicardia, persistencia de fiebre. Se solicita: ecografía abdominal objetivando líquido periesplénico y en Douglas; radiografía tórax: visualizando infiltrado izquierdo; eco-cardiografía: sin hallazgos; punción lumbar: resultado negativo con PCR múltiple negativa. Se decide iniciar cobertura antibiótica con cefotaxima. Se solicita bioquímica de control destacando a las 24 horas: PCR 229ng/L, Albúmina de 2g/dl, ferritina de 516ng/ml. Ante la mala evolución, con deterioro respiratorio y hemodinámico, se administra tratamiento con bolos de metilprednisolona 30 mg/kg iv, se amplía cobertura antibiótica con clindamicina y se traslada a la UCIP. En la ecocardiografía de control, presenta disfunción diastólica, insuficiencia mitral leve-moderada e hipertensión pulmonar moderada. Se solicita TAC abdomino-pélvico presentando derrame pleural bilateral, líquido libre perihepático, periesplénico y edema periportal. A las 48 horas, la paciente se traslada a planta con buena evolución clínica, quedando afebril.

**Discusión:** El punto de interés de este caso radica en el diagnóstico diferencial ante un paciente con EK que sufre un empeoramiento brusco. Por un lado tenemos el KSS, entidad rara que se caracteriza por una vasculitis sistémica grave y por otro un SAM, pudiendo verse implicado en ambos casos el VEB como desencadenante. Ambas entidades presentan clínica de fallo multiorgánico y criterios diagnóstico superponibles en algunos pacientes.

**P-024 EL PAPEL DE LA INFECCIÓN POR ADENOVIRUS HUMANO EN LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI: ESPECTADOR, IMITADOR O ACTOR PROTAGONISTA. CASO EN PACIENTE DE 1 AÑO**

Vázquez Pérez, Álvaro <sup>1</sup>; Gómez González, Belén <sup>2</sup>; Benavides Nieto, Marta <sup>1</sup>; Sáez Gallego, Blanca <sup>1</sup>; Sevilla Homedes, Cristina <sup>3</sup>; Aracil Santos, Francisco J. <sup>1</sup>; Baquero Artigao, Fernando <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>2</sup> Hospital de Cabueñes, Gijón; <sup>3</sup> Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

**Introducción:**

La infección por Adenovirus humano (ADVH) puede mimetizar la Enfermedad de Kawasaki (EK) pero también puede presentarse en pacientes con EK, lo que puede suponer un factor de confusión importante, y un reto en el diagnóstico diferencial. Estudios recientes muestran que hasta en un 8,8% de los niños tratados por EK se detectan virus respiratorio. Sin embargo hay pocos datos disponibles sobre la frecuencia, carga viral y tipos de ADVH en pacientes con EK.

**Caso Clínico:**

Paciente de un año sin antecedentes patológicos de interés que acude a urgencias por fiebre de 6 días de evolución, de hasta 39°C, habiendo sido diagnosticado 48 horas antes de faringitis vírica. Presenta exantema generalizado, de 24 horas de evolución. Un vómito aislado. En la exploración física en urgencias destaca exantema papulo-eritematoso en tronco y extremidades, lengua aframbuesada, labios fisurados, enrojecimiento palmoplantar, adenopatía submandibular izquierda de 3,5 x 1,5 cm e hiperemia conjuntival bilateral. Se realiza analítica con 18000 leucocitos (52%N; 40%L) PCR:113mg/L; VSG: 99 mm/h. Hipoalbuminemia e hiponatremia. ECG y RX tórax normales. Estreptotest negativo y orina normal. Ante el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki completa ingresa e inicia tratamiento con gammaglobulina iv y AAS. Ecocardiograma muestra ectasia de TCI con resto de anatomía coronaria normal, por lo que se añade al tratamiento metilprednisolona iv. La evolución es favorable, con desaparición progresiva de las lesiones en piel y mucosas y mejoría analítica. En el cultivo faríngeo se identifica PCR Adenovirus positivo (9.8 e3 copias). Se considera que el hallazgo no invalida el diagnóstico de EK. Es dado de alta con tratamiento ambulatorio y seguimiento en consulta. Al alta control ecográfico con estabilización de la ectasia en TCI.

**Discusión:**

En la EK, cada vez se está demostrando cada vez con más frecuencia mediante técnicas moleculares el adenovirus humano. Esto podría representar la persistencia de ADVH, que podría actuar como colonizador prolongado, tratarse de una infección intercurrente o actuar como desencadenante para la EK. En todo caso, el papel de éste virus y la relación entre ambas entidades debe seguir siendo un objeto de estudio más amplio ante la frecuente y creciente asociación clínica.

**P-025 INFECTOLOGÍA APROPIADA VI: NO TRATAR CON ANTIBIÓTICOS NINGUNA INFECCIÓN URINARIA SIN RECOGIDA PREVIA DE UROCULTIVO.**

Piñeiro Pérez, Roi; Carabaño Aguado, Iván; Muñoz Archidona, Cristina; De La Parte Cancho, María; Román Pascual, Almudena; Mora Sitjà, Marina; Casado Verrier, Esther; Reques Cosme, Resurrección; Sanz González, Paloma; Porto Abal, Raquel; Villalba Castaño, Clara; Alba Jiménez, María.

*Hospital General de Villalba, Collado-Villalba (Madrid).*

**Introducción y objetivos**

La Medicina Apropriadada trata de disminuir las intervenciones sanitarias que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Numerosas sociedades científicas han sugerido propuestas para su aplicación en pediatría. Por ejemplo: *choosing wisely, do not do, less is more y essential*. Una de estas recomendaciones es no tratar con antibióticos ninguna infección urinaria (ITU) sin recogida previa de urocultivo. El objetivo principal es analizar la adecuación en un servicio de pediatría de un hospital de media complejidad. Objetivos secundarios son implementar medidas de mejora en caso de resultados negativos y examinar si las conductas no apropiadas son debidas a una actitud global del servicio o bien a actuaciones individuales de determinados pediatras.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo de tipo transversal, prospectivo, de ámbito local y unicéntrico. Periodo: 01/01/17-30/06/17. Se incluyen todos los pacientes menores 16 años diagnosticados de ITU en urgencias pediátricas. Se investiga la realización previa de urocultivo. Análisis estadístico mediante SPSS v21.0.

**Resultados**

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 61 episodios de ITU. En 3 casos (5%) el diagnóstico solo se basó en la clínica y los resultados del sistemático de orina y/o sedimento, sin solicitar urocultivo. En el resto de los casos se solicitó urocultivo mediante técnica estéril (sondaje vesical) o micción media, en función del control del esfínter urinario.

**Conclusiones**

Las recomendaciones actuales de “no hacer” de diversas sociedades científicas están bien establecidas. Sin embargo, la mayoría de los centros sanitarios no han desarrollado herramientas para medir la adecuación. Sin estos datos, no es posible implementar medidas formativas. Se trata de análisis relativamente sencillos con soluciones eminentemente prácticas, dirigidas a aumentar, si es necesaria, la formación específica en determinados facultativos. En nuestro caso, la adecuación fue del 95%. Se implementaron medidas formativas en el servicio para recordar que el diagnóstico definitivo de ITU precisa la confirmación microbiológica mediante urocultivo. En nuestra experiencia, es el camino que se debe tomar en nuestro país para que el diagnóstico de ITU sea preciso, con un uso juicioso, racional y apropiado de pruebas complementarias y antibióticos en niños.

**P-026 MENINGITIS NEONATALES Y ALTERACIÓN DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO EN FUNCIÓN DE SU ETIOLOGÍA.**

Marcilla Vázquez, Carlos; Buedo Rubio, María Isabel; Alfaro Ponce, Blanca ; Baquero Cano, María; Gil Pons, Esther; Delgado García, Ana Belén; Correas Sánchez, Ana María; Medina Monzón, Carmen ; Pareja León, Marta; Cepillo Boluda, Javier; Ramos Domenech, Cristobal; Dabad Moreno, María Jesús; Sánchez Tierraseca, Melody; Fernández Escobar, Verónica; Arroyo Herrera, Carolina; Buendía López, Susana; Soria Moya, Ana Beatriz.

*Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.*

**Introducción y objetivos:** La meningitis es una enfermedad infecciosa grave que suele precisar ingreso hospitalario y tratamiento antibiótico intravenoso (incluso en el caso de las meningitis víricas hasta descartar la etiología bacteriana). Afortunadamente, es relativamente infrecuente en Pediatría. El objetivo es describir las características clínicas y los hallazgos de laboratorio de los neonatos diagnosticados de meningitis.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de historias clínicas de neonatos (menos de 28 días) ingresados en Neonatología con el diagnóstico de meningitis entre mayo de 2014 y diciembre de 2017.

**Resultados:** Se registraron 25 casos de meningitis, suponiendo un 8% de los neonatos que ingresan por síndrome febril (19 víricas y 6 bacterianas). Dentro de las víricas el principal agente etiológico fue el Enterovirus (16 casos) y entre las bacterianas E.coli (2 casos). La media de edad de 17,48 días (rango 2-28 días). 5 niños presentaban prematuridad como factor de riesgo, 3 de ellos desarrollaron meningitis bacteriana. Todos cursaron con fiebre (100%), siendo otros síntomas destacados la irritabilidad (84%) y el rechazo de la ingesta (68%), sin encontrar diferencias según la etiología.

Entre las meningitis bacteriana, 5 cursaron con pleocitosis en LCR (83%), 3 con hiperproteinorraquia (50%) y todas ellas con hipogluorraquia (100%). Las víricas tuvieron menor alteración del LCR: 3 presentaron aumento de celularidad (16.6%), 2 hiperproteinorraquia (11.1%) y ninguno hipogluorraquia.

Inicialmente todos recibieron tratamiento antibiótico, en las bacterianas con una duración media de 24.6 días, mientras que en las víricas durante 3.7 días (hasta resultado negativo de hemocultivos). El 100% de los neonatos con meningitis bacteriana tuvo secuelas a largo plazo, siendo las más frecuentes hidrocefalia y convulsiones. Sólo uno de los afectados de meningitis vírica presentó secuelas (sordera neurosensorial). La mortalidad fue del 4%, un caso de meningitis bacteriana por *Streptococcus agalactiae*.

**Conclusiones:** Las meningitis presentan su pico de incidencia durante el periodo neonatal, con una incidencia muy superior a la existente en cualquier otro momento de la vida. Además, debido a la inmadurez del sistema inmune y la mayor rapidez en consultar ante un neonato con fiebre, no suele aparecer pleocitosis, salvo importante afectación meníngea como ocurre en las meningitis bacterianas.

#### **P-027 MALARIA IMPORTADA EN NIÑOS EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA**

Ibáñez Alcalde, María De Las Mercedes<sup>1</sup>; Angulo González De Lara, Raquel<sup>1</sup>; Martínez Campos, Leticia<sup>2</sup>; Sánchez Forte, Miguel<sup>3</sup>; Vargas Pérez, Manuel<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital de Poniente, El Ejido; <sup>2</sup>Hospital la Inmaculada del Servicio Andaluz de Salud, Huerca Overa; <sup>3</sup>Hospital Torrecárdenas, Almería.

**Introducción y objetivos.** La malaria es una parasitosis potencialmente grave que afecta en nuestro país a niños inmigrantes y viajeros. Nuestro objetivo es describir sus características en nuestro medio y analizar los factores relacionados con su severidad.

**Métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico de los menores de 14 años diagnosticados de malaria en los tres hospitales de la provincia de Almería, entre los años 2009-2017.

**Resultados.** Se detectaron 14 casos, con una mediana de edad de 7,5 años (RIQ 5,5-12,0). El área de adquisición de la enfermedad fue África subsahariana en 13, y en uno Pakistán. El 42,9% eran viajeros VFR, los cuales habían permanecido una mediana de 60,0 días en los países destino (RIQ 52,5-240,0). Ninguno había realizado una profilaxis antimalárica adecuada. El 57,1% restante eran recién llegados de áreas endémicas. El 85,7% consultaron por fiebre, con una mediana de duración de 5,0 días (RIQ 2,0-7,0). Otros síntomas fueron vómitos 71,4%, decaimiento 42,9%, diarrea 35,7%, artromialgias 21,4%, cefalea 14,3% y afectación del SNC 7,1%. Un 28,6% presentaba esplenomegalia.

*Plasmodium falciparum* fue la especie más frecuentemente identificada (92,9%), y un caso fue *P.vivax*. La parasitemia osciló entre 0,1% y 45%, con una mediana de 1,25% (RIQ 1,5%-18,5%), y fue mayor en los VFR (p 0,027).

El 92,9% de los casos presentaba anemia, un 78,6% plaquetopenia y un 57,1% leucopenia. La frecuencia de hipertransaminasemia e hiperbilirrubinemia fue 35,7% y 42,9% respectivamente. Se detectaron glucemias <60 mg/dl en el 21,4%. El ascenso de PCR fue muy frecuente, con una media de 8,4 mg/dl (DT 6,3 mg/dl). La plaquetopenia y la hiperbilirrubinemia fueron más frecuentes en los primeros episodios (p 0,027 y p 0,048 respectivamente).

Un 42,9% se consideraron malarías complicadas, y recibieron tratamiento parenteral. El 50%, anteriores a 2011, quinina y doxiciclina/clindamicina, y el 50%, artesunato.

La malaria complicada fue más frecuente en los VFR (83,3% vs 12,5%, p 0,08). No hubo casos mortales.

**Conclusiones.** La malaria en Almería se detecta fundamentalmente en VFR y recién llegados de países endémicos. Un porcentaje no desdeñable pueden presentarse sin fiebre. Hay una alta tasa de malarías complicadas, con los VFR como grupo de especial riesgo.

#### **P-028 ESQUISTOSOMIASIS. HELMINTIASIS SISTÉMICA POTENCIALMENTE GRAVE EN NIÑOS**

Reguera Bernardino, Juncal<sup>1</sup>; Perez Muñoz, Sara<sup>2</sup>; Bustamante Amador, Jorge<sup>2</sup>; Sainz Costa, Talía<sup>3</sup>; Montero Vega, Dolores<sup>2</sup>; García Bujalance, Silvia<sup>2</sup>; Sáez Gallego, Blanca<sup>2</sup>; Nafría Prada, Carmen Victoria<sup>4</sup>; Domínguez Castells, Ana<sup>5</sup>; Vinuesa Jaca, Ana<sup>6</sup>; García López Hortelano, Milagros<sup>2</sup>; Mellado Peña, Maria Jose<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Centro de Salud de Astorga, Astorga; <sup>2</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>3</sup> Hospital Universitario La Paz, ma+; <sup>4</sup> Centro de salud Embajadores, Madrid; <sup>5</sup> Centro de Salud, Sevilla; <sup>6</sup> Hospital de Cruces, Barakaldo.

#### **Introducción y objetivos:**

La Esquistosomiasis es una helmintiasis sistémica prevalente en áreas tropicales/subtropicales con saneamiento inadecuado que puede condicionar secuelas o complicaciones a largo plazo. Se recomienda cribado en pacientes con antecedentes epidemiológicos y clínica compatible. El diagnóstico microbiológico es difícil, siendo el gold estándar la visión directa del parásito en heces u orina pero diagnosticado habitualmente mediante serología, con imposibilidad de distinguir infección pasada de activa. Objetivo: describir una serie de niños con esquistosomiasis.

#### **Métodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo de menores de 18 años diagnosticados de esquistosomiasis entre enero 2014-diciembre 2016 en una consulta de enfermedades tropicales pediátricas de un Hospital de tercer nivel. Analizamos: epidemiología, clínica, analítica, tratamiento y efectos adversos y evolución.

#### **Resultados:**

Incluimos 25 casos (22 varones); edad media: 12 años; 13 asiáticos (predominando Blangladesh) y 12 africanos (predominando Mali), 13/25 refugiados y 12/25 adoptados. El 40% refería antecedente de baño en agua dulce, 50% estaba asintomático, 6/25 síndrome digestivo (4/6 dolor abdominal, 2/6 hematoquecia), 5/25 síndrome cutáneo y 2/25 síndrome urinario (hematuria macroscópica). Exploración física normal. Presentaban eosinofilia 36%: 6/9 leve y 3/9 moderada. En un caso se identificaron huevos de esquistosoma en orina. Se realizó ecografía abdominal en 6 niños, objetivándose alteración en 2: lesiones calcificadas y engrosamiento de pared colónica. Evidenciamos 23 coinfecciones: 4 toxocariasis, 3 estromiloidiasis, 4 hepatitis B y 9 infección tuberculosa. Se administró praziquantel en 24/25: 83,3% 1 ciclo, 12,5% 2 ciclos y en un caso 4 ciclos. Efectos adversos 3/24: dificultad respiratoria, fiebre y diarrea. En seguimiento normalizaron la eosinofilia 6/9, descendieron el título serológico 5/25, negativizaron 5/25 y 5/25 se mantuvieron sin cambios. Pérdida del seguimiento en 10 pacientes.

#### **Conclusiones**

Es imprescindible el despistaje de esquistosomiasis en pacientes provenientes de áreas endémicas, ya que el 50% pueden cursar de forma asintomática y es una parasitación potencialmente grave. Las coinfecciones son muy frecuentes. La serología es el método con mayor rentabilidad diagnóstica, aunque con frecuencia permanece positiva durante años pese a tratamiento adecuado, por lo que tiene escasa utilidad para el seguimiento. El antecedente del baño en agua dulce no siempre está documentado

**P-029 LEPROA TUBERCULOIDE, TAMBIÉN PRESENTE EN NUESTRO MEDIO.**

Berzosa Sánchez, Arantxa; Guillén Martín, Sara; Soto Sanchez, Beatriz ; Cacho Calvo, Juana Begoña; Duarte Luna, Joanny Alejandra ; Prieto Tato, Luis M.; Alcaraz Romero, Andrés J..

*Hospital Universitario de Getafe, Getafe.*

La enfermedad causada por *Mycobacterium Leprae* es un ejemplo de “enfermedad olvidada” y, aunque es una enfermedad crónica con incidencia y prevalencia muy baja en nuestro medio, aún se siguen viendo casos nuevos, incluso en pediatría.

**Caso Clínico:**

Presentamos una niña derivada a consultas tras ser su padre diagnosticado de lepra. El padre, de origen brasileño, estaba en estudio por lesiones cutáneas infiltradas, no eritematosas, ni pruriginosas ni dolorosas, que se asociaban a múltiples lesiones maculares eritropigmentarias en tronco y miembros, y anestesia en región distal de miembro inferior izquierdo. Tras biopsia cutánea que presenta infiltrado histiocitario dérmico con bacilos ácido alcohol resistente compatible con leproma, el padre es diagnosticado de lepra lepromatosa. Nuestra paciente tiene 3 años, nacida en España y sin antecedentes de interés. Presenta una lesión de 5 cm en antebrazo con morfología anular con borde más eritematoso y sobreelevado y un centro hipopigmentado, de 1 año de evolución, sin respuesta a corticoides tópicos.

La anatomía-patológica de la biopsia cutánea confirma la presencia de inflamación crónica y granulomatosa nodular, con presencia de células gigantes y corona linfocitaria perivascular, perianexial y perineuronal. Se tiñe con la técnica de Fite-Faraco, sin observar bacilos. Se realiza PCR de *Mycobacterium leprae* que es positiva y Genotype *leprae*-DR negativa. Se realiza baciloscopia en exudado nasal que es negativa.

Se trata de una lepra paucibacilar o tuberculoide, una de las formas más frecuentes en la infancia. Se inicia tratamiento con rifampicina y dapsona durante 6 meses con evolución favorable.

**Discusión:**

La lepra en niños es indicador epidemiológico de focos activos en adultos y reciente transmisión.

En el diagnóstico microbiológico es clave la biopsia cutánea. Las técnicas de amplificación genómica (PCR) para la detección de *M. leprae* han supuesto un importante avance, pudiendo analizar incluso la resistencia a rifampicina, quinolonas y dapsona.

El tratamiento se basa en doble terapia (rifampicina y dapsona) 6 meses, añadiendo en las multibacilares clofazimina y prolongando el tratamiento 12 meses.

Es importante estudiar a los contactos que conviven con pacientes con lepra, ya que es una enfermedad curable, si se realiza el tratamiento adecuado y se previene la transmisión a otras personas.

**P-030 LEISHMANIASIS VISCERAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FIEBRE, ESPLENOMEGALIA Y BICITOPENIA EN EL LACTANTE.**

Gómez Chávez, Irene<sup>1</sup>; Terol Barrero, Pedro<sup>1</sup>; Muñoz Vilches, María José<sup>2</sup>; Olbrich, Peter<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario Virgen Macarena: Servicio de Pediatría, Sevilla; <sup>2</sup> Hospital Universitario Virgen Macarena: Servicio de Pediatría, Sevilla; <sup>3</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción.**

La leishmaniasis visceral (LV), producida por *Leishmania infantum*, se considera hoy en día una zoonosis endémica en España. La LV puede producir una enfermedad grave e incluso mortal sin el adecuado diagnóstico y tratamiento, por lo que debe estar presente en el diagnóstico diferencial de cuadros febriles con citopenias y visceromegalias en niños de nuestro medio.

**Caso Clínico.**

Lactante de cinco meses y medio que consulta por síndrome febril de cinco días de evolución y antecedentes de episodios febriles autolimitados en las tres semanas previas. Asocia en ese momento leves síntomas catarrales, ánimo decaído y rechazo de las tomas. Contacto con perros y picaduras de mosquito en los 2 meses previos. A la exploración, destaca esplenomegalia de 8 cm que se confirma por ecografía. En análisis de sangre se objetiva anemia normocítica normocrómica y plaquetopenia con serie blanca conservada. Serología IgG positiva y PCR en sangre confirman la infección por *Leishmania*. Recibe tratamiento con anfotericina B liposomal i.v. durante 5 días más una dosis el 10º día, con evolución clínica y analítica favorable. En los controles en consultas externas se objetiva de nuevo esplenomegalia y alteraciones analíticas sugerentes de una reactivación / síndrome hemofagocítico secundario (no cumplía todos los criterios), se trató con un nuevo ciclo de anfotericina B liposomal, sin precisar tratamiento adicional, con evolución clínica favorable y sin recidiva posterior.

**Discusión.**

La existencia de métodos diagnósticos de alto rendimiento y un tratamiento farmacológico eficaz, permiten mejorar el pronóstico de una enfermedad potencialmente grave. En nuestro medio se debe incluir en el diagnóstico diferencial a aquellos pacientes con procesos febriles asociados a citopenias y visceromegalias. El desarrollo de un síndrome hemofagocítico secundario ha sido descrito como potencial complicación de la LV. Su correcto diagnóstico se complica al compartir numerosas manifestaciones clínicas con una LV en fase aguda o refractaria. En pacientes estables se recomienda reiniciar el tratamiento antiinfeccioso mientras pacientes con afectación importante del estado general pueden precisar un tratamiento inmunomodular adyuvante.

**P-031 A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE MALARIA GRAVE EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA**

Malumbres Chacón , María ; Urretavizcaya Martínez, María ; Abárzuza Armendáriz, Jorge ; Moreno González, Paula ; Sánchez Martínez, Idoia ; Villarreal Calvo , María ; Nogueira López, Javier ; Herranz Aguirre , Mercedes; Rives Ferreiro , Maria Teresa ; Ruiz Goikoetxea , Maria Teresa.

*Hospital de Navarra, Pamplona.*

**Introducción**

La malaria es una enfermedad emergente en los países desarrollados que puede ser grave. Se ha objetivado un incremento de su incidencia en Navarra en los últimos años, lo que aumenta la probabilidad de enfrentarse a más casos de malaria con disfunción orgánica. A continuación se exponen dos casos de malaria grave tratados en nuestro hospital.

**Caso Clínico**

Varón de 2 años nacido y residente en España, con familia originaria de Nigeria dónde ha realizado una estancia hasta hace 15 días, que consultó por fiebre alta y vómitos de 7 días de evolución. Se objetivó trombopenia severa y parasitemia de 3 % de Plasmodium falciparum en la gota gruesa. Se inició atovacuona-proguanilo, a las pocas horas presentó un empeoramiento del estado general con pico febril y aumento de parasitemia del 10% por lo que ingresó unidad de cuidados intensivos (UCI). Desarrolló fallo hemodinámico resistente a dopamina, elevación de las enzimas hepáticas y alteración del nivel de conciencia. Se modificó el tratamiento por artesunato iv presentando una evolución favorable con resolución total del cuadro. No se objetivaron parásitos en el último control y se sustituyó el tratamiento endovenoso por dihidroartemisina/piperaquina oral.

Varón de 3 años residente en España con familia de origen nigeriano, estancia en Nigeria dos semanas antes, que consultó por fiebre alta, vómitos y afectación del estado general de 3 días de evolución. Presentó Ag positivo a Plasmodium falciparum iniciándose malarone oral. Precisó ingreso en UCI por anemia grave, síndrome nefrótico y parasitemia del 10% modificándose tratamiento por artesunato iv. Presentó una buena evolución, se completó tratamiento vía oral y fue dado de alta sin secuelas.

**Discusión**

La malaria es una enfermedad potencialmente letal, pudiendo producir complicaciones severas y precisando ingreso en UCI.

La corta edad del paciente y la residencia en nuestro país, tratándose de “niños viajeros” hace más probable el desarrollo de complicaciones.

La superioridad del artesunato en términos de supervivencia en el tratamiento del paludismo grave por Plasmodium frente a la quinina ha sido demostrada, por lo que se ha convertido en el fármaco de primera elección de tratamiento en estos pacientes.

### **P-032 A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE MALARIA GRAVE EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA**

Malumbres Chacón , María ; Urretavizcaya Martínez, María ; Abarzuza Armendáriz, Jorge; Moreno González, Paula ; Sánchez Martínez, Idoia; Villarreal Calvo , María ; Nogueira López , Javier; Herranz Aguirre, Mercedes; Rives Ferreiro , Maria Teresa ; Ruiz Goikoetxea, Maria Teresa .

*Hospital de Navarra, Pamplona.*

#### **Introducción**

La malaria es una enfermedad emergente en los países desarrollados que puede ser grave. Se ha objetivado un incremento de su incidencia en Navarra en los últimos años, lo que aumenta la probabilidad de enfrentarse a más casos de malaria con disfunción orgánica. A continuación se exponen dos casos de malaria grave tratados en nuestro hospital.

#### **Caso Clínico**

Varón de 2 años nacido y residente en España, con familia originaria de Nigeria dónde ha realizado una estancia hasta hace 15 días, que consultó por fiebre alta y vómitos de 7 días de evolución. Se objetivó trombopenia severa y parasitemia de 3 % de Plasmodium falciparum en la gota gruesa. Se inició atovacuona-proguanilo, a las pocas horas presentó un empeoramiento del estado general con pico febril y aumento de parasitemia del 10% por lo que ingresó unidad de cuidados intensivos (UCI). Desarrolló fallo hemodinámico resistente a dopamina, elevación de las enzimas hepáticas y alteración del nivel de conciencia. Se modificó el tratamiento por artesunato iv presentando una evolución favorable con resolución total del cuadro. No se objetivaron parásitos en el último control y se sustituyó el tratamiento endovenoso por dihidroartemisina/piperaquina oral.

Varón de 3 años residente en España con familia de origen nigeriano, estancia en Nigeria dos semanas antes, que consultó por fiebre alta, vómitos y afectación del estado general de 3 días de evolución. Presentó Ag positivo a Plasmodium falciparum iniciándose malarone oral. Precisó ingreso en UCI por anemia grave, síndrome nefrótico y parasitemia del 10% modificándose tratamiento por artesunato iv. Presentó una buena evolución, se completó tratamiento vía oral y fue dado de alta sin secuelas.

#### **Discusión**

La malaria es una enfermedad potencialmente letal, pudiendo producir complicaciones severas precisando ingreso en UCI.

La corta edad del paciente y la residencia en nuestro país, tratándose de “niños viajeros” hace más probable el desarrollo de complicaciones.

La superioridad del artesunato en términos de supervivencia en el tratamiento del paludismo grave por Plasmodium frente a la quinina ha sido demostrada, por lo que se ha convertido en el fármaco de primera elección de tratamiento en estos pacientes.

**P-033 SEGUIMIENTO DE LOS HIJOS DE GESTANTE CON INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA DURANTE EL EMBARAZO: SITUACIÓN DOS AÑOS DESPUES DE LA ALERTA MUNDIAL.**

Pérez Muñoz, Sara; Aguilera Alonso, David; Lopez Medina, Eva María; Baquero Artigao, Fernando; Sainz Costa, Talía; Cabrera Lafuente, Marta ; Montero Vega, Dolores; Villota Arrieta, Julian; Mellado Peña, María José; García López-Hortelano, Milagros.

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Introducción Y Objetivos**

La infección por virus Zika (IVZ) constituye un importante problema de salud pública debido a su fuerte asociación con alteraciones neurológicas, especialmente en hijos de madre con IVZ durante el embarazo, obligando a realizar protocolos para su estrecha vigilancia.

Objetivo: analizar las características y evolución de los hijos de madre con IVZ durante el embarazo en una unidad de referencia de patología tropical pediátrica tras dos años de seguimiento.

**Métodos**

Estudio descripto retrospectivo de hijos de madre con IVZ confirmada o probable durante el embarazo entre enero 2016 y diciembre 2017. Se analizan datos epidemiológicos, obstétricos, clínicos y analíticos y seguimiento de los mismos.

**Resultados**

Se incluyen 16 recién nacidos a término, todas las madres procedentes de zonas endémicas. 9/16 gestantes presentaron síntomas de IVZ durante el embarazo, edad gestacional media de diagnóstico 18 semanas (rango 8 - 34). 1/16 presentó IgM anti-Zika positiva y 100% fue positiva IgG, 8/16 presentó Ac. Neutralizantes positivos y 8/16 indeterminados. Durante la gestación, la PCR en sangre fue positiva en 2/8 y en orina en 1/11. Ecografías prenatales alteradas en 2/17 casos. Los recién nacidos fueron evaluados al nacimiento, al mes, a los 3, 6 y 9 meses de vida con exploración física incluyendo antropometría, desarrollo psicomotor, fondo de ojo y estudio auditivo normal. La ecografía trasfontanelar al nacimiento mostró vasculopatía lenticuloestriada en uno y ecogenicidad periventricular leve en dos. Todos presentaban IgG positiva con IgM negativa. Se realizó PCR en orina y sangre negativas en 15/15 y en 2/2 en LCR. Seronegativizaron 5/17 al mes, 4/17 a los 3 meses y 1/17 a los 6 meses encontrándose en seguimiento el resto.

**Conclusiones**

En nuestra serie, no hemos detectado ningún caso de transmisión vertical por virus Zika en los hijos de mujeres infectadas durante la gestación. Encontramos que la mitad de los niños negativizan la serología frente al virus Zika entre primer y tercer mes. Recomendamos, al igual que sugieren las autoridades sanitarias, mantener controles clínicos estrechos pero reducir el número de pruebas completarias, siempre según evolución clínica y resultados previos.

#### **P-034 ESTRONGILOIDIASIS CRÓNICA EN PACIENTE TRASPLANTADO**

Benavides-Nieto, Marta; Sáinz Costa, Talía; Vázquez Pérez, Álvaro; Pérez Muñoz, Sara; Bustamante, Jorge; García López-Hortelano, Milagros; Villota Arrieta, Julián; Mellado Peña, María José.

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

##### **Introducción:**

La estrongiloidiasis es una infección parasitaria causada por un nematodo, endémica en países tropicales y subtropicales. Recientemente se han descrito casos autóctonos en el Levante español. Puede cursar de forma asintomática, o provocar afectación cutánea, gastrointestinal o pulmonar, y los sujetos inmunodeprimidos tienen riesgo de hiperinfestación y enfermedad diseminada grave. En la actualidad no se incluye en el cribado sistemático de pacientes que van a iniciar inmunosupresión y no existen pautas de tratamiento ni profilaxis en sujetos de alto riesgo.

##### **Caso Clínico:**

Niño de 7 años con déficit complejo IV de la cadena mitocondrial con trasplante multivisceral y esplenectomizado a los 3 años, en tratamiento con Tacrolimus y Metilprednisolona. Desde los 4 años presenta cuadro urticarial recurrente, sin sospecha de EICH, con esinofilia  $2490/\text{mm}^3$  e IgE  $3200\text{mg/dL}$ . Serología para *Strongyloides stercoralis* positiva. El paciente, de origen español y residente en Madrid, veranea en Levante. Con el diagnóstico de Estrongiloidiasis se inicia tratamiento con Ivermectina con mejoría clínica, descenso inicial de eosinofilia ( $1190/\text{mm}^3$ ) y de título de serología. Reactivación posterior (Eosinofilia  $2000/\text{mm}^3$ , IgE  $>5000\text{mg/dl}$ , serología en aumento) iniciándose nuevo ciclo de tratamiento que no completa por interacción medicamentosa en contexto de tratamiento por Síndrome linfoproliferativo VEB. A los 14 meses del primer ciclo se administra tratamiento combinado con Ivermectina-Albendazol durante 10 días y 4 meses después nuevo ciclo de tratamiento combinado con el que presenta reacción de sensibilidad tardía a Albendazol. Ante persistencia de las alteraciones clínicas y analíticas, a los 2 meses recibe Ivermectina 7 días. Se realiza desensibilización frente a Albendazol y recibe nuevo ciclo Albendazol-Ivermectina, negativizando serología y con eosinofilia en descenso. Posteriormente se ha mantenido con Ivermectina mensual profiláctica dada la persistencia de eosinofilia ( $2300/\text{mm}^3$ -23%) e IgE  $800\text{mg/dl}$ , a pesar de serología negativa.

##### **Discusión:**

- El despistaje sistemático de Estrongiloidiasis debería incluirse en programas de cribado pre-tratamiento inmunosupresor en nuestro medio, dada la potencial gravedad del cuadro y las dificultades en su tratamiento.
- Es necesario definir el manejo de patología parasitaria en el paciente inmunosuprimido dada la escasez de alternativas terapéuticas y la falta de evidencia.

**P-035 LOA LOA: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Breton Martinez, Jose Rafael; Garcia Robles, Ana Alejandra; Alemany, Marta; Blanca Ruiz, Ahmed Nuh; Gomez Delgado, Andrea; Villalba Perez, Maria Desamparados; Castaño Aroca, Maria Jesus; Peman, Javier; Molina, Jose Miguel; Gomez, Maria Dolores; Lopez Hontangas, Jose Luis; Oltra Benavent, Manuel; Poveda Andres, Jose Luis; Monteagudo Montesinos, Emilio.

*Hospital Universitario Y Politecnico La Fe, Valencia.*

**Introducción Y Objetivos:** Los niños residentes en España que se desplazan a los países de origen de sus padres para visitar familiares y amigos (VFRs), están expuestos a adquirir enfermedades parasitarias tropicales. Presentamos un caso de loiasis diagnosticado en nuestro hospital.

**Caso Clínico:** Niña de 9 años nacida en España, había viajado a Guinea en 4 ocasiones, la última vez en verano de 2015. Fue valorada en Urgencias por dolor ocular y la presencia de un gusano en la superficie del ojo que desapareció en pocos minutos.

No refería clínica compatible con edemas de Calabar. En el estudio analítico destacaba una eosinofilia de 1180/mm<sup>3</sup> (14%) con IgE 78 kUA/L. El frotis de sangre periférica mostró la presencia de microfilarias en una concentración estimada de 2000/mm<sup>3</sup>. A la exploración no habían alteraciones cutáneas sugestivas de oncocercosis y la exploración del fondo de ojo por Oftalmología tampoco sugería queratitis puntiforme ni uveítis por oncocercosis.

Con el diagnóstico de Loa-Loa se inició tratamiento con albendazol a dosis de 200 mg cada 12 h durante 21 días al objeto de intentar eliminar los gusanos adultos y reducir la carga de microfilarias. La determinación de microfilaremia a las 3 semanas de finalizar el tratamiento con albendazol fue negativa. Un mes después fue positiva con una cuantificación de 450 microfilarias/mm<sup>3</sup>, con lo que se inició un nuevo ciclo de albendazol durante 3 semanas. La determinación 3 semanas después de finalizar este ciclo constató la presencia de una carga de microfilarias de 500/mm<sup>3</sup> en sangre. Se decidió ingreso para tratamiento con dietilcarbamazina que se administró a dosis crecientes con corticoterapia. El tratamiento fue bien tolerado sin efectos secundarios. Los controles de microfilaremia en sangre en los 9 meses siguientes a la finalización del tratamiento han persistido negativos.

**Discusión:** El tratamiento con dietilcarbamazina elimina microfilarias y gusanos adultos. La muerte masiva de microfilarias en sangre en pacientes con elevadas cargas parasitarias puede producir la obstrucción de la microcirculación con una encefalopatía de mal pronóstico. La indicación de tratamiento debe valorarse cuidadosamente en pacientes sintomáticos y administrarse a dosis crecientes. El tratamiento previo con albendazol disminuye este riesgo.

**P-036 ENFERMEDAD DE CHAGAS, UNA ENFERMEDAD EMERGENTE: ANÁLISIS DE TRANSMISIÓN VERTICAL EN MADRES SEROPOSITIVAS**

Sánchez Martínez, Idoia; Nogueira López, Javier; Urretavizcaya Martínez, María; Abarzuza Armendariz, Jorge Guillermo; Malumbres Chacón, María; Villarreal Calvo, María; Moreno González, Paula; Peñafiel Freire, Diego; Martínez Ortiz, Alba; Polo Vigas, Isabel; Martínez, Ana; Herranz Aguirre, Mercedes.

*Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.*

**Introducción:**

La enfermedad de Chagas, causada por *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), es endémica en Latinoamérica. En España se considera una enfermedad emergente, debido al incremento de la población inmigrante. Se recomienda cribado selectivo en el embarazo para diagnosticar y tratar de forma precoz al recién nacido infectado.

**Objetivo:**

Estudiar la prevalencia de enfermedad de Chagas crónica en gestantes latinoamericanas, así como el número de casos de transmisión vertical en un hospital terciario entre los años 2011 y 2016.

**Pacientes y métodos:**

Estudio observacional y retrospectivo. Se revisa mediante historia clínica informatizada las gestantes latinoamericanas a las que se realiza cribado de enfermedad de Chagas mediante serología en un hospital terciario en el periodo desde julio del 2011 hasta diciembre del 2016.

Se consideran infectados los niños con PCR en plasma para *T.Cruzi* positiva y no infectados los niños con PCR negativa y/o negativización de anticuerpos.

**Resultados:**

Entre julio de 2011 y diciembre de 2016 se realizó cribado de enfermedad de Chagas a 715 gestantes latinoamericanas. La serología de Chagas fue positiva en 38 de ellas (prevalencia = 5,36%). 85% de las gestantes con serología positiva proceden de Bolivia.

Se completa el seguimiento en 31 de los 38 hijos de madre con serología de Chagas positiva (7 pacientes perdidos). Se diagnóstica infección en 2 de los 31 pacientes (transmisión vertical: 6,4%). Uno de ellos padeció una forma asintomática, mientras que el otro desarrolló enfermedad de Chagas sintomática en período neonatal consistente en anemia, trombopenia, ictericia y hepatoesplenomegalia. Ambos fueron tratados con benznidazol, con negativización de la PCR de tripanosoma en una semana. La tolerancia al tratamiento fue buena y presentaron una curación sin secuelas.

**Conclusiones:**

El cribado de enfermedad de Chagas en gestantes procedentes de áreas endémicas es fundamental para poder realizar diagnóstico y tratamiento precoz en los recién nacidos infectados por vía vertical. Son necesarios más estudios para conocer la tasa de transmisión de esta enfermedad en pacientes infectadas que viven en áreas no endémicas. En comparación con otras series, la transmisión vertical en nuestro medio parece ser discretamente elevada, pero esto puede deberse al pequeño tamaño muestral.

**P-037 FIEBRE, ICTERICIA Y HEPATOMEGALIA EN NIÑA DE 9 AÑOS PROCEDENTE DEL TRÓPICO.**

Gutiérrez Sánchez, Aída María<sup>1</sup>; López Rojo, Myriam<sup>1</sup>; Marín Andrés, Marta<sup>1</sup>; Sala Fernández, Laura<sup>1</sup>; Martínez De Morentin Navarcorena, Ana Laura<sup>1</sup>; Laliena Aznar, Sara<sup>1</sup>; Bustillo Alonso, Matilde<sup>1</sup>; Ubalde Sáinz, Eduardo<sup>1</sup>; Rodríguez Vigil, Carmen<sup>1</sup>; García Romero, Ruth<sup>1</sup>; Monge Galindo, Lorena<sup>1</sup>; Aliaga Mazas, Yolanda<sup>1</sup>; Ros Arnal, Ignacio<sup>1</sup>; Egido Lizan, Pilar<sup>2</sup>; Mellado Peña, María José<sup>3</sup>; García-López Hortelano, Milagros<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; <sup>2</sup> Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; <sup>3</sup> Servicio de Pediatría, Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Hospital Universitario La Paz - Carlos III, Madrid.

**Introducción:**

Niña de 9 años procedente del trópico que consulta por fiebre, ictericia y hepatomegalia de larga evolución.

**Caso clínico:**

Originaria de Guinea Ecuatorial, con antecedente de anemia drepanocítica y aumento de perímetro abdominal desde los 6 años, ha requerido transfusiones mensuales en su país; refieren malaria en una ocasión. Acude a urgencias 3 días después de llegar a España por fiebre de 39°C, ictericia y hepatomegalia de 20 cm de consistencia dura no dolorosa y con franco estancamiento ponderoestatural. Se ingresa con gota gruesa negativa y se objetivan huevos de *Schistosoma intercalatum* en heces. Diagnosticada de esquistosomiasis se administra un ciclo de praziquantel. Se constata además la presencia de *Blastocystis hominis* en heces; serologías negativas para VIH, HVB y HVC. Durante su ingreso presenta fiebre y exantema micropapular y sospecha de sepsis administrándose cefotaxima y metronidazol y precisando transfusión de concentrado de hematies. Analítica: anemia, leucocitosis, eosinofilia e hipergammaglobulinemia a expensas de IgG e IgM con ANA positivo. Al mes del ingreso, precisa UCIP por sospecha de secuestro hepático-esplénico con colestasis intrahepática y bilirrubina total de 50 mg/dl precisando exanguinotransfusión. Se recibe PCR positiva para *Plasmodium falciparum*, administrándose artemeter-lumefantrina 3 días. Se administran dos ciclos más de praziquantel. Ecografía abdominal: importante hepatomegalia difusa con parénquima homogéneo. Elastografía: fibrosis hepática F4 Metavir. Biopsia hepática: hepatopatía falciforme con secuestro hepático, fibrosis difusa periportal, hemosiderosis de patrón mixto, colestasis crónica. LAMP positivo para *Schistosoma mansoni* (Centro Nacional de Microbiología) y se descartan otras helmintiasis tisulares (*Toxocara*, *Strongyloides*...). Seguimiento: huevos de *Ascaris lumbricoides* en heces, pautándose mebendazol; disminución de la eosinofilia pero persistiendo marcadores de autoinmunidad elevados, por lo que es derivada a CSUR por hepatopatía severa y valoración de trasplante hepático.

**Conclusiones:**

La esquistosomiasis constituye un importante problema de salud con riesgo de cirrosis hepática, cáncer vesical o alteración SNC y con elevada mortalidad en el centro y sur de África; incluso coinfectándose por más de una especie.

La multiparasitación debe considerarse en niños originarios de África y descartar siempre helmintiasis si se asocia eosinofilia.

La malaria sigue siendo la causa más frecuente de fiebre en viajeros recientes desde zonas endémicas.

### **P-038 HIDATIDOSIS HEPÁTICA Y CEREBRAL: DOS CASOS CON DIFERENTE PRESENTACIÓN**

Breton Martinez, Jose Rafael; Garcia Robles, Ana Alejandra; Miranda, Pablo; Plaza, Estela; Molina Corbacho, Maria; Ben Raza, Mohamed Ali; Villalba Perez, Maria Desamparados; Castaño Aroca, Maria Jesus; Gimenez Marti, Maria Jose; Menor, Francisco; Martinez, Juan Carlos; Lopez Hontangas, Jose Luis; Oltra Benavent, Manuel; Poveda Andres, Jose Luis; Monteagudo Montesinos, Emilio.

*Hospital Universitario Y Politecnico La Fe, Valencia.*

#### **Introducción y objetivos**

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria cuya localización más frecuente es la hepática (75%). La hidatidosis cerebral es mucho menos frecuente (1-2%). Presentamos un caso de hidatidosis hepática y otro cerebral.

#### **Casos clínicos**

*Caso 1:* Adolescente de 13 años con hallazgo casual en una ecografía abdominal de una lesión quística compleja en el lóbulo hepático derecho de un tamaño de 86 x 66 x 108 mm. Natural de Marruecos, vivía en España desde 2007 y se encontraba asintomática. No refería contacto habitual con perros. La analítica mostró una eosinofilia leve e IgE 1432 kUA/L. La serología de hidatidosis fue positiva. La radiografía de tórax fue normal. Se completó el estudio con TC vascular abdominal. Se categorizó la lesión como estadio CE2 y se indicó exéresis quirúrgica. Se inició tratamiento coadyuvante prequirúrgico con albendazol y praziquantel. Se realizó la intervención quirúrgica un mes después. Continuó tratamiento antiparasitario con albendazol y praziquantel durante un año, con evolución favorable sin hallazgos que sugirieran recidiva.

*Caso 2:* Niña de 8 años con cefalea de 1 año de evolución que presentaba síntomas de alarma neurológica en los últimos días. Natural de Marruecos, vivía en España desde hacía 20 meses. En la TC craneal aparecía una lesión quística de 10 cm de diámetro. La RM mostró la lesión quística sin captación de contraste en anillo y sin edema perilesional significativo compatible con quiste hidatídico. No asociaba lesiones hepáticas o pulmonares. Se realizó exéresis quirúrgica. Se pautó tratamiento previo y tras la intervención con albendazol y praziquantel. La serología de hidatidosis fue negativa. El ecocardiograma para valorar cortocircuitos o quistes intracardiacos fue normal. La familia refería contacto en domicilio con perros en Marruecos.

#### **Discusión**

En nuestros casos los antecedentes epidemiológicos y las características radiológicas de las lesiones sugirieron el diagnóstico. La serología muestra una buena sensibilidad y especificidad para la hidatidosis hepática, aunque con frecuencia es negativa en la localización exclusivamente cerebral. Nuestros casos tenían indicación quirúrgica. El tratamiento antiparasitario es importante previo a la cirugía para evitar la diseminación en caso de rotura y después para evitar la aparición de recidivas.

### **P-039 TRANSMISIÓN VERTICAL Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN TRES HOSPITALES DE LA CAM**

Francisco, Laura<sup>1</sup>; Illán, Marta<sup>1</sup>; Silva, Mariano<sup>1</sup>; Morón, Sandra<sup>1</sup>; Rojo, Diego<sup>1</sup>; Rojo, Pablo<sup>1</sup>; Santos, Mar<sup>2</sup>; Daoud, Zarife<sup>1</sup>; Gonzalez, Maribel<sup>3</sup>; Ramos, José Tomás<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>2</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>3</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

#### **Introducción y objetivos:**

La enfermedad de Chagas, zoonosis causada por *Trypanosoma cruzi*, es emergente en España, ligada a inmigración de población de áreas endémicas. La transmisión vertical (TV) se estima alrededor del 5%. Se recomienda cribado selectivo en el embarazo para identificar al recién nacido infectado, permitiendo tratamiento precoz y curación.

El objetivo de este estudio fue determinar la tasa de TV en una cohorte de gestantes latinoamericanas seguidas en la CAM, así como la validez de la PCR para el diagnóstico precoz de los recién nacidos.

#### **Métodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se identificaron las gestantes con serología positiva para *T.cruzi* seguidas entre enero de 2012 y septiembre de 2016, en tres hospitales terciarios de la CAM; y a sus recién nacidos. Se estudiaron características epidemiológicas de las madres, casos de recién nacidos infectados (considerando infección PCR positiva o persistencia de anticuerpos sin descenso de títulos a partir de los 9 meses de vida) y la validez y sensibilidad de la PCR para el diagnóstico precoz comparada con la serología.

#### **Resultados**

Se identificaron 122 gestantes con serología positiva, 81,1% procedentes de Bolivia, 11% de Paraguay; edad media 33 años. Edad gestacional media de 38+6 SEG, 6 partos pretérminos (4.8%). Se siguieron 125 RN, 3 presentaron PCR positiva al nacimiento (tasa de TV 2.4%, IC 95 0.5-7.1 %). Solo uno de los tres casos sintomático. Todos los casos tratados con benznidazol, persistiendo PCR positiva al mes de vida y negativizándose posteriormente. La serología inicialmente positiva en el 100% de los casos, negativizándose después del tratamiento en 2 de los casos. No falsos negativos de la PCR: todas las PCR negativas se correspondieron con negativización de la serología tardía en los 109 (92,8%) pacientes en que se hizo esta prueba (S Y E 100%).

#### **Conclusiones**

La tasa de TV encontrada coincide con la descrita en la literatura en zonas no endémicas. La PCR precoz en función de nuestros resultados es un buen método para el diagnóstico en el RN y el lactante, siendo necesarios más estudios para confirmar que es suficiente para descartar enfermedad sin necesidad de serología tardía.

**P-040 ENFERMEDAD DE CHAGAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Arnés Parra, Margarita Laura; Salado Marín, Concepción ; García Arranz, Henar; Amasorrain Urrutia, Jone.  
*Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz.*

**Introducción:**

La Enfermedad de Chagas está producida por un protozoo denominado *Trypanosoma cruzi*. Es muy común en zonas rurales de Latinoamérica. En zonas endémicas su transmisión es fundamentalmente vectorial, por medio de la picadura de un triatómido, pero en nuestro medio es más frecuente la transmisión vertical. La enfermedad de Chagas en los niños tiene poca expresión en fase aguda, por lo que se diagnostican en fase indeterminada o crónica.

**Caso Clínico:**

Niña de 10 años remitida por su pediatra a consulta de Pediatría General por serología de Chagas positiva. Detectada tras diagnóstico de su madre (48 años) y su hermana (24 años). Como antecedentes de interés, la familia es natural de Bolivia. Nuestra paciente es nacida en España pero ha viajado a Bolivia en dos ocasiones, a los 9 meses y a los 3 años. La casa donde se hospedaron era de construcción moderna. No recuerdan picaduras de insectos. Presenta dolor abdominal unas dos veces al mes, que mejora tras analgésico. Y desde hace un año, aproximadamente, cefalea holocraneal una vez a la semana, que también cede tras analgésico. La analítica inicial con estudio básico incluida inmunidad es normal, presenta IgG *T.cruzi* positivo y Ac *T.cruzi* positivo (título 1/512), con serología para HIV negativa.

Ante el hallazgo se amplía estudio: ecografía abdominal, valoración cardiológica con electrocardiograma y ecocardiograma y valoración por neuropediatría, resultando todas ellas normales. Se decide iniciar tratamiento con Benznidazol oral. Ante la llegada del verano, dada la fotosensibilidad del fármaco, se decide postergar el inicio del tratamiento hasta el comienzo del otoño.

Actualmente la niña se encuentra en tratamiento, los controles analíticos seriados realizados por su pediatra para valorar posible neutropenia y/o trombopenia, han sido normales.

La niña tiene cita la próxima semana en nuestra consulta.

**Discusión:**

En la actualidad no hay medicación ni vacunas para prevenir la enfermedad.

Dado que el tratamiento en fases precoces de la enfermedad puede curar y prevenir la progresión de la enfermedad, es de gran importancia la evaluación y el cribado universal en grupos de riesgo, y en especial en el niño y la embarazada.

**P-041 LESIÓN CUTÁNEA Y AFECTACIÓN PULMONAR A LA VUELTA DEL TRÓPICO; CASO PARA APRENDER**  
Manzanaro Fernández-Montes, Carlos <sup>1</sup>; Sánchez González, Jorge Miguel <sup>2</sup>; Sole Mesalles, Cristina <sup>3</sup>; Crujeiras Paz, Mercedes <sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; <sup>2</sup>Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; <sup>3</sup>Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense.

### **Introducción**

El diagnóstico de un paciente con afectación cutánea a la vuelta del trópico debe incluir la sospecha de parasitosis, en especial en casos de convivencia estrecha con población susceptible y ambientes rurales. El ciclo biológico de alguno de los helmintos causantes involucra paso pulmonar, pudiendo causar molestias, tos, neumonía o síndrome de Löffler, para completar la fase reproductiva llegando al intestino. Son frecuentes las coinfecciones. Diferenciamos dos entidades nosológicas; larva migrans (producida entre otros por *Ancylostoma*), con afectación epidérmica y lento avance nocturno, y larva *currens* (*Strongiloides*), de curso más rápido. El diagnóstico etiológico se confirma con métodos indirectos (serología), o directa (visualización en heces)

### **Caso Clínico**

Paciente de 24 años que consulta con clínica de fiebre y astenia de 48h de evolución, entre sus antecedentes destaca viaje a Guatemala, convivencia estrecha con locales. Durante el mismo un episodio autolimitado de fiebre de 38º. Vacunación fiebre tifoidea previo al viaje, resto de vacunas según calendario. A su exploración destaca la aparición de una pequeña pápula pruriginosa en región medial del dorso del pie, resto sin hallazgos de interés. Radiografía de tórax demuestra condensación pulmonar en lóbulo inferior derecho, por lo que inicia tratamiento antibiótico durante una semana con levofloxacino. Reconsulta a los diez días por evolución de la pápula en dorso del pie derecho y aparición de otra en planta del pie izquierdo, con prurito intenso y sensación de movilidad nocturna, presentando ahora trayecto serpiginoso en espiral (larva migrans). Por lo demás asintomático. Se realiza radiografía de control, normal, analítica sanguínea completa, destacando aumento de IgE (sin eosinofilia), serologías para parásitos, que resulta positivo para *Strongiloides* y *Ancylostoma*, estudio de heces, negativo. Se realizó tratamiento con albendazol, con desaparición parcial de las lesiones, por lo que se realizó ciclo de ivermectina, con respuesta completa.

### **Discusión**

Presentamos un caso de Larva Migrans con posible paso pulmonar con neumonía asociada, que fue tratada con antiparasitarios con buena respuesta clínica. Pasó desapercibida en primera consulta por falta de sospecha. Destacamos la necesidad de tener en cuenta el viaje a países tropicales a la hora de realizar un diagnóstico certero de esta patología.

#### **P-042 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO COMO COMPLICACIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL.**

López Marcos, María; Olbrich, Peter; Agámez Luengas, Saskia Natali; Falcón Neyra, Lola; García Ruiz De Santa Quiteria, M<sup>a</sup> Isabel; Pérez Borrego, Esther; Moreno Ortega, María; Sánchez Moreno, Paula; Camacho Lovillo, M<sup>a</sup> Soledad; Fernández Silveira, Laura; Goycochea Valdivia, Walter Alfredo; Obando Santaella, Ignacio; Neth, Olaf.

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

#### **Introducción Y Objetivos**

La Leishmaniasis visceral (LV) es una infección diseminada provocada por protozoos, siendo *L. infantum* el más frecuente en nuestro medio. La clínica característica incluye fiebre, hepatoesplenomegalia, pancitopenia, pudiendo provocar una complicación potencialmente letal: el síndrome hemofagocítico (SH). En este estudio se presentan datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes diagnosticados de LV en nuestro centro.

#### **Métodos**

Análisis retrospectivo de los casos pediátricos (<14 años) de LV diagnosticados en nuestro hospital desde 2004 hasta 2017, comparando los pacientes con SH y sin SH.

#### **Resultados**

Se identificaron en total 16 pacientes, siendo 10 mujeres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 20 meses (4 meses –7 años). El 100% de los pacientes presentó fiebre y esplenomegalia. 3/16 casos (18%) cumplieron criterios de SH. El diagnóstico se estableció con métodos serológicos (6/13), PCR (6/8) o identificación de parásitos en la médula ósea(1/10).

La mediana de edad de los pacientes con SH fue de 4 años, con un 66% de varones, mientras la mediana de edad fue 13.4 meses siendo el 69.3% mujeres en el grupo no SH. Las medianas de días de fiebre y de ingreso fueron mayores (29 vs 22.9 y 21 vs 11.8 días respectivamente) en los pacientes con SH.

En el grupo SH los valores mínimos de hemoglobina, leucocitos y plaquetas fueron menores (6,5 vs 6.9g/dl, 2123 vs 4471cel/m<sup>2</sup> y 26666 vs 80384cel/m<sup>2</sup>). El valor máximo de PCR alcanzado en los pacientes con SH fue 153.7mg/l y en los no SH 95.26mg/l. Únicamente un paciente presentó coagulopatía (grupo no SH). La duración de tratamiento con anfotericina B fue similar (SH 6.6 vs 6.45días los no SH) con resolución completa sin recaídas.

#### **Conclusiones**

La LV es endémica en nuestro medio y el SH una complicación potencialmente letal. Actualmente no se conocen los factores favorecedores del desarrollo de SH ni su impacto sobre el sistema sanitario (días de ingreso, necesidad de transfusiones, de tratamiento inmunomodulador, etc). Este trabajo es el punto de partida de una recogida prospectiva y sistemática de los casos pediátricos en Andalucía (GAIP), cuyo objetivo es obtener datos de mejor calidad sobre esta entidad clínica.

### **P-043 ¿SABEMOS MANEJAR Y CONOCEMOS LOS RECURSOS QUE DISPONEMOS ANTE UNA SOSPECHA DE RABIA?**

Guillén, Sara <sup>1</sup>; Soto, Beatriz <sup>1</sup>; Berzosa, Arantxa <sup>1</sup>; Angulo, Raquel <sup>2</sup>; Fumado, Victoria <sup>3</sup>; González Tomé, María Isabel <sup>4</sup>; Martín, Andrea <sup>5</sup>; Medina, Antonio <sup>6</sup>; Mellado, María José <sup>7</sup>; Muñoz, María José <sup>8</sup>; Prieto, Luis Manuel <sup>1</sup>; Rivera, Mercedes <sup>9</sup>; Santos, María Del Mar <sup>10</sup>; Trigo, Elena <sup>11</sup>; García López-Hortelano, Milagros <sup>12</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Getafe, Madrid; <sup>2</sup> Hospital del Poniente, Almería; <sup>3</sup> Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona; <sup>4</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>5</sup> Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona; <sup>6</sup> Hospital de la Axarquía, Málaga; <sup>7</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>8</sup> Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla; <sup>9</sup> AGS Este Málaga-Axarquía, Malaga; <sup>10</sup> Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>11</sup> Unidad de Enfermedades Tropicales Hospital Universitario La Paz-Carlos III, Madrid; <sup>12</sup> Unidad de Enfermedades Tropicales. Hospital Universitario La Paz-Carlos III, Madrid.

#### **Introducción:**

La península española ha estado libre de rabia terrestre desde 1978, a excepción de un caso importado de Marruecos declarado en 2013. En Ceuta y Melilla se comunican casos esporádicos de rabia en perros, gatos y caballos. Se han detectado murciélagos europeos con Lyssavirus (EBLV-1), circulando también entre los murciélagos de distintas especies de España. El manejo post-exposición consiste en administrar vacuna y/o gammaglobulina antirrábica humana según el riesgo de la exposición.

**Objetivos:** Conocer si los infectólogos pediátricos españoles sabemos manejar y conocemos los recursos de los que disponemos ante un caso de mordedura de animal potencialmente infectado de rabia, para adaptar el protocolo actual del Ministerio de Sanidad y conocer centros especializados donde derivar las sospechas.

**Métodos:** Se realizó una encuesta anónima dirigida a todos los miembros de la SEIP enviada por correo electrónico mediante un link para acceder a la misma.

Se hicieron 5 preguntas: ¿Has tenido algún caso de mordedura por algún animal que potencialmente pudiera estar infectado de rabia? ¿Conoces el manejo de la profilaxis post-exposición de la rabia? ¿Tienes acceso a la vacuna antirrábica? ¿Tienes acceso a la gammaglobulina antirrábica? ¿Cuál es tu centro de trabajo? ¿A qué Comunidad Autónoma perteneces?

**Resultados:** 60 miembros de la SEIP contestaron la encuesta. 6(10%) trabajaban en atención primaria, 7(12%) en hospital primario, 15(25%) en hospital secundario y 31(53%) en hospital terciario. 21(36%) pertenecían a la Comunidad de Madrid, 12(20%) Cataluña, 10(17%) Andalucía, 4(7%) Comunidad Valenciana, 3(5%) País Vasco y 2(3%) Galicia y Extremadura, el resto de comunidades contestaron menos de un 3%.

27(45%) habían tenido algún caso de mordedura por animal potencialmente infectado de rabia. 53 (88%) conocían el manejo de la profilaxis post exposición. 39 (65%) y 38(63%) tenían acceso a la vacuna o gammaglobulina antirrábica, respectivamente.

**Conclusiones:** El conocimiento del manejo post exposición de la rabia es elevado entre los encuestados, además llama la atención que el 45% hubiesen tenido un caso de mordedura animal potencialmente infectado de rabia, dada la baja prevalencia que existe en nuestro país. Un tercio no tienen o no conoce el acceso a la vacuna y a la gammaglobulina antirrábica.

**P-044 LEISHMANIASIS CUTÁNEA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Arnés Parra , Margarita Laura <sup>1</sup>; Sáez-Llorens, Xavier <sup>2</sup>; Castaño, Elizabeth <sup>2</sup>; Esquivel, Raul <sup>2</sup>; Estripeaut, Dora <sup>2</sup>; Norero, Ximena <sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario De Álava, Vitoria-Gasteiz; <sup>2</sup> Hospital Del Niño "Dr. José Renán Esquivel", Ciudad De Panamá.

**Introducción:**

La Leishmaniasis cutánea está producida por protozoos del género Leishmania. El principal vector de infección son los mosquitos de los géneros Phebotomus y Lutzomya. Después de la picadura del mosquito, transcurren entre una y doce semanas para que se desarrolle una pápula eritematosa, que crece y se ulcera generando una costra de exudado seco.

Según las estadísticas de la OMS, 350 millones de personas están en riesgo de contraer la infección, existen actualmente cerca de 12 millones de personas infectadas y cada año se presentan 2 millones de casos nuevos de las diferentes formas clínicas.

**Caso Clínico:**

Niña de 2 años remitida desde el Servicio de Urgencias a consulta de Infectología pediátrica del Hospital del Niño de Panamá por aparición de 2 úlceras en pierna derecha y otra úlcera en brazo derecho de unos días de evolución. Como antecedentes de interés, es una niña previamente sana que había realizado un viaje a la región de Bocas del Toro para visitar a unos familiares hace dos meses. Los padres refieren aparición de pequeñas heridas hace unas dos semanas que han evolucionado hasta las ulceraciones actuales.

Ante las lesiones se realiza prueba de Montenegro, resultando positiva.

Se inicia tratamiento con Amoniato de meglumina intramuscular por 20 días, con posterior desaparición de las lesiones.

**Discusión:**

A pesar de su importancia como problema de salud pública, son pocos los estudios que se publican sobre la epidemiología y la evaluación de intervenciones para el control de las leishmaniasis.

El conocimiento de las especies de vectores de leishmaniasis y su comportamiento resulta fundamental para proponer medidas de control.

El desarrollo de nuevos medicamentos para el tratamiento de las diferentes formas clínicas de la leishmaniasis constituye una prioridad en el mundo, dada la elevada toxicidad de los tratamientos actuales.

#### **P-045 COINFECCIÓN EN UN NIÑO SUBSAHARIANO**

López Rojo, Myriam; Guerrero Laleona, Carmelo ; Bustillo Alonso, Matilde; Marín Andrés, Marta; Sala Fernández, Laura ; Martínez De Morentin Navarcorena, Ana Laura; Gutiérrez Sánchez, Aida.  
*Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

##### **Introducción.**

Se presenta un caso de fiebre de larga evolución.

##### **Caso clínico.**

Niño de 3 años, procedente de Guinea Ecuatorial, que acude por cuadro de fiebre intermitente de 6 meses de evolución. No presenta tos ni rinitis, no vómitos ni deposiciones diarreicas acompañantes. Tampoco refieren ambiente epidémico familiar ni convivientes que presenten cuadro de tos crónica. En lugar de origen, el niño se bañaba en lagos de agua dulce.

Ingresó inicialmente en Guinea donde se constató en ecocardiografía, imagen sugestiva de vegetación en válvula tricúspidea. Se planteó la posibilidad de realización de cirugía cardíaca por persistencia de fiebre e imagen sugestiva de endocarditis no respondedora a antibioterapia, motivo por el cual derivaron a Zaragoza para valoración.

A la exploración, presenta buen estado general. Se aprecian lesiones papulosas eritematosas en piernas, soplo sistólico II/VI, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 4 cm. A su ingreso se inicia tratamiento con cefotaxima intravenosa, que se sustituye por meropenem intravenoso al 4º día por crecimiento en hemocultivo de *Burkholderia gladioli* resistente al primer antibiótico. Se consulta el caso con Cardiología Infantil que en ecografía describe presencia de imagen en aurícula derecha que parece corresponder con válvula de Eustaquio, sin otros signos de endocarditis. Se extraen múltiples serologías, obteniéndose finalmente serología positiva para *Schistosoma*, por lo que se inicia tratamiento con praziquantel asociado a metilprednisolona durante 3 días. Se solicita estudio paludismo, IGRAs, urocultivo, coprocultivo y estudio de parásitos en orina y heces que son negativos. En muestra de médula ósea se objetiva *B.gladioli*. Se complementa estudio de hemoglobinopatías, inmunidad y fondo de ojo que son normales. En ecografía abdominal se aprecian lesiones sólidas de morfología redondeada en hígado. Al cuarto día de inicio de tratamiento con meropenem, ya inicia mejoría clínica y remisión de la fiebre. En controles en consultas y tras segundo ciclo de praziquantel, el niño presenta mejoría de tamaño de hígado y bazo.

##### **Discusión.**

*B. gladioli* da lugar a infecciones frecuentes en inmunodeprimidos, pero también por bañarse en agua dulce estancada y malas condiciones higiénicas, al igual que el *Schistosoma*. Dicha coinfección es frecuente en niños de origen subsahariano.

#### **P-047 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS: LA CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ESQUISTOSOMIASIS PEDIÁTRICA EN ZONAS NO ENDÉMICAS**

Pérez García, Irene; Mendoza-Palomar, Natalia Ana; Sulleiro, Elena; Espasa, Mateu; Martín-Nalda, Andrea; Espiau, María; Soler-Palacin, Pere; Soriano-Arandes, Antoni.

*Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.*

##### **Introducción Y Objetivos**

La esquistosomiasis es una helmintiasis causada por el trematodo *Schistosoma* spp. Afecta a más de 230 millones de personas en todo el mundo y causa una importante morbimortalidad si no se trata adecuadamente. En países como el nuestro, donde no es endémica, la esquistosomiasis es una infección importada diagnosticada en viajeros o inmigrantes procedentes de zonas endémicas. El objetivo es describir las características de la esquistosomiasis pediátrica en nuestra área.

##### **Métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes  $\leq 18$  años diagnosticados de esquistosomiasis en una Unidad de Salud Internacional durante 7 años (2010-2016). Se definió caso como: 1) detección de *Schistosoma* spp. en heces, orina o tejidos, y/o 2) serología positiva en paciente sintomático que había vivido en zonas endémicas, y/o 3) serología positiva en paciente asintomático con viaje reciente a zonas endémicas.

##### **Resultados**

Se incluyeron 51 pacientes: 43 inmigrantes, 4 turistas y 4 VFR (visitantes de amigos o familiares); 80% hombres; edad mediana 14 años (RIC 11-16,5). Todos habían estado en áreas endémicas de África Subsahariana. Un 37% (19/51) presentó síntomas (hematuria, dolor abdominal o fiebre), siendo la mayoría asintomáticos diagnosticados en cribado por factores de riesgo epidemiológicos. El 59% presentó eosinofilia ( $>500$  eosinófilos/mm<sup>3</sup>). El diagnóstico se realizó por visualización directa de huevos de *Schistosoma* en el 80,4% (41/51) (22 *S. haematobium*, 12 *S. mansoni*, 12 *S. intercalatum* – 4 pacientes coinfectados por varias especies-) y por serología en 19,6% (10/51). El diagnóstico en los 4 turistas fue por serología. De los 22 casos de esquistosomiasis urinaria, 12 asociaban hematuria y 5 tumoraciones vesicales. Un 53% (27/51) presentaron coinfección por malaria y/o otros parásitos intestinales. Todos recibieron praziquantel, con buena respuesta en 37 casos, persistencia en 3 (2 microbiológica y 1 serológica) y pérdida del seguimiento en 11.

##### **Conclusiones**

La esquistosomiasis debe ser incluida en el cribado de patología importada en pacientes procedentes o visitantes de áreas endémicas, incluso en ausencia de eosinofilia o hematuria. Las técnicas serológicas son especialmente útiles en turistas o VFR, y la coinfección con otros parásitos es frecuente. Es importante realizar seguimiento (clínico y microbiológico) para verificar la curación.

**P-048 PESTE EN MADAGASCAR, A PROPÓSITO DE UNA SOSPECHA DE CASO.**

Bustamante Amador, Jorge; Torres Deulofeu, Clara; Martínez Villar, Mónica; De Ceano-Vivas La Calle, María; Cendejas Bueno, Emilio; Pérez Muñoz, Sara; Sainz Costa, Talía; Villota Arrieta, Julián; Mellado Peña, María José; García López Hortelano, Milagros.

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Introducción:** En agosto de 2017 se declaró un brote de peste neumónica en Madagascar, con datos en diciembre: 1791 casos/202 muertes.

La peste es una zoonosis producida por la *Yersinia pestis*, transmitida por la pulga de roedores (*Xenopsylla cheopis*), por inhalación de secreciones de animales o personas infectados. Periodo de incubación 2-8 días. Se describen tres síndromes: peste bubónica (80-95%), septicémica (10-20%) o neumónica (<15%). La forma neumónica puede ser primaria o secundaria (más frecuente) tras diseminación hematogena; se presenta como inicio brusco de disnea, fiebre elevada, dolor pleurítico, tos y hemoptisis con evolución tórpida y alta mortalidad.

**Caso clínico:**

Paciente de 6 años, hija de cooperantes, con fiebre (máximo 38.5°C) de 12 horas de evolución y tos de 3 días. Procedente de Madagascar donde reside desde hace 6 meses. Llegó a España hace 6 días. No refieren dificultad respiratoria, vómitos, ni hemoptisis, únicamente secreción respiratoria con escasa sangre roja.

Tras identificar la posible sospecha, se aisló a la menor, se le coloca mascarilla quirúrgica y se implanta la precaución respiratoria universal para el personal sanitario (guantes, gafas, bata para manipular fluidos y mascarilla-FFP3).

La anamnesis recoge que vivía en Antananarivo, donde se han confirmado casos y que ha padecido episodios previos de laringitis.

En la exploración física se objetiva buen estado general, afonía y tos laríngea, resto normal.

**Análítica:** Hb 14,4g/dl, leucocitos 9.900/mm<sup>3</sup> (N65.5%, linf 25,8%), plaquetas 227.000/mm<sup>3</sup>, PCR<2,9 mg/L, PCT 0,1 ng/mL. Gota gruesa y Ag Plasmodium: negativos. Serología dengue y Ag: negativos. Se toma muestra para hemocultivo y PCR para *Yersinia pestis*. Se realiza PCR de virus respiratorios detectándose virus parainfluenza tipo I a las 4 horas de su llegada al hospital.

**Discusión:**

Conocer las alertas de los brotes epidemiológicos activos y estar preparados ante la llegada de patología grave e infrecuente en nuestro medio, es una actuación con enorme impacto en Salud Pública.

Los niños con peste neumónica precisan aislamiento, diagnóstico rápido y tratamiento inmediato, siendo obligado descartar infecciones virales habituales pediátricas.

Son fundamentales las “Unidades de Alto Aislamiento” especializadas para atender a estos menores en situaciones de gravedad y evitar transmisión a la comunidad.

**P-049 SÍNDROME FEBRIL EN EL NIÑO QUE VIENE DEL TRÓPICO. EXPERIENCIA DE 15 AÑOS.**

Torres Fernández, David; Pérez De Ayala, Ana; Fernández Cooke, Elisa; Blázquez Gamero, Daniel; Rojo Conejo, Pablo; Moraleda Redecilla, Cinta; Prieto Tato, Luis Manuel; Fradejas Villajos, Isabel; Pérez Rivilla, Alfredo; Epalza Ibarro, Cristina.

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

**Introducción y objetivos:**

Los viajes internacionales han aumentado considerablemente en los últimos años, y con ello la patología importada de áreas tropicales. Existe poca información disponible en edad pediátrica, una población especialmente vulnerable. El objetivo consiste en estudiar las características sociodemográficas y clínicas en niños con fiebre procedentes del trópico.

**Métodos:**

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes menores de 18 años atendidos en un hospital terciario y sus centros de salud con estancia en una región tropical en el último año entre Julio 2002 y Julio de 2017, seleccionados a partir de registros para diagnósticos de malaria por extensiones gruesas de sangre periférica y serologías de dengue realizados en el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

**Resultados:**

De los 162 pacientes estudiados, 49,4% habían nacido en España, tenían mediana de edad de 3,5 años (p25 1,4- p75 8,0) y habían visitado regiones de África Subsahariana (58,6%) y Latinoamérica (25,3%) con motivo de visita a sus allegados (52,4%; por sus siglas en inglés, VFR), de los que solo 18% realizó consulta pre-viaje y 7,4%, quimioprofilaxis adecuada. El siguiente grupo mayoritario fue el de pacientes inmigrantes de reciente llegada (35,8%). De todos los pacientes, solo 19,1% consultaron en atención primaria antes de acudir a urgencias. Los cuadros más frecuentes fueron síndrome febril, afectación respiratoria, y diarrea aguda sin variaciones por región de procedencia; en su mayoría de baja gravedad y causa cosmopolita. Un 51,9% de los pacientes fueron manejados de forma únicamente ambulatoria, pero 40% fueron hospitalizados y 6,8% ingresaron en la unidad de cuidados intensivos. En el 23% de los casos no se llegó a un diagnóstico etiológico concreto. Sin embargo, 37 pacientes (22,8%) fueron diagnosticados de malaria.

**Conclusiones:**

En nuestro estudio, alrededor del 7% ingresó en cuidados intensivos y casi una cuarta parte de los niños que acudieron con síndrome febril del trópico presentaron malaria. El lugar de primera consulta fue el servicio de urgencias para más del 80% de los pacientes y el centro de salud para el resto. Además, menos de uno de cada cinco pacientes realizó consulta pre-viaje.

#### **P-050 OSTEOMIELITIS CRÓNICA EN PACIENTE PROCEDENTE DE GAMBIA**

Benavides Nieto, Marta; Agud De Dios, Martín; Vázquez Pérez, Álvaro; Bustamante, Jorge; Cabello Blanco, Juan; Baquero Artigao, Fernando; Mellado Peña, María José; Sáinz Costa, Talía; García López-Hortelano, Milagros.

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

#### **Introducción**

La Osteomielitis crónica (OMC) es una patología caracterizada por presentar una clínica larvada y recurrente de larga evolución, acompañada de necrosis. Es especialmente significativa en países en vías de desarrollo y su manejo requiere habitualmente tratamiento antibiótico y quirúrgico.

#### **Caso clínico**

Paciente de 17 años procedente de Gambia que presenta historia de 7 años de evolución de dolor óseo en miembro inferior izquierdo (MII) asociado a lesiones abscesificadas en MII a nivel del tercio proximal del peroné. Preciso dos intervenciones quirúrgicas y tratamiento antibiótico parenteral durante 6 meses en su país de origen. Posteriormente presentó reagudizaciones con salida de material purulento por trayectos fistulosos múltiples junto a involucro óseo; episodios tratados con antibioterapia oral. No vacunación BCG, no otra sintomatología ni antecedentes previos.

Exploraciones complementarias: PCR 12,5mg/l, VSG 58mm, fibrinógeno 569mg/dl, IgG 2640mg/dl. Hemograma, coagulación y resto de bioquímica normales. Mantoux 0mm, Quantiferón negativo. Gota gruesa y PCR Plasmodium negativos. Hemocultivo, urocultivo y parásitos en heces negativos. Serologías VIH, Sífilis, *Schistosoma*, *Strongyloides*, *Toxocara canis* negativos. Rx tórax normal. Rx de MII con aumento de radiolucencia de peroné, sin diferenciación corticomédular y contornos irregulares. RMN sugestiva de osteomielitis crónica con afectación difusa de diáfisis de peroné con formación de involucro y secuestro óseo, cloacas con extensión de inflamación a partes blandas, colecciones en compartimento muscular y cambios inflamatorios en tercio medio de diáfisis tibial ipsilateral. Gammagrafía osea en la que no se observan focos de captación diferentes a los previamente descritos.

Ante la alta sospecha de osteomielitis crónica se decidió realizar intervención quirúrgica, con resección de diáfisis peronea, fistulectomía y desbridamiento de MII. El estudio anatomopatológico confirmó hallazgos compatibles con osteomielitis crónica, aislándose *Staphylococcus aureus* Meticilin-sensible. PCR *Mycobacterium* y resto de cultivos negativos. Se administró antibioterapia parenteral con rifampicina y cefazolina 14 días continuando posteriormente con cloxacilina y rifampicina vía oral durante 6-9 meses.

#### **Discusión**

La OMC es una patología compleja, que requiere de un abordaje multidisciplinar, en la que considerar el tratamiento quirúrgico y priorizar el diagnóstico microbiológico resultan fundamentales para optimizar el tratamiento.

**P-051 MALARIA CEREBRAL A LA VUELTA DE VIAJE AL TRÓPICO. ¿HACEMOS HINCAPIÉ EN LA IMPORTANCIA DE UNA PROFILAXIS CORRECTA?**

Márquez Mira, Pedro; García Barrionuevo, Claudia ; Benítez Moscoso, Gema; Gómez Pérez, Sara ; Jimenez De Los Santos, Carmen; Rivera Sánchez, Noelia ; Moreno Salgado, Jose Luís ; Portero, Nieves; Peláez Cabrera, Maria José; Gaya Sánchez, Carmen; Croche Santander, Borja.

*Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.*

La malaria por *P.falciparum* presenta entre sus complicaciones frecuentes la afectación cerebral. Se caracteriza por ser una encefalopatía potencialmente reversible, cuyo diagnóstico se establece en base a tres criterios: Identificación de formas asexuales del *P. Falciparum* en la gota gruesa, exclusión de otras formas de encefalopatías (especialmente meningitis bacteriana) y estado de coma. La mortalidad oscila del 18 al 20%.

**Caso Clínico:**

Paciente de 3 años originario de Guinea- Conakry que consulta por cuadro febril y dolor abdominal de 4 días de evolución. En la exploración destaca un abdomen globuloso, no doloroso durante la exploración, donde se palpa reborde hepático y bazo. Entre sus antecedentes de interés destaca viaje reciente a país de origen, habiendo iniciado profilaxis con atovacuona/proguanil, no completándola adecuadamente. Se ingresa en planta con diagnóstico de malaria, tras identificarse antígeno de *plasmodium spp* positivo, y se inicia tratamiento con Dihidroartemisina- Piperaquina. A las 24 horas del ingreso presenta deterioro de nivel de conciencia con Glasgow de 8, con ausencia de signos meníngeos. Entre las pruebas complementarias destaca en ese momento: Recuento leucocitario normal con desviación izquierda, anemia con Hb de 7.9 gr/dl, trombocitopenia con 40.000 células/mm<sup>3</sup>, hepatitis colestásica y de PCR de 190 mg/L. Se establece terapia de soporte, se administra plasma, concentrado de hematíes y plaquetas; y se inicia tratamiento endovenoso Artesunato. Tras administrar 3 dosis se sustituye por piperaquina/dihidroartemisina hasta completar 7 días de tratamiento. La evolución es satisfactoria, con recuperación posterior completa y sin secuelas.

**Discusión:**

- Hacemos hincapié en la importancia de realizar adecuadamente la profilaxis frente a paludismo en viajeros al trópico.
- La malaria cerebral es una complicación grave, más frecuente por *P.falciparum*, que puede conllevar una mortalidad importante
  - El artesunato es el antipalúdico de elección en el tratamiento de la malaria cerebral, siendo fundamental establecerlo de forma precoz ante el diagnóstico de malaria cerebral.

**P-052 MALARIA, EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO**

Gutiérrez Sánchez , Elena; Martínez Bautista, María; Cervantes Hernandez, Eloisa; Iborra Bendicho, Asunción; Menasalvas Ruiz, Ana Isabel; Alfayate Miguelez, Santiago; Diaz Corcoles, Rocio.

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

**Introduccion Y Objetivos**

El paludismo es una enfermedad potencialmente mortal endémica en muchos de los países del trópico. Los síntomas pueden ser inicialmente inespecíficos por lo que se debe tener un alto índice de sospecha en aquellos pacientes con antecedente de estancia en zona endémica. El objetivo de nuestro estudio es revisar los casos de Malaria diagnosticados en nuestro centro.

**Metodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo de los niños menores de 11 años con diagnóstico de Malaria entre 2007 y 2017 recogiendo datos demográficos, clínica, estudios de laboratorio y tratamiento pautado.

**Resultados:**

Diagnosticados 18 casos con una edad media de 5.2 años [3 meses-10 años]. El 61% varones. Todos procedentes de África Subsahariana; 3 residentes allí y 15 con antecedente de viaje reciente (estancia media en dichos países de 3.5 meses). Uno se trataba de una malaria congénita nacida en nuestro país.

El tiempo medio desde su llegada hasta su consulta fue 17.5 días [1 día- 5 meses]. Un 89% presentó fiebre, 67% síntomas gastrointestinales; dolor abdominal como síntoma predominante, 11% respiratorios y 11% artralgias. 39% presentaban síntomas neurológicos: 4 cefalea, 3 obnubilación y 2 convulsiones. 44.5% a la exploración presentaban esplenomegalia.

En controles analíticos la mediana de la hemoglobina mínima fue 8.65 [3,1-11,5]; 3 de los casos presentaron trombopenia menor a 50.000. Presentaron criterios de malaria grave 4 (22%) casos; todos con evolución favorable tras el tratamiento.

En 89% se realizó detección antigénica, siendo el 88% positiva. En 4 además se realizó PCR a malaria siendo en todas positiva. En 13 de los casos la especie fue *P. falciparum* (85% tratados con Quinina - Clindamicina), 3 *P.ovale* (2 tratados con Primaquina – Cloroquina y uno con Cloroquina monoterapia) y 2 *P. malariae* (1 Atovacuna- Proguanil y 1 Cloroquina).

**Conclusión:**

La malaria en Pediatría es una enfermedad potencialmente grave. Con el aumento de la inmigración y los viajes internacionales la malaria importada se observa con una frecuencia cada vez mayor en nuestro medio. Es fundamental una historia clínica detallada incluyendo antecedentes de viajes a zonas endémicas en especial en el colectivo de más riesgo (hijos de inmigrantes que proceden de dichas áreas).

### **P-053 ADOPCIÓN INTERNACIONAL DE NIÑOS CON CARACTERÍSTICAS ESPECIALES**

Berzosa Sanchez, Arantxa<sup>1</sup>; Perez Muñoz, Sara<sup>2</sup>; Bustamante, Jorge<sup>2</sup>; Sainz Costa, Talía<sup>2</sup>; Villota Arrieta, Julián<sup>2</sup>; Guillén Martín, Sara<sup>1</sup>; Ots Ruiz, Cristina<sup>2</sup>; Ruiz Carrascosa, Guillermo<sup>2</sup>; Subirats Nuñez, Mercedes<sup>2</sup>; Mellado Peña, M<sup>a</sup> Jose<sup>2</sup>; G<sup>a</sup> Lopez Hortelano, Milagros<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe; <sup>2</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid.

#### **Introducción:**

El perfil de niños adoptados en España ha cambiado en los últimos años. Recibimos más niños con necesidades especiales (Pasaje verde, Lista 2), definidos como aquellos que presentan patología grave que motivará una adopción acelerada.

Objetivo: analizar las características de estos niños y su estado de salud al llegar a España.

#### **Material y Métodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo de adoptados vía necesidades especiales, procedentes de China y Vietnam durante 2017, valorados en nuestra Unidad de referencia de Adopción Internacional y Patología Tropical.

#### **Resultados:**

Incluimos 20 niños: 10 de China, 9 de Vietnam y 1 de Bulgaria. El 55% son niñas. Mediana de edad a su llegada: 18.5 meses (IQR: 16.75-35), residiendo 100% en orfanatos.

Adoptados por familias biparentales 85%; el 30% tienen otro hijo (15% segunda adopción, 15% hijo biológico). El 50% de ellos acuden a nuestra consulta de preadopción.

Los diagnósticos preadopción más frecuentes son: labio leporino-fisura palatina (25%), patología ósea (20%), alteraciones hematológicas (30%), cardiopatías (20%), retraso del desarrollo psicomotor (20%), desnutrición y patología infecciosa (5%).

El 90% aporta serología previa (VIH, hepatitis, sífilis) siendo sólo positiva frente a sífilis en un caso.

El 90% presenta calendario vacunal, solo en 4 casos (20%) se comprueba completo.

Llegan con patología respiratoria el 50%, 30% clínica cutánea y 20% digestiva. Según percentiles de OMS, el 35% presenta microcefalia ( $p < 3$ ) y 25% peso y/o talla baja ( $p < 3$ ). Objetivamos cicatriz de BCG en 9 niños (45%), 2 con Mantoux  $> 10$  mm y con IGRA negativo.

Analítica: hemoglobina media 14 g/dl (10-14.4); eosinofilia: 1 paciente. Parásitos/heces positivo: 1 menor (5%). Serología positiva: *Schistosoma* 2/10 (20%), *Toxocara canis* 2/15 (13%) y *Strongyloides stercoralis* 1/16 (6,2%).

Tras estudio inicial se descarta patología hematológica en 3 menores, sífilis en otro. Se diagnostican al llegar: hepatitis-VHB crónica 1 niño, VHC 1 menor, parasitosis intestinal 1 paciente.

#### **Conclusiones:**

En nuestra serie de adoptados vía necesidades especiales encontramos elevada prevalencia de retraso pondero-estatural, microcefalia y anemia.

La parasitación es un diagnóstico frecuente que no referían previamente, con buen pronóstico tras tratamiento experto dirigido. Destacamos elevada prevalencia de hepatitis crónica VHB/VHC y en un 80% la necesidad de completar vacunación.

La patología compleja que presentan estos niños requiere seguimiento estrecho por profesionales especializados antes y después de su llegada.

**P-054 BROTE DE KLEBSIELLA BLEE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**

Gutiérrez Alonso, Sara<sup>1</sup>; Pérez Basterrechea, Belén<sup>1</sup>; Martín Ramos, Silvia<sup>1</sup>; Navarro Campo, Sandra<sup>1</sup>; Segura Ramírez, Diana K<sup>1</sup>; Palacios Loro, María Luisa<sup>1</sup>; Blázquez Gómez, Cristina Julia<sup>1</sup>; Moya Dionisio, Vanessa<sup>1</sup>; Méndez Sánchez, Alejandra<sup>1</sup>; Rodríguez García, Lucía<sup>2</sup>; Aparicio Casares, Helena<sup>3</sup>; Pascual Pérez, Alicia Isabel<sup>1</sup>; Fernández Prada, María<sup>1</sup>; Martínez Fernández, María Rosario<sup>1</sup>; Fernández Colomer, Belén<sup>1</sup>; Costa Romero, Marta<sup>1</sup>; Martínez Ortega, Carmen<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; <sup>2</sup>Complejo Asistencial de León, León; <sup>3</sup>Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián, Arriendas.

**Introducción:**

Los brotes por *Klebsiella pneumoniae* productora de beta lactamasa de espectro extendido (KPblee) en Unidades de Neonatología (UCIN) son conocidos por su frecuencia y morbimortalidad. La aparición de brotes por KPblee se asocia al uso inadecuado de antibióticos (cefalosporinas de 3<sup>o</sup>) y al reservorio de pacientes, siendo menos importante la contribución ambiental. Suele producirse diseminación clonal, con transmisión cruzada entre pacientes y/o, en ocasiones, con fuente o reservorio común (sanitario/ambiental).

**Caso clínico:**

El brote se inició con un primer caso el 28-Noviembre-2014 y se extendió hasta el 17-Enero-2015 con un total de 15 casos. La evolución del brote fue explosiva. El caso índice fue una recién nacida prematura con colonización vertical por KPblee y en los siguientes días se fue extendiendo a los neonatos de los boxes contiguos causando 4 sepsis y 8 colonizaciones. El 30-Diciembre se decidió la apertura de una UCIN provisional para trasladar a neonatos enfermos y colonizados. Se realizó formación del personal en higiene de manos, medidas de limpieza, uniformidad completa, limitación del acceso a familiares y monitorización de medidas de aislamiento y se llevó a cabo la desinfección ambiental con peróxido de hidrógeno. Se reabrió la unidad el 5-Enero con nuevos ingresos y tras 12 días, aparecieron 3 nuevos casos de colonización en dicha unidad desinfectada. Se aisló KPblee en las manos de miembros del personal y en dispensadores de jabón. No hubo nuevos casos y se dio el brote por cerrado tras 2 meses y medio del primer aislamiento. No hubo éxitos.

**Conclusión:**

La rapidez de la detección y yugulación del brote fue fruto de la coordinación de servicios y profesionales. La evolución de los pacientes fue buena y se detectaron dos reservorios (neonato y jabón) y una forma de transmisión (manos). Queremos destacar el origen del brote (colonización vertical madre-hija) en una niña prematura cuya madre llevaba semanas ingresada en planta de obstetricia por amenaza de parto prematuro. Por ello debemos tener en cuenta esta posible vía de entrada de bacterias multirresistentes en las UCIN a la hora de tomar medidas de aislamiento de pacientes para evitar la aparición de brotes.

**P-056 INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD POR *E. COLI* PRODUCTOR DE BETA-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEE) EN EL PERIODO DE 2015 A 2016.**

Pérez Heras, Íñigo; Losada Pinedo, Begoña; Zamarrón Fuertes, Pilar; Sanchez Gomez, Juan Carlos.  
*Hospital Virgen de la Salud, Toledo.*

**Introducción y objetivos**

En los últimos 10 años, las resistencias entre los microorganismos están aumentando gradualmente en Europa y se observan mayores resistencias en los países del sur. Estudiamos la prevalencia de infecciones del tracto urinario por *E. coli* productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) en la comunidad pediátrica. Como objetivos secundarios, analizamos los factores de riesgo asociados y los patrones de resistencia en aislamientos de *E. coli* tanto productores como no productores de BLEE

**Métodos**

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de atención terciaria y los centros de salud de su área sanitaria sobre niños  $\leq 14$  años con infección del tracto urinario de *E. coli* en la comunidad. Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo, la producción de BLEE, la antibioticoterapia de 7 a 30 días antes de la infección, la hospitalización de 7 a 30 días antes de la infección, la patología nefrourológica y el reflujo vesicoureteral, así como el antibiograma.

**Resultados**

Entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2016, se aislaron 392 cepas de *E. coli*, de los cuales 26 (6.6%) fueron *E. coli* productores de BLEE. La mediana de edad en la producción no BLEE fue de 3 años, mientras que en el grupo BLEE fue de 9 meses. Del grupo productor de BLEE, 14 (53.8%) era masculino ( $p = 0 \cdot 013$ ), 5 (19.2%) fueron hospitalizados 30 días antes de la infección ( $p = 0 \cdot 0003$ ), 13 (50%) tenían patología nefrourológica ( $p = 0 \cdot 001$ ),. La terapia previa con antibióticos y el RVU no fueron estadísticamente significante. El análisis de regresión múltiple entre sexo y 30 días previos la hospitalización fue  $r = 3.51$  ( $p = 0 \cdot 0001$ ). El análisis de resistencias se detallará en dos tablas.

**Conclusiones**

El aumento en las tasas de resistencia, así como la presencia de microorganismos multiresistentes en la población supone un importante problema y un reto a la hora de establecer un correcto tratamiento antibiótico.

Este estudio sugiere un aumento de los microorganismos multiresistentes en la comunidad, así como factores de riesgo asociados.

**P-057 RECOGIDA DE COPROCULTIVOS EN URGENCIAS: ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Fernandez Villar, Aida Maria ; Fernandez Rodriguez, Ana Noelia; Puerta Perez, Maria Pilar; Guevara Caviedes, Laura Nathalia; Ocaña Alcober, Carlos; Terroba Seara, Sandra; Galvez Criado, Raquel; Zoido Garrote, Elia; Garcia Aparicio, Cristina; Andres Andres, Ana Gloria; Alonso Quintela, Paula.

*Complejo Asistencial de León, León.*

**Introducción y objetivos:**

La recogida de coprocultivo en las gastroenteritis está indicada en casos con interés epidemiológico de salud pública, en diarrea prolongada, niños inmunodeprimidos o deposiciones con sangre y moco (susceptibles de tratamiento), para diagnóstico diferencial (enfermedad inflamatoria Intestinal) o en brote epidémico. El objetivo de este estudio es realizar una revisión de coprocultivos recogidos en un Servicio de Urgencias de tercer nivel, analizando criterios clínicos y epidemiológicos para determinar si la indicación del estudio es la correcta.

**Métodos:**

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo analizando coprocultivos recogidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro centro durante un año. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, época del año, motivo de consulta, clínica, duración de los síntomas, manejo, resultado del cultivo y virología en heces. Se analizaron los datos estadísticamente utilizando el programa SPSS versión 21.

Resultados: Obtuvimos 169 muestras, 51,4% en primavera-verano, edad media 2,7 años; 16,5% menores de 6 meses. El 56,2% de sexo masculino. El motivo principal de consulta fue la diarrea aguda (89,9%), la duración media de la clínica de 3,1 días. Sangre en heces 29,1%. El 39,6% positivo para bacterias (la más frecuente *Campylobacter*: 59,6%), frente a 14,8% de virus. Relación estadísticamente significativa entre las siguientes variables: presencia de bacterias y sangre en heces; presencia de *Campylobacter* y sangre en heces; primavera-verano y resultado positivo; edad <6 meses y resultado negativo; fiebre y bacterias en heces.

**Conclusiones:**

Con los resultados obtenidos podemos concluir que los criterios clínicos en los que se basa la indicación de cultivos y virología de heces en nuestro centro son adecuados (la sospecha de infecciones enteroinvasivas justifica la recogida de cultivo ante sangre en heces y/o fiebre). Las características clínico-epidemiológicas se corresponden con lo descrito en otros estudios (en primavera-verano se obtiene un porcentaje mayor de resultados positivos).

**P-058 IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS CO-INFECCIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (FLUGAL).**

Cebey-López, Miriam<sup>1</sup>; Rivero-Calle, Irene<sup>1</sup>; Pardo-Seco, Jacobo<sup>1</sup>; Pena-Nieto, Josefina<sup>2</sup>; Álvarez-Garnelo, M<sup>a</sup> Elena<sup>3</sup>; Sánchez Lastres, Juan Manuel<sup>4</sup>; Del Rio Garma, Mercedes<sup>5</sup>; Barbeito-Castiñeiras, Gema<sup>6</sup>; Gómez-Carballa, Alberto<sup>1</sup>; Currás-Tuala, María José<sup>1</sup>; Barral-Arca, Ruth<sup>1</sup>; Pischedda, Sara<sup>1</sup>; Morillo- Gutierrez, Beatriz<sup>1</sup>; Redondo, Lorenzo<sup>1</sup>; Rodríguez-Tenreiro, Carmen<sup>1</sup>; Porto-Silva, María Del Sol<sup>1</sup>; Cotovad-Bellas, Ana<sup>1</sup>; Balo-Farto, Cristina<sup>1</sup>; Serén-Fernández, Sonia<sup>1</sup>; Gómez-Rial, Jose<sup>1</sup>; Salas, Antonio<sup>7</sup>; Martinon-Torres, Federico<sup>1</sup>; Gendres, Red<sup>1</sup>; Regalip, Red<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> *Translational Pediatrics and Infectious Diseases, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, Spain, and GENVIP Research Group (www.genvip.org), Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago, Galicia, Spain, Santiago de Compostela;* <sup>2</sup> *Centro de Atención Primaria de Lousame, A Coruña;* <sup>3</sup> *Centro de Atención Primaria San Jose, A Coruña;* <sup>4</sup> *Centro de salud Chapela, Pontevedra;* <sup>5</sup> *Centro de Atención Primaria de Os Tilos, A Coruña;* <sup>6</sup> *Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela;* <sup>7</sup> *Unidade de Xenética, Departamento de Anatomía Patolóxica e Ciencias Forenses, Instituto de Ciencias Forenses, Facultade de Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, and GenPop Research Group, Instituto de Investigaciones Sanitarias (IDIS), Hospital Clínico Universitario de Santiago, Galicia, Spain, Santiago de Compostela.*

**Introducción y Objetivos:**

El papel de la co-infección viral y bacteriana en el contexto de atención primaria es prácticamente desconocido. El objetivo fue analizar los patrones y fenotipos clínicos de las co-infecciones en pacientes pediátricos atendidos en consultas de atención primaria por infecciones respiratorias agudas (IRA).

**Métodos:**

Se realizó un estudio prospectivo, controlado, multicéntrico a través de una red de centros de atención primaria (ReGALIP) en 2016-2017 en niños <18 años atendidos debido a una IRA. Se llevó a cabo una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en hisopos nasofaríngeos para la detección de los virus influenza (AH1, AH1 pdm09, AH3, B), metapneumovirus, virus respiratorio sincitial, virus parainfluenza (1-4), rinovirus, enterovirus, adenovirus, bocavirus y coronavirus (NL63, 229E, OC43) y además para las bacterias *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis*.

**Resultados:**

Se recogieron un total de 343 muestras, 277 pacientes que acudían por IRA y 66 controles. El 10.1% (n=28) de los pacientes frente al 66.6% (n=44) de los controles fueron negativos. El microorganismo más frecuentemente identificado en pacientes con IRA fue el rinovirus (n=119), *H.influenzae* (n=91) y *S.pneumoniae* (n=87) y la combinación virus-bacteria en una misma muestra se detectó en un 38.1%.

En controles, el virus encontrado con más frecuencia fue el rinovirus (n=14). No se encontró en los controles reclutados VRS, influenza, metapneumovirus o adenovirus y las bacterias aparecen en un 10.6% (n=7) de las muestras. La presencia de co-infecciones en pacientes con IRA ocurre en un 49.8% (n=138) mientras que en asintomáticos ocurre en un 7.6% (n=5) de las muestras.

El rinovirus, influenza o VRS aparecen en igual proporción en mono infección y en co-infección, mientras que las bacterias *S.pneumoniae* y *H.influenzae* aumentan su presencia en co-infecciones.

**Conclusiones:**

Las técnicas moleculares en atención primaria son capaces de detectar diferentes patrones en niños que acuden a consulta por IRA. Se puede detectar algún patógeno en cerca de un 90% de los pacientes que acuden a consulta por IRA de los que el diagnóstico se hace en base generalmente a síntomas clínicos.

**P-059 FIEBRE Y ESPLENOMEGALIA. REVISIÓN DE CASOS DURANTE 10 AÑOS.**

Algar Fernández, Luis Miguel; Ballesta Yagüe, María Amalia; Álvarez Vallejo, Beatriz; Díaz Córcoles, Rocío; Menasalvas Ruiz, Ana Isabel; Alfayate Miguélez, Santiago.

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

**Introducción Y Objetivos.**

La etiología de la fiebre y esplenomegalia en pediatría es múltiple y el diagnóstico puede resultar complejo. Nuestro objetivo es estudiar los pacientes ingresados en nuestra Unidad en los últimos diez años con fiebre y esplenomegalia.

**Métodos.**

Estudio observacional retrospectivo descriptivo, mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Infectología Pediátrica desde 2007 a 2017 con fiebre ( $T^{\text{a}}$  axilar  $> 38^{\circ}\text{C}$ ) y hallazgo en la exploración física inicial de esplenomegalia no conocida previamente. Se excluyeron aquellos casos con sospecha diagnóstica inicial de neoplasia hematológica.

**Resultados.**

Ingresaron 53 pacientes con una edad media de 3,5 años (2 meses - 10 años). La distribución por sexo fue similar (varones/mujeres: 56.6%/43,3%). El tiempo medio de fiebre antes del ingreso fue de 7 días y el 84.2% tenían temperatura superior a  $39^{\circ}\text{C}$ . Los síntomas acompañantes más frecuentes fueron: astenia/irritabilidad 22,6%, síntomas gastrointestinales 23% y síntomas catarrales 19%. El 19% refería fiebre como único síntoma. A la exploración física un 48% presentaban adenomegalias, 66% hepatomegalia, y 19% exantema. En la analítica realizada al ingreso 81% tenían elevación de transaminasas, 48% trombopenia, 36,5% anemia, 26,4% leucopenia, 24,5% leucocitosis y el 11,3% pancitopenia. Dentro de los estudios complementarios se realizaron: serologías 79%, hemocultivo 53%, ecografía abdominal 100% y a un 49% otra prueba de imagen añadida. En el 38% se realizó aspirado de médula ósea.

Se llegó al diagnóstico etiológico en el 87% de los casos. De ellos, 84.5% fueron de causa infecciosa: 28% leishmaniasis, 22% VEB, 15% malaria, otras infecciones 23%. El 11,4% tuvieron causa oncohematológica (2 crisis vasooclusivas por drepanocitosis, 1 leucemia, 1 síndrome activación macrófaga, 2 síndrome hemofagocítico primario y 1 enfermedad granulomatosa crónica). Un caso fue producido por síndrome de DRESS.

**Conclusiones.**

En nuestro medio la causa más frecuente de fiebre y esplenomegalia es la leishmaniasis visceral seguida por la infección por el VEB.

En áreas con elevada proporción de población inmigrante de países donde la malaria es endémica, ésta es una causa importante de fiebre y esplenomegalia que se debe tener en cuenta cuando acceden al sistema sanitario.

**P-060 LA GRIPE EN PEDIATRÍA NO ES SIEMPRE INOFENSIVA. HACEMOS SUFICIENTE PARA PREVENIRLA?**

Valls Llussà, Aina <sup>1</sup>; Roig Abraham, Neus <sup>2</sup>; Forcadell Pirretas, Eva <sup>1</sup>; Barjuan Ruiz, Maria <sup>2</sup>; Domènech Marsal, Èlia <sup>1</sup>; Méndez Hernández, Maria <sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; <sup>2</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, badalona.

**Introducción y objetivos**

Los virus de la gripe representan una causa frecuente de infección en pediatría con sintomatología y gravedad variables. Las tasas de hospitalización son altas, sobretodo en menores de 2 años llegando a ser igual o superior que en pacientes mayores de 65 años. La indicación vacunal en España no es universal y va dirigida a niños con factores de riesgo, aunque muchos de ellos no son vacunados anualmente. Un gran porcentaje de niños sanos es infectado por el virus requiriendo en algunos casos ingreso.

**Métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo que recoge los casos de hospitalización por virus de la gripe durante 3 temporadas estacionales en un hospital de tercer nivel. Evaluación de factores de riesgo y estado vacunal.

**Resultados**

Presentamos 39 casos (predominio masculino 59%) con edad media de 4.2años y estancia hospitalaria media de 4.7 días (rango 1-21 días), precisando UCI 3 de los casos. Las principales causas de ingreso fueron dificultad respiratoria 30%, convulsiones 20% y síndrome febril 20%, con 2 casos de descompensación de su enfermedad crónica (debut de diabetes mellitus y talasemia) . Se registraron 3 casos de infección nosocomial. En cuanto al tratamiento recibido, un 17% precisaron oxigenoterapia y un 25% broncodilatadores, así como un 43% recibió antibioterapia empírica o indicada por coinfección bacteriana. El 33% de los casos presentaba al menos un factor de riesgo con indicación vacunal, de los cuales un 31% había recibido vacunación (4/13). Del total de pacientes ingresados solamente un 10% había recibido vacunación estacional.

**Conclusiones**

La gripe en el paciente sano pediátrico suele ser un proceso leve y autolimitado, aunque en algunos casos puede requerir más recursos sanitarios precisando tratamiento y hospitalización. Un alto porcentaje de niños con factores de riesgo no habían recibido vacunación de forma adecuada. Es destacable que la mayoría de niños ingresados no tenían factores de riesgo lo cual hace plantear si se podrían haber beneficiado de la vacunación universal.

**P-061 EPIDEMIOLOGÍA DE LA MENINGITIS NEUMOCÓCICA EN NUESTRO MEDIO. 20 AÑOS DE HISTORIA.**

Ballesta Yagüe, María Amalia; Yagüe Guirao, Genoveva; Menasalvas Ruiz, Ana Isabel; Martínez Olmos, Javier; Algar Fernández, Luis Miguel; Alfayate Miguélez, Santiago.

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

**Introducción y Objetivos:**

La meningitis bacteriana, en pediatría, continúa siendo una causa importante de morbimortalidad en nuestro medio. Dentro de los microorganismos implicados *Streptococcus pneumoniae* ocasiona una parte importante de los casos. Los cambios sociosanitarios y la aparición de vacunas antineumocócicas han modificado su incidencia. Nuestro objetivo es conocer las características epidemiológicas básicas de la enfermedad meníngea neumocócica en nuestro medio.

**Material Y Métodos:**

Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo en los 10 primeros años y prospectivo en los 10 años siguientes de las meningitis neumocócicas ingresadas en un hospital terciario desde 1997 hasta 2018 en pacientes entre 1 mes y 11 años de edad. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos. Analizamos la incidencia anual y agrupada de la enfermedad, en periodos significativos en nuestra área, (periodo previo a la vacunación 1997-2001, 2002-2007 periodo de vacunación heptavalente con baja cobertura (30%), 2008-2010 periodo de media-alta (60%) cobertura con PCV7, 2010-2015 con coberturas medio-altas (70%) con PCV13 y 2016-2017 con vacunación universal con PCV13 y tasas superiores al 95%). Se describen los serotipos encontrados desde 2006.

**Resultados:**

Recogimos datos de 48 pacientes con 53 infecciones meningocócicas. 28 (58%) fueron varones y 20 (42 %) mujeres. Edad media 17,2 meses (rango 2-95). Media anual 2,6 casos (rango 1-6). Por periodos la incidencia por 100.000 habitantes fue: periodo 1997-2001: 1,6 (1,3 si excluimos los casos de paciente con fístula de LCR); periodo 2002-2007: 2; periodo 2008-2010: 1,29; periodo 2011-2015: 1,20 (1,1 si excluimos los casos de un paciente con fístula de LCR) y periodo 2016-2017: 0,55%.

Se han serotipado, desde el año 2006 17/25 neumococo (68%). De forma global han predominado el 19A (3 casos), 6A (2 casos) y 15C (2 casos). Ninguno de los pacientes vacunados ha padecido infección meníngea por serotipo vacunal.

**Conclusiones:**

En nuestro medio hemos observado un descenso en la incidencia de la meningitis neumocócica, especialmente visible con la inclusión de la vacunación antineumocócica en el calendario vacunal.

Antes de la introducción de la última generación de vacunas predominaron los serotipos 19A y 6A.

No se han detectado infecciones por serotipos vacunales en pacientes vacunados.

### **P-062 IMPACTO ECONÓMICO DEL CAMBIO DE INMUNOGLOBULINA HUMANA INESPECÍFICA INTRAVENOSA A SU ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA**

Bossacoma Busquets, Ferran <sup>1</sup>; Deyà Martínez, Àngela <sup>1</sup>; Arrojo Suárez, Joëlle <sup>1</sup>; Comes Escoda, Ariadna <sup>1</sup>; Sánchez Celma, Monica <sup>1</sup>; Mas Comas, Anna <sup>1</sup>; Mesa Ortega, Adelaida <sup>1</sup>; Cano Cabrera, Marta <sup>2</sup>; Alsina Manrique De Lara, Laia <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat; <sup>2</sup> Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

#### **Introducción y Objetivos**

Analizar el impacto económico del cambio de inmunoglobulina humana inespecífica intravenosa(IgIV) a administración subcutánea(IgSC) como terapia de reposición en inmunodeficiencias primarias(IDP) pediátricas.

#### **Material y métodos**

Selección retrospectiva de pacientes pediátricos con diagnóstico de IDP en tratamiento con IgSC que hayan recibido IgIV previamente.

De la historia clínica se recoge información relativa a los tratamientos con IgIV e IgSC(indicación, dosis por peso e intervalo posológico).

Los costes se extraen de los listados de precios autonómicos.

En el cálculo del impacto económico no se incluye ni el coste del material de administración, ni el coste asociado a la atención en hospital de día (IgIV).

#### **Resultados**

Se incluyeron 8 pacientes con una media de edad de 14.3 años y media de seguimiento de 15.75(4-30) meses. El cambio de IgIV a IgSC se hizo repartiendo la dosis mensual de IgIV a administraciones semanales(ratio1/1); posteriormente, en base a la respuesta clínica y niveles pre-dosis de IgG deseados(6000-8000mg/L), se redujo la dosis mensual de IgSC en 6 pacientes ampliando el intervalo posológico (a cada 10-15 días manteniendo la misma dosis de IgSC), lo que se tradujo en una reducción global de la dosis de Ig mensual del 24.1%(dosis promedio mensual de IgIV de 541.3mg/kg antes del cambio, comparado con 410.8mg/kg de IgSC al final del estudio). Sólo se reportaron reacciones locales leves que se redujeron en dosis sucesivas.

pesar de que el precio financiado de la IgIV es un 8,7% menor que el de la IgSC, el coste directo del tratamiento al final del estudio fue un 15.4% menor con IgSC.

#### **Conclusiones**

Sin tener en cuenta los costes indirectos, en nuestro centro se ha podido reducir el coste de la terapia de reposición de Ig mediante el cambio de IgIV a IgSC. Explicado por la diferente farmacocinética: la administración subcutánea permite un aumento de los niveles valle.

El empleo de IgSC en pediatría parece ser coste-efectivo y aporta mejoras en la calidad de vida de los pacientes al administrarse en el domicilio y tener menor tiempo de infusión. En la actualidad faltarían otros estudios para validar los resultados en estos pacientes.

**P-063 SEPSIS Y MENINGITIS NEONATAL POR STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS SUBSP. GALLOLYTICUS ASOCIADA A HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR.**

Gómez Pérez, Sara; Rodríguez Benjumea, Margarita; Gómez Santos, Elisabeth; Millán Zamorano, Jose Antonio; García Soblechero, Eduardo; Mora Navarro, David; Márquez Mira, Pedro; García Barrionuevo, Claudia; Benítez Moscoso, Gema; Moreno Salgado, Jose Luis; Jimenez De Los Santos, Carmen; Rivera Sánchez, Noelia; Portero García, Nieves; Peláez Cabrera, María José.

*Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.*

**Introducción**

*Streptococcus bovis* es un microorganismo causante de bacteriemias y endocarditis en adultos aunque excepcionalmente produce infecciones invasivas en neonatos y lactantes pequeños.

Desde 2002, el complejo *S bovis* / *S equinus* ha sufrido un cambio en la nomenclatura usándose más recientemente la siguiente:

- *Streptococcus gallolyticus* subsp *gallolyticus*
- *Streptococcus infantarius* subsp *infantarius*
- *Streptococcus infantarius* subsp *coli*
- *Streptococcus gallolyticus* subsp *pasteurianus*

**Caso Clínico**

Neonato prematuro de 31 semanas, nacido por cesárea por desprendimiento de placenta. Madre 40 años, sana. Gestación controlada sin incidencias. No factores de riesgo infeccioso. APGAR 9/9/9. Peso 1230gramos. Durante sus primeros 25 días de vida no precisa soporte respiratorio ni antibioterapia, alimentándose por SNG. Ecografía SNC normal.

A los 25 días de vida, inicia cuadro de apneas y mal estado general. Pasa a UCI Neonatal donde precisa IOT y conexión a VMI. Análiticamente destaca láctico de 30mg/dl, leucopenia y PCR de 140mg/L. Se recoge hemocultivo y se realiza punción lumbar presentando 40.000 leucocitos, hipoglucorraquia e hiperproteorraquia. Se inicia antibioterapia empírica. En el hemocultivo y cultivo de LCR crece ***Streptococcus gallolyticus* subsp *gallolyticus*** sensible a penicilina, cambiando pauta a ampicilina que completa 21 días. El 6º día realiza episodio de hipertonia de miembro superior izquierdo de segundos de duración iniciándose tratamiento antiepiléptico con fenobarbital. Se solicita ecografía cerebral, objetivándose hemorragia intraventricular grado II derecha y grado I izquierda. Se realiza RNM craneal apreciando leucomalacia quística periventricular temporal derecho, de unos 10 mm de eje máximo, con gliosis circundante. Buena evolución clínica posterior, permitiendo la retirada de soporte y alta a domicilio, encontrándose actualmente exploración neurológica acorde a su edad corregida.

**Discusión**

La sepsis por *S. Gallolyticus* es una infección poco común en neonatos y afecta sobre todo a recién nacidos prematuros. Aunque en la mayoría de casos descritos hasta la fecha se objetiva buen pronóstico con supervivencia alta, debemos estar atentos a la aparición de posibles complicaciones como meningitis o hemorragia intracraneal.

Es posible que la transformación taxonómica de *S.bovis* haya causado incertidumbre y confusión en los últimos años, pues en muchas publicaciones se describen sepsis y meningitis por *S.bovis*, sin realizar su tipaje.

**P-064 UN CONTRATIEMPO TRAS EL NACIMIENTO. SÍFILIS CONGÉNITA.**

Portero García, Nieves María ; Gaya Sánchez, Carmen; Moreno Salgado, José Luis; Jiménez De Los Santos, Carmen; Gómez Pérez, Sara; Benitez Moscoso, Gema; Croche Santander, Borja.

*Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.*

**Introducción:**

La sífilis congénita es transmitida al feto vía hematogena-transplacentaria, o durante el parto contactando con lesiones genitales maternas. Consideraremos con sífilis materna a toda embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica de enfermedad, como úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria y/o serología positiva que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis. La clínica dependerá del momento de la infección en la gestación, de la etapa evolutiva de la enfermedad materna y del inicio del tratamiento. La transmisión al feto dependerá del estado evolutivo de la sífilis materna. Las complicaciones pueden ser: aborto espontáneo, mortinato, hidrops fetal no inmune, CIR, parto prematuro, o complicaciones como neumonitis, alteraciones viscerales, hematológicas, oculares, de SNC o mucocutáneas. El tratamiento es con penicilina.

**Caso clínico:**

Presentamos 3 casos clínicos diagnosticados en nuestro hospital:

Recién nacido de 33 SEG, oligoamnios severo, cesárea. Serología materna RPR en 1º trimestre negativo, positivo en 3º trimestre. Exploración: lesiones cutáneas, hematomas, ictericia, distensión abdominal, distrés, apneas y signos clínicos de sepsis. Al nacimiento RPR 1/8, IgM negativo, IgG positivo antitreponema, VDRL LCR +. Administramos Penicilina G sódica 21 días. A los 4 meses RPR negativo. Evolución: Enteritis necrotizante. Sepsis tardía.

Los otros 2 casos: embarazo gemelar por FIV, bicorial, biamniótico, cesárea con 34 SEG. Serología materna Luética positiva en 1º y 3º trimestre. El 1º presenta distrés, petequias y lesiones ampollosas palmoplantares, hepatoesplenomegalia e ictericia, hipertensión pulmonar, DAP, coagulopatía y anemia. Al nacimiento RPR 1/64, IgM, IgG positivos antitreponema, VDRL LCR -. Evolución: Bronconeumonía, derrame y neumotórax. El 2º presenta descamación laminar distal, apneas, signos de sepsis. RPR 1/128, IgM, IgG positivos antitreponema, VDRL LCR -. Evolución: APLV.

Administramos Penicilina G 15 días. A los 12 meses serología negativa.

**Discusión:**

Deben realizarse controles prenatales adecuados, para prevenir y eliminar la transmisión congénita de la sífilis, puede transmitirse de la madre al feto hasta 4 años después de la infección materna si no ha recibido tratamiento. Si clínica sugestiva, aunque la serología del primer trimestre sea negativa, o si existen factores de riesgo hay que descartarla. Deben seguirse estos niños hasta la negativización serológica.

**P-065 SEPSIS NEONATAL POR *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* PRECOZ Y TARDÍA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INFLUENCIA DE LA PROFILAXIS MATERNA EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE NUESTRO CENTRO. ÚLTIMOS 28 AÑOS.**

Ruiz García, Montserrat; Pineda Solas, Valentí; Baeta Viu, Monica; Larruzea Ibarra, Alex; Sanfeliu Sala, Isabel.  
*Corporació Sanitari Parc Tauli, Sabadell.*

**Introducción y objetivos**

La infección por *Streptococcus Agalactiae* (SGB) es una de las principales causas de sepsis neonatal precoz (SNP) y tardía (SNT). Desde la implantación de profilaxis materna intraparto (PMI) en 1998, la incidencia de SNP disminuyó, sin observar cambios en SNT.

El objetivo de este estudio es describir las características clínicas de SNP, SNT y su variación epidemiológica respecto la implantación de PMI en nuestro centro.

**Métodos**

Estudio observacional retrospectivo. Inclusión: pacientes con diagnóstico de sepsis neonatal por SGB en nuestro centro (crecimiento de SGB en cultivo de líquido estéril, con clínica compatible), desde 1989 hasta 2017. Grupos: SNP (<7 días de vida), SNT (7días-3.9 meses). Variables evaluadas: incidencia (1989-2017), características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas (1996-2017). Medio: revisión de historias clínicas.

**Resultados**

N: 65 pacientes. Masculinos 50%, femeninos 50%. SNP 46.1%, SNT 58.3%.

Características SNP: Edad gestacional: 86.6% a término, 13.3% pretérmino. Factores de riesgo infeccioso: SGB materno positivo 36.3% (PMI 25%), RPM>24h 13.3%, FMIP 13.3%.

Media de aparición clínica: 24.6h. Presentación: irritabilidad(60%), distrés respiratorio(53.3%), fiebre(40%), bacteriemia oculta (40%), convulsión(6.6%). Positividad SGB: Hemocultivos 100%, LCR 26.6%. El 53.3% requirió UCI. No se registraron éxitos. El 20% presentó déficit neurológico permanente.

Características SNT: Edad gestacional: 68.9% a término, 31.1% pretérmino. Factores de riesgo infeccioso: SGB materno positivo 44.3% (PMI 53.8%), RPM>24h: 3.4%. Lactancia materna 77.2%.

Media de aparición clínica: 6.2 semanas. Presentación: fiebre(93%), irritabilidad(69%), rechazo alimento(50%), distrés respiratorio(10.3%), osteoarticular (6.9%). Positividad SGB: Hemocultivos 100%, LCR 31%, leche materna 3.4%.

El 37.9% requirió UCI. Se registró un éxito. El 10.3% presentó déficit neurológico permanente, el 6.7% sordera neurosensorial.

Proporción SNT-SNP agrupada por años, respecto implantación PMI: previa(1989-1999): SNP 75%-SNT 25%, fase inicial(2000-2005): SNP 33%-SNT 67%, consolidación(2001-2017): SNT 25%-SNT 75%.

**Conclusiones**

Desde la instauración de la PMI, la incidencia de SNP en nuestra serie ha disminuído respecto a la de SNT, que permanece invariable, observando inversión en la proporción de casos.

Pacientes con SNP tuvieron mayor comorbilidad y asociación a factores maternos. En la SNT hubo mayor agresividad pese mayor tasa de PMI.

Estos hechos, conducen a la necesidad de implementar nuevas formas preventivas para disminuir la incidencia de SNT.



**P-066 LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR QUISTICA POR SERRATIA MARCENSIS Y ENTEROCOCCUS FAECALIS**

Moreno Salgado, Jose Luis; Garcia Soblechero, Eduardo; Portero Garcia, Nieves.  
*Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.*

Presentamos el caso de una RNPT de 30 semanas de edad generacional, con embarazo controlado sin patología hasta la semana 30 en la que se realiza cesárea por hipertensión materna no controlada. No factores de riesgo infeccioso. Maduración pulmonar completa. Amniorrhexis intraparto. Reanimación tipo I. Evolución favorable desde el nacimiento hasta el 7 día de vida en el que presenta empeoramiento brusco del estado general, menor reactividad y hallazgos compatibles con sepsis/meningitis en pruebas complementarias e iniciándose antibióterápia empírica. Ante dicho empeoramiento se solicita ecografía cerebral en la que se observan múltiples lesiones quísticas periventriculares con contenido hiperecogénico en el interior, que evolucionan hacia una hidrocefalia tetraventricular con destrucción de la práctica totalidad del parénquima cerebral.

## **P-067 IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y MANEJO ADECUADOS DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA:**

### **REVISIÓN EN UN HOSPITAL PROVINCIAL DE LA SEROLOGÍA SIFILÍTICA EXTRAÍDA A RECIEN NACIDOS**

Gaya Sánchez, María Del Carmen <sup>1</sup>; Portero García, Nieves María <sup>1</sup>; García Barrionuevo, Claudia <sup>2</sup>; Gómez Pérez, Sara <sup>2</sup>; Benítez Moscoso, Gema <sup>2</sup>; Moreno Salgado, Jose Luis <sup>2</sup>; Márquez Mira, Pedro Luis <sup>2</sup>; Croche Santander, Borja <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Juan Ramón Jiménez, Servicio de Pediatría, Huelva; <sup>2</sup> Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

#### **Introducción Y Objetivos**

Es difícil el diagnóstico directo (campo oscuro); no el indirecto (pruebas treponémicas y no-treponémicas: con distintas sensibilidades y especificidades). Con diagnóstico y tratamiento apropiados se previenen importantes morbilidades en RN, incluso tardías. El tratamiento adecuado, la penicilina.

Objetivo: Presentar revisión de la sífilis gestacional y congénita en nuestro medio.

#### **Métodos:**

Se realiza estudio descriptivo retrospectivo desde 2012 a 2017 en nuestro hospital de todos los neonatos a los que se extrae serología, estudiándose en todos los casos los antecedentes epidemiológicos, serológicos y clínicos del binomio madre-hijo.

#### **Resultados:**

Sobre una población de 18363 RN vivos en 5 años, se precisaron serologías al nacimiento: 30 casos (1,63/1000). Las causas: sífilis materna: 46,6%, gestación no controlada 13,3%, mal controlada 6,6%, extravíos de pruebas 3,3%, falsos positivos en enfermedades autoinmunes 6,6%, sd nefrótico congénito: 3,3%, estudio de ascitis o colestasis: 16,6%. El 46,6% presentaron serologías maternas en 1ºT positivas. El 20% asociaron otras + como VHB crónica. Tan sólo 26,6% de las madres tienen controles serológicos en 2º-3ºT. En la sífilis materna (14 casos) presentaron clínica el 21,4%, siendo el resto latentes/indeterminada. Edad media 32,9a. Sin pareja estable y mal higienicosocial: 35,7%. Extranjeras: 50%. Con gestaciones previas el 57,1%, 28,5% abortos previos. 78,5% tuvieron relaciones sexuales de riesgo, de los cuales se estudiaron el 57,1%, recibiendo tto el 50% de éstas. Presentaron otras ETS: 14,2%. 42,8% consumió tóxicos. Gestación controlada: 71,4%. Todas ellas recibieron tto con penicilina (< 20 sem : 50%. De las restantes, el 60% < 30 días del parto). Cesárea: 50%. Bajo peso: 42,8%. Prematuros: 35,7%. Al nacimiento, presentan : RPR+: 4 (30,7%), de los cuales 2 presentan IgM antitreponema+, y 12: IgG+. VDRL LCR+: 1. Presentan sífilis congénita 3 RN ( 21,4%): 2 sífilis precoces, una neurosífilis. El 42,8% de RN de madres con lúes recibieron penicilina, con buen control serológico el 66,6% de los tratados.

#### **Conclusiones:**

Es importante la estandarización y universalización de los test diagnósticos. Es básico el control prenatal sistemático, con screening en 1º visita y seguimiento si existen factores de riesgo. Deben reforzarse las estrategias para un buen control prenatal: identificación precoz de infectadas, parejas y conductas de riesgo, tratamiento de ambos y seguimiento de estos RN, para erradicar la sífilis congénita.

**P-068 SPHINGOMONAS PAUCIMOBILIS. QUIÉN, CÓMO Y POR QUÉ.**

Sanz Santaefemia, Fco José <sup>1</sup>; González Abad, María José <sup>1</sup>; García Talavera, María Esther <sup>2</sup>; Viaño Nogueira, Pedro <sup>1</sup>; Gómez Garrido, Pablo <sup>1</sup>; Calleja Gero, Lourdes <sup>1</sup>; Cano Fernández, Julia <sup>1</sup>; Alonso Sanz, Mercedes <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid; <sup>2</sup> Centro de Salud Felipe II, Móstoles.

**Introducción**

*Sphingomonas Paucimobilis* es un bacilo Gram (-) aerobio, no fermentador, débilmente móvil, oxidasa/catalasa (+) que produce pigmento amarillo en Agar-sangre. Perteneciente inicialmente a *Pseudomonas*, escindiéndose como nuevo género en los 90 de acuerdo a datos filogenéticos. Ampliamente distribuido en la naturaleza, en agua y suelo puede también encontrarse en dispositivos hospitalarios como diálisis, nebulizadores, respiradores, etc. En los últimos años se ha implicado en infecciones sistémicas de baja virulencia. Se estudian casos de Enfermedad invasora por este microorganismo en un hospital terciario durante años 2011-17.

**Métodos**

Se recogen aislamientos positivos para *S. Paucimobilis* en periodo de estudio. Bacteriemia primaria: presencia del microorganismo solo en sangre considerando nosocomial si cultivo > 72 h tras ingreso. Infección asociada a catéter: cultivo positivo simultáneo en punta o reservorio y sangre periférica. Foco de infección: aislamiento en líquido estéril de esa región anatómica. Se excluyen cultivos de áreas no invasoras. Se emplean procesamiento BACTEC para aislamiento inicial y medios de cultivo enriquecido para identificación.

**Resultados**

Se recogen retrospectivamente cultivos positivos para *S. Paucimobilis* en hospital infantil en periodo Abril 2011-Septiembre 2017. Se descartan 31 muestras de: esputo, herida quirúrgica o exudado. 6 en Areas estériles: 3 Bacteriemias (2 primarias), 2 infecciones del catéter y 1 peritonitis. 1 paciente inmunocomprometido, 2 con traumatismo craneoencefálico previo y 3 sanos. El perfil de sensibilidad de la bacteria es muy variado siendo uniformemente sensibles a Carbapenemes, Flurquinolonas y piperacilina-tazobactam. Los tratamientos recibidos han sido cefotaxima en 4 ocasiones, cotrimoxazol y piperacilina-tazobactam. En todos los casos se confirmó individualmente la idoneidad del tratamiento inicialmente indicado. Resolución completa en todos los casos sin secuelas.

**Conclusiones**

1. *S. Paucimobilis* es responsable de infecciones esporádicas que de forma creciente en la última década adquiere mayor representatividad clínica.
2. Asocia escasa morbimortalidad, incluso en pacientes con patología de base. Se cree debido a deficiencia de exotoxinas, diferente perfil de enzimas líticas y baja actividad de la lipoproteína de la membrana externa.
3. Presenta sensibilidad a multitud de antibióticos testados, cercana al 100% para carbapenemes piperacilina/tazobactam y quinolonas, y discretamente menor a cefalosporinas. El tratamiento empírico suele resultar correcto en la mayoría de casos.

**P-069 APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LAS COINFECCIONES BACTERIANAS EN PACIENTES MENORES DE 6 MESES CON BRONQUIOLITIS GRAVE**

Pérez, Marta; Mendoza-Palomar, Natalia Ana; Pujol, Montse; Izquierdo, Jaume; Melendo, Susana; Larrosa, Nieves; Balcells, Joan ; Soler-Palacin, Pere; Proa-Nen, Grupo.

*Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.*

**Objetivo:** La antibioterapia en las bronquiolitis es controvertida. La coinfección bacteriana (CiB) puede asociar mayor morbimortalidad. Describimos los resultados de un protocolo de diagnóstico y tratamiento de CiB en menores de 6 meses con bronquiolitis, dentro del programa PROA-NEN.

**Pacientes Y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo. Inclusión los pacientes menores de 6 meses con bronquiolitis (score TAL modificado moderado-grave) ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP) entre 10/2016 y 12/2018. Sospecha de CiB: fiebre y/o signos clínicos o analíticos (procalcitonina >0.5ng/dl) compatibles. Datos presentados como: número y porcentaje o bien mediana y rango intercuartílico.

**Resultados:** Se incluyeron 76 pacientes (71% hombres). La edad fue de 41 días (28-73), 36% menores de 30 días (<30d). En 89% se aisló virus respiratorio sincitial. Se inició antibioterapia en 59 (78%) pacientes (44% <30d, 88% menores de 90 días), de ellos en el 42% antes de y en el 58% durante el ingreso en UCI-P. Se realizaron 12 punciones lumbares, 4 en <30d. Días de antibioterapia: 7 (7-7), 50% amoxicilina-clavulánico, 50% ampicilina y cefotaxima. En 6 casos se sospechó infección nosocomial, ampliándose el espectro antibiótico. Se confirmó CiB en 13/59 pacientes (22%): 1 hemocultivo (*S.pneumoniae*), 2 urocultivos (*K.pneumoniae*, *E. coli*), 10 aspirados traqueales (6 *H.influenzae*, 3 *S.aureus*, 2 *B.catharralis*, 1 *S.pneumoniae*, 1 *S.maltophilia*, 1 *E.cloacae*) y una PCR en sangre (*E.coli*). De los 17 pacientes sin antibioterapia, ninguno presentó una CiB. Se realizó una correcta evaluación diagnóstica según el protocolo en el 76% de los pacientes y un correcto cumplimiento terapéutico del protocolo en el 85%. El valor de proteína C reactiva y procalcitonina en pacientes con CiB confirmada microbiológicamente fue 6,0 mg/dl (4,0–10,0) y 1,5ng/dl (0,6-10,0); en pacientes con sospecha clínica sin confirmación microbiológica fue 2,5mg/dl (0,9-4,5) y 0,8ng/dl (0,2-1,4) y en pacientes sin antibioterapia fue 0,9mg/dl (0,2-2,0) y 0,2ng/dl (0,1-0,2).

**Conclusiones:** La aplicación del protocolo ha permitido mejorar la detección de casos con más riesgo de CiB, optimizar la antibioterapia y disminuir la realización de pruebas invasivas (punción lumbar) en un grupo de pacientes gravemente enfermos y especialmente susceptibles a la infección bacteriana invasiva.

#### **P-070 MUCOSITIS Y RASH INDUCIDO POR MYCOPLASMA**

Ariño Torregrosa, Mireia <sup>1</sup>; García Maset, Leonor <sup>2</sup>; Alemany Albert, Marta <sup>1</sup>; Navarrete Hervás, Dolores <sup>3</sup>; Rivas Piorno, Alba <sup>1</sup>; Torrejón Rodríguez, Laura <sup>1</sup>; Ferrer Lorente, Begoña <sup>1</sup>; Oltra Benavent, Manuel <sup>1</sup>; Monteagudo Montesinos, Emilio <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia; <sup>2</sup> Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto; <sup>3</sup> Centro de Salud Integral Alto Palancia, Segorbe.

#### **Introducción:**

Existe un gran polimorfismo entre las lesiones cutáneas asociadas a infección por *Mycoplasma pneumoniae*. La forma más grave está en el espectro del Síndrome de Stevens Johnson (SSJ). Sin embargo, recientemente, se han publicado un número importante de casos de formas incompletas que finalmente parecen diferenciarse del SSJ, con la denominación de “Mucositis y rash inducido por Mycoplasma” (MRIM). Presentamos 3 casos que cumplen criterios de MRIM, y su evolución.

#### **Caso Clínico 1**

Niña de 7 años que consulta por fiebre, dificultad respiratoria, y lesiones en mucosa oral y conjuntival. A la exploración destacan tiraje subcostal, con hipofonesis y sibilancias, hiperemia conjuntival bilateral y lesiones vesículo-costrosas friables en labios y cavidad oral. Se evidencian dos lesiones eritemato-descamativas en miembros inferiores. La radiografía de tórax muestra engrosamiento peribroncovascular. La PCR DNA de *Mycoplasma pneumoniae* en frotis faríngeo y la serología IgM son positivas. Posteriormente aparecen erosiones a nivel genital, empeoramiento de las conjuntivales con sinequias y extensión leve de las cutáneas. A pesar de que precisó ventilación mecánica durante 48 horas por distress respiratorio agudo la evolución fue favorable tras tratamiento con Azitromicina, nutrición parenteral, y tópico, resolviéndose en 15 días.

#### **Caso Clínico 2**

Niño de 10 años con fiebre, tos, dolor torácico, pseudomembranas en mucosa oral, y labios fisurados con exudado hemorrágico. Radiografía de tórax con aumento de densidad perihiliar bilateral e IgM+ para *Mycoplasma pneumoniae*. Recibe tratamiento con macrólidos, soporte nutricional y tópico, resolviéndose en 10 días.

#### **Caso Clínico 3**

Adolescente mujer de 14 años con fiebre, eritema conjuntival, lesiones ampollas en mucosa oral y lesiones maculares vesículo-bullosas en antebrazo. No afectación pulmonar ni genital. Serología IgM+ para *Mycoplasma pneumoniae*. Recibe tratamiento con Azitromicina y curas tópicas, resolviéndose en 10 días.

#### **Discusión.**

Los 3 pacientes presentados cumplen criterios de (MRIM): 1) Afectación de al menos 2 mucosas, 2) Desprendimiento de menos del 10% de la superficie corporal, 3) Lesiones en diana muy escasas o ausentes, 4) Neumonía atípica demostrada o serología positiva para *Mycoplasma pneumoniae*. Destacamos su curso generalmente benigno y la importancia de la PCR de Mycoplasma para su diagnóstico precoz, como ocurrió en el primer caso.

**P-071 ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA: LO QUE LA VERDAD ESCONDE.**

Bustamante Amador, Jorge; Baquero Artigao, Fernando; Romero, María Pilar; Del Rosal Rabes, Teresa; Calvo Rey, Cristina; Mellado Peña, María José; Méndez Echevarría, Ana.

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Introducción:** La introducción de vacunas conjugadas ha disminuido la incidencia de enfermedad neumocócica invasora (ENI) aunque persisten casos en niños vacunados, pudiendo existir defectos inmunitarios subyacentes no diagnosticados. Objetivo: Describir los defectos inmunológicos detectados en niños diagnosticados de ENI en nuestro centro.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes <14 años diagnosticados de ENI, mediante PCR/cultivo *S. pneumoniae* en muestra estéril, en hospital terciario durante 2003-2015.

**Resultados:** Incluimos 127 pacientes, mediana de edad 33 meses (RIQ;12-59). El 44% (56/127) presentaron neumonía bacteriémica, 26% (33/127) neumonía con empiema, 16% (21/127) meningitis, 9.5% (12/127) sepsis, 2.3% (3/127) mastoiditis, 1.5% (2/127) artritis. El 69% (84/121) había recibido  $\geq 2$  dosis de vacuna antineumocócica conjugada y 56% (68/121)  $\geq 3$  dosis. De los 84 niños con  $\geq 2$  dosis, 5 (6%) presentaron infección por serotipos vacunales; en ninguno se estudió respuesta vacunal. El 25% de los pacientes (33/127) presentaban antecedentes que podrían condicionar defectos inmunológicos/predisposición a ENI: 9/127 infecciones respiratorias recurrentes, 5/127 prematuridad, 4/127 Sd.Down, 2/127 linfangiectasia, 2/127 encefalopatía no filiada. Otras patologías observadas fueron 1 cardiopatía, 1 infección VIH, 1 antecedente de miositis *S. pyogenes*, 1 antecedente sepsis meningocócica, 1 leucemia linfoide aguda posterior a la ENI, 1 paciente con neutropenias, 1 con coagulopatía, 1 atresia de esófago y 1 niño con celiaquía y hemangioendotelioma hepático. Solo se realizó algún estudio inmunológico en 28% de pacientes (38/133). El 21% de los estudiados (8/38) presentaban hipogammaglobulinemia para la edad, 6% delección de C2 (1/15) y 31% inversión del cociente CD4/CD8 (5/16), 50% de los niños vacunados con 3 dosis DTP no presentaron respuesta a tétanos(4/8), 50% (4/8) a difteria. El 21% de niños con 2 dosis de antineumococica no presentaron respuesta (3/14). Realizamos ecografía abdominal en 38/127 (30%), 16% con alteraciones en el bazo (1 asplenia y 3 poliesplenias).

**Conclusiones:** Un alto porcentaje de pacientes con ENI puede asociar alteraciones inmunológicas u otros factores predisponentes. Los antecedentes clínicos deberían haber alertado sobre ello, pero en pocas ocasiones se realiza estudio inmunológico dirigido. Recomendamos ecografía abdominal y estudio inmunológico básico a niños con ENI, especialmente si antecedentes de riesgo, formas graves y fallos vacunales.

**P-072 INFECCIÓN DISEMINADA POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: RETOS DIAGNÓSTICOS**

Vázquez Pérez, Álvaro ; Agud De Dios, Martín; Benavides Nieto, Marta; Bustamante Amador, Jorge ; Baquero Artigao , Fernando; Calvo Rey, Cristina; Méndez Echevarría, Ana.

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Introducción**

La bacteriemia por *Staphylococcus aureus* (BSA) es una complicación rara en pacientes inmunocompetentes. Hasta el 20% de las BSA pueden complicarse con focos profundos de infección.

**Caso Clínico**

Paciente de 13 años sin antecedentes de interés consulta en urgencias por fiebre de hasta 40°C de 10 días de evolución con dolor torácico de 3 días de evolución. Lesiones maculopapulosas en extremidades inferiores, mano izquierda y espalda. Orofaringe hiperémica, labios fisurados,. No adenopatías. ACR: Normal. Abdomen: hepatomegalia de 1cm. Artritis metatarso-falángica del primer dedo derecho. Resto de exploración normal. Exploraciones complementarias: Leucocitos 11,700 (N85%, L 7%); PCR 260mg/L. Bioquímica: AST 148, ALT 177, GGT 208, LDH 446 Nt-proBNP 322. ECG normal. Streptotest negativo. Rx tórax: derrame pleural bilateral con infiltrados peribroncovasculares bilaterales. Eco-torácica confirma derrame y consolidación izqda.; Eco abdominal: esplenomegalia 14 cm y Eco-cardio: descarta endocarditis. Durante su estancia hospitalaria se inicia tratamiento con cloxacilina y clindamicina i.v, con buena respuesta clínica, a pesar de importante dificultad respiratoria en los primeros días. Serologías: negativas. Hemocultivo positivo a *S. Aureus* meticilín sensible. La Leucocidina de Panton-Valentine (LPV) fue negativa. PET-TC, evidencia diversos focos de infección: neumonía con dos nódulos captantes en pulmón izquierdo y derrame bilateral; focos diseminados en partes blandas de miembros inferiores, captación ósea en tibia izquierda y de mayor entidad en la pala del sacro izquierda (que se sospechó como posible foco primario). RM descartó la presencia de alguna lesión de base a nivel pélvico. Cumplió 14 días de antibioterapia i.v. con buena evolución clínica, siendo dado de alta con antibioterapia oral (Cefadroxilo).

**Discusión**

El *S. aureus* puede causar desde infecciones localizadas hasta infecciones sistémicas graves. La presentación clínica depende de la presencia de toxinas, de factores predisponentes del paciente o de factores de virulencia, como la LPV, que en este caso fue negativa a pesar de la agresividad de la infección. En ocasiones su sospecha clínica inicial es difícil dado que las manifestaciones clínicas de una infección sistémica por *S.aureus* pueden simular diversos cuadros. El uso del PET-TC permite detectar focos metastásicos y contribuye a establecer duración y tipo de tratamiento y control evolutivo de la infección.

**P-073 PARAPARESIA ESPÁSTICA AGUDA SECUNDARIA A ABSCESO INTRAESPINAL**

Sala Fernández, Laura; Guerreo Laleona, Carmelo; Bustillo Alonso, Matilde ; López Rojo, Myriam; Marin Andrés , Marta; Martínez De Morentín , Ana Laura ; Guitérrez Sánchez , Aida .  
*Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

**Introducción:** Se presenta un caso de paraparesia espástica aguda secundaria a absceso intraespinal en un niño afecto de lipomielocelo.

**Caso clínico:** Lactante de 14 meses que acude a urgencias por cuadro febril de 7 días de evolución, asociado desde hace 3 a rechazo de la marcha. A la exploración se encuentra irritable. Presenta debilidad en ambas piernas con hipertonia, ROTs exaltados con aumento del área y clonusaquéleo bilateral inagotable. Hipotonía y menor movilidad de brazo izquierdo. Tendencia a la hiperextensión cervical al incorporarlo para la sedestación, con envaramiento. Incapacidad para la sedestación y la bipedestación. En región lumbar se observa tumoración, sin signos inflamatorios, presente desde el nacimiento y que en ecografía postnatal había sido catalogado como lipomielocelo.

Se decide ingreso y se realiza RM urgente, en la que se visualiza absceso intramedular en D8, con trayecto fistuloso. Es intervenido quirúrgicamente realizándose laminectomía D8-D7, accediendo a cavidad dérmica con salida de queratina y pelo y adyacente a él, hacia zona cervical salida de abundante pus, por lo que realizan laminectomía D5-D4.

Se inicia tratamiento antibiótico con Ceftazidima, Vancomicina y Metronidazol. En cultivo del absceso se aísla *S. Epidermidis*, siendo el hemocultivo negativo. Estudio anatomopatológico compatible con quiste epidermoide. Se completa 7 días de triple terapia y posteriormente se continúa tratamiento exclusivamente con Vancomicina hasta realización de RM de control a las 6 semanas .

Recuperación clínica progresiva, con aumento del tono y la fuerza en extremidad superior derecha, siendo capaz de realizar el agarre de objetos. Disminución del clonus aquileo hasta casi desaparecer. Capacidad para mantener la sedestación y la bipedestación estable con apoyo, aunque con tendencia al equino bilateral y rigidez de ambos gemelos, por lo que se administra toxina botulínica. Es dado de alta un mes y medio después. Actualmente sigue controles en Neuropediatria, Neurocirugía y Rehabilitación.

**Discusión:** En el caso presentado se pone de manifiesto el riesgo infeccioso de las lesiones intramedulares no tratadas de manera precoz y la repercusión a nivel neurológico que ello conlleva. Se expone la necesidad de tratamiento quirúrgico y antibiótico inmediato, necesario para la correcta evolución clínica y la ausencia de secuelas en el paciente.

**P-074 SHOCK SÉPTICO POR *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* EN CONTEXTO DE GASTROENTERITIS AGUDA POR *SALMONELLA PARATYPHI B***

García Barrionuevo, Claudia; Márquez Mira, Pedro; Jiménez De Los Santos, Carmen ; Gómez Pérez, Sara; Benítez Moscoso, Gema; Moreno Salgado, Jose Luis; Portero García, Nieves; Gaya Sánchez, Carmen; Croche Santander, Borja.

*Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.*

**Introducción**

*Klebsiella pneumoniae* pertenece a la familia de las enterobacterias y forma parte de la flora comensal de las mucosas (30% en intestino grueso, < 5% en orofaringe y ocasionalmente en piel). Se han descrito casos de bacteriemia por *K.pneumoniae* en contexto de infecciones gastrointestinales víricas siendo excepcionales los producidos por *Salmonella spp.*

**Caso clínico**

Niña de 13 años presenta cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por fiebre, dolor abdominal, náuseas, un vómito y múltiples deposiciones diarreicas con moco y sangre. En la exploración física objetivamos sequedad de piel y mucosas. Al ingreso los leucocitos son normales, PCR 65.9 mg/L. En la ecografía abdominal destaca engrosamiento difuso de las paredes del marco cólico, en especial colon ascendente y transverso, adenopatías reactivas en fosa ilíaca derecha. En coprocultivo se aísla *Samonella paratyphi B*.

Al cuarto día de ingreso se produce un empeoramiento clínico con vómitos repetidos, defensa abdominal y cuadro sincopal. Analíticamente hay un aumento de leucocitos hasta 68.000/mm<sup>3</sup> (26% cayados) y la PCR se eleva a 127 mg/L. Ante esta situación ingresa en cuidados intensivos y comienza antibioterapia con metronidazol y ceftriaxona. Presenta estado de shock refractario a drogas vasoactivas, siendo necesario administrar hidrocortisona endovenosa. Precisa intubación y ventilación mecánica por deterioro neurológico. En hemocultivo se aísla *Klebsiella pneumoniae* sensible a cefotaxima. Permanece ingresada en cuidados intensivos 15 días, recibiendo terapia de soporte con buena evolución. Al alta destaca como secuela mala contractilidad del tabique interventricular con disminución de la fracción de eyección, normalizada en controles posteriores.

**Discusión**

Se postula que las bacteriemias secundarias a un foco entérico son producidas por el daño ocasionado en la mucosa intestinal a causa de la gastroenteritis aguda, lo que favorece la translocación bacteriana de gérmenes comensales como *Klebsiella pneumoniae*. Estos cuadro pueden manifestarse de forma agresiva como en nuestro caso, en el cual se desencadenó un shock séptico refractario a drogas.

Destacamos que el contexto en el que se desarrolla este cuadro es una gastroenteritis por Salmonella, pues habitualmente se han descrito en infecciones gastrointestinales por rotavirus o adenovirus.

**P-075 EXANTEMA Y MUCOSITIS EN NIÑA CON NEUMONÍA ATÍPICA POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE***

Viaño Nogueira, Pedro; Gómez Garrido, Pablo; Sanz Santaefemia, Francisco José; Noguera Morel, Lucero; Bascuas Arribas, Marta.

*Hospital del Niño Jesús, Madrid.*

**Introducción:**

Se presenta un caso de exantema y mucositis causado por *Mycoplasma pneumoniae* (MIRM), en una niña previamente sana. Esta entidad clínica ha sido recientemente descrita y constituye un síndrome diferenciado de otras enfermedades mucocutáneas relacionadas con este microorganismo (Stevens-Johnson, eritema multiforme).

**Caso Clínico:**

Niña de 5 años sin antecedentes de interés, correctamente vacunada y sin alergias medicamentosas conocidas que consulta en Urgencias por febrícula y dificultad respiratoria. Se realiza radiografía de tórax, sugerente de neumonía atípica. Se inicia tratamiento ambulatorio con azitromicina a 10 mg/kg/día y deflazacort a 1 mg/kg/día.

Reconsulta 24 horas después por eritema y edema labial. Asocia erosiones orales con vesículas y ampollas de contenido claro, erosiones gingivales e hiperemia amigdalares con lesiones puntiformes. Se observa hiperemia conjuntival no purulenta. Asimismo, presenta exantema cutáneo con lesiones dianiformes atípicas compuestas por una ampolla central tensa con halo eritematoso, con signo de Nikolski negativo. Ingresa para sueroterapia intravenosa por rechazo de la ingesta, añadiéndose gel oral de lidocaína y triamcinolona al tratamiento anterior.

Al ingreso presenta analítica de sangre con leucocitosis (15.000 leucocitos/mm<sup>3</sup>), PCR 5,6 mg/dL, bioquímica general sin alteraciones y sedimento de orina no patológico. Se solicita serología para *Mycoplasma*, resultando IgM positiva e IgG negativa, lo que confirma el diagnóstico de sospecha de MIRM.

A las 48 horas del ingreso se decide alta con curas locales tras mejoría clínica de las lesiones. Se reevalúa en consultas externas, con resolución completa de las lesiones tras una semana.

**Discusión:**

La infección por *Mycoplasma pneumoniae* produce afectación cutánea en un 25% de los casos, pudiendo ser causa de Síndrome de Stevens-Johnson y eritema multiforme. Recientemente se ha postulado que algunos casos podrían constituir una entidad independiente denominada MIRM. Se han propuesto los siguientes criterios diagnósticos: despegamiento menor al 10% de la superficie corporal, 2 o más mucosas afectadas, escasez de lesiones vesiculoampollosas, lesiones dianiformes y diagnóstico previo de neumonía atípica. El tratamiento es médico, basado en la antibioterapia (macrólidos), corticoides y AINES. A diferencia de otras enfermedades mucocutáneas, el curso clínico es generalmente bueno sin que se presenten habitualmente complicaciones ni secuelas graves.

**P-076 SHOCK SÉPTICO POR *PSEUDOMONA AERUGINOSA* EN PACIENTE SANO: ANTICIPARSE ES LA CLAVE.**

Cano Cabrera, Marta; Benitez Fernández, Inmaculada; Cabello Gomez, Sara; Terol Barrero, Pedro Jesús.

*Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.*

*Pseudomonas aeruginosa* es un patógeno oportunista de amplia distribución ambiental y nosocomial. Las infecciones invasivas se producen principalmente en pacientes inmunocomprometidos. Sin embargo, en situaciones excepcionales pueden producirse infecciones adquiridas en la comunidad en pacientes sanos. Las manifestaciones clínicas suelen ser cutáneas asociadas o no a bacteriemia, pudiendo ser ésta de evolución grave y con compromiso multisistémico.

**Caso clínico:**

Lactante de 4 meses, sin antecedentes personales ni familiares de interés y correctamente vacunado, que consulta por fiebre máxima de 39.5°C de 48 horas de evolución acompañada de decaimiento general y deposiciones diarreicas. A su llegada a urgencias presenta aspecto séptico, con relleno capilar enlentecido y polipnea. Exploración por órganos y sistemas sin hallazgos. Febrícula, hipotenso y taquicárdico, por lo que tras estabilización cardiorespiratoria se decide su traslado a UCI donde se inicia antibioterapia empírica endovenosa (cefotaxima y vancomicina). En analítica de ingreso presenta leucopenia con neutropenia moderada, PCR 400 mg/L y PCT 39 ng/mL; radiografía de tórax, estudio de orina y LCR sin hallazgos patológicos. A las 12 horas comienza a presentar lesiones compatibles con ectima gangrenoso por lo que se inician ceftazidima y amikacina. Finalmente en hemocultivo y aspirado traqueal se aísla *Pseudomonas aeruginosa* sensible por lo que se mantiene doble antibioterapia hasta estabilización clínica desescalando posteriormente a un solo antimicrobiano. Control de la sepsis, pero aparición de endoftalmitis endógena unilateral y múltiples abscesos cutáneos donde se aísla mismo germen en reiteradas ocasiones por lo que se cambia a Piperazilina-tazobactam en perfusión extendida completando hasta 30 días de antibioterapia endovenosa con evolución favorable. El estudio inmunológico realizado tras el alta incluyendo estudio genético para neutropenias hereditarias y enfermedad granulomatosa crónica fue normal.

Debe tenerse en cuenta que los antibióticos empíricos recomendados como tratamiento para la sepsis adquirida en la comunidad en niños sanos no incluyen antibióticos eficaces frente a *Pseudomonas aeruginosa* por lo que resulta importante detectar signos clínicos o de laboratorio que permitan sospechar esta etiología. El caso clínico expuesto presentó lesiones de ectima gangrenoso con evolución rápida en las primeras 24 horas del ingreso, neutropenia moderada que posteriormente normalizó y deposiciones diarreicas junto con la fiebre.

#### **P-077 LESIONES EN SACABOCADOS**

Villarreal Calvo, María; Malumbres Chacón, María; Urretavizcaya Martinez, María; Moreno Gonzalez, Paula; Sánchez Martinez, Idoia; Nogueira López, Javier; Abarzuza Armendariz, Jorge; Ahmed Mohamed, Lotfi; Herranz Aguirre, Mercedes.

*Hospital de Navarra, Pamplona.*

#### **Introducción**

El ectima gangrenoso es una infección cutánea poco frecuente causada principalmente por *Pseudomona aeruginosa*. Generalmente afecta a pacientes inmunocomprometidos o con enfermedades hemato-oncológicas. Presenta una mortalidad elevada (en pacientes neutropénicos del 30-45%, en no neutropénicos del 15%). La lesión negra en sacabocados en zona genital o axilar junto con fiebre es el cuadro clínico típico. Para el diagnóstico es fundamental la sospecha clínica y la confirmación microbiológica. El tratamiento se basa en intervención quirúrgica para desbridar las lesiones y antibioticoterapia.

#### **Caso clínico**

Niña de 1 año y 2 meses que acude a urgencias por fiebre de 39C, rinorrea y mucosidad nasal. Se recoge muestra de orina con resultado negativo y se inicia tratamiento antibiótico con Amoxicilina. Al día siguiente consulta de nuevo, presenta mal estado general, con shock descompensado por lo que se administran expansiones de SSF y se inicia tratamiento con Cefotaxima. Se solicita analítica sanguínea donde presenta pancitopenia con neutropenia (800), coagulopatía, PCR 263, PCT 26. También se realiza radiografía de tórax que es normal. Llama la atención la presencia en labios mayores y surco interglúteo así como perianal lesiones ampollas de contenido seroso con base violáceo/ulcerosa. Ante la sospecha de ectima gangrenoso se decide cambio de antibioticoterapia a Cefepime y Vancomicina. Se solicita valoración a cirugía infantil que decide desbridar las lesiones y recoger muestras obteniendo resultado positivo para *Pseudomona aeruginosa*. Recibe tratamiento antibiótico intravenoso durante 7 días en biterapia con Cefepime + Tobramicina (dada la gravedad del cuadro, a pesar de antibiograma sensible a Tobramicina) y 3 días más con Tobramicina en monoterapia. Durante el ingreso se realiza estudio de inmunoglobulinas y complemento con resultado normal. Normalización de cifras de neutrófilos en controles analíticos. Presenta buena cicatrización sin edema perilesional ni costras. Se decide alta con ciprofloxacino oral 7 días más. En seguimiento en consulta de enfermedades infecciosas, por el momento niña sana.

#### **Discusión**

Ante la presencia de lesiones negras en sacabocados se debe sospechar esta enfermedad. Para el tratamiento es fundamental una correcta cobertura antibiótica y el desbridamiento de las lesiones.

**P-078 INFECCIÓN OSTEOARTICULAR, PIOMIOSITIS, TROMBOFLEBITIS Y ÉMBOLOS SÉPTICOS PULMONARES POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* PRODUCTOR DE LEUCOCIDINA DE PANTON-VALENTINE**

Breton Martinez, Jose Rafael; Gonzalo Alonso, Isabel; Gonzalez, Noelia; Blasco, Maria Angeles; Salom, Marta; Puchol, Enrique; Castaño Aroca, Maria Jesus; Sahuquillo, Jose Miguel; Hernandez Cabezas, Alicia; Molina, Jose Miguel; Villalba Perez, Maria Desamparados; Molina Corbacho, Maria; Frasquet, Juan; Ben Raza, Mohamed Ali; Lopez Hontangas, Jose Luis; Oltra Benavent, Manuel; Gil Brusola, Ana; Monteagudo Montesinos, Emilio .  
*Hospital Universitario Y Politecnico La Fe, Valencia.*

**Introducción y objetivos:**

La leucocidina de Pantón-Valentine (LPV) es un factor de virulencia de *S. aureus* (SA) que se ha asociado a infecciones graves e invasoras de piel y partes blandas, osteoarticulares y neumonía necrosante con importante mortalidad. Presentamos un caso clínico para contribuir al reconocimiento precoz de esta entidad.

**Caso clínico:**

Niña de 11 años, ingresada por fiebre de 39°C de 3 días de evolución asociada a tumoración, eritema, edema y dolor intenso en la cara medial de la rodilla y pierna derecha tras un traumatismo en la playa 5 días antes. La niña refería además dificultad respiratoria y dolor a nivel centrotorácico con tos y expectoración hemoptoica. A la exploración presentaba un cordón eritematoso y doloroso que recorría en sentido ascendente la región medial de pierna derecha hacia el muslo.

El hemograma mostraba leucocitos 19.960/mm<sup>3</sup>, PCR 340 mg/L, IQ 66%, y dímeros D 1987 ng/ml. En la ecografía había edema importante de partes blandas de la pierna con trombosis venosa superficial de la vena safena interna.

Se instauró tratamiento empírico con meropenem y linezolid e ingresó en UCIP. La RM informó la existencia de una osteomielitis metafisaria tibial con absceso subperióstico y piomiositis. La angio-TAC torácica mostró la presencia de imágenes compatibles con metástasis sépticas pulmonares. En el hemocultivo y muestras de esputo se aisló *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina, clindamicina, linezolid y rifampicina. El estudio del gen productor de LPV fue positivo.

El tratamiento antibiótico se modificó a la combinación de linezolid, clindamicina y rifampicina. Se decidió cirugía urgente, con evacuación de abundante pus y colocación de drenajes. La evolución fue favorable siendo alta a los 25 días para completar tratamiento en domicilio.

**Discusión:**

La infección por SA-LPV+ se debe sospechar en pacientes con infección osteoarticular grave y extensa con importante repercusión sistémica, abscesos grandes subperiósticos u óseos multifocales con piomiositis, trombosis venosa profunda e infección metastásica a distancia, especialmente a pulmones. El tratamiento debe incluir clindamicina o linezolid o combinar ambos. No se deben olvidar las medidas adecuadas de aislamiento del paciente hospitalizado, así como las medidas de descontaminación del paciente y de los contactos domiciliarios.

**P-079 ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA: ESTUDIO RETROSPECTIVO.**

Moreno Sánchez, Francisco Javier; Santos Simarro, Guillermo; Méndez Echevarría, Ana; Del Rosal Rabes, Teresa; Sáinz Costa, Talía; Aracil Santos, Francisco Javier; Ots Ruiz, Cristina; Calvo Rey, Cristina; Baquero Artigao, Fernando.

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Introducción:**

La encefalomiелitis aguda diseminada (EMAD) es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central de origen autoinmune que se ha relacionado con infecciones o vacunaciones previas. Nuestro objetivo fue analizar las características clínicas, datos diagnósticos, tratamiento y evolución de los pacientes con diagnóstico de EMAD en un hospital terciario.

**Métodos:**

Estudio observacional retrospectivo (2012-2017) de niños <14 años diagnosticados de EMAD. Se analizaron: edad, sexo, antecedentes de infección o vacunación en las 4 semanas previas al diagnóstico, sintomatología clínica, pruebas de laboratorio, resultados microbiológicos, hallazgos en las pruebas de neuroimagen y electroencefalograma, tratamiento y evolución.

**Resultados:**

Se incluyeron 8 pacientes con diagnóstico de EMAD. El 50% fueron varones y la mediana de edad fue 4 años (IQR:1-7). Seis casos (75%) habían padecido infecciones previas, la mayoría de origen ORL (4/6), pero ninguno recibió vacunaciones en el mes previo. Los síntomas más frecuentes fueron alteración de la marcha (5/8) y disminución del nivel de conciencia (4/8). Únicamente el 37% (3/8) presentaron fiebre. La RMN evidenció afectación cerebral en todos los casos y afectación medular en todos en los que se completó el estudio (3/8). La mediana de leucocitos totales en sangre fue de 10.900/ $\mu$ L (IQR:9.850-14.425) y la PCR 5,6 mg/L (IQR:4,8-6,2). El 71% (5/7) presentó pleocitosis y el 28% (2/7) hiperproteínorraquia. Tan sólo en dos casos se atribuyó la EMAD a un agente infeccioso específico (seroconversión para virus herpes simple y virus herpes 6). El 50% de los pacientes recibieron tratamiento combinado con corticoides e inmunoglobulinas, el 25% únicamente corticoterapia y el otro 25% no recibió ninguno de los dos. No hubo fallecimientos y a los 6 meses tenían secuelas el 50% (dos casos migraña, uno crisis epilépticas y otro alteraciones motoras y del lenguaje).

**Conclusiones:**

La EMAD debe sospecharse en niños con clínica de encefalitis y alteración de la marcha. En nuestra serie no hemos identificado causa desencadenante en la mayoría de casos. Los hallazgos analíticos son de poca ayuda y el diagnóstico se confirma mediante RMN. Con un tratamiento adecuado el pronóstico es favorable. En nuestro estudio no hubo fallecimientos y solo un 25% tuvo secuelas significativas.

### **P-080 MANEJO TERAPEÚTICO DE LOS ABSCESOS PROFUNDOS DEL CUELLO**

Carazo Gallego, Begoña; Martín Pedraz, Laura; Calvo Cillán, Alicia ; López Martín, David; Godoy Martínez, Elena; Moreno Pérez, David.

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.*

#### **Introducción Y Objetivos**

Los abscesos profundos del cuello (APC) son infecciones cuyas complicaciones pueden conllevar riesgo vital. Su manejo diagnóstico-terapéutico continúa siendo tema de debate en la literatura.

El objetivo de nuestro estudio es describir las características clínico-epidemiológicas de los abscesos retrofaríngeos (ARF) y parafaríngeos (APF) atendidos en un hospital de tercer nivel.

#### **Métodos**

Estudio retrospectivo observacional de corte trasversal mediante recogida de datos tras revisión de historias clínicas de casos durante 2006-2017.

#### **Resultados**

Durante el período de estudio se diagnosticaron 30 APC: 17 ARF, 8 APF y 5 pacientes que asociaban ambos. Mediana de edad 27 meses (RIQ 16,5-64,25), 56,7 % varones. En el período 2011-2013 se agruparon el 46,7% de los casos. La presencia de fiebre (100%), adenopatía cervical (83,3%) y tortícolis (60%) fueron los signos más frecuentes. En 70% se realizó ecografía cervical inicial con diagnóstico compatible con APC en el 66,6%. En el 90% se confirmó el diagnóstico mediante TC cervical. Los APC diagnosticados mediante ecografía tuvieron mayor diámetro, pero sin significación estadística ( $p=0,4$ ).

La mitad de los pacientes recibió antibiótico previo, 85% amoxicilina-clavulánico. En 17 APC (56,7%) se realizó drenaje quirúrgico, empleándose tratamiento conservador en el 43,3% restante. El antibiótico intravenoso más empleado fue amoxicilina-clavulánico (70%). Se relacionó la necesidad de drenaje quirúrgico con mayor diámetro del absceso ( $p=0,01$ ), no encontrándose significación con la cifra de leucocitos al diagnóstico, proteína C reactiva ni horas de evolución de los síntomas. En dos casos se indicó la cirugía por mediastinitis y en 5 por compresión de vía aérea. En el 26,7% de los APC drenados no se obtuvo material purulento. Entre los APC tratados de manera conservadora y aquellos que precisaron cirugía no se observaron diferencias estadísticas en relación a la estancia hospitalaria ni duración de tratamiento antibiótico. En 23,3% se obtuvo aislamiento microbiológico, 71,4% *Streptococcus pyogenes*. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente.

#### **Conclusiones**

- En nuestra muestra más de la mitad de los casos pudo diagnosticarse mediante ecografía.
- El 43,3% de los APC evolucionaron favorablemente sin precisar drenaje quirúrgico, no observándose diferencias en estancia hospitalaria al compararlos con aquellos tratados quirúrgicamente.

**P-081 DESCRIPCIÓN DE LAS MASTOIDITIS AGUDA ENTRE 2000 Y 2017 E IMPACTO DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA 13 VALENTE EN LAS MASTOIDITIS AGUDAS**

Escobar Castellanos, María; Vigil, Sara; Guerra, Luis; Hernanz Lobo, Alicia; Santos, Maria Del Mar; Santiago, Begoña; Hernández-Sampelayo, Teresa; Aguilera, David; Rincon, Elena; Navarro, Marisa; Saavedra, Jesús.

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

**Introducción:**

Nuestro objetivo es analizar si se han producido cambios tanto en la etiología como en la gravedad de las mastoiditis tras la introducción de la vacuna antineumocócica 7/13-valente en el Calendario Vacunal de la Comunidad de Madrid.

**Material Y Métodos:**

Se realizó un estudio analítico retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de mastoiditis aguda ingresados en un hospital terciario entre los años 2000 y 2017. Se realizaron dos grupos en función de si la vacuna estaba incluida en el calendario vacunal en dicho periodo (PV vs NPV), comparando en ambos grupos variables relacionadas con la clínica, tratamiento y microorganismo responsable del cuadro.

**Resultados:**

Se analizaron 194 pacientes (60% varones), con una media de edad de 2,7 años. En el 39% de los casos se obtuvo un aislamiento microbiológico, siendo los microorganismos más frecuentes *S. pneumoniae* (37%) y *S. pyogenes* (21%).

Los niños con mastoiditis en PV eran más pequeños (19,3 vs 40,4 meses;  $p < 0,001$ ), tenían más fiebre (78,3% vs 65,3%;  $p = 0,07$ ) y presentaban menos otalgia (47,1% vs 65,3%;  $p = 0,015$ ). En relación con los estudios microbiológicos, en PV, a pesar de que se realizaron más hemocultivos (84,5% vs 67,5%;  $p = 0,011$ ), el porcentaje de positivos fue menor que en NPV (1,7% vs 8,4%;  $p = 0,14$ ). Además, el aislamiento de un microorganismo en el exudado del CAE también fue menor en PV (15,4% vs 57,1%;  $p = 0,03$ ). En el periodo PV se realizaron menos pruebas de imagen en el NPV (13,2% vs 27%;  $p = 0,041$ ). No hubo diferencias en el aislamiento de neumococo entre periodos. No se objetivaron diferencias en la gravedad ni en la evolución clínica entre PV y NPV.

**Conclusiones:**

No hemos encontrado cambios significativos en la etiología de las mastoiditis relacionados con la introducción de la vacuna. Mientras Prevenar estaba incluido en el calendario vacunal fueron necesarias menos pruebas de imagen, lo que nos puede sugerir que se trataba de mastoiditis menos complicadas además el porcentaje de hemocultivos positivos fue menor en el PV lo que parece indicar menor incidencia de enfermedad invasiva.

**P-082 FIEBRE REUMÁTICA, ¿UNA ENFERMEDAD SOLO DE PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO?**

Llorente Ruiz, Cristina; Miras Aguilar, Isabel; Olalla Nadal, Fatima; Mateo Martín, Gonzalo ; García Mazario, María Jesús; Ortigado Matamala, Alfonso .

*Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.*

**Introducción**

La fiebre reumática es una complicación tardía, no supurativa, de la faringitis estreptocócica. Es una enfermedad muy poco frecuente en países desarrollados y su diagnóstico se basa en criterios clínicos (Criterios de Jones), sin datos de laboratorio patognomónicos.

La corea de Sydenhan es una manifestación tardía de la Fiebre reumática, que sucede hasta 6 meses después de la infección estreptocócica y puede presentarse sin ningún otro criterio asociado.

**Caso Clínico**

Presentamos dos pacientes que acuden a urgencias por movimientos anormales estereotipados adquiridos y disartria de reciente aparición, sugestivos de Corea.

La primera paciente es una mujer de 5 años que fue diagnosticada de fiebre reumática, una vez excluidas otras causas de Corea, cumpliendo dos criterios mayores de Jones (insuficiencia mitral moderada y corea de Sydenhan), un criterio menor (elevación de VSG), así como elevación de anticuerpos antiestreptocócicos. Fue tratada con Penicilina oral, corticoides y ácido acetilsalicílico.

El segundo paciente es un varón de 7 años, diagnosticado de fiebre reumática, también descartando otras causas de corea inicialmente, cumpliendo dos criterios mayores claros (insuficiencia mitral leve y corea de Sydenhan) y un criterio mayor dudoso (nódulos subcutáneos) con aislamiento de Streptococo del Grupo G en el cultivo faríngeo. Fue tratado con carbamazepina, ácido acetilsalicílico y Penicilina oral.

Ambos pacientes han presentado una evolución favorable, desapareciendo la clínica neurológica y cardiológica.

**Conclusiones**

La fiebre reumática no es solo un problema de países en vías de desarrollo, por lo que debe sospecharse en pacientes con clínica neurológica o cardiológica adquirida sugestiva, con antecedente de infección faríngea previa.

La corea de Sydenhan es la forma de corea adquirida más frecuente en la infancia, es una manifestación de la fiebre reumática que afecta al 18-36% de los pacientes.

Debe considerarse la posible implicación en el desarrollo de la enfermedad de otros serogrupos de Streptococo distintos al grupo A, como Streptococos del grupo C y del grupo G, debido a su similitud estructural, como apuntan algunos estudios recientes.

Un correcto tratamiento y una actuación precoz conducen a la curación de la enfermedad sin secuelas.

### **P-083 SÍNDROME DE LEMIERRE SECUNDARIO A OTITIS MEDIA AGUDA**

Marin Andres, Marta; Bustillo Alonso, Matilde; Guerrero Laleona, Carmelo; Martinez De Morentin Navarcorena, Ana Laura; Gutierrez Sanchez, Aida Maria; Sala Fernandez, Laura ; Lopez Rojo, Myriam.  
*Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

#### **Introducción**

El síndrome de Lemierre se origina generalmente como complicación de una infección orofaríngea que se extiende al espacio carotideo. Se asocia a tromboflebitis séptica de la vena yugular interna y con frecuencia produce embolias sépticas siendo el compromiso pulmonar el más frecuente. Presentamos un caso secundario a otitis media aguda (OMA).

#### **Caso clínico**

Mujer de 14 años con otalgia izquierda de 7 días de evolución, fiebre hasta 39.2°C desde hace 48 horas y dolor retroauricular desde hace 24 horas. Hacia 15 días había sido diagnosticada de OMA (tratada 7 días con amoxicilina). Antecedentes personales: otitis de repetición y obesidad.

Exploración física: otoscopia izquierda con tímpano abombado, edema retroauricular sin despegamiento del pabellón, adenopatía submandibular izquierda. Analítica: PCR 16.78 mg/dL, PCT 0.17 ng/mL, leucocitos 19800/mm<sup>3</sup> (N 77.4%). Se decide ingreso e iniciar tratamiento intravenoso con amoxicilina-clavulánico.

A las 24 horas presenta empeoramiento con aparición de tumefacción laterocervical izquierda, de 2-3 cm de diámetro, caliente y dolorosa y limitación a la movilización cervical. Se solicita TAC cervical: otomastoiditis izquierda, trombosis yugular interna izquierda y adenoflemón izquierdo. Se sustituye antibioterapia inicial por cefotaxima más clindamicina y se añade corticoterapia y heparina. Ante la sospecha clínica de síndrome de Lemierre se completa el estudio con radiografía de tórax y ecocardiograma (normales). En hemocultivo se aísla *Streptococcus intermedius*.

Inicia mejoría progresiva completando 14 días de antibioterapia intravenosa. Al alta continúa con amoxicilina-clavulánico oral 3 semanas y heparina subcutánea 3 meses. Se realiza posteriormente ecografía-doppler cervical que muestra permeabilidad de la vena yugular y estudio genético de trombofilia familiar sin encontrarse ninguna mutación.

#### **Discusión**

El origen de la infección primaria en el síndrome de Lemierre generalmente son las amígdalas palatinas. Otros focos menos frecuentes son infecciones dentarias u óticas. El diagnóstico es clínico y apoyado por las pruebas de imagen. El tratamiento consiste en antibioterapia prolongada (4-6 semanas) con adecuada cobertura para anaerobios, (especialmente *Fusobacterium necrophorum*). La anticoagulación es controvertida. Algunos autores sugieren que su uso se asocia con una mejor resolución del trombo mientras que otros recomiendan usarla solo en casos de producción de nuevos émbolos sépticos a pesar de antibioterapia adecuada.

**P-084 RASH-MUCOSITIS ASOCIADO A *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*, UNA ENTIDAD CLÍNICA INDEPENDIENTE**

Pérez Borrego, Esther; Moreno Ortega, María; García Ruiz-Santa Quiteria, María Isabel; Sánchez Moreno, Paula; Falcón Neyra, Dolores; Bernabeu Wittel, José; Obando Santaella, Ignacio.

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción:**

*Mycoplasma pneumoniae* produce infecciones pleomórficas, siendo habitualmente las manifestaciones respiratorias las predominantes, aunque también asocia manifestaciones extrapulmonares hasta en un 25% de casos. Exponemos dos casos clínicos de mucositis asociada a dicho microorganismo, presentación clínica infrecuente pero potencialmente grave. Recientemente se ha catalogado como un cuadro clínico específico diferenciándolo del síndrome de Stevens-Johnson (SSJ).

**Casos clínicos:**

Caso 1: varón de 12 años sin antecedentes de interés con fiebre de 7 días y decaimiento. En la exploración destacaba a la auscultación crepitantes localizados en hemitórax derecho. Se realizó radiografía donde se evidenció infiltrado en lóbulo superior derecho, iniciando amoxicilina-ácido clavulánico oral. Tras 48 horas persistió la fiebre e inició enantema labial. Se ingresó e instauró tratamiento con cefotaxima y aciclovir, con empeoramiento del enantema, lesiones costrosas bucales y aparición de exantema troncular micropapuloso y lesiones en diana escasas. Se retiró cefotaxima por sospecha de SSJ vs rash-mucositis asociado a *Mycoplasma* (MIRM), y fue tratado con azitromicina con mejoría progresiva. En el estudio serológico se documentó seroconversión de *M. pneumoniae*.

Caso 2: varón de 10 años sin antecedentes de interés con fiebre de 6 días, rinorrea, tos y aftas bucales de aparición en las últimas 24 horas. Hiperemia conjuntival bilateral en las primeras 48 horas. A la exploración destacaba la afectación de la mucosa oral con dificultad para la ingesta. El paciente fue ingresado, recibiendo antibioterapia con amoxicilina-ácido clavulánico intravenoso. A las 48 horas sufrió empeoramiento de las lesiones orales, con aparición de una lesión vesiculosa en glande y hematuria. Ante la sospecha de MIRM, se instauró tratamiento con azitromicina oral, corticoides sistémicos y medidas locales, con buena respuesta clínica.

**Discusión:**

Estos dos pacientes presentaron un cuadro clínico compatible con MIRM, en el primer caso con afectación cutánea leve y en el segundo con afectación exclusiva de mucosas. La evolución de ambos fue favorable, tratándose con medidas sintomáticas y en uno de ellos con corticoides sistémicos, si bien el manejo de estos pacientes no está estandarizado. Un adecuado reconocimiento de esta patología permite evitar la realización de pruebas complementarias y tratamientos potencialmente iatrogénicos.

**P-085 FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO, HEPATOESPLENOMEGALIA Y LESIONES ÓSEAS**

López Martín, David; Carazo Gallego, Begoña; Galindo Zavala, Rocío; Moreno Pérez, David.

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.*

**Introducción:**

La fiebre de origen desconocido (FOD) plantea un reto por su amplio diagnóstico diferencial. Una anamnesis minuciosa que incluya el ambiente epidemiológico debe guiar nuestra sospecha entre las numerosas herramientas diagnósticas actuales.

**Caso Clínico:**

Niña de 4 años previamente sana que ingresa por fiebre diaria de 15 días de evolución, hasta 40°C y predominio vespertino, astenia y pérdida de peso. Contacto esporádico con gatos, sin otros antecedentes de interés ni factores de riesgo infecciosos. A la exploración presenta buen estado general, adenopatías cervicales e inguinales sin datos de alarma, no puntos dolorosos ni otros hallazgos. Se inicia estudio de FOD, destacando una elevación de PCR 42,5 mg/L y VSG 65mm. El resto del estudio analítico fue normal incluyendo hemograma, función hepática y renal, autoinmunidad e inmunoglobulinas. Serología infecciosa, estudio de micobacterias y cultivos en sangre, orina y heces también negativos. Exploración oftalmológica y cardiológica sin alteraciones. La ecografía abdominal reveló la presencia de abscesos hepáticos y esplénicos múltiples, subcentimétricos. Se inicia rifampicina y azitromicina por sospecha de bartonelosis aun con serología negativa, con discreta mejoría clínica y analítica, aunque persiste fiebre de menor grado. Se continúa entonces el estudio, repitiendo serologías y realizándose PET-TC con moderada captación en adenopatías cervicales, lesiones hepatoesplénicas y focos óseos en húmero, fémur y pubis. Se plantea patología tumoral como posible etiología y se realiza estudio por punción-aspiración de médula ósea sin hallazgos patológicos. Finalmente, se constata seroconversión a *Bartonella henselae* con títulos de 1/1024, completándose 3 meses de tratamiento con rifampicina y azitromicina con diagnóstico de bartonelosis sistémica. El estudio inmunológico fue normal. Durante el seguimiento la paciente queda afebril tras 25 días de tratamiento, con negativización de marcadores inflamatorios y resolución progresiva de lesiones óseas y abdominales.

**Discusión:**

La bartonelosis sistémica es una causa infrecuente de FOD, a considerar ante un antecedente epidemiológico compatible. El diagnóstico se apoya en la serología, aunque inicialmente podría ser negativa, y la biología molecular. La afectación ósea es raramente descrita en la literatura, por lo que no existe un consenso amplio sobre la duración del tratamiento en estos casos.

### **P-086 SÍFILIS Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTE VIH**

Illán, Marta; Fernández, Patricia; Campos, Lucía; Mazariegos, Diana; Daoud, Zarife; Francisco, Laura; Baos, Elvira; Ramos, José Tomás.

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

#### **Introducción**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) suponen una patología creciente en la adolescencia, problema agravado en los últimos años debido a la disminución de la edad de comienzo de las relaciones sexuales y la inadecuada percepción de riesgo en este grupo de edad.

#### **Caso Clínico**

Varón de 15 años diagnosticado mediante cribado en población de riesgo (asintomático) de infección VIH estadio AI adquirida por transmisión sexual. Al diagnóstico coinfección por *C.trachomatis* y *N.gonorrhoeae*. En tratamiento antirretroviral con abacavir, lamivudina y dolutegravir con buena tolerancia y adherencia.

Trece meses después acude a Urgencias por cefalea y cervicalgia de una semana con vómitos y fiebre (máximo 38,5°C) en las últimas 24h. Control los días previos con CV indetectable y 673 CD4 (34%).

A la exploración ligera afectación del estado general y rigidez de nuca. Analítica con hemograma normal (8.100 leucocitos/ $\mu$ L, fórmula anodina), bioquímica sin alteraciones, PCR 18 mg/L y PCT 1,44 ng/mL. Se completa estudio con TC cerebral y punción lumbar que no muestran hallazgos patológicos. Es diagnosticado de probable viriasis y alta con tratamiento sintomático. A los 3 días vuelve por persistencia de cefalea, vómitos, malestar y sensación de inestabilidad. Analítica sin alteraciones ni elevación de reactantes. Mejoría clínica con analgesia y citrato de cafeína, interpretándose como síndrome postpunción.

En control a las 48h asintomático pero con exantema papular eritematoso, no confluyente, con afectación palmoplantar. Serología para sífilis compatible con infección aguda que confirma sífilis secundaria (anticuerpos totales positivos, IgM positiva, RPR positivo 1/16). Recibe tratamiento con penicilina benzatina. Durante su seguimiento ha presentado reinfección por *C.trachomatis* y *N.gonorrhoeae*.

#### **Discusión**

Con frecuencia suelen encontrarse diversas ITS en un mismo paciente, por lo que es recomendable realizar cribado periódico de las principales tras el diagnóstico de una de ellas.

La sífilis, todavía excepcional en adolescentes, tiene presentación clínica muy variable y requiere alto grado de sospecha. Las reinfecciones por *C.trachomatis* y *N.gonorrhoeae* son frecuentes, por lo que deben tenerse en cuenta a pesar de haber sido tratadas previamente.

La educación sexual y el cribado en poblaciones de riesgo constituyen medidas de suma importancia en el ámbito de la Pediatría del adolescente.

**P-087 MENINGITIS POR LISTERIA EN UN LACTANTE PEQUEÑO SIN ELEVACIÓN DE REACTANTES DE FASE AGUDA**

Higelmo Gómez, Helena; Gómez González, Belén; Míguez Martín, Laura; Barrio Traspaderne, Elvira; Pérez Méndez, Carlos.

*Hospital de Cabueñes, Gijón.*

**Introducción:**

El menor de 3 meses con fiebre sin foco es un motivo de preocupación entre los pediatras por la posibilidad de una infección bacteriana grave. Aunque clásicamente se ha recomendado incluir ampicilina en el tratamiento empírico de las infecciones graves en este grupo de edad, algunos autores cuestionan esta práctica por la escasa incidencia de infección por *Listeria monocytogenes* en series recientes, especialmente en lactantes mayores de 28 días. Por otra parte, recientemente se han desarrollado unas guías de práctica clínica (abordaje paso a paso) para identificar a los lactantes pequeños con fiebre sin foco y bajo riesgo de infección bacteriana invasiva.

**Caso Clínico:**

Una lactante de 5 semanas consulta por febrícula de 6-8 horas de evolución. Su exploración física y las pruebas complementarias iniciales (hemograma, bioquímica y sistemático de orina) son normales, incluidas PCR 3.9 mg/L y procalcitonina 0.12 ng/ml. Se constata temperatura de 38°C (rectal) e ingresa para observación. Cinco horas después, su estado general empeora; el hemograma y los reactantes de fase aguda siguen siendo normales (PCR 9.7 mg/L y procalcitonina 0.23 ng/ml); se realiza punción lumbar, compatible con meningitis bacteriana (13 708 leucocitos/mm<sup>3</sup> [75% de polimorfonucleares], glucosa: 24 mg/dl, proteínas: 1.52 gr/L). Se inicia tratamiento con ampicilina, cefotaxima y dexametasona. En el cultivo del LCR crece *Listeria monocytogenes*. Recibe tratamiento antibiótico durante 15 días sin complicaciones y cura sin secuelas.

**Discusión:**

A pesar de su baja incidencia, por su potencial gravedad, debe seguir incluyéndose *Listeria* en el tratamiento empírico de las infecciones graves en lactantes pequeños, incluso fuera del periodo neonatal. Este caso, que cumple todos los criterios de bajo riesgo en el protocolo de atención “paso a paso” de los lactantes menores de 3 meses con fiebre sin foco, ilustra la necesidad de un manejo prudente con un periodo de observación de estos niños en el hospital.

**P-088 ESTUDIO DE LAS INFECCIONES CERVICALES PEDIÁTRICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Breton Martinez, Jose Rafael; Alamar, Agustin; Ibañez, Isabel; Pastor Gomis, Blanca Maria; Perolada Valmaña, Jose Maria; Armengot Carceller, Miguel; Villalba Perez, Maria Desamparados; Bosch Alepuz, Maria; Molina Corbacho, Maria; Ben Raza, Mohamed Ali; Menor, Francisco; Lopez Hontangas, Jose Luis; Oltra Benavent, Manuel; Monteagudo Montesinos, Emilio.

*Hospital Universitario Y Politecnico La Fe, Valencia.*

**Introducción Y Objetivos:**

A pesar de la mejora de las técnicas diagnósticas, quirúrgicas y del empleo de antibióticos, las infecciones cervicales tienen una morbilidad significativa y un riesgo potencial para la vida. El objetivo de este estudio fue analizar nuestra casuística para optimizar su manejo.

**Métodos:**

Análisis retrospectivo descriptivo y analítico de los casos de infecciones cervicales ingresados en nuestro hospital durante el periodo 2011-2017.

**Resultados:**

Se recogieron 93 casos, 48 niños (52%). La mediana de edad fue de 4 años. Cuarenta y ocho casos (52%) fueron flemones/abscesos para/retrofaríngeos, 30 (32%) periamigdalinos y 15(16%) otras infecciones cervicales. Entre los niños menores de 5 años predominaron los flemones/abscesos para/retrofaríngeos (67%), en los mayores de 10 años los flemones/abscesos periamigdalinos (83%) y entre los 5 y 10 años ambos tipos se dieron con una frecuencia similar. Se identificaron factores predisponentes en 7 ocasiones (8%). Las infecciones para/retrofaríngeas se caracterizaron por cursar con tumoración laterocervical, odinofagia/disfagia y dificultad para la movilidad cervical ( $p<0,01$ ). Las infecciones periamigdalinas se caracterizaron preferentemente por odinofagia/disfagia y trismus ( $p<0,01$ ). Las infecciones para/retrofaríngeas cursaron con mayor leucocitosis y elevación de PCR ( $p<0,01$ ). Se usó la TC para el diagnóstico en el 96% de flemones/abscesos para/retrofaríngeos, en el 80% de otras infecciones cervicales y 30% de los abscesos periamigdalinos ( $p<0,01$ ). Los resultados del cultivo del pus de absceso fueron negativo 26%, estreptococos del grupo *viridans*, (incluyendo el grupo *milleri*) 13%, *S. pyogenes* 17%, flora mixta 13%, diferentes anaerobios 9% y *S. aureus* 7%. Los antibióticos más utilizados fueron amoxicilina-clavulánico y clindamicina. Se usaron corticoides en 60 casos (65%). Se intervinieron 71 pacientes (76%), el 87% de los periamigdalinos y el 64% de los flemones/abscesos para/retrofaríngeos ( $p=0,02$ ). La duración del ingreso tuvo una media de 6,8 días. Precisarón UCIP 7 casos. Se registraron 4 complicaciones.

**Conclusiones:**

En los niños más pequeños, en los que predominan los flemones/abscesos para/retrofaríngeos, la presentación clínica puede ser menos aparente que en niños más mayores. La asociación de tumoración laterocervical, rechazo de la alimentación y tortícolis debe alertar sobre este posible diagnóstico y promover la indicación de TC cervical e ingreso.

**P-089 MANEJO Y COMPLICACIONES DE LA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*.**

Agud De Dios, Martín; Moreno Sánchez, Francisco Javier; Calvo Rey, Cristina; Romero Gómez, María Pilar; Bloise Sánchez, Iván; Baquero Artigao, Fernando; Méndez Echevarría, Ana.  
*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Introducción Y Objetivos:**

Las bacteriemias asociadas a catéter (BAC) asocian frecuentes complicaciones y suelen requerir retiradas del catéter. Nuestro objetivo es describir la clínica y evolución de BAC por *S.aureus* en nuestro hospital.

**Métodos:**

Estudio retrospectivo de BAC por *S.aureus* en < 18 años entre 2011 y 2016.

**Resultados:**

Se incluyeron 41 BACs (90% cepas meticilin-sensibles). Mediana de días desde la inserción hasta BAC 20 (RIQ;13-271), debutando el 56% en domicilio.

La edad mediana: 34 meses (RIQ;12-142). La mayoría de niños precisaba nutrición parenteral (27%) o eran hemofílicos (20%).

Un 43% debutaron como fiebre sin foco. El resto, dolor torácico, dificultad respiratoria, dolor osteoarticular y/o signos inflamatorios/supuración/dolor en zona del catéter. Tres debutaron con SIRS/SHOCK (7%).

La mediana de tratamiento intravenoso (IV) fue 14 días (RIQ;10-16), y antibiótico oral + IV 16 (RIQ; 14-23). La retirada del catéter se realizó en 90% de casos [mediana 2 días tras cultivo (RIQ;1-5)].

El 90% se trataron empíricamente con glicopéptidos, en combinación con cefalosporinas/aminoglucósidos/carbapenems en 61%. Tras antibiograma, 40% continuó con cobertura de amplio espectro; solo 19 niños desescalaron a cloxacilina (46%).

En 68% de los casos se estudiaron posibles metástasis sépticas. La mediana de pruebas realizadas para cribar focos a distancia: 1 (RIQ; 0-5). En 34% se realizó ecocardiograma, sin endocarditis; en 10% PET/TC, objetivando émbolos pulmonares en todos; en 10% gammagrafía ósea, detectando foco en el 75%; en 32% radiografía de tórax, con alteraciones en 23%. El número de pruebas realizadas se asoció con mayor cantidad de focos diagnosticados ( $p=0.006$ ). Los niños con focos realizaron tratamientos más prolongados ( $p=0.01$ )

Se produjo recurrencia en 5 niños, 2 de los cuales tras recambio de catéter en el mismo acto quirúrgico de la retirada y 1 sin retirada del catéter.

**Conclusiones:**

El manejo de las BAC por *S. aureus* ha sido apropiado en retirada del mismo, tratamiento empírico y duración, aunque en pocas ocasiones se adecuó según antibiograma.

La realización de ecocardiografía sistemática fue poca útil. La rentabilidad del PET-TC y la gammagrafía ósea en el diagnóstico de metástasis sépticas es alta. Su detección implica necesidad de tratamientos prolongados.

**P-090 INFECCIÓN POR *BARTONELLA HENSELAE*: ESTUDIO DE SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS EN NUESTRO CENTRO**

Ruiz García, Montserrat; Pineda Solas, Valentí; Larruzea Ibarra, Alex ; Sanfeliu Sala, Isabel; González Marta, Rodríguez; Luján Josefa, Rivera.

Corporació Sanitari Parc Tauli, Sabadell.

**Introducción Y Objetivos**

La infección por *Bartonella Henselae*, principal causante de la enfermedad por arañazo de gato, se manifiesta generalmente como adenitis regional, pudiendo desarrollar formas atípicas. Existen pocos datos sobre su prevalencia en nuestro entorno.

El objetivo de este estudio es describir las características clínico-epidemiológicas de infección por *B.henselae* en la población pediátrica de nuestro centro en los últimos 11 años.

**Métodos**

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes < 18 años a los cuáles se realizó serología para *B.henselae* en nuestro centro desde 2007 a 2017. Se consideró infección por *B.henselae* la obtención de títulos serológicos IgG  $\geq 1/64$ , determinados por inmunofluorescencia indirecta. Se recogieron datos clínico-epidemiológicos mediante revisión de historias clínicas. Se evaluó la relación entre títulos serológicos y gravedad (necesidad de ingreso o cirugía) mediante el test Chi-cuadrado.

**Resultados**

Se solicitó serología para *B.henselae* en 168 pacientes (62% niños vs 37% niñas), realizando diagnóstico de infección en 75 casos (44%). La media de edad fue de 7.9 años, con una distribución por edades: 0-2años 6.7%, 2-5años 40.5%, 5-12años 38%, >12años 18.9%. El 98% residía en ambiente urbano. En un 32.5% se constató contacto con gato. La media de duración clínica previa a la consulta fue de 2.9 semanas.

La manifestación clínica principal fue la adenitis (83.7%), asociando fiebre el 31%. Como formas menos frecuentes se observó: fiebre prolongada (6.7%), eritema nodoso (1 caso), coriorretinitis (1 caso) y afectación neurológica (1 caso).

Un 40% requirió ingreso, el 86.6% por adenitis abscesificada. El 60% de los pacientes ingresados precisó tratamiento quirúrgico (exéris o desbridamiento).

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la titulación serológica y la probabilidad de ingreso o necesidad de cirugía.

No se registraron coinfecciones, salvo un caso de Leishmaniosis concomitante. No se objetivaron secuelas relevantes.

**Conclusiones**

En nuestra muestra, la presentación clínica mayoritaria de infección por *B.henselae* fue la adenitis, precisando manejo intrahospitalario y tratamiento quirúrgico un elevado porcentaje.

La tasa de complicaciones es baja, sugiriendo baja agresividad en los pacientes de nuestra serie.

Una titulación serológica mayor no implica una mayor gravedad del cuadro, siendo útil como herramienta diagnóstica, pero no como indicativo pronóstico.

#### **P-091 PIOMIOSITIS DISEMINADA POR ESTAFILOCOCO RESISTENTE A METICILINA**

Urretavizcaya Martínez, María; Villarreal Calvo, María; Malumbres Chacón, María; Abarzuza Armendariz, Jorge; Sánchez Martínez, Idoia; Nogueira López, Javier; Moreno González, Paula; Amores Torres, María; Herranz Aguirre, Mercedes.

*Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Pamplona.*

#### **Introducción**

La piomiositis es una infección purulenta del músculo esquelético poco frecuente, predominante en regiones tropicales o pacientes con factores predisponentes (inmunodeficiencia, traumatismo, malnutrición, drogas inyectadas...).

Se expone un caso de piomiositis y artritis séptica por *S. Aureus* resistente a metilina (SARM) con afectación sistémica en un paciente sin factores de riesgo.

#### **Caso Clínico**

Varón de 12 años sin antecedentes de interés consulta cuadro febril de 48 horas de evolución con dolor inguinal, cojera e impotencia funcional sin desencadenante (realizó ejercicio pero no hay traumatismo ni herida cutánea). Está afectado por el dolor, con cojera y dolor a la palpación inguinal izquierda. Presenta dolor a la abducción y rotación externa, sin limitación de movilidad ni signos inflamatorios externos. Analítica con elevación de reactantes de fase aguda; radiografía y ecografía de caderas normales.

Clínicamente persiste fiebre con afectación del estado general, por lo que se realiza TC toraco-abdomino-pélvico y posteriormente RMN que muestran piomiositis de psoas/iliaco y artritis de cadera izquierda, pieloflebitis en vena ilíaca común izquierda con émbolos sépticos en pulmón derecho y líquido libre intraabdominal.

Ingresa en UCI y tras estabilización se realiza artrotomía con drenaje de cadera izquierda (líquido turbio) presentando mejoría clínica posterior. Hemocultivo y cultivo de líquido articular positivos para SARM, no siendo portador nasal y con estudio de extensión negativo (ecocardiografía normal). Se trata con Vancomicina, Rifampicina y Clindamicina, suspendiendo esta última tras antibiograma. Al 2º día inicia patrón colestásico por lo que se cambia Rifampicina por Levofloxacino.

Recibe 27 días de tratamiento endovenoso (Levofloxacino con un glicopéptido) continuando posteriormente con Levofloxacino oral hasta un total de 6 semanas de antibioterapia.

#### **Discusión**

El paciente presentó una sepsis por SARM con afectación musculo-articular y diseminación sistémica. El tratamiento se ajustó en base a la sensibilidad del germen y la toxicidad medicamentosa, completando 6 semanas de antibioterapia tal como indican las recomendaciones. La evolución fue favorable tanto a nivel clínico como radiológico, siendo dado de alta tras 8 meses de seguimiento. No se hallaron factores predisponentes (no traumatismo ni puerta de entrada, estudio de inmunidad normal, VIH negativo).

**P-092 SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO EN NIÑO DE 5 AÑOS.**

Gutiérrez Sánchez, Aída María; Guerrero Laleona, Carmelo; Bustillo Alonso, Matilde; Palanca Arias, Daniel; Madurga Revilla, Paula ; Martínez De Morentin Navarcorena, Ana Laura; Sala Fernández, Laura ; Marín Andrés, Marta; López Rojo, Myriam.

*Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

**Introducción:**

El síndrome de shock tóxico es una enfermedad aguda y grave, producida por exotoxinas que actúan como superantígenos poniendo en marcha una respuesta inflamatoria sistémica. Es secundario a la infección principalmente por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*.

**Caso Clínico:**

Niño de 5 años que consulta en urgencias por cuadro de 72 horas de evolución de fiebre de 39°C, odinofagia y erupción cutánea. Al inicio del cuadro presentó deposiciones semilíquidas, vómitos y mialgias. Fue valorado hace 3 días, realizándose test rápido de detección de antígeno de estreptococo (TDRA) en faringe, con resultado negativo. No antecedentes de interés. A la exploración física presenta decaimiento, labios secos y TA 84/53mmHg. Exantema eritrodérmico generalizado, con afectación palmo-plantar. Hiperemia conjuntival bilateral. Faringe congestiva, sin exudados amigdalares. Lengua aframbuesada. Adenopatías laterocervicales bilaterales. Resto de exploración normal. En las pruebas complementarias destaca: gasometría capilar con acidosis metabólica e hiponatremia; hemograma con 18500 leucocitos/mm<sup>3</sup> (Neutrófilos 91.3%); PCR 39.96 mg/dl y PCT 162 ng/ml. Se inicia fluidoterapia y antibioterapia intravenosa previa extracción de cultivos e ingresa en el hospital. A las 3 horas del ingreso presenta empeoramiento del estado general e hipotensión persistente a pesar de expansión de volemia por lo que se decide traslado a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos con sospecha de síndrome de shock tóxico. Posteriormente inicia afectación multisistémica con edema agudo de pulmón, anemia, trombopenia, coagulopatía, afectación hepática y renal, tendencia a la somnolencia y descamación cutánea generalizada que incluye palmas y plantas. Precisa medidas de soporte vital y tratamiento antibiótico intravenoso con cefotaxima, vancomicina y clindamicina. Todos los cultivos son negativos aunque en una segunda muestra faríngea el TDRA es positivo. Se realiza la prueba serológica de antiestreptolisina O obteniéndose en controles seriados un aumento significativo de anticuerpos. Con todo ello ante la sospecha de etiología estreptocócica del síndrome de shock tóxico, se desescala la antibioterapia con penicilina G asociado a clindamicina, y el paciente presenta buena evolución.

**Discusión**

En las últimas décadas ha aumentado la incidencia de infecciones invasivas por *S.pyogenes*. Es importante la sospecha clínica temprana para instaurar un tratamiento adecuado precozmente, ya que puede determinar la gravedad y el pronóstico.

**P-093 EVOLUCIÓN RÁPIDA Y AGRESIVA DE ABSCESO PARAFARÍNGEO CON EXTENSIÓN A MEDIASTINO SUPERIOR.**

Díaz Anadón, Lucas Ramón; Vivanco Allende, Ana; Fernández Sánchez, Paula; Martínez Fernández, María Rosario.

*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.*

**Introducción:**

Los abscesos cervicales profundos (orofaríngeo, parafaríngeo y retrofaríngeo) son complicaciones supurativas infrecuentes pero graves de las infecciones ORL y constituyen un proceso a descartar ante una faringoamigdalitis que no evoluciona bien.

**Caso Clínico:**

Se presenta el caso de una niña de 3 años sin antecedentes de interés que consulta por fiebre de hasta 38,5°C de 24 horas de evolución que asocia cervicalgia progresiva con lateralización del cuello hacia la izquierda, sin acompañarse de trismo, voz gangosa ni otra clínica. En la exploración orofaríngea eritematosa con amígdala izquierda medializada. Valorada por ORL, se realiza TAC en urgencias donde se objetiva lesión hipodensa parafaríngea izquierda compatible con colección que condiciona desplazamiento anterior y lateral izquierdo de vía aérea y que se extiende por espacio prevertebral hacia mediastino superior, hasta nivel de T2, acompañada de trombosis de yugular izquierda. Analítica: 35000 leucocitos (86% neutrófilos), PCR 21 mg/dl, PCT 0,45 ng/ml.

Se practica cervicotomía urgente de drenaje y la paciente ingresa en UCI pediátrica con amoxicilina-clavulánico 100 mg/kg/día. Coagulopatía de consumo (tasa de protrombina 52%) que se revierte con vitamina K. A los 2 días en TAC de control se observa aumento de la colección que requiere nueva cervicotomía. Cultivo exudado quirúrgico: *Streptococcus oralis*. Hemocultivos: *Streptococcus oralis* y *Streptococcus salivarius*. Exudado faríngeo: positivo para herpes 6 (210834 copias), herpes 7 (196124 copias) y *Streptococcus pyogenes*. Tras obtener resultados de cultivos se sustituye terapia antibiótica por clindamicina. Buena evolución clínica y analítica que permite su traslado a planta de hospitalización y posterior alta para finalización de antibioterapia en domicilio tras 14 días de estancia.

**Discusión:**

El papel de las coinfecciones virales en infecciones de origen bacteriano es aún controvertido, aunque algunos estudios sugieren que tienen relación con una peor evolución en casos de infecciones respiratorias. Nos hallamos ante un caso de absceso parafaríngeo de evolución atípica, con rápida instauración y extensión hasta mediastino superior en menos de 24 horas en una paciente sana, producido por bacterias que son habitualmente saprófitas de la cavidad oral. Como posible factor que pueda favorecer la agresividad del proceso infeccioso sugerimos la coinfección por virus herpes 6 y 7.

**P-094 NEUMONÍA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM) EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES**

Martín Espín, Irene<sup>1</sup>; Agud De Dios, Martín<sup>1</sup>; Molino Rodríguez, Paula<sup>1</sup>; Sánchez García, Laura<sup>1</sup>; Aracil Santos, Francisco Javier<sup>1</sup>; Bustamante Amador, Jorge<sup>1</sup>; Aguilera Alonso, David<sup>2</sup>; Del Rosal Rabes, Teresa<sup>1</sup>; Méndez Echevarría, Ana<sup>1</sup>; Calvo Rey, Cristina<sup>1</sup>; Mellado Peña, María José<sup>1</sup>; Baquero Artigao, Fernando<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>2</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción**

*Staphylococcus aureus* es una de las causas más frecuentes de neumonía en lactantes. En España, la gran mayoría de los aislamientos (>90%) son sensibles a meticilina (CMI < 4 mcg/ml). Presentamos cuatro casos de neumonía por SARM en niños menores de 6 meses diagnosticados en nuestro centro en los últimos 5 años.

**Casos Clínicos**

Caso 1

Lactante de 1 mes con fiebre sin foco en tratamiento con ampicilina y cefotaxima. Empeoramiento clínico el cuarto día de ingreso, con taquipnea e hipoventilación derecha, identificándose en la radiografía neumonía de lóbulo medio con derrame pleural. Se realiza toracentesis, aislándose SARM en líquido pleural. Se cambia el tratamiento a linezolid, con evolución clínica favorable. Madre paraguaya portadora de SARM.

Caso 2

Lactante de 3 meses con fiebre de 24 horas de evolución, taquipnea y quejido. Madre filipina con antecedente de neumonía por SARM. En la radiografía se identifica neumonía en lóbulo inferior derecho con mínimo derrame pleural. Se inicia tratamiento con cefotaxima y vancomicina. Presenta deterioro clínico al tercer día con aumento del derrame, realizándose toracocentesis donde se aísla SARM. Se modifica la pauta antibiótica a linezolid, con mejoría clínica posterior.

Caso 3

Lactante de 5 meses de vida que ingresa por fiebre, quejido y distrés respiratorio con cefotaxima y clindamicina. En la radiografía se objetiva neumonía necrotizante LII con derrame pleural, que precisa colocación de tubo de drenaje. Tras el aislamiento de SARM en líquido pleural, se cambia el tratamiento a linezolid con buena evolución. Familia de origen filipino, abuela y hermano portadores de SARM.

Caso 4

Prematura de 24 semanas. Empeoramiento respiratorio al mes de vida a pesar de tratamiento con ampicilina, objetivándose bronconeumonía bilateral con neumatoceles. Aislamiento de SARM en hemocultivo, BAS y frotis nasal. Tratamiento con vancomicina con buena evolución clínica. Padres originarios de República Dominicana, no se realizó estudio de portadores.

**Discusión**



La neumonía por SARM debe sospecharse en lactantes hijos de inmigrantes con empeoramiento clínico y radiológico progresivo, necrosis y derrame pleural, a pesar de tratamiento convencional. Linezolid es una buena alternativa terapéutica a vancomicina por su efecto antitoxina y mejor biodisponibilidad a nivel pulmonar.

**P-095 PIOMIOSITIS GLÚTEA CON ABSCESO DEL OBTURADOR INTERNO EN CONTEXTO DE INFECCIÓN AGUDA POR BARTONELLA HENSELAE.**

Sánchez Códex , María; Peromingo Matute, Estrella; Lubián Gutiérrez, Manuel; Montero Martín, María.  
*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.*

**Introducción:**

*B.henselae* es un bacilo Gram negativo que produce un amplio espectro clínico, siendo infrecuentes las infecciones de partes blandas.

**Caso Clínico:**

Niña de 3 años con síndrome de Down y antecedente de vacunación el mes previo. Refiere fiebre moderada, diarrea y coxalgia derecha con imposibilidad de sedestación y deambulación desde hace 4 días. Presenta aspecto séptico, cadera en flexión y abducción, sin limitación a la rotación interna. Tras su estabilización, se realiza ecografía de caderas visualizándose derrame escaso. Se extrae líquido serosanguinolento insuficiente para bioquímica, con Gram y cultivo negativos. En la analítica destaca RFA elevados con hemocultivo negativo. Se inicia tratamiento empírico de artritis séptica con cefotaxima y cloxacilina IV, quedándose afebril y recuperando discretamente la movilidad a las 48 h. Tras dos semanas sin mejoría, se realiza RMN que detecta piomiositis glútea y absceso del obturador interno derecho. En ese momento, inicia descamación de pulpejos de manos y pies. Rehistoriando recuerdan contacto con gatitos en domicilio y presentación de una adenopatía axilar al inicio del cuadro. Se realiza serología dirigida, con IgM positiva e IgG de 8.192 de *B.henselae*. Tras un mes de antibioterapia, con evolución favorable se da de alta con cefadroxilo y cotrimoxazol. Al mes, presenta disminución ecográfica del absceso e IgM positiva con IgG de 4.096. Se instaura azitromicina en monoterapia por desabastecimiento de cotrimoxazol. Un mes después, continúa asintomática con resolución serológica y radiológica finalizándose tratamiento.

**Discusión:**

*B.henselae* expresa manifestaciones atípicas en inmunodeprimidos y se ha implicado en abscesos en múltiples localizaciones por diseminación hematógena y linfática. La serología ha sido la técnica diagnóstica más usada con sensibilidad y especificidad variable. El cultivo se caracteriza por su crecimiento lento y negatividad en casos sin afectación sistémica. Asimismo, hasta un 82% de las piomiositis presentan hemocultivo negativo. Recientemente, se emplea la detección por PCR con especificidad elevada. La RMN es de elección en piomiositis por su precocidad y especificidad diagnóstica. El tratamiento es controvertido. Se postula el uso de ciprofloxacino, azitromicina o cotrimoxazol. Aunque es discutible la implicación de gérmenes no detectados en nuestro caso, los antecedentes y evolución explican la infección por *Bartonella*.

**P-096 MENINGITIS POR PASTEURELLA MULTOCIDA**

Ocaña Alcober, Carlos; Gonzalez, Soraya; Puerta, Maria Pilar; Zoido, Elia; Alonso Quintela, Paula; Fernández Fernández, Marta.

Complejo Asistencial de León, León.

**Introducción:**

*Pasteurella multocida*, es un cocobacilo pleomórfico gramnegativo. Se encuentra en el tracto gastrointestinal y respiratorio de gran variedad de mamíferos y aves, colonizando hasta el 65% de los perros. Se ha llegado a aislar en faringe y secreciones respiratorias de hasta en un 2-3% de los humanos. Habitualmente provocará infección de piel y tejidos blandos, siendo menos habitual la infección de vías respiratorias y mucho menos frecuente la endocarditis, infecciones del tracto urinario o, como en nuestro caso, meningitis.

**Caso Clínico:**

Lactante de 40 días de vida, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por fiebre e irritabilidad de escasas horas de evolución. Al ingreso en planta presenta exploración física normal. En analítica destaca leucopenia de 3900/ $\mu$ l, PCT 0'9 ng/mL y LCR con 16 leucocitos/mm<sup>3</sup> (75% polimorfonucleares). Ante sospecha de meningitis bacteriana se inicia tratamiento con ampicilina y cefotaxima. Inicialmente presenta fiebre persistentemente alta y elevación de PCR a 100 mg/L y PCT hasta 4'98 ng/mL. Se ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos para monitorización de función cerebral sin presentar crisis clínicas ni eléctricas. Se aprecia hiperecogenicidad meníngea en ecografía cerebral sin evidencia de complicaciones. Ante la recepción de cultivos de sangre y LCR positivos para *Pasteurella multocida* sensible a penicilina se sustituye tratamiento antibiótico. Se realiza control de LCR a las 72 horas donde se observa aumento de la celularidad, hipogluorraquia, hiperproteorraquia y cultivo negativo. Presenta mejoría progresiva con desaparición de la fiebre al quinto día de ingreso y disminución de parámetros infecciosos. Los padres refieren convivencia con un perro, sin haber evidenciado mordedura o arañazo. Tras el alta acude a consulta de neurología a los 2 meses sin hallazgo de complicaciones neurológicas.

**Comentarios:**

La meningitis bacteriana es una enfermedad grave con consecuencias potencialmente peligrosas en cualquier rango de edad. En lactantes, la expresividad clínica es menor por lo que requiere un alto índice de sospecha y un inicio precoz de antibioterapia. La *P. multocida* es un agente causal de meningitis excepcional. Debe sospecharse en pacientes en contacto estrecho con animales domésticos. La mortalidad es elevada (15-35%) y hasta un 10% desarrollan secuelas a largo plazo.

**P-097 SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO EN CONTEXTO DE ENTEROCOLITIS POR ESCHERICHIA COLI0157.**

Benítez Fernandez, Inmaculada ; Cabello Gómez, Sara; Cano Cabrera, Marta; Terol Barrero, Pedro Jesús.

*Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.*

**Introducción:**

La enterocolitis por E. Coli es la causa más frecuente síndrome hemolítico urémico (SHU) en niño siendo éste la primera causa de insuficiencia renal aguda en la infancia. La bacteria libera toxinas presentes en agua o alimentos contaminados que llegan al intestino y se adhieren a la mucosa, alterando el epitelio y dando lugar a la diarrea característica de la fase prodrómica. Las toxinas tienen afinidad por las células endoteliales de la microcirculación sistémica, de los túbulos renales proximal y distal, mucosa gástrica y, en menor medida microcirculación del SNC.

**Caso Clínico:**

Niño de 9 años con trastorno del espectro autista, que acude por deposiciones diarreicas, algunas con restos hemáticos y vómitos alimentarios de 24 horas de evolución. Asocia febrícula y dolor abdominal cólico. Ambiente epidemiológico negativo. A su llegada a urgencias presenta regular estado general, decaimiento, palidez cutánea, buena hidratación, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de forma generalizada sin visceromegalias, no signos meníngeos ni focalidad neurológica. Analítica con hemoconcentración, leucocitosis con neutrofilia, PCR 35.49 mg/L, gasometría venosa con acidosis metabólica, ecografía abdominal sin hallazgos y coprocultivo. Ingreso en planta para sueroterapia endovenosa y control evolutivo. Tras 72 horas se aísla E.coli O157 en coprocultivo. Al quinto día se objetiva anemia (Hb 11.3 g/dl), trombopenia (130000), bilirrubina indirecta 1.25 mg/dl, resto normal. Se solicita frotis sangre periférica donde observan esquistocitos.

Ante estos hallazgos sugestivos de SHU, ingresa en UCI-P para canalización de vía venosa central, observación y valorar técnica de depuración renal. Durante su estancia, empeoran los valores analíticos (Hb 6.1 g/dl, 31.000 plaquetas, bilirrubina 1.76 mg/dl, urea 79.80 mg/dl, creatinina 1.19 mg/dl), por lo que requirió transfusión de concentrado de hematíes. Diuresis conservada en todo momento con buena tolerancia enteral, sin clínica digestiva. Evolución favorable presentando al alta normalización analítica y ausencia de sintomatología.

**Discusión:**

La enterocolitis por E.Coli no precisa tratamiento antibiótico aunque presente complicaciones pues favorece la liberación de toxinas, perpetuando la clínica y aumentando la posibilidad de desarrollar SHU. El tratamiento actual del SHU es fundamentalmente de soporte, ya que no existe tratamiento etiológico y se trata de un trastorno autolimitado.

**P-098 ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA EN ADULTOS Y NIÑOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO ENTRE 2004 Y 2017**

Aguilera Alonso, David; Maturana Martínez, Daniela; García Mancebo, Julia; Santiago García, Begoña; Saavedra Lozano, Jesús; Navarro Gómez, Marisa; Santos Sebastián, Mar; Hernández Sampelayo, Teresa; Rincón López, Elena.

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

**Introducción Y Objetivos**

La enfermedad meningocócica invasiva (EMI) supone una causa importante de morbimortalidad en niños y adultos. Objetivo principal: describir las características de los pacientes ingresados por EMI y determinar las diferencias entre población pediátrica ( $\leq 16$  años) y adultos. Objetivo secundario: identificar factores pronósticos de gravedad (soporte hemodinámico y/o intubación) y desenlace adverso (mortalidad o secuelas).

**Métodos**

Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de EMI confirmada o probable entre 2004 y 2017, recogiendo datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos.

**Resultados**

Fueron diagnosticados 84 pacientes con EMI (49 niños), 69 (82,1%) confirmados, 56% varones. Edad mediana en niños 2 años (RIC: 0,7-7,2) y adultos 40,8 años (RIC: 26,3-68,4). Diagnóstico de bacteriemia en 47 casos (56%), meningitis en 24 (28,6%) y ambos en 13 (15,5%). El serogrupo predominante fue el B (40,5%), seguido del C (15,5%), con mayor proporción de serogrupo C entre los adultos (25,7% vs 8,2%,  $p=0,045$ ). Disminución progresiva en el número de casos anuales (media de 8,2 casos/año en 2004-2010 a 3,7 casos/año en 2011-2017). El 73,3% de los niños había recibido primovacunación frente al serogrupo C completa, ninguno frente al serogrupo B. Los niños tuvieron mayor proporción de ingreso en UCI que los adultos (77,6% vs 45,7%,  $p=0,003$ ). Mayor letalidad en adultos (11,4% vs 2,0%) y mayor riesgo de secuelas en niños (17,0% vs 13,3%), sin ser significativo. Los casos fatales fallecieron durante las primeras 24 horas. La necesidad de intubación y trombocitopenia fueron factores de riesgo independiente de desenlace adverso, y la leucopenia y exantema purpúrico de gravedad. Las formas graves estuvieron asociadas con mayor riesgo de secuelas.

**Conclusiones**

El serogrupo B sigue siendo el mayoritario, destacando un descenso en el número de casos anuales. La mayor proporción de casos por serogrupo C en adultos probablemente esté relacionada con la menor cobertura vacunal conocida frente a este serogrupo en población adulta. La trombocitopenia, leucopenia y exantema purpúrico, son factores de riesgo a tener en cuenta al diagnóstico.

**P-099 LUMBOCIÁTICA COMO CONSECUENCIA DE PIOMIOSITIS DEL PIRIFORME POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES***

García Barrionuevo, Claudia; Croche Santander, Borja; Márquez Mira, Pedro ; Gómez Pérez, Sara; Benítez Moscoso, Gema; Jiménez De Los Santos, Carmen; Peláez Cabrera, María José; Portero García, Nieves; Moreno Salgado, Jose Luis; Gaya Sánchez, Carmen.

*Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.*

**Introducción**

La piomiositis es una infección bacteriana del músculo esquelético, habitualmente consecuencia de una bacteriemia transitoria. Hasta en la mitad de los casos se describe como antecedente un traumatismo previo. Los gérmenes causales más frecuentes son *S.aureus* y en segundo lugar *S.pyogenes*. Clásicamente se ha considerado una entidad de climas tropicales, si bien en los últimos años hay un incremento en zonas de clima templado. La afectación del músculo piriforme es extremadamente inusual en niños, siendo excepcionales los casos descritos.

**Caso Clínico**

Varón de 8 años, previamente sano, presenta cuadro de dos semanas de evolución caracterizado por dolor y parestesias en miembro inferior derecho, imposibilidad para la deambulacion y fiebre de bajo grado. En la exploración física destaca afectación del estado general por el dolor, localizado en región posterior del miembro inferior derecho y zona lumbar paravertebral derecha. Signo de Lassegue positivo. En urgencias se realizan las siguientes pruebas complementarias:

Hemograma: 21.350 leucocitos/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 79,3%). PCR 6.15 mg/L. Ecografía de cadera junto con radiografía de columna lumbo-sacra y cadera normal.

Ingresa con sospecha de espondilodiscitis e inicia tratamiento con cloxacilina y cefotaxima endovenosa. Se amplía el estudio diagnóstico identificándose: ascenso de PCR hasta 253.67 mg/L, VSG 68 mm/h. Bioquímica con patrón de colestasis. RMN de columna vertebral y pelvis con asimetría en el músculo piriforme e ilíaco derecho con respecto al contralateral, con aumento difuso de señal T2, sin colección líquida organizada. Hemocultivo y cultivo exudado faríngeo positivos a *S. Pyogenes*.

Tras conocer el resultado del hemocultivo se optimiza antibioterapia con penicilina más clindamicina endovenosa 12 días, posteriormente inicia terapia oral con amoxicilina durante 4 semanas más. La evolución es favorable sin necesidad de drenaje y no dejando secuelas.

**Discusión**

La piomiositis del piriforme es excepcional, lo que requiere un elevado índice de sospecha. El diagnóstico temprano mediante la realización de pruebas de imagen dirigidas, principalmente RMN, es fundamental para evitar la progresión del cuadro. La instauración de una precoz terapia antibiótica permite una evolución satisfactoria y sin secuelas.

#### **P-100 INFECCIONES ORBITARIAS EN PEDIATRÍA, REVISIÓN DE 8 AÑOS**

Urretavizcaya Martínez, María; Niyubahwe, Inés; Moreno González, Paula; Abarzuza Armendariz, Jorge; Sánchez Martínez, Idoia; Nogueira López, Javier; Villarreal Calvo, María; Malumbres Chacón, María; Herranz Aguirre, Mercedes.

*Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Pamplona.*

#### **Introducción Y Objetivos:**

Las infecciones de la órbita son comunes en pediatría, siendo más frecuente la celulitis preseptal (afectación de la porción anterior) que la orbitaria (implicación de contenidos orbitarios). Presentamos una revisión de casos de celulitis preseptal/orbitaria de un hospital de tercer nivel.

#### **Métodos:**

Estudio descriptivo-retrospectivo mediante revisión de la historia clínica informatizada. Se recogen los pacientes diagnosticados de celulitis preseptal/orbitaria entre 2010-2017 y se estudian variables relacionadas con edad-sexo, sintomatología, pruebas complementarias, tratamiento y evolución. Datos analizados mediante SPSS20.0.

#### **Resultados:**

Se reconocen 146 casos en el periodo analizado, edad media de 50 meses. Prácticamente todos están vacunados (incluyendo antineumocócica en un 70%). Es habitual la historia previa de catarro o conjuntivitis (hasta 50%), la mayoría sin antibioterapia previa. El síntoma más frecuente fue el edema palpebral (95,2%), acompañado sobre todo de fiebre (57%) y/o hiperemia conjuntival (53%). La mitad de los pacientes no necesitaron ingreso, siendo el antibiótico ambulatorio más utilizado Amoxicilina-Clavulánico a dosis alta con duración media de 8 días, acompañado de tratamiento tópico hasta en un 20% de los casos. Un 20% de los niños reconsultaron tras el inicio de la antibioterapia, y de ellos un 40% ingresaron posteriormente. De los niños estudiados un 22% fue valorado por Oftamología. Fueron ingresados 65 niños, con duración media de la estancia de 4 días. El hemocultivo fue positivo en 2 pacientes, ambos con *S.Pneumoniae*. Se realizaron 11 TAC por sospecha de afectación orbitaria (80% patológicos). El antibiótico parenteral más empleado fue Amoxicilina-Clavulánico (71%), siendo continuado con el mismo fármaco vía oral al alta. Se diagnosticaron 8 casos de celulitis orbitarias (5,5%), tratados con Cefotaxima y Clindamicina en un 75%. La mayoría de pacientes no presentaron complicaciones (94%) ni necesitaron reingresar (99%), hubo 5 pacientes con recurrencia.

#### **Conclusiones:**

- La mayoría de infecciones de la órbita son celulitis preseptales.
- Suelen presentar edema palpebral con historia previa de catarro/conjuntivitis.
- En todos los casos se pautó antibioterapia, siendo el fármaco más utilizado Amoxicilina-Clavulánico, y Cefotaxima con Clindamicina en las orbitarias.
- Prácticamente todos los pacientes presentaron una evolución favorable.

**P-101 FIEBRE, DOLOR SACROCOCCÍGEO E IMPOTENCIA FUNCIONAL DE EXTREMIDADES INFERIORES.**

Gerig Rodríguez, Nathalia Esther <sup>1</sup>; Codutti, María Letizia <sup>1</sup>; Vallés Laplaza, Esther <sup>1</sup>; Rikeros Orozco, Emi Karina <sup>1</sup>; Alonso Güemes, Susana <sup>2</sup>; Otheo De Tejada Barásoain, Enrique <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; <sup>2</sup> Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología Infantil. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Introducción:**

La sacroileítis piógena (SP) representa el 1-2% de las infecciones osteoarticulares en pediatría, siendo excepcional en niños pequeños. Su identificación es un reto diagnóstico por su presentación clínica inespecífica.

**Caso Clínico:**

Niño de 32 meses, previamente sano, que acudió por dolor en cadera izquierda y región lumbosacra asociados a dificultad para la sedestación y la bipedestación desde hacía una semana, tras una caída por unas escaleras. Limitación funcional desde hacía 48 horas y, cuatro horas antes, fiebre de 38.5°C.

A la exploración, T<sup>ax</sup> 36,4°C, dolor a la palpación en un pequeño hematoma sacrococcígeo. Miembros inferiores sin signos inflamatorios ni actitudes viciosas. Dolor referido a la articulación sacroilíaca (SI) izquierda y región lumbar al movilizar la cadera izquierda. Signo de Thomas negativo. Imposibilidad para la sedestación y la bipedestación.

Analíticamente 17900 leucocitos/mm<sup>3</sup> (13100 neutrófilos), PCR 155 mg/L y VSG 25 mm. Radiografías de columna lumbar y ecografía de caderas normales. Ingresó con cloxacilina y cefotaxima IV que se mantuvieron 14 días. El hemocultivo fue estéril.

En la gammagrafía ósea con Tc<sup>99m</sup> se observó aumento de reacción osteogénica SI izquierda, en probable relación con antecedente traumático. En la RM de columna lumbar se evidenció edema de médula ósea y aumento de líquido sinovial de la SI izquierda compatible con artritis séptica. Por su dificultad técnica y probable escasa rentabilidad, no se realizó PAAF. No volvió a tener fiebre. Los reactantes de fase aguda y la afectación funcional mejoraron progresivamente. Fue tratado 4 semanas más con amoxicilina-clavulánico VO. A los dos meses del diagnóstico no existía afectación funcional.

**Discusión:**

La presencia de dolor sacrococcígeo, impotencia funcional de las extremidades inferiores y fiebre puede ser debida a SP, presentación infrecuente de artritis infecciosa, cuya sospecha clínica es difícil y sólo se diagnostica mediante imagen, principalmente RM. Ha de hacerse diagnóstico diferencial con traumatismo en la zona, discitis y artritis séptica o sinovitis transitoria de cadera. Suele estar causada por *S. aureus*, pero sólo hay documentación microbiológica en un 50% de los casos en la literatura. La antibioterapia empírica prolongada es curativa y no suele ser precisa, como ocurrió en nuestro paciente, la cirugía.

#### **P-102 BACTERIEMIA CON PATÓGENO INESPERADO**

Terroba Seara, Sandra; Ocaña Alcober, Carlos; Zoido Garrote, Elia; García Aparicio, Cristina; Fernández Rodríguez, Ana Noelia; Fernández Villar, Aida Maria; Hontoria Bautista, Eva; González Mieres, Cristina; Martínez Sáenz De Jubera, Jorge; Alonso Quintela, Paula; Andrés Andrés, Ana Gloria.

*Complejo Asistencial de León, León.*

#### **Introducción:**

*Streptococcus bovis* constituye un grupo de cocos grampositivos anaerobios facultativos. Tras la aplicación de técnicas de microbiología molecular se ha demostrado que el biotipo I corresponde a *Streptococcus gallolyticus* subsp. *gallolyticus*, que el biotipo II/1 es *Streptococcus infantarius* subsp. *infantarius*, posteriormente renombrado como *Streptococcus lutetiensis*, y el biotipo II/2 se corresponde con *S. gallolyticus* subsp. *pasteurianus*. Estas bacterias forman parte habitual de la microbiota gastrointestinal, aunque también pueden causar bacteriemia y endocarditis, principalmente en adultos. La coincidencia entre la presencia en el colon de *S. bovis* biotipo II y otra patología extradigestiva es menos conocida, y los escasos trabajos publicados relacionan la bacteriemia con el desarrollo de infecciones del tracto biliar y cirrosis. En general, son sensibles a penicilinas, por lo que se consideran antimicrobianos de elección, tanto en endocarditis como en la bacteriemia. No obstante, en este tipo de infecciones es recomendable añadir un aminoglucósido para obtener una sinergia bactericida.

#### **Caso Clínico:**

Niña de 3 años que acude al servicio de Urgencias por fiebre elevada de 18 horas de evolución que asocia vómitos y decaimiento desde hace 8 horas. Se realiza analítica sanguínea con PCR 122.6mg/L y PCT 50.63 ng/ml sin leucocitosis. Se decide ingreso para antibioterapia con cefotaxima e hidratación intravenosas. Comunican de Microbiología el aislamiento en el hemocultivo de *S. Bovis* subespecie *S. lutetiensis*, sensible a penicilina y cefalosporina, manteniéndose antibioterapia intravenosa 5 días y completando oral con amoxicilina 10 días. Se realiza ecocardiograma que descarta endocarditis y ecografía abdominal que descarta patología digestiva. Evolución valorable con resolución de la fiebre y de la clínica a las 72 horas del ingreso.

#### **Discusión:**

*S. lutetienses* es una causa muy infrecuente de enfermedad infecciosa neonatal y pediátrica. En la literatura existen 27 casos descritos, sólo uno de ellos en España, siendo todos en periodo neonatal. Se considera que en periodo neonatal está relacionado con colonización materna durante el parto, pero posteriormente el origen más frecuente es gastrointestinal, como en nuestro caso. El tratamiento de elección es penicilina, junto con un aminoglucósido. El pronóstico suele ser bueno pero, de forma excepcional y asociada a meningitis, puede ser fulminante.

**P-103 ARTRITIS SÉPTICA PEDIÁTRICA EN EDAD NEONATAL Y PREESCOLAR. REVISIÓN Y CONCLUSIONES DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS.**

Navarro Campo, Sandra; Martín Ramos, Silvia ; Gutiérrez Alonso, Sara; Álvarez Álvarez, Silvia; Mangas Sánchez, Carmen; Fernández Colomer, Belén; Martínez Fernández, María Rosario .

*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.*

**Introducción Y Objetivos**

La artritis séptica es una patología infrecuente en la infancia de elevada morbilidad. Suele afectar a menores de 3 años siendo *Staphylococcus aureus* el principal agente etiológico. En neonatos la sintomatología suele ser inespecífica retrasando el diagnóstico y empeorando el pronóstico.

Objetivos: realizar estudio descriptivo de casos pediátricos diagnosticados en los últimos 11 años en un hospital terciario y exponer los casos neonatales por su atipicidad clínica.

**Métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos etiquetados de artritis séptica en hospital terciario durante el período Enero 2006- Diciembre 2016.

**Resultados**

Muestra final de 26 casos. 73% menores de 2 años y 54% varones. Media de días de ingreso de 15 (DS 8.7) con un tiempo al diagnóstico comprendido entre 1 y 30 días. 2 pacientes presentaron inoculación directa (traumatismo y mordedura de gato) y 6 tenían factores predisponentes (DM tipo I, cuadro catarral). Las localizaciones más frecuentes fueron rodilla (54%) y cadera (31%). El 77% presentó fiebre y el 62% signos flogóticos. En pruebas complementarias, el 96% mostró elevación de PCR y el 69% leucocitosis. Un 28% presentó radiografía alterada (18 realizadas) y un 90% ecografía patológica (20 realizadas). Se aisló microorganismo en el 54%, siendo *Staphylococcus aureus* el patógeno más habitual (46%); un paciente con cepa resistente a metilina (MRSA). En el ámbito terapéutico, 50% recibió aminopenicilinas, 31% cefalosporinas y 19% combinación farmacológica. En 24 pacientes se realizó procedimiento de drenaje. Tan sólo un paciente presentó secuelas: coxa magna en el niño con MRSA.

Casos neonatales. Mujer de 13 días con inflamación en rodilla y pseudoparálisis. Alteración analítica y de imagen. Antibioterapia empírica con cloxacilina y cefotaxima con cambio a ampicilina tras aislamiento de *Streptococcus agalactiae* en líquido sinovial. Varón de 2 días ingresado por hipocalcemia que presenta febrícula e irritabilidad con alteración analítica iniciándose antibioterapia con ampicilina y gentamicina. Tras 8 días, flogosis de rodilla con aislamiento de *Staphylococcus aureus* en líquidos biológicos.

**Conclusiones**

Los datos de nuestro estudio corroboran que el tratamiento precoz, correcto y protocolizado ha cambiado el pronóstico de la funcionalidad articular en niños con artritis séptica.

**P-104 SALMONELA COMO CAUSA DE ARTRITIS SÉPTICA EN EL LACTANTE: DESCRIPCIÓN DE UN CASO**

Fernández Villar, Aida María ; Fernández Rodriguez, Ana Noelia; Guevara Caviedes, Laura Nathalia; Puerta Perez, María Pilar ; Ocaña Alcober, Carlos; Terroba Seara, Sandra ; Galvez Criado, Raquel; Andres Andres, Ana Gloria; Alonso Quintela, Paula; Garcia Aparicio, Cristina; Zoido Garrote, Elia.

*Complejo Asistencial de León, León.*

**Introducción:**

La artritis séptica es la invasión del espacio articular por agentes infecciosos, asociando clínica de fiebre, dolor articular o impotencia funcional de un miembro. En pacientes de menor edad el diagnóstico puede ser más complicado. El agente más habitual es el *S. aureus*, siendo menos frecuente la causada por *Salmonella no typhi*.

**Caso Clínico:**

Lactante de 4 meses con fiebre (38,1°C), llanto intenso, edema y eritema en el pie izquierdo de 12 horas evolución. En casa tenían como mascota una tortuga. En urgencias se realiza analítica sanguínea básica con ligera elevación de RFA y radiografías del pie y tobillo izquierdo que resultaron normales. La ecografía articular mostró derrame en receso anterior del tobillo con celulitis incipiente. Bajo la sospecha clínica de artritis séptica de tobillo, ingresa para artrocentesis diagnóstica. Se obtiene escaso líquido purulento, positivo para *Salmonella sp madelia*, sensible a betalactámicos de 2ª y 3ª generación. No se logró adecuado lavado articular. Se extrae hemocultivo (negativo) y coprocultivo (*Salmonella Arizona*). Tras la artrocentesis inicia tratamiento antibiótico intravenoso con cefuroxima iv, sustituido por cefotaxima tras 5 días por escasa mejoría clínica. Se mantuvo afebril, pero ante la persistencia de la clínica local, se decide, tras 8 días de ingreso, artrotomía y limpieza articular, obteniéndose abundante material purulento. Buena evolución clínica posterior articular y del estado general, completando tratamiento con cefotaxima iv cuatro semanas y posteriormente cefuroxima oral durante 2 semanas más. Asintomático dos años después del episodio, presentando adecuada movilidad de la articulación afectada sin secuelas.

**Discusión:**

El diagnóstico y tratamiento precoz de la artritis séptica es fundamental para reducir las secuelas posteriores. En pacientes de corta edad o con gérmenes atípicos, como nuestro caso, en los que no se logre adecuado lavado articular, podrían beneficiarse de la realización precoz de artrotomía. Debemos ser conscientes del precio que hay que pagar por la introducción de animales exóticos en nuestras vidas, reservorios conocidos de gérmenes atípicos, de virulencia constatada.

**P-105 GRANULOMAS HEPATOESPLÉNICOS SECUNDARIOS A INFECCIÓN POR BARTONELLA EN NIÑA INMUNOCOMPETENTE.**

Sánchez Códez, María Isabel; Montero Martín, María ; Rivera Rodríguez, Fátima; Peromingo Matute, Estrella.  
*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.*

**Introducción:**

La infección por *B.henselae* en población pediátrica tiene una expresión clínica muy variada, siendo la enfermedad por arañazo de gato la forma más frecuente. Presentamos un caso atípico con afectación hepatoesplénica en paciente inmunocompetente.

**Caso Clínico:**

Paciente de 4 años previamente sana, acude a Urgencias por fiebre elevada, diaria, de predominio nocturno, de 11 días de evolución, sin otra sintomatología asociada. Vacunada correctamente. Tiene contacto con gatos en domicilio. En la exploración destacan palidez de piel y mucosas y adenopatías inguinales, bilaterales, rodaderas no dolorosas, con exploración abdominal normal. Aporta analítica de dos días previos con anemia moderada y PCR de 64.4 mg/L. En control analítico se objetiva empeoramiento de la anemia, leucocitosis y linfocitos activados en frotis. La radiografía de tórax y sistemático de orina son normales. Durante su ingreso debuta dolor abdominal, objetivándose en la ecografía abdominal lesiones ocupantes de espacio hipoeoicas hepatoesplénicas descritas como granulomas en TC posterior. Se realiza mantoux(0 mm) y serología de agentes hepatotropos con IgM positiva para *B. henselae* e IgG negativa. Se trata con rifampicina y azitromicina oral, quedando asintomática tres días después. Continúa tratamiento ambulatorio, con mejoría ecográfica y serológica un mes después.

**Discusión:**

Existen muy pocos casos descritos de granulomatosis hepatoesplénica en pacientes pediátricos inmunocompetentes. La fiebre de origen desconocido, dolor abdominal y adenopatías de localización variable constituyen la triada típica de esta entidad. Los hallazgos analíticos son inespecíficos con reactantes de fase aguda elevados y anemia moderada. La serología fue la clave del diagnóstico en nuestro caso, al igual que la mayoría de los casos descritos. La ecografía es la técnica de imagen más usada con correlación variable con el TC. El tratamiento es controvertido ya que no existen estudios aleatorizados controlados. Se propone el uso de azitromicina, rifampicina, trimetoprim-sulfametoxazol, ciprofloxacino o gentamicina en monoterapia o combinados, con duración variable. La exploración clínica, contacto epidemiológico, serología positiva, ecografía y respuesta terapéutica apoyaron el diagnóstico de forma visceral por *B.henselae* en nuestra paciente, evitando la realización de pruebas invasivas. Son necesarios más estudios para evaluar el manejo terapéutico de estos pacientes.

**P-106 TOS FERINA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS**

Fernández Rodríguez, Ana Noelia<sup>1</sup>; Fernández Villar, Aída María<sup>1</sup>; Terroba Seara, Sandra<sup>1</sup>; Ocaña Alcober, Carlos<sup>1</sup>; Puerta Pérez, María Del Pilar<sup>1</sup>; Guevara Caviedes, Laura Nathalia<sup>1</sup>; Zoido Garrote, Elia<sup>1</sup>; García Aparicio, Cristina<sup>1</sup>; Andrés Andrés, Ana Gloria<sup>1</sup>; Sánchez González, Begoña<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Complejo Asistencial de León, León; <sup>2</sup> Centro de Salud Eras de Renueva, León.

**Objetivo:**

En la actualidad estamos asistiendo a una disminución de la incidencia de tos ferina debida a la vacunación, a pesar de ser una enfermedad endémica (picos cíclicos cada 2-5 años). La inmunidad disminuye con el tiempo, por lo que la protección tras la vacunación no es duradera. El objetivo de estudio es la revisión de los casos de tosferina durante 5 años desde Atención Primaria, analizando datos clínicos y epidemiológicos.

**Material Y Metodos:**

Estudio observacional descriptivo retrospectivo mediante revisión de las historias clínicas de pacientes menores de 14 años diagnosticados de tosferina en el periodo de cinco años (2012-2017). La información es recogida y analizada con el programa Excel 2016.

**Resultados:**

Se obtienen 13 pacientes (53% varones), con edades comprendidas entre los 6 meses y los 12 años. La mayoría de casos se detectaron en el año 2015 (7 pacientes). El 69,2% de los casos se inicia en meses de primavera-verano (8 casos de mayo a julio). En cuanto a la vacunación, uno de los pacientes no fue vacunado por decisión familiar, 9 pacientes habían recibido 3 dosis de vacuna. La clínica más frecuente fue tos persistente en 9 pacientes; presentan gallo 4 pacientes; tos pertusoide 3 pacientes; ningún paciente presentó fiebre. En todos los pacientes se realizó serología, siendo positiva para *Bordetella Persussis* y fueron tratados con Azitromicina, con mejoría clínica posterior.

**Conclusiones:**

Los datos obtenidos se correlacionan con lo descrito en la literatura: aparición en ciclos epidémicos y desarrollo de la enfermedad pese a vacunación correcta. Existe una mayor detección, aunque posiblemente todavía se están subestimando casos. La mejoría del diagnóstico, el tratamiento de pacientes con clínica sugerente de tosferina y la declaración epidemiológica ayudará a controlar dicha patología, así como a disminuir la aparición de la misma en pacientes de riesgo.

#### **P-107 BAJO RIESGO DE CICATRIZ RENAL TRAS EPISODIO DE PIELONEFRITIS AGUDA?**

Forcadell Pirretas, Eva; Barjuan Ruiz, Maria; Méndez Hernández, Maria; Enjuto, Melina; Pérez Balagueró, Cristina; Domènech Marsal, Èlia; Roig Abraham, Neus ; Valls Lussà, Aina.

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.*

#### **Introducción Y Objetivos**

La pielonefritis aguda (PNA) es una de las causas principales de infección bacteriana en pacientes menores de 2 años y puede producir en algunos niños afectación renal permanente.

Tradicionalmente se recomendaba realizar estudios de imagen como la cistografía y gammagrafía renal a todos los pacientes con PNA con el objetivo de identificar anomalías del tracto urinario y cicatrices renales. Las guías clínicas en los últimos años han disminuido el número de exploraciones complementarias a realizar, limitándolas a pacientes de alto riesgo, y es práctica habitual en la actualidad realizar únicamente ecografía renal a los niños de bajo riesgo.

Los objetivos del estudio es valorar la afectación renal en niños de bajo riesgo de cicatrización tras una PNA.

#### **Métodos**

Estudio descriptivo en pacientes que presentaron PNA antes de los dos años de edad y que no cumplían criterios de riesgo. Se realiza un control a los 4 años del episodio, con realización de ecografía abdominal, análisis de tres muestras de orina (microalbuminuria, proteinuria y osmolalidad) y determinación de tensión arterial (TA), peso y talla.

#### **Resultados**

Se analizaron 60 pacientes diagnosticados de PNA antes de los dos años de edad y a los que se había realizado ecografía renal tras el episodio, siendo esta normal. Ninguno presentaba alteración en las ecografías prenatales, y un 85% tuvieron fiebre como síntoma principal. Un 8% de los pacientes presentaron posteriormente un segundo episodio de PNA.

En un 10 % de los pacientes se detectaron cicatrices renales por ecografía, todas ellas corticales, de pequeño tamaño y sin afectación del tamaño renal. En un paciente se detectó ureterohidronefrosis moderada. Ninguno de los pacientes presentó alteraciones de la TA, talla ni de los análisis urinarios.

Las cicatrices se asociaron a mayor presencia de nitrituria y no se asociaron a mayor grado de fiebre, recurrencia de la infección, presencia de bacteriemia o edad del episodio.

#### **Conclusiones**

La incidencia de cicatrices en el subgrupo de pacientes con bajo riesgo de cicatrización renal, es similar a la descrita en la literatura para todos los niños con PNA, aunque estas cicatrices no tienen repercusión clínica.

### **P-108 PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA CELULITIS ORBITARIA POSTSEPTAL**

Espinosa López, Blanca<sup>1</sup>; Llanos Alonso, Natalia<sup>2</sup>; Cepillo Boluda, Antonio Javier<sup>1</sup>; Grasa, Carlos<sup>1</sup>; Rojo Conejo, Pablo<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>2</sup>Centro de Alta Resolución Trujillo Cáceres, Cáceres.

#### **Introducción Y Objetivos.**

La celulitis periorbitaria es una patología relativamente frecuente en niños. En algunas ocasiones existe confusión entre la celulitis preseptal y postseptal, dos entidades etiopatogénicamente diferentes y con distinto pronóstico. El objetivo de este estudio es revisar las características principales de las celulitis postseptales en niños para poder identificar las que pueden ayudar a un diagnóstico precoz adecuado y a evitar sus posibles complicaciones.

#### **Métodos**

Estudio retrospectivo descriptivo en el que se han seleccionado todos los pacientes ingresados con diagnóstico de celulitis postseptal en un hospital de tercer nivel entre los años 2004 y 2016. Los datos analizados se han obtenido a través de los registros de las historias clínicas.

#### **Resultados**

Nuestra serie consta de 29 pacientes, en la que la prevalencia de celulitis postseptal fue mayor en varones (69%) con una edad media de 6,97 años (+/- 3,213 SD). Los síntomas más frecuentes en el momento del diagnóstico fueron inflamación palpebral (96,6%), fiebre (62,1%), dolor ocular (58,6%) y limitación de los movimientos oculares (48,3%). La media de visitas previas al servicio de Urgencias Pediátricas fue de 1 (+/- 0,8 SD), siendo los diagnósticos de celulitis preseptal (33,3%) y conjuntivitis (23,8%) los más frecuentemente emitidos. 15 pacientes presentaban síntomas catarrales (51,7%) y 9 (31%) ya habían comenzado antibioterapia oral en el momento del diagnóstico. La tomografía computerizada (TC) mostró sinusitis aguda en todos los pacientes excepto en uno, siendo los senos etmoidal (89,7%) y maxilar (79,3%) los más afectados. En general, la evolución clínica fue favorable, precisando drenaje quirúrgico 12 pacientes (41,4%) y con una estancia media hospitalaria de 7,9 días (+/- SD 3).

#### **Conclusiones**

Es básico tener en cuenta los síntomas más característicos de presentación de la celulitis postseptal como dolor ocular y oftalmoplejía, así como los antecedentes de sinusitis aguda, para poder realizar un diagnóstico adecuado y precoz. La celulitis orbitaria postseptal aparece más frecuentemente en la edad escolar, siendo infrecuente en la edad preescolar.

**P-109 MYCOPLASMA PNEUMONIAE COMO POSIBLE CAUSA DE PAROTIDITIS AGUDA**

Illán, Marta; Fernández, Patricia; Arias, Eva; Mazariegos, Diana ; Francisco, Laura; Daoud, Zarife; Baos, Elvira; Ramos, José Tomás.

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**INTRODUCCIÓN**

La parotiditis consiste en la inflamación de las glándulas salivares parótidas. La mayoría de los casos de parotiditis aguda (PA) son debidos a la infección por el virus de la parotiditis epidémica, y ocurren en la infancia y adolescencia, sin embargo pueden estar implicados otros agentes víricos o bacterianos en la aparición de este cuadro.

**Caso Clínico**

Niña de 8 años que consulta por inflamación bilateral de zona parotídea de 8 días de evolución acompañada de dolor local. Afebril. Náuseas ocasionales y deposiciones más blandas de lo habitual sin otra clínica acompañante. Comenzó con la sintomatología mientras estaba en un campamento de verano (mes de julio). Los días previos tuvo cuadro catarral.

Valorada en Urgencias 4 días antes, donde se diagnostica de parotiditis y se pauta tratamiento con azitromicina 3 días.

Paciente sin antecedentes de interés, correctamente vacunada con dos dosis de triple vírica. No episodios previos de parotiditis.

A la exploración se constata hipertrofia parotídea bilateral leve sin otras alteraciones. Analítica con 7.000 leucocitos/ $\mu$ L (65,8% linfocitos) y resto de hemograma y bioquímica normales. Serologías: IgG EBNA (VEB) positiva, IgG CMV positiva (IgM negativa), IgG paperas positiva (IgM negativa), IgG e IgM *Mycoplasma pneumoniae* positivas.

Evolución favorable con resolución completa del cuadro.

**Discusión**

*M.pneumoniae* es un patógeno habitualmente asociado a cuadros respiratorios agudos, estimándose que podría producir el 40% de las neumonías comunitarias. La franja de edad más habitual en la que se presenta es de 5 a 15 años, y las epidemias por esta bacteria suelen producirse en los meses de verano y otoño.

Las frecuentes complicaciones extrarrespiratorias pueden aparecer antes, durante o después de las manifestaciones pulmonares e incluso en ausencia de éstas, y principalmente son de carácter neurológico, hematológico, musculoesquelético, cardiaco, renal y ocular. Sin embargo, aunque son escasas las referencias en la literatura, también se ha detectado como posible agente causal de cuadros de PA o inflamación de otras glándulas salivares en el contexto de infección aguda. Por tanto, a pesar de que la principal causa de PA en la infancia es vírica, *M.pneumoniae* debería tenerse en cuenta entre los microorganismos responsables de dicha patología.

**P-112 LA ARTRITIS TUBERCULOSA, UNA ENTIDAD RARA PERO PRESENTE**

González Gómez De Agüero, Iris; Quilis Esquerra, Josep; Soler Campins, M. Queral; Fenoy Alexandre, Marina; Medina Esquitino, M. Carmen; Martínez Mejías, Abel.

*Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.*

**Objetivo**

La tuberculosis osteoarticular es una enfermedad rara, ya que supone un 10-35% de las tuberculosis extrapulmonares y sólo un 1-3% de todos los casos de tuberculosis.

Este trabajo revisa los casos de tuberculosis osteoarticular en nuestro servicio en los últimos 5 años.

**Material Y Métodos**

Se describen tres casos de artritis tuberculosa atendiendo a los síntomas, diagnóstico y tratamiento.

**Caso 1:** Niña de 13 años de origen paquistaní. Consulta por dolor y limitación funcional de codo de 3 meses de evolución, con anorexia y pérdida de peso, sin fiebre. A la exploración: rigidez, tumefacción y calor local. Analítica: 4.200 leucocitos, PCR 3 mg/L, VSG 88mm. RMN muestra osteoartritis con absceso intraóseo. PPD y quantiferon positivos. Se orienta como TBC articular, se solicita TAC pulmonar: adenopatías hiliares. Se realiza biopsia ósea y desbridamiento de la articulación. Se inicia tratamiento antituberculoso y se confirma infección mediante cultivo y PCR positivos para M.tuberculosis. Se completan 12 meses de tratamiento.

**Caso 2:** Niña de 15 años de origen paquistaní que acude por dolor y limitación acromioclavicular de 2 meses de evolución. Niega traumatismo previo. Exploración física: tumefacción, eritema y calor local. Analítica: 7.800 leucocitos, PCR 27 mg/L, VSG 64 mm. Radiografía: imagen lítica clavicular. RMN: varias colecciones abscesificadas. PPD y quantiferon positivos. Dado TBC articular se solicita TAC pulmonar: nódulos a dicho nivel. Se desbrida articulación y se inicia tratamiento antituberculoso. Se obtiene PCR positiva para M.tuberculosis.

**Caso 3:** Niño de 5 años de familia marroquí que consulta por cojera de 6 meses de evolución. Refiere astenia, anorexia, pérdida de peso y tos productiva el último mes. Destaca rigidez y limitación articular, con edema y eritema. Analítica: 9.200 leucocitos, PCR 69 mg/L, VSG 66mm. Radiografía de tórax: condensación LID. PPD y quantiferon positivos. Radiografía articular: aumento de partes blandas, RMN: sinovitis. Se inicia tratamiento antituberculoso previa recogida de muestras.

**Conclusiones**

La artritis tuberculosa es una entidad poco frecuente en pediatría y, por tanto, difícil de diagnosticar. Se necesita una alta sospecha clínica y atender a los hallazgos radiológicos y de laboratorio para realizar un diagnóstico y tratamiento precoces, evitando así posibles complicaciones.

**P-113 ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO 12 AÑOS DE TUBERCULOSIS DURANTE 12 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.**

Núñez Fernández, África; Mendoza Murillo, Beatriz; Muñoz Vilches, María José; Terol Barrero, Pedro .  
*Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.*

**Introducción Y Objetivos**

La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo, relacionándose su alta incidencia en países desarrollados en los últimos años a la inmigración.

Nuestro objetivo es determinar si el aumento de incidencia de tuberculosis y multirresistencia en los últimos años se atribuye a casos importados. También comprobar si hay una mejora diagnóstica con la introducción de nuevas técnicas microbiológicas diferentes al cultivo.

**Métodos**

Se registran 46 pacientes con diagnóstico de tuberculosis entre 2004-2016. Variables: edad, sexo, comorbilidades, higiénico-social, motivo de estudio, caso índice, tiempo medio de ingreso, sintomatología, Mantoux, Quantiferón, alteraciones pruebas de imagen, hemograma, VSG, PCR, transaminasas, baciloscopia, PCR a M. Tuberculosis Complex, cultivo, sensibilidad, tratamiento, tolerancia al tratamiento y complicaciones.

**Resultados**

De los 46 pacientes un 85% autóctonos, no autóctonos 15%. 59% mujeres, 41% hombres. Lactantes 35%, preescolares 39%, escolares 26%. Comorbilidades: sin interés 81%, cardíacas 6%, renal 4%, prematuridad 4%. Buen higiénico-social 44%, malo 42%, medio 14%. Un 52% se estudió por clínica, 41% estudio de contactos, 7% cribado de niño inmigrante. En 35% no se detecta caso índice, familiar 1º grado 37%, familiar 2º grado 21%, nosocomial 2%, otros 2%. Asintomáticos 32%, sintomáticos 64% (fiebre 40%, respiratorios 47%, digestivo 2%, neurológico 2%, articular 4%, eritema nodoso 4%, tumoración esternal 1%), siendo un 8.7% extrapulmonar (pleuritis, meningitis, artritis de rodilla y osteomielitis esternal). La radiografía normal en 26%, 24% condensación, 6% derrame pleural, 34% adenopatías, 6% atelectasia, 2% cavernas, 2% cisuritis. El TAC tórax realizado en un 53%, de esos 26 pacientes que supone: 13.5% normal (tuberculosis extrapulmonares), condensación 21%, adenopatías 38%, derrame pleural 1.5%, atelectasia 13.5%, infiltrado micronodular 5.5%, cavernas 5.5%). Hemograma normal en 32.5%, leucocitosis con fórmula normal 21.5%, con linfomonocitosis 8.5%, con linfocitosis 15%, con neutrofilia 17.5%, con eosinofilia 4%. PCR aumentada en 63%. VSG aumentada en 67.5%. Transaminasas elevadas en 2%. Mantoux: positivo 95%. Quantiferón realizado a un 37% (60% positivo). Baciloscopia negativa 98%. La confirmación diagnóstica 2004-2014 es de 58% mediante cultivo, 2015-2016 un 52% de los casos mediante cultivo y PCR, siendo 2% multirresistente.

**Comentarios**

El aumento de incidencia y multirresistencia en los últimos años atribuido a casos importados no se confirma en nuestra serie. Destacando un alto porcentaje de casos con buen higiénico-social.

Tampoco confirmamos en nuestra serie la mejora diagnóstica con la introducción de PCR, sí en la precocidad de los resultados. El cultivo sigue siendo necesario en todos los casos.

#### **P-114 TUBERCULOSIS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN DOS HOSPITALES TERCIARIOS**

Illán Ramos, Marta <sup>1</sup>; Berzosa Sanchez, Arantxa <sup>2</sup>; Prados, María <sup>2</sup>; Calderón Gallego, Clara <sup>1</sup>; Francisco Gonzalez, Laura <sup>1</sup>; Soto Sánchez, Beatriz <sup>2</sup>; Prieto Tato, Luis M. <sup>2</sup>; Ruiz Jimenez, Marta <sup>2</sup>; Alcaráz Romero, Andrés J. <sup>2</sup>; Guillén Martín, Sara <sup>2</sup>; Ramos Amador, José Tomas <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

#### **Introducción Y Objetivos**

La tuberculosis (TB) es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial.

En la edad pediátrica existen más dificultades diagnósticas y mayor probabilidad de progresión a enfermedad con formas graves y extrapulmonares.

Objetivo: describir las características clínico-epidemiológicas de la TB en población pediátrica de nuestro área y analizar las herramientas diagnósticas y terapéuticas disponibles.

#### **Métodos**

Estudio descriptivo, retrospectivo revisando pacientes pediátricos diagnosticados de TB en dos hospitales terciarios de la CAM, entre junio 1991 y diciembre 2017.

Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y de tratamiento. Para el análisis se utilizó el sistema estadístico SPSS 20 para Windows.

#### **Resultados**

Se recogieron 170 pacientes con diagnóstico de TB (53,5% varones). La mediana de edad fue 4,5 años (RIC 2-11), con predominio en lactantes y adolescentes. Objetivados más casos en invierno (38,2%) y primavera (27,1%).

El 21,8% eran inmigrantes, y otro 21,2% nacidos en España de padres inmigrantes (principalmente Sudamérica (28,2%) y Marruecos (8,2%)). El 14,3% había sido vacunado de BCG.

Los principales motivos de consulta fueron contacto con TB (20,6%) y fiebre (15,3%). Al diagnóstico el 61,8% referían ambiente epidémico. El 30,6% estaba asintomático.

Al diagnóstico: Mantoux >10mm el 64,1% y radiografía alterada el 90,0% (alteraciones más frecuentes condensación (59,4%) y adenopatía hilar (48,2%)). Presentó afectación extrapulmonar el 8,2% (piel y adenopatías lo más frecuente).

Se objetivó elevación PCR en 28,2% y VSG en 30,6%. IGRA positivo en 70,6% de casos realizados. De los pacientes en que se obtuvo muestra de jugo gástrico (JG) o esputo (E) (mayoría inducido), el 12,4% y 21,4% tuvieron tinción BAAR positiva respectivamente. Cultivo positivo en 36,9% muestras de JG y 40,9% de E. PCR positiva en 32,2% de JG y 20,7% de E.

Halladas resistencias a H en 1,8%. Recibió tratamiento con H+R+P el 70,6% y se empleó coformulación en 15,9%

#### **Conclusiones**

La tuberculosis sigue afectando predominantemente a lactantes y adolescentes. Casi la mitad de casos son de origen extranjero.

El diagnóstico de certeza en niños continúa siendo difícil, aunque herramientas como PCR en JG o E pueden mejorar la rentabilidad y rapidez diagnóstica y permiten conocer posibles resistencias

### **P-115 ABSCESO FRÍO TUBERCULOSO**

Martínez De Morentin Navarcorena, Ana Laura; López Rojo, Myriam ; Marín Andrés, Marta; Sala Fernández, Laura ; Gutiérrez Sánchez, Aída María; Bustillo Alonso, Matilde; Guerrero Laleona, Carmelo ; Castillo Laita, Jose Antonio; Martínez Sapiña, Ana ; Sarria Octavio De Toledo, Luis; Sahagun Pareja, Juan ; Viñuelas Bayon, Jesús; Izquierdo Hernández, Beatriz ; López Lafuente, Amparo; López Pisón, Javier.

*Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza.*

#### **Introducción:**

Se presenta el caso de una niña de 11 años con coinfección VIH y tuberculosis diseminada, que es diagnosticada de un absceso frío tuberculoso.

#### **Caso Clínico:**

Originaria de Camerún, es diagnosticada a los 10 años de infección VIH/SIDA y tuberculosis diseminada (pulmonar miliar, ganglionar extensa con afectación abdominal y hepatoesplénica, cerebral con tuberculomas temporoparietales izquierdos y tuberculoma en ojo derecho). Crisis convulsivas focales secundarias a tuberculomas, en tratamiento con lacosamida.

Tratamiento ARV con abacavir, lamivudina, efavirenz. Tratamiento antituberculoso en fase de mantenimiento con rifampicina, isoniazida. Presenta muy buena adherencia y tolerancia al tratamiento, con mejoría clínico-analítica progresiva y radiológica en controles sucesivos.

En ecografía abdominal de control, tras 18 meses de tratamiento, se encuentra una voluminosa adenopatía retroperitoneal que ocasiona dilatación calicial renal izquierda. Se completa estudio con TAC toraco-abdominal, donde se objetiva un absceso dependiente del músculo psoas izquierdo; con diagnóstico probable de absceso frío de origen tuberculoso. Asintomática hasta entonces, salvo leve molestia abdominal en el último mes, sin fiebre ni pérdida de peso. Carga viral VIH: 96 copias/ml, CD4: 1200 (31.4%), CD8: 1141 (36.9%). Se realiza punción ecoguiada con evacuación completa del absceso. En la baciloscopia no se observan BAAR. PCR positiva a *Mycobacterium tuberculosis complex*. Cultivo de micobacterias negativo.

Se descartan resistencias a *Mycobacterium tuberculosis* y VIH. Dada la negatividad del cultivo del absceso de psoas y previa realización de nuevo estudio de neuroimagen, se suspende el tratamiento con isoniazida y rifampicina.

En el último control, a los 12 años <sup>9/12</sup> meses se encuentra asintomática desde el punto de vista infeccioso, con carga viral VIH indetectable, recuento de CD4 730 (26.4%) y con adecuado desarrollo psicomotor y ganancia ponderal.

#### **Discusión:**

En el caso presentado se pone de manifiesto la importancia de un adecuado seguimiento clínico-analítico y de imagen en los pacientes con coinfección VIH-TBC. Ante la presencia de un absceso frío tuberculoso, el cuadro clínico puede ser insidioso y el diagnóstico definitivo se obtiene mediante estudio microbiológico. Considerar también la posibilidad de encontrarnos frente a un síndrome inflamatorio de reconstitución inmune una vez descartado tratamiento inadecuado, resistencias y otras coinfecciones.

### **P-116 TUBERCULOSIS: ¿QUÉ OCURRE EN NUESTRO MEDIO?**

Martínez Bautista, María; Gutiérrez Sánchez, Elena; Álvarez Vallejo, Beatriz; Paredes Reyes, Pedro; Menasalvas Ruiz, Ana Isabel; Alfayate Miguélez, Santiago.

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

#### **Introducción Y Objetivos**

La tuberculosis en niños continúa siendo un problema importante de salud pública, con particularidades propias de la edad, como son la mayor dificultad para establecer un diagnóstico definitivo y mayor frecuencia de enfermedad extrapulmonar. El objetivo es revisar los casos de tuberculosis diagnosticados en nuestro centro.

#### **Metodo**

Revisión de los casos de tuberculosis diagnosticados en nuestro centro en menores de 11 años desde 2007 a 2017. Recogemos datos demográficos, clínicos, radiológicos, microbiológicos, complicaciones y tratamiento instaurado.

#### **Resultados**

Se diagnosticaron 58 casos, 52% varones. La mediana de edad al diagnóstico fue 29.5 meses [4 meses- 9.5 años]. 69% de los casos eran inmigrantes. En 64% se identificó el caso índice en el entorno cercano (familiares).

Hubo un 76% de formas pulmonares y 24% extrapulmonares (43% SNC, 29% ganglionares, 14% osteoarticulares y 14% peritoneales).

Un 55% presentaron fiebre, 55% tos, y 20% cuadro constitucional. 4 casos se diagnosticaron en contexto de eritema nodoso y 12 en estudio de contactos.

La induración media del Mantoux fue 15mm. El cultivo fue positivo en un 45% de forma global y 53% en formas extrapulmonares (67% SNC, 50% peritoneales, 50% ganglionares, 0% osteoarticulares). Se realizó PCR en el 75% de los casos, siendo positiva en un 30%. Se obtuvo diagnóstico de certeza en 46.7% de los casos: cultivo 45%, y PCR 1.7% adicional. Un 9.8% fueron formas bacilíferas (tinción positiva en aspirado gástrico).

En el 83% de los casos encontramos alteración radiográfica, realizándose TAC pulmonar en un 45%.

Hubo un caso resistente a isoniazida y otro a rifampicina. Las formas meníngeas, peritoneales y pulmonares graves recibieron corticoides.

Dos casos presentaron recidivas. En los casos de meningitis tres precisaron válvula de derivación ventrículo-peritoneal, un paciente falleció y dos presentaron secuelas neurológicas graves.

#### **Conclusiones**

En nuestro medio vemos que la enfermedad tuberculosa afecta fundamentalmente al colectivo inmigrante. El diagnóstico de un caso en la infancia obliga a la búsqueda del caso índice.

Las formas extrapulmonares en niños son frecuentes y potencialmente muy graves.



La rentabilidad de los medios diagnósticos sigue siendo baja por lo que hay que mantener un elevado índice de sospecha.

### **P-117 FALSOS POSITIVOS DEL TEST DE QUANTIFERON EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

Quintana, Cristian; Del Rosal, Teresa; Calvo, Cristina; Mendez-Echevarria, Ana; González-Muñoz, Miguel; Pérez, Sara; Aracil, Francisco Javier; Vázquez, Álvaro; Mellado, María José; García López, Milagros; Baquero-Artigao, Fernando.

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

#### **Introducción**

Las nuevas técnicas de diagnóstico inmunológico de la tuberculosis (TB), denominadas IGRAs (Interferon-Gamma Release Assays) han permitido mejorar el diagnóstico de la infección latente y la enfermedad activa. A pesar de que su especificidad es superior a la de la prueba de tuberculina (TST), raramente se producen falsos positivos en niños, que pueden deberse a la variabilidad intraensayo (recolección, almacenamiento o procesamiento inadecuados, variación de las mediciones de IFN- $\gamma$ ) o respuesta inmune variable (medicación, estrés, infección).

#### **Métodos**

Durante el periodo 2013-2017 se realizaron en el hospital La Paz de Madrid un total de 737 QuantiFERON-TB Gold In-Tube assay (QFT-GIT) en niños de 0 a 18 años: 497 negativos, 48 indeterminados y 192 positivos. Siete de ellos (3.6%) se consideraron falsos positivos.

#### **Resultados**

La mediana de edad (RIQ) fue 5 años (0,9-13). Un paciente era hijo de madre con TB gestacional. Solo una niña estaba vacunada de BCG. Respecto a la clínica/indicación del test, en dos pacientes se realizó por estudio de contactos, en uno por adenitis submandibular y en cuatro por sintomatología inespecífica en niños con patología grave y tratamiento inmunosupresor: disnea crónica en paciente con fiebre mediterránea familiar, adenitis cervical crónica en AIJ (tratamiento con adalimumab y metotrexate), fiebre de origen desconocido en trasplantado renal (micofenolato y tacrolimus) y dolor abdominal no filiado en colitis ulcerosa (infliximab y azatioprina). Seis de los 7 tuvieron TST inicial y repetida a las 12 semanas negativa. Todos tuvieron un primer resultado QFT-GIT positivo, con resultados negativos posteriores. Todos los estudios radiológicos y microbiológicos fueron negativos para enfermedad tuberculosa activa. En la paciente sana con adenitis se aisló *M. lentiflavum* y recibió HRZ hasta dicho resultado. Otro paciente recibió HRZE y desarrolló hepatitis.

#### **Conclusiones**

Aunque con poca frecuencia, se pueden encontrar falsos positivos en la prueba QFT-GIT en niños. Estos resultados podrían explicarse a la presencia de trastornos inmunológicos, células T maternas en el recién nacido, efecto booster del Quantiferon, o infecciones activas debidas a micobacterias no tuberculosas. La identificación de los niños en riesgo de resultados falsos positivos de IGRA es crucial, ya que pueden conducir a exámenes y tratamientos innecesarios.

### **P-118 SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Y FALLO DE MEDRO EN LACTANTE**

García Barrionuevo, Claudia; Márquez Mira, Pedro ; Benítez Moscoso, Gema; Gómez Pérez, Sara; Jiménez De Los Santos, Carmen; Peláez Cabrera, María José; Moreno Salgado, Jose Luis ; Portero García, Nieves ; Rodríguez Benjumea, Margarita; Gaya Sánchez, Carmen; Croche Santander, Borja; Carrasco Zalvide, Manuel .  
*Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.*

#### **Introducción**

La tuberculosis diseminada o miliar es la forma de presentación más grave de enfermedad tuberculosa (3-8% de los casos). Se manifiesta tras los 2-6 meses de contraer la infección. Es una patología frecuente en lactantes y niños pequeños. En la radiografía de tórax visualizamos infiltrados difusos micronodulares aunque su ausencia no descarta la enfermedad. En un 50% el mantoux es negativo.

#### **Caso Clínico**

Varón de 15 meses, origen español, sin antecedentes familiares de interés ingresa por fiebre de 11 días de evolución. Diagnosticado inicialmente de otitis media aguda en tratamiento con amoxicilina oral sin respuesta. Asocia tos y vómitos mucosos.

Entre sus antecedentes personales destacan dos episodios de neumonía a los 6 y 9 meses de edad, así como un estancamiento ponderal (peso en P<1), tras el primero de ellos. Seguimiento en consultas con estudio analítico completo (hemograma, bioquímica con metabolismo férrico, perfil tiroideo y lipídico, inmunoglobulinas y marcadores de celiaquía) normal. No Mantoux.

A su ingreso, aspecto de enfermedad, desnutrido con masas musculares hipotróficas. Quejido espiratorio con hipoventilación de los 2/3 tercios del hemitórax izquierdo a la auscultación. En el hemograma, leucocitosis con neutrofilia. PCR normal, VSG 32 mm/h. Radiografía de tórax: insuflación hemitórax izquierdo con infiltrado intersticial en seno costofrénico.

Inicia cefotaxima intravenosa, persistiendo los picos febriles a las 48 horas, añadiéndose azitromicina oral sin mejoría.

Mantoux a las 72 horas de 10 mm de induración. Control radiográfico con patrón micronodular difuso en ambos campos pulmonares, compatible con TBC miliar. Hemocultivo y Quantiferon negativo.

Tras recogida de jugos gástricos (x3), inicia cuádruple terapia, con desaparición de la fiebre.

Aislamiento de *M. tuberculosis* en aspirado gástrico.

Estudio de contactos familiares negativo. No localización caso índice.

Evolución favorable a los 3 meses con mejoría radiológica y recuperación progresiva de la curva ponderal (peso en P3)

#### **Discusión**

Ante todo niño con estancamiento ponderal debemos solicitar pruebas de despistaje de tuberculosis. La radiografía de tórax debe ser informada por un radiólogo experto y en casos de duda diagnóstica está indicada la tomografía computarizada. Si existe hipoxemia o atelectasia la enfermedad miliar requiere iniciar corticoterapia.

**P-119 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD COMO PRIMOINFECCIÓN TUBERCULOSA.**

Pazos , Noemi ; Caamaño, Fernando ; Laíño , Cristina; Rivero , Irene; Morillo, Beatriz; Cutrín , Juan Manuel.

*Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.*

**INTRODUCCIÓN**

La tuberculosis continúa siendo una enfermedad con gran impacto en la salud mundial tanto por su prevalencia y su fácil diseminación, como por su gravedad. Además, en la edad pediátrica este panorama se complica con un difícil diagnóstico por una sintomatología generalmente inespecífica que dificulta la sospecha clínica.

**CASO CLÍNICO**

Paciente mujer de 13 años, sin antecedentes personales ni familiares relevantes, que acude a urgencias por cuadro de 4 días de evolución de fiebre y tos seca Valorada hacia 48h por este motivo, se realizó radiografía de tórax compatible con neumonía atípica siendo dada de alta con Azitromicina. Leve mejoría inicial a pesar de la persistencia de la fiebre, pero en las 24 horas previas al ingreso inicia dolor en hemitórax derecho que aumenta con la respiración. Se repite radiografía demostrándose consolidación basal derecha con derrame pleural asociado decidiéndose su ingreso. Drenaje torácico con salida cuantiosa de líquido tipo exudado con 2.290células/ $\mu$ L con predominio linfocítico, proteínas 5g/dL y glucosa 52mg/dL. Recibe antibioterapia empírica con Cefotaxima, Clindamicina y tratamiento corticoideo presentando una rápida mejoría clínica. Es alta a domicilio tras 12 días de antibioterapia iv, estando clínicamente asintomática con analítica normal (excepto VSG en ascenso), cultivos y PCR en líquido pleural de neumococo y *M.tuberculosis* negativos y persistencia de la consolidación en radiografía de tórax con disminución del derrame pleural. Durante su seguimiento en consultas, a pesar de evolución favorable, avisan a los 36 días desde microbiología del crecimiento de *M.tuberculosis* en muestra de líquido pleural. Recibe tratamiento antituberculoso durante 6 meses sin incidencias. En estudio de contactos se detecta hermano adolescente con enfermedad tuberculosa.

**DISCUSIÓN**

La tuberculosis sigue postulándose como un reto diagnóstico para el pediatra por su patrón de presentación variable, a pesar de la mejora en las técnicas microbiológicas. Por ello, es importante realizar una historia clínica epidemiológica detallada en todo paciente con neumonía adquirida en la comunidad, así como incluirla en el diagnóstico diferencial, sobre todo en casos complicados o fracaso terapéutico. Además, no debemos olvidar la importancia de realizar un exhaustivo estudio de contactos puesto que el paciente pediátrico debe ser considerado como caso centinela.

### **P-120 TUBERCULOSIS MILIAR CON AFECTACIÓN PULMONAR Y DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

Berzosa Sanchez , Arantxa; Soto Sanchez, Beatriz; Guillén Martin, Sara; Prieto Tato, Luis M.; Cacho Calvo, Juana Begoña; Alcaraz Romero, Andrés J..  
*Hospital Universitario de Getafe, Getafe.*

#### **Introducción**

En niños menores de tres meses la adquisición de tuberculosis (TB) puede ser por infección intrauterina (TB congénita) o transmisión aérea de un adulto bacilífero. Es una población de especial riesgo de diseminación hematogena, siendo fundamental el estudio de extensión y tratamiento precoz.

#### **Caso Clínico**

Lactante de 3 meses, hija de padres guineanos con cuadro catarral de 6 días de evolución y fiebre las últimas 12 horas.

Exploración inicial: febril, leve polipnea y tiraje subcostal sin otros hallazgos; peso, talla y perímetro cefálico inferiores a p3; analítica a las 24 horas: 21660 leucocitos/mm<sup>3</sup> (8360 NT), PCR 76 mg/L; radiografía de tórax con patrón reticulonodular, opacidades nodulares bilaterales e infiltrado LSI. Se inicia cefotaxima y clindamicina intravenosos y se amplía estudio de posible tuberculosis: Mantoux a las 48h 8 mm; IGRA positivo; aislamiento en esputo inducido y jugo gástrico de *M.tuberculosis complex*. Estudio de extensión: LCR con 8 células, glucosa 48 mg/dL, ADA 0.8 UI/L. ECO y RM cerebrales: múltiples tuberculomas sin dilatación ventricular. ECO abdominal: lesión hepática sólida inespecífica; fondo de ojo normal. Se comienza cuádruple terapia antituberculosa y corticoides, pasando a isoniazida+rifampicina+pirazinamida tras confirmar sensibilidad de cepa (técnicas Genotype MTBDRplus y Xpert MTB/Rif). En estudio de contactos dos hermanos (2 años y 7 años) son diagnosticados de enfermedad pulmonar, y otro hermano (16 años) y sus padres, de infección latente. Se realiza biopsia de endometrio a la madre para descartar posible infección congénita de nuestra paciente, siendo normal. Tras contacto con servicio de Preventiva y Salud Pública se encuentra caso índice a los meses del diagnóstico (previamente convivió en domicilio, actualmente en otra comunidad autónoma). La evolución clínica de la paciente ha sido favorable. Dada de alta de hospitalización al mes, continúa seguimiento en consultas. Actualmente asintomática, recuperación ponderoestatural, evolución neurológica normal y adecuado cumplimiento terapéutico.

#### **Discusión:**

El pronóstico de la tuberculosis miliar y afectación del SNC dependen de un diagnóstico y tratamiento precoces. En ausencia de contactos posnatales conocidos se recomienda descartar TB genital materna en niños pequeños. Es elemental el estudio de contactos y búsqueda del caso índice, no siempre fácil, especialmente en población inmigrante.

**P-121 M. MANTENII UN DESCONOCIDO EN ADENITIS**

Terroba Seara, Sandra; Ocaña Alcober, Carlos; Fernández Villar, Aida Maria; Fernández Rodríguez, Ana Noelia; Zoido Garrote, Elia; Garcia Aparicio, Cristina; Hontoria Bautista, Eva; González Mieres, Cristina; Nebreda Mayoral, Maria Teresa; Alonso Quintela, Paula; Andrés Andrés, Ana Gloria.

*Complejo Asistencial de León, León.*

**Introducción:**

*Mycobacterium mantenii* es una micobacteria no tuberculosa, descrita por Van Ingen et al en 2009 en 4 muestras clínicas. Desde esta publicación, únicamente se han descrito dos casos de infección diseminada en pacientes inmunodeprimidos. Presentamos dos 2 casos de linfadenitis cervical por *M. mantenii* en 2 niñas inmunocompetentes detectadas en nuestro hospital.

**Caso 1.**

Niña de 5 años con adenitis preauricular de un mes de evolución tratada insatisfactoriamente con Amoxicilina-Clavulánico. Exploración física: adenopatía preauricular derecha de 2 cm, violácea descamativa y fluctuante. Prueba cutánea de tuberculina (PPD) 0mm, interferón gamma frente TB (IGRA) y serologías negativas. La ecografía muestra adenopatía de 2cm hilio graso conservado. Se realiza curetaje, el estudio anátomo-patólogo observa inflamación granulomatosa necrotizante y estudio microbiológico identifica *M. mantenii*. Tratamiento con Ciprofloxacino y Claritromicina, tras antibiograma se mantuvo únicamente claritromicina 3 meses. A los 6 meses, persiste leve eritema en zona.

**Caso 2.**

Niña de 3 años remitida por adenitis submandibular izquierda de 1 mes de evolución sin respuesta a amoxicilina-clavulánico. Exploración física: conglomerado de adenopatías submandibulares izquierdas de 3 x 3 cm, móviles, con tumefacción sin eritema ni fluctuación. PPD 11mm e IGRA negativo. Serologías negativas y radiografía de tórax normal. La ecografía observa múltiples ganglios linfáticos en ambas cadenas laterocervicales, de predominio izquierdo, apreciándose en su interior microabscesos. Se realiza PAAF ecoguiada obteniéndose líquido purulento donde se confirma crecimiento de *M. mantenii*. Tratamiento con azitromicina durante 4 meses. Escrofulación espontánea, inicialmente cicatriz post escrófula engrosada irregular y eritematosa con mejoría progresiva a los 9 meses de seguimiento.

**Discusión:**

Según nuestro conocimiento, estos son los primeros casos de linfadenitis cervical por *M. mantenii* descritos en España. Ambos casos se corresponden con las características propias de esta enfermedad: niñas inmunocompetentes entre 1 a 5 años con linfadenopatía subaguda, dolorosa y unilateral, de localización preauricular/parotiroideo o submandibular. Su incidencia es baja, lo que con frecuencia contribuye a un retraso en su diagnóstico, destacando la importancia del estudio microbiológico para un tratamiento dirigido.

**P-122 ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A TUBERCULOSIS INTESTINAL: LA GRAN SIMULADORA.**

Calvo Cillán, Alicia<sup>1</sup>; Roig Abraham, Neus<sup>2</sup>; Sánchez Muñoz, María<sup>1</sup>; Ávila Agüero, María Luisa<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; <sup>2</sup> Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona;

<sup>3</sup> Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, San José.

**Introducción**

La tuberculosis se incluye dentro del diagnóstico diferencial de numerosas patologías. Uno de los tipos menos frecuentes y con diagnóstico más difícil es la tuberculosis intestinal que supone en torno al 5% de todas las tuberculosis.

**Caso Clínico**

Paciente femenina de 11 años, con antecedente de Síndrome de Down y linfopenia no filiada desde el año de vida, que ingresa por cuadros de fiebre con rinorrea verdosa y goteo postnasal, otorrea y disfonía de un mes de evolución, se tratan como otitis media y rinosinusitis presentando mala evolución a pesar de varias pautas de antibiótico oral y se ingresa para tratamiento intravenoso.

En el estudio inicial, se observa leucocitos normales con linfopenia de 217/mm<sup>3</sup> y PCR elevada, radiografía de senos paranasales y de tórax sin alteraciones.

Rehistoriando la madre refiere pérdida de peso de 12Kg en 4 meses, hiporexia y dolor abdominal intermitente atribuido a estreñimiento. Dados los antecedentes, se inicia despistaje de inmunodeficiencias y malignidad. Se realiza ecografía de abdomen informada como apendicitis complicada con engrosamiento de asas intestinales y múltiples adenopatías reactivas en área pericecal. En la laparotomía exploradora se observa ileítis difusa con friabilidad de asas sin perforación apendicular, por lo que se realiza apendicectomía y se toman cultivos.

A las 24 horas se recibe informe provisional de granulomas caseificantes en la biopsia. Se inicia estudio de tuberculosis (TB) con Mantoux que resulta negativo, IGRA positivo y PCR y cultivos en muestra de biopsia y jugo gástrico positiva para *Micobacterium tuberculosis*.

Como estudio de extensión, se realiza TC tórax con adenopatías necrotizantes mediastínicas e infiltrados nodulares pulmonares en lóbulos superiores. Asociaba disfonía persistente, por lo que se solicita TC cuello con engrosamiento difuso de laringe y adenopatías.

Además, completamos estudio con VIH negativo, inmunoglobulinas normales y aspirado de médula ósea reactiva con celularidad linfoide escasa.

**Discusión**

A pesar de que los cuadros de abdomen agudo suponen frecuentemente patologías quirúrgicas, los hallazgos anatómo-patológicos pueden ser claves para el diagnóstico de patologías médicas. El hallazgo de granulomas caseificantes en una biopsia, aunque no es patognomónico, es muy sugestivo de TB, siempre debiendo completar estudio con otras pruebas de laboratorio.

### **P-123 OSTEOMIELITIS DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA**

Berzosa Sánchez, Arantxa; Guillén Martín, Sara; Soto Sánchez, Beatriz ; Prieto Tato, Luis M. ; Alcaraz Romero, Andrés J..

*Hospital Universitario de Getafe, Getafe.*

#### **Introducción**

La osteomielitis constituye una entidad infecciosa frecuente en menores de 5 años, con una incidencia de 22 casos/100.000 niños. En formas subagudas hay que tener presentes agentes infecciosos poco frecuentes como *M. Tuberculosis*, *Bartonella*, *Brucella*.

#### **Caso Clínico**

Lactante de 17 meses traído a urgencias por cojera de pie derecho, sin otra sintomatología. Valorado por traumatología y descartadas con radiografía lesiones óseas agudas, se pauta tratamiento con antiinflamatorios durante una semana y posteriormente por persistencia de cojera se coloca una férula durante dos semanas. A las 4 semanas consulta de nuevo en urgencias por persistencia de cojera, destacando en ese momento edema y tumoración en cara medial del pie. Tras estudio analítico (leucocitosis (20%neutrofilos), PCR 3,9mg/L y VSG 24mm/h), radiológico (borramiento de la cortical del astrágalo) y mediante gammagrafía se diagnostica de osteomielitis aguda e ingresa con cefotaxima y cloxacilina y tras mejoría parcial, se decide alta continuando tratamiento oral en domicilio.

Tras dos semanas acude a consultas presentando todavía cojera y tumefacción por lo que se decide realizar RM que confirma la OA y la presencia de derrame articular. Se mantiene antibioterapia sin conseguir mejoría definitiva. A las 3 semanas se decide nuevo ingreso para realizar biopsia de tejido sinovial y se realiza Mantoux. Tras resultado de Mantoux de 15 mm con vesículas se realiza estudio de tuberculosis (radiografía de tórax: adenopatías; IGRA: positivo; esputo inducido y aspirado gástrico: PCR positiva para *M. tuberculosis*) y se inicia tratamiento con 3 fármacos (tras confirmar la sensibilidad a rifampicina e isoniazida) que se mantendrá 9 meses. En la anatomía patológica de la biopsia sinovial se observan granulomas necrotizantes y células de Langerhans confirmándose en el cultivo *M. tuberculosis*.

#### **Conclusiones**

La afectación ósea es la segunda localización más frecuente en la tuberculosis extrapulmonar en la infancia, sobre todo en menores de 5 años. Ante una osteomielitis con mala evolución es obligado descartar infección por micobacterias. Las herramientas diagnósticas están limitadas en la infancia (Mantoux, radiografía de tórax e IGRAs no suelen ser concluyentes) y son clave el estudio anatomopatológico de biopsia de tejido óseo así como el cultivo de la muestra.

**P-124 REACCIÓN PARADÓJICA AL TRATAMIENTO TUBERCULOSTÁTICO: UN RETO DIAGNÓSTICO EN PEDIATRÍA**

De Nicolas Carro, Ana Maria <sup>1</sup>; Colino Gil, Elena <sup>1</sup>; Angulo Moreno, Maria Teresa <sup>1</sup>; Caminero Luna, Jose Antonio <sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canarias; <sup>2</sup>Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canarias.

**Introducción**

La reacción paradójica al tratamiento tuberculostático como exacerbación clínica o radiológica de lesiones preexistentes así como la aparición de nuevas lesiones o formas de enfermedad tras el inicio de tratamiento, tras un intervalo libre de síntomas, es una realidad en pediatría. Supone un auténtico reto diagnóstico y terapéutico por la poca literatura existente, la relativa infrecuencia de la misma y sobre todo por la amenaza que supone para la vida de estos pacientes.

**Caso Clínico**

Preescolar varón de 4 años diagnosticado de espondilitis vertebral dorsal tuberculosa a raíz de una tortícolis febril de larga evolución que sufrió un deterioro multisistémico tras un intervalo de mejoría a los 6 días del inicio de tratamiento tuberculostático. Sd de Grisel, peritonitis exudativa con ADA elevado, pericarditis, derrame pleural bilateral con edema intersticial y afectación de lóbulos superiores, hepatitis colestásica, artralgias, alteraciones analíticas con trombopenia, anemia y elevación de LDH o ferritina así como parámetros infecciosos (PCR, PCT) fueron algunas de las manifestaciones clínicas y analíticas de dicho deterioro. Preciso asistencia en unidad de cuidados intensivos y tratamiento con amplio espectro antibiótico frente a micobacterias típicas /atípicas y otros posibles microorganismos así como tratamiento inmunodepresor con megabolos de corticoides. Tras 90 días de ingreso con intenso tratamiento médico y rehabilitador el paciente fue dado de alta con sujeción mecánica de la columna. A día de hoy, tras un año de cumplimiento de tratamiento antituberculoso, realiza vida normal sin repercusión motora ni neurológica.

**Discusion:** La reacción paradójica al tratamiento tuberculostático es una emergencia médica que debe ser sospechada para poder ser tratada con éxito. Es una complicación descrita en adultos hasta en un 30% de los pacientes según las series y es un diagnóstico de exclusión. Parece que una reacción inmunitaria anómala frente a las proteínas bacilares tuberculosas es la responsable, pero no hay evidencia definitiva al respecto. La presencia de un Mantoux negativo, manifestaciones extrapulmonares de la tuberculosis y la persistencia de fiebre son factores predisponentes para dicha complicación lo que hace más difícil el reto si es posible. Un tratamiento de soporte global junto con megabolos de corticoides parecen ser la solución.

### **P-125 TUBERCULOSIS DISEMINADA: REVISIÓN DE TRES CASOS**

Marin Andres, Marta; Guerrero Laleona, Carmelo; Bustillo Alonso, Matilde; Lopez Rojo, Myriam ; Sala Fernandez, Laura ; Gutierrez Sanchez, Aida Maria; Martinez De Morentin Navarcorena, Ana Laura.  
*Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

#### **Introducción**

La tuberculosis es actualmente la enfermedad infecciosa más importante del mundo que cursa con una enorme morbimortalidad, siendo las formas sistémicas las más graves por estar asociadas a lactantes o inmunodeprimidos. Presentamos tres casos de tuberculosis diseminada.

#### **Caso Clínico**

Lactante de 1 mes y medio con picos febriles intermitentes desde hace un mes. Vacunado de tuberculosis a los 20 días de vida. Se realiza prueba de la tuberculina (negativa) y Quantiferon (indeterminado). El décimo día de ingreso se inicia ganciclovir tras detectarse IgM positiva a citomegalovirus. A los 12 días presenta empeoramiento respiratorio. En radiografía de tórax: múltiples focos consolidativos. Se realiza fibrobroncoscopia y se inician antituberculosos ante la sospecha de tuberculosis diseminada. Se detectan BAAR en lavado broncoalveolar y aspirado bronquial y PCR a Mycobacterium tuberculosis complex positiva en aspirado bronquial. A los 2 meses, nuevo empeoramiento respiratorio por lo que se realiza fibrobroncoscopia detectándose Pneumocistis jirovecii en lavado broncoalveolar. A nivel oftalmológico: tuberculoma coroideo. En potenciales evocados: hipoacusia neurosensorial bilateral. En estudio posterior no se encontró inmunodeficiencia.

Niña de 10 años procedente de Camerún donde es diagnosticada hace 3 semanas de infección por VIH y tuberculosis pulmonar, en tratamiento antituberculoso y antiretroviral. Durante su ingreso en nuestro centro presenta síndrome de readaptación inmune y convulsiones tratado con metilprednisolona y lacosamida. En RMN cerebral: tuberculomas temporoparietales izquierdos. En TAC toraco-abdominal: adenopatías patológicas en todas las cadenas ganglionares. A nivel oftalmológico: tuberculoma subretiniano y cicatriz coriorretiniana (compatible con coriorretinitis inactiva por citomegalovirus). En su evolución presentó adenitis supurada en cuello y absceso frio abdominal que precisó aspiración con aguja.

Niña de 9 años con adenopatías inguinales izquierdas y retroperitoneales asociado a picos febriles intermitentes de 10 días de evolución. Antecedente de artritis idiopática juvenil oligoarticular ANA negativa tratada con fármacos biológicos (etanecept y adalimumab). Se realiza prueba de tuberculina (positiva). En radiografía de tórax: patrón micronodular bilateral difuso con adenopatías mediastínicas. En RMN cerebral: múltiples granulomas tuberculosos en ambos hemisferios.

#### **Discusión**

La inmunodepresión en nuestros casos vendría definida por la infección congénita por citomegalovirus y la vacunación de tuberculosis; la infección por VIH y el tratamiento con fármacos biológicos.

**P-126 LINFADENITIS CERVICAL POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN NUESTRO CENTRO.**

Sevilla Homedes, Cristina <sup>1</sup>; Armendariz Lacasa, Laura <sup>1</sup>; Valle T Figueras, Jose Maria <sup>1</sup>; Curbelo Rodriguez, Madai <sup>2</sup>; Goruppi, Ilaria <sup>1</sup>; Moliner Calderon, Elisenda <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; <sup>2</sup> Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

**Introducción Y Objetivos.**

La incidencia de infecciones por micobacterias ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. La linfadenitis cervical es la forma de afectación más frecuente en la edad infantil y suele estar causada por micobacterias atípicas no tuberculosa (MNT). Afecta casi exclusivamente a niños sanos, sin factores de riesgo y en edades comprendidas entre los 12 meses y los 5 años de vida. Clínicamente se manifiesta en forma de adenopatía de unos 2-3 cm de diámetro, indolora que evoluciona de forma espontánea a la fistulización. Los pacientes suelen estar afebriles y refieren frecuentemente un cuadro de infección faringoamigdalara en las semanas previas.

Nuestro objetivo es estudiar la epidemiología, clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución de los pacientes valorados en nuestro servicio afectados de linfadenitis por MNT.

**Métodos.**

Estudio retrospectivo en pacientes menores de 18 años con linfadenitis por micobacteria no tuberculosa en nuestro centro en los últimos 3 años.

**Resultados.**

Se atendieron 6 niños sanos entre 12 y 28 meses de edad, nacidos en Barcelona y sin desplazamientos a otras áreas. El tiempo previo de evolución fue de 4 semanas y en la mitad de los casos habían presentado fiebre en días previos. La localización más frecuente fue laterocervical en 3 niños, submandibular en 2 y parotídea en 1. La prueba de Mantoux fue positiva en 3 niños. Se practicó PAAF (punción aguja fina) guiada por ecografía en todos ellos y en los cultivos de 5 pacientes se aisló Mycobacterium (M.) Avium Intracelular y en 1 M. malmoense.

Cinco casos se trataron con biterapia antibiótica más exéresis quirúrgica. No hubo recidivas en ninguno de ellos.

**Conclusiones.**

La frecuencia de adenitis por micobacterias no tuberculosas está aumentando en los últimos años. La exéresis quirúrgica se considera el tratamiento de elección que debe realizarse en el mes siguiente a su diagnóstico, solo debe considerarse el tratamiento médico en casos los que la cirugía sea de difícil abordaje. La mayoría de autores consideran la cirugía de escisión como el abordaje inicial ya que es diagnóstico y terapéutico, y disminuye el tiempo de curación, evitando la recidiva y la formación de trayectos fistulosos.

## **P-127 PATRÓN RADIOLÓGICO EN NIÑOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA RED ESPAÑOLA DE ESTUDIO DE TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA.**

Santiago, Begoña<sup>1</sup>; Hernanz Lobo, Alicia<sup>1</sup>; Santos, María Del Mar<sup>1</sup>; Noguera, Antoni<sup>2</sup>; Soriano, Antoni<sup>3</sup>; Vallmanya, Mt<sup>4</sup>; Bustillo, Matilde<sup>5</sup>; Rubio-San Simón, Alba<sup>6</sup>; Falcón, Lola<sup>7</sup>; Martín Nalda, Andrea<sup>8</sup>; Gómez-Pastrana, David<sup>9</sup>; Colino, Elena<sup>10</sup>; Méndez, María<sup>11</sup>; Montero, María<sup>12</sup>; García, Mercedes<sup>13</sup>; Castillo, Silvia<sup>14</sup>; Francisco, Laura<sup>15</sup>; Ruiz, Marta<sup>16</sup>; Baquero-Artigao, Fernando<sup>17</sup>; Calvo, Cristina<sup>18</sup>; Herranz, Mercedes<sup>19</sup>; Álvarez, Cristina<sup>20</sup>; Mellado Peña, María José<sup>21</sup>; Ptbred, Red Española De Estudio De Tuberculosis Pediátrica<sup>22</sup>.

<sup>1</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat; <sup>3</sup> Unitat de Medicina Internacional i Tuberculosi, Drassanes-Vall d'Hebron, Barcelona; <sup>4</sup> H. Universitario Arnau de Vilanova, Lleida; <sup>5</sup> Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; <sup>6</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>7</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>8</sup> Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències-Vall d'Hebron, Barcelona; <sup>9</sup> Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera; <sup>10</sup> H. Materno Infantil Las Palmas, Las Palmas de Gran Canaria; <sup>11</sup> H. German Trias i Pujol, Badalona; <sup>12</sup> H. de Melilla, Melilla; <sup>13</sup> Hospital de Mérida, Badajoz; <sup>14</sup> H. Clínico, Valencia; <sup>15</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>16</sup> Hospital de Getafe, Getafe; <sup>17</sup> Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid; <sup>18</sup> Hospital Universitario Infantil La Paz, Hospital Severo Ochoa, Madrid; <sup>19</sup> Complejo Hospitalario Navarra, Pamplona; <sup>20</sup> H. Marqués de Valdecilla, Santander; <sup>21</sup> H. La Paz- H. Carlos III, Madrid; <sup>22</sup> pTBred, Madrid.

### **Introducción**

La radiografía de tórax (RXT) constituye uno de los pilares diagnósticos de la tuberculosis pulmonar (TBP), pero su sensibilidad y especificidad en niños es limitada. La Tomografía Computarizada (TC) aporta mayor especificidad, aunque conlleva dosis indeseables de radiación, elevado coste, y escasa disponibilidad en países de alta prevalencia. Este estudio pretende describir el patrón radiológico de la TBP infantil en un país no endémico, con gran accesibilidad a pruebas diagnósticas y escasa comorbilidad asociada.

### **Métodos**

Estudio descriptivo en menores de 18 años diagnosticados de TBP entre Enero'14 y Diciembre'17 en 53 hospitales de pTBred. Se incluyeron los casos con al menos una prueba de imagen registrada (RXT y/o TC). Se describen los hallazgos radiológicos más frecuentes y la correlación entre RXT y TC en niños con ambas pruebas realizadas.

### **Resultados**

Se identificaron 487 niños con TBP (53.4% niñas; edad 5,1[2,6-9,5] años). Se realizó RXT en 482 niños (99%) y TC en 230 (47,2%). La TC se realizó en niños más pequeños ("No TC"= 5,3 [3-10,3] años vs "Si TC" =4,7 [2,1-9,3] años; p=0,04).

Los hallazgos radiológicos más frecuentes fueron las adenopatías mediastínicas (77%), consolidación parenquimatosa (62,2%), derrame pleural (11,5%), cavitaciones (4,1%) y patrón miliar (3,1%).

En 225 niños se realizaron ambas técnicas. Cuarenta y uno de ellos (18,3%) tenían RXT normal y 184 (81,7%) RXT patológica. Todos mostraron alteraciones en la TC. La TC permitió incrementar un 34% la detección de adenopatías (60,7% vs 87,3%), y un 19,6% la detección de consolidación parenquimatosa (49,5% vs 69,1%).

### **Conclusiones**

El hallazgo radiológico más frecuente en niños con TBP fueron las adenopatías mediastínicas. Se realizó TC a la mitad de los niños de la cohorte, mejorando la rentabilidad diagnóstica. Sin embargo, la mayoría de estos niños presentaban también una RXT alterada, lo que sugiere una tendencia a sobreutilizar la TC en nuestro medio.

**P-128 ESTUDIO DE TUBERCULOSIS EN SERVICIO DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA TRAS DETECTAR CASO BACILÍFERO.**

Grasa Lozano, Carlos Daniel; Blázquez Gamero, Daniel; Baro, María; López Roa, Paula; Prieto Tato, Luis; Rojo Conejo, Pablo; Moraleda Redecilla, Cinta; Fernández Cooke, Elisa; Rubio San Simón, Alba; Liébana De Rojas, Constanza; Epalza Ibarrodo, Cristina.

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

**Introducción Y Objetivos:**

El riesgo de desarrollar enfermedad tuberculosa está aumentado en pacientes inmunodeprimidos, e incrementado en pediatría. Existen pocos estudios acerca del abordaje de pacientes pediátricos oncológicos expuestos a la tuberculosis y no hay un consenso sobre los pasos a seguir en esta población. El objetivo es describir nuestra experiencia en el manejo de niños del servicio de hemato-oncología tras contacto con la madre de un paciente, con tuberculosis bacilífera.

**Métodos:**

Estudio prospectivo sobre niños de hemato-oncología expuestos a un caso de tuberculosis pulmonar bacilífera en un hospital terciario de Madrid desde abril 2017. Se realizó Mantoux, IGRA (Quantiferon®) y radiografía de tórax a todos los pacientes en un primer momento y se repitieron las pruebas a las 10-12 semanas del último contacto.

**Resultados:**

De los 32 pacientes a estudiar, 24 componían el círculo 1 (compartieron estancia >8 horas en hospital de día) y 8 el círculo 2 (ingresados simultáneamente en habitaciones separadas). Del círculo 1, un paciente no se estudió (cuidados paliativos) y 3 pacientes se encontraban en otro centro. La hija del caso índice presentó pruebas alteradas inicialmente y se trató por enfermedad tuberculosa pulmonar. De los 13 pacientes con indicación de profilaxis con isoniacida en espera de la segunda evaluación, 11 la completaron sin efectos secundarios. En 2 casos no se administró por presentar hepatitis en ese momento. En la segunda evaluación, un paciente presentó un viraje del Mantoux (de 0 a 6mm) con radiografía normal y se trató como infección tuberculosa latente. En 2 pacientes hubo que descartar enfermedad tuberculosa por patología pulmonar: nódulo pulmonar en paciente con linfoma Hodgkin, e infiltrados pulmonares en paciente con fiebre y neutropenia, sin concluir finalmente tuberculosis. En total, hubo 210 actividades hospitalarias por esta situación, incluidas 84 consultas, entre abril-julio 2017.

**Conclusiones:**

En nuestro estudio, un paciente oncológico presentó infección tuberculosa tras contacto con el caso índice. En dos ocasiones, la tuberculosis complicó el diagnóstico diferencial de patología pulmonar. El abordaje de los pacientes oncológicos expuestos a la tuberculosis implicó una organización multidisciplinar así como la utilización importante de recursos en un corto periodo de tiempo.

**P-129 COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE LA MANIPULACIÓN NO QUIRÚRGICA DE LA VÍA BILIAR Y ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE PROFILAXIS.**

Soria-Navarro, Beatriz; Mendoza-Palomar, Natalia Ana; Juampérez Goñi, Javier; Melendo Pérez, Susana; Quintero Bernabeu, Jesús; Soler-Palacín, Pere; Proa-Nen, Grupo.

*Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.*

**Introducción Y Objetivos:**

Para la manipulación no quirúrgica de la vía biliar en nuestro centro se indica profilaxis antibiótica peri-procedimiento (PAP) con piperacilina-tazobactam endovenoso durante 24 horas. Nuestro objetivo es describir la incidencia y características sus complicaciones infecciosas, evaluar su asociación con determinados factores de riesgo (estado de trasplantado versus no trasplantado, preservación de colédoco versus hepatoyeyunostomía) y valorar la adherencia al protocolo de profilaxis, dentro del programa PROA-NEN.

**Métodos:**

Revisión retrospectiva y análisis descriptivo de todos los episodios consecutivos de manipulación no quirúrgica de la vía biliar realizados en nuestro centro en pacientes pediátricos ( $\leq 18$  años) en un período de 9 años (2009-2017).

**Resultados:**

Se incluyeron 74 episodios (8 episodios/año) en 23 pacientes (13 mujeres). Edad mediana 4 años (RIC:1,3-7). La patología de base más prevalente fue la atresia de vía biliar (36.5% de episodios), seguida de la oncológica (16%). Se identificó un 61% de pacientes trasplantados y un 73% con hepatoyeyunostomía. La vía de acceso más usada fue la transhepática (86%). Hubo 19 complicaciones infecciosas (25,6%), el 89% inmediatas; siendo 4 fiebre sin foco, 8 sepsis (6 con origen biliar confirmado) y 7 colangitis; sin mortalidad relacionada. Se obtuvieron 6/18 hemocultivos positivos y 12/13 cultivos biliares positivos. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron bacilos Gram negativo (59%), seguidos de cocos Gram positivo (35%) y *Candida* spp. (6%). En 31 episodios (41%) el procedimiento se realizó en contexto de infección y se mantuvo el antibiótico previo. En el resto (44 episodios, 59%) se realizó PAP, siendo adecuada en 21 (47%). En los 23 restantes, la PAP no fue correcta por antibiótico elegido (5), duración (16) o no administración (2). Se objetivó mayor incidencia de complicaciones infecciosas en trasplantados (OR 1.56, IC95% 0.52 - 4.71) y en ausencia de colédoco (OR 2.39, IC95% 0.61 - 9.29).

**Conclusiones:**

Debemos optimizar el cumplimiento del protocolo profiláctico para valorar su utilidad en la manipulación no quirúrgica de la vía biliar, pues aún se observan complicaciones infecciosas tras el procedimiento, y la mayoría se producen en las primeras 24 horas. El estado de trasplantado y la ausencia de colédoco parecen aumentar el riesgo.

**P-130 FIEBRE PROLONGADA, ODINOFAGIA Y DORLSAGIA EN PACIENTE INTERVENIDA QUIRÚRGICAMENTE DE ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE**

Gómez Garrido, Pablo; Viaño Nogueira, Pedro; Sanz Santaefemia, Francisco José ; Egea Gámez, Rosa María; Alonso Sanz, Mercedes; Parera Pinilla, Clara Luna.

*Hospital del Niño Jesús, Madrid.*

**Introducción:**

Presentamos una paciente de 14 años intervenida para corrección quirúrgica de escoliosis, que dos meses después presenta odinofagia, dorsalgia y fiebre de origen desconocido. En el TAC torácico se halló un absceso paravertebral de grandes dimensiones, causado por *Streptococcus anginosus*.

**Caso Clínico:**

Adolescente de 14 años que es intervenida para reparación quirúrgica de escoliosis idiopática del adolescente. Dos meses después consulta en Urgencias por presentar fiebre de 40°C asociada a odinofagia y dorsalgia, de 24 horas de evolución, diagnosticándose de faringitis estreptocócica y pautándose tratamiento con Amoxicilina. Reconsulta a los 4 días persistiendo fiebre y asociando dolor y distensión abdominal, por lo que se solicita analítica de sangre, que muestra leucocitosis con neutrofilia, PCR 35 mg/dl y PCT 2 ng/ml. Se realiza ecografía abdominal que es normal. En radiografía de tórax presenta derrame pleural, por lo que se decide ingreso para tratamiento antibiótico intravenoso con Cefotaxima. Durante el ingreso persiste fiebre por lo que se añaden al tratamiento Vancomicina y Clindamicina, y se realiza ecografía abdominal de control que persiste normal. Es valorada por Traumatología, confirmándose buen estado de la herida quirúrgica. Se realiza TAC toracoabdominal, observándose una colección líquida paravertebral desde D3 a L4, de 9.4x5.8x28 cm, parcialmente tabicada, de presumible origen postquirúrgico. Se drena el absceso obteniéndose 900 ml de líquido purulento, que se cultiva, creciendo *Streptococcus anginosus* sensible a penicilina, con cultivo negativo para hongos y micobacterias. Se inicia antibioterapia con Penicilina intravenosa tras resultados de antibiograma, desapareciendo la fiebre tras la cirugía. Al alta mantuvo tratamiento con Penicilina oral hasta completar 5 semanas de tratamiento.

**Discusión**

- Tras cualquier intervención quirúrgica en la espalda, debe pensarse en la posibilidad de una infección posterior a la cirugía, sobre todo si se presentan síntomas como fiebre o dorsalgia.
- *Streptococcus anginosus* es una bacteria comensal de la flora orofaríngea y gastrointestinal que en ocasiones resulta patógena por su capacidad de formar abscesos.
- La Penicilina G es el tratamiento de elección para las infecciones por *Streptococcus anginosus*, puesto que más del 95% de las cepas son sensibles.

**P-131 ¿ADENITIS O ADENOPATÍAS REACTIVAS EN INFECCIÓN CERVICAL PROFUNDA? LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE EL POTENCIAL RIESGO TROMBÓTICO ASOCIADO**

Vázquez Pérez, Álvaro ; Martín Espín, Irene; Rodríguez Molino, Paula; Millán Longo, Claudia; Climent Alcalá, Francisco J.; Baquero Artigao , Fernando.

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Introducción**

La inflamación asociada a infección desempeña un papel importante en el desarrollo de TEV siendo la otitis media aguda y sus complicaciones junto con la patología infecciosa cervical uno de los principales factores de riesgo (FR).

**Caso Clínico**

Paciente de 3 años y medio que acude por odinofagia y fiebre de hasta 38º C de una semana de evolución. En tratamiento antibiótico desde las 48 horas previas con amoxicilina-clavulánico, ibuprofeno y paracetamol, sin mejoría. Disminución del apetito. En la exploración física en el servicio de urgencias destaca conglomerado adenopático laterocervical derecho, que impresiona de doloroso a la palpación, de aprox. 2 cm de diámetro mayor, móvil y no fluctuante. . No cambios de coloración en la piel suprayacente. Dolor a la movilización cervical. No adenomegalias en otras localizaciones. Orofaringe normal. Otoscopia normal. Signos meníngeos negativos. Resto de exploración sin hallazgos de interés. Control analítico con 19300 leucocitos (59,6%N; 27,2%L) PCR:86,9 mg/L. Resto normal. ECO cervical con adenopatías laterocervicales derechas, la mayor de 21 x 14 mm, sin identificarse áreas necróticas. Ingresa con el diagnóstico de adenitis submandibular derecha para antibioterapia iv, que inicia con amoxicilina-clavulánico. Ante la persistencia de fiebre, hiporexia y tortícolis marcada a la lateralización y extensión del cuello, se sospecha absceso cervical profundo. Se realiza TC cervical que confirma absceso retrofaríngeo derecho y flemón retrofaríngeo izquierdo, con desplazamiento, compresión de la arteria carótida interna y trombosis de la vena yugular interna, que se confirma mediante ecografía. Se cambia tratamiento a cefotaxima y clindamicina y se inicia corticoterapia iv, así como Bemiparina s.c. Evolución posterior favorable, con desaparición de la fiebre, normalización de la movilidad cervical y normalización de parámetros infecciosos. Es dada de alta a los 10 días de su ingreso, con antibioterapia oral y anticoagulación con bemiparina subcutánea durante 3 meses.

**Discusión**

El caso enfatiza la importancia de tener en cuenta el potencial trombótico de las infecciones cervicales profundas, por contigüidad a territorios vasculares adyacentes. Éstas infecciones deben sospecharse ante la aparición de síntomas guía típicos como la tortícolis y el diagnóstico diferencial incluye las adenitis infecciosas, en las que aparecen signos inflamatorios locales

**P-132 COLECCIONES INTRACRANEALES SECUNDARIAS A UN PROCESO COMÚN**

Núñez Fernández, África; Muñoz Vilches, María José; Terol Barrero, Pedro.

*Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.*

**Introducción**

Las complicaciones de las sinusitis en la infancia son relativamente raras y suelen consistir en la propagación de la infección/inflamación por contigüidad hacia la órbita, el hueso o el SNC. Presentamos un caso inusual de sinusitis frontal que precisó cirugía por abscesos intracraneales.

**Caso Clínico**

Niña de 9 años, sin antecedentes de interés, que consulta por edema ocular izquierdo asociado a secreciones verdosas sin prurito ni hiperemia conjuntival. Cefalea de 48 horas de evolución, frontal. Un vómito coincidiendo con pico febril (38.8°C) de nueva aparición.

Inició fiebre 7 días antes sin sintomatología acompañante. Consulta a los 5 días por edema ocular izquierdo, apertura ocular incompleta y secreción verdosa, se encontraba afebril hacía 24 horas. Es diagnosticada de conjuntivitis e inicia tratamiento con tobramicina ocular. Reconsulta por empeoramiento y reinicio de fiebre. Exploración: Buen estado general. Febril(38.5°C). Dolor a la palpación de senos frontales. ORL: orofaringe con amígdalas hipertróficas grado II/IV, úvula centrada. Oftalmológico: Edema preseptal bilateral con cierre ocular izquierdo incompleto. No hiperemia conjuntival ni secreción. MOEC. PINLA. Exploración neurológica: normal. Resto normal.

En urgencias presenta leucocitosis con neutrofilia, bioquímica normal, PCR 419.28mg/l, PCT 0.8ng/ml, radiografía proyección de Waters normal, radiografía tórax normal y tira reactiva de orina negativa. Interconsulta a oftalmología: no afectación orbitaria.

Se ingresa con diagnóstico de sinusitis frontal y celulitis preseptal izquierda. Inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico intravenosa(150mg/kg/día), con evolución clínica favorable, desaparición progresiva de la celulitis preseptal, quedando afebril y con excelente estado general.

El 4º día de ingreso se objetivan tumoraciones frontal(3cm) y temporal izquierda(0.5cm), dolorosas a la palpación. Solicitamos TAC craneal urgente que informa de colecciones intracraneales. Ante dicha situación se contacta con centro de referencia de Neurocirugía para evacuación quirúrgica, con excelente evolución tras la misma.

**Discusión**

A pesar de la aparente buena evolución con tratamiento intravenoso y el buen estado general nuestra paciente presentó esta complicación. Otros casos de abscesos intracraneales como los abscesos de Pott también cursan con buen estado general y sólo se diagnostican por aparición de tumoración frontal aguda. Presentamos este caso para nunca descartar esta complicación a pesar del buen estado general del paciente.

**P-133 DERRAME DE CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE TRASUDADO, ¿SECUNDARIO A NEUMONÍA?**

Núñez Fernández, África; Muñoz Vilches, María José; Terol Barrero, Pedro; Fernández-Teijeiro, Ana; García Aldana, David.

*Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.*

**Introducción**

Los fenómenos tromboembólicos son poco frecuentes en pediatría, fundamentalmente por la diferente fisiología del sistema hemostático. La gran mayoría de los casos se asocian a uno o varios factores de riesgo protrombótico adquiridos, catéter endovascular y/o estados de hipercoagulabilidad congénitos. Presentamos un caso pediátrico de trombosis venosa profunda(TVP), tras apendicectomía y supuesta neumonía con derrame.

**Caso Clínico**

Niño de 10 años intervenido de apendicitis aguda con peritonitis secundaria, tratado con amoxicilina-clavulánico y metronidazol. Tras 7 días de hospitalización es dado de alta.

Reingresa 6 días después por febrícula persistente y dificultad respiratoria. En la exploración destacaba polipnea e hipoventilación derecha. Solicitaron hemograma en el que se objetivó leucocitosis con neutrofilia y trombocitosis, PCR 200mg/dl, VSG 111mm/1ªh y radiografía tórax con aumento de densidad en los 2/3 inferiores del hemicampo izquierdo con borramiento del ángulo costofrénico. Se diagnostica de neumonía con derrame y reingresa con clindamicina y cefotaxima endovenosas. Tras drenaje del pleural se obtiene líquido con características de trasudado. No obstante, se mantiene antibioterapia endovenosa 15 días con buena evolución clínica y con descenso parcial de VSG 87mm/1ªh y PCR 76.09mg/l. Alta con revisión en 15 días.

Reconsulta 8 días después por dolor e impotencia funcional progresiva en MII de 7 días de evolución y febrícula.

Exploración: 41 kg. Hemodinámica y respiratoriamente estable. MII con pulsos presentes y simétricos, aumento de la temperatura, edema muslo con ingurgitación de venas superficiales colaterales izquierdas.

En control analítico presenta leucocitosis con neutrofilia, PCR 213.2mg/l, VSG 120mm/1ªh y ecografía doppler urgente de miembros inferiores donde se observa TVP desde vena femoral común hasta tronco tibioperoneo y venas gemelares. Se ingresa e inicia tratamiento anticoagulante (heparina sódica y enoxaparina) con controles de anti-Xa dentro del rango. Se descarta patología hematológica de base. Alta a los 14 días con controles en hematología.

**Conclusión.**

Ante derrame pleural con antecedentes de hospitalización (encamamiento) y otros factores de riesgos (cirugía complicada, obesidad) habría que incluir en el diagnóstico diferencial el tromboembolismo pulmonar, como probablemente ocurrió en nuestro caso. Algunos autores apoyan la heparinización preventiva en estos casos para evitar eventos tromboembólicos, aunque no existe consenso en este sentido.

**P-134 LA INFECCION COMO FACTOR DE RIESGO TROMBOTICO: ANALISIS DE UNA SERIE DE CASOS**

Vázquez Pérez, Álvaro ; Baquero Artigao , Fernando; Escosa, Luis; Rodríguez Alonso, Aroa; García Fernández De Villalta, Marta; Pérez Muñoz, Sara; Saínz Costa, Talía ; Bustamante Amador, Jorge; Aracil Santos, Francisco J.; Méndez Echevarría, Ana; Calvo Rey, Cristina; Mellado Peña, Maria José; Climent Alcalá, Francisco J..  
*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Introducción Y Objetivos.**

Entre los factores de riesgo (FR) para la aparición de tromboembolismo venoso (TEV), la infección constituye uno de los principales. Nuestro objetivo fue analizar el diagnóstico, tratamiento y evolución del TEV asociado a infecciones complicadas no relacionado con el uso de catéter venoso central (CVC).

**Métodos**

Estudio observacional retrospectivo. Revisamos las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de TEV y en seguimiento en la consulta de trombosis de la unidad de patología compleja de un hospital terciario entre octubre de 2016 y diciembre de 2017.

**Resultados.**

Se realizó seguimiento a 37 pacientes diagnosticados de TEV. 32 pacientes (86,5%) presentaron TEV secundario al uso de CVC y cinco (13,5%) secundarias al proceso infeccioso. Ninguno de ellos presentaba FR conocidos para TEV. En dos pacientes el TEV fue secundario a otitis media con mastoiditis: una paciente de 3 años con absceso subperióstico y trombosis de seno sigmoide y un adolescente de 12 años con trombosis del seno venoso.

Otros 2 casos fueron secundarios a abscesos cervicales profundos. El primer caso fue una adenitis abscesificada laterocervical derecha con trombosis de la vena yugular interna, en contexto de un síndrome de Lemierre por *Fusobacterium necrophorum* en un paciente de 15 años. El otro caso, una paciente de 3 años con absceso retrofaríngeo derecho, flemón retrofaríngeo izquierdo, compresión de la arteria carótida izquierda por conglomerado adenopático y trombosis de la vena yugular interna derecha.

El último caso fue una paciente de 22 meses con trombosis venosa poplítea y tibial posterior izquierdas en el contexto de una miositis por *S. pyogenes*. Ésta paciente además está en estudio por sospecha de inmunodeficiencia primaria por infección invasora posterior por *S. pneumoniae* (serotipo 24F) y *H. Influenzae b*.

Todos los pacientes fueron tratados con heparina de bajo peso molecular entre 3 y 6 meses, presentando resolución completa de la trombosis, sin efectos adversos significativos.

**Conclusiones**

Las infecciones son un factor de riesgo para el desarrollo de TEV sobre los territorios vasculares adyacentes, siendo la mastoiditis y los abscesos cervicales los principales FR. La combinación del tratamiento antibiótico y anticoagulante permite la resolución completa de los cuadros

### **P-135 EXPERIENCIA DE APENDICITIS AGUDA EN HOSPITAL TERCIARIO**

Fernández García, Patricia<sup>1</sup>; Illán Ramos, Marta<sup>1</sup>; Arias Vivas, Eva<sup>1</sup>; Francisco González, Laura<sup>1</sup>; Daoud Pérez, Zarife<sup>2</sup>; Soto Beauregard, Carmen<sup>1</sup>; Rodríguez De Alarcón García, Jaime<sup>1</sup>; Ramos Amador, José Tomás<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>2</sup> Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

#### **Introducción Y Objetivos**

La apendicitis es una patología frecuente con una morbilidad importante y en la que se siguen diferentes pautas de actuación. Se pretende revisar las características clínico-epidemiológicas y la evaluación de las pautas de tratamiento de apendicectomías en la edad pediátrica en nuestro medio. Analizar la recogida de cultivos de líquido peritoneal y hemocultivos, y su rentabilidad diagnóstica.

#### **Métodos**

Revisión retrospectiva de las apendicitis intervenidas en pacientes menores de 18 años durante 2 años (febrero/2014- diciembre/2015).

#### **Resultados**

Se identificaron 75 pacientes con una mediana de edad de 9 años (rango: 6 meses-18 a). Fueron menores de 5 años 7 pacientes (9.3%). Se registraron como perforadas 4 (5,3%). Se obtuvieron datos microbiológicos del líquido peritoneal en 25 (33,3%), objetivándose 6 cultivos positivos (24 %). Los microorganismos aislados en orden de frecuencia fueron *Escherichia coli* (5), *Bacteroides fragilis* (2), *Streptococcus constellatus* (1), *Streptococcus anginosus* (1), *Pseudomonas aeruginosa* (1), *Clostridium innocuum* (1) y *Parabacteroides distasonis* (1). El rango de edad en el que se hallaron estos cultivos positivos fue 3-16 años (paciente con *P. aeruginosa* 13 años). El antibiograma de todos los *E.coli* (100%) mostraba sensibilidad a amoxi-clavulánico, 1 de los dos aislamientos de *B.fragilis* (50%) fue resistente a clindamicina. El hemocultivo fue positivo en un único paciente en el que se aisló *P. aeruginosa* (mismo paciente que presentaba dicho patógeno en líquido peritoneal). La profilaxis antibiótica predominante fue amoxi -clavulánico en el 65.8% de los pacientes. La estancia media hospitalaria fue de 3,6 días, con evolución favorable en todos los casos. Se identificó la presencia de un absceso intraabdominal postquirúrgico que precisó reingreso en uno de los pacientes.

#### **Conclusiones**

Variabilidad en la práctica clínica. Importancia de conocer epidemiología local para ajustar profilaxis y tratamiento.

### **P-136 HIPERCALCEMIA PERSISTENTE EN ENFERMEDADES GRANULOMATOSAS: HISTOPLASMOSIS DISEMINADA**

Roig Abraham, Neus<sup>1</sup>; Calvo Cillán, Alicia<sup>2</sup>; Valls Llussà, Aina<sup>1</sup>; Forcadell Pirretas, Eva<sup>1</sup>; Méndez Hernández, María<sup>1</sup>; Ávila Agüero, María Luisa<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; <sup>2</sup>Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga;

<sup>3</sup>Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, San Jose.

#### **Introducción:**

La histoplasmosis es una enfermedad fúngica que cursa habitualmente asintomática o como cuadro pseudogripal autolimitado. La forma diseminada (10%) es más frecuente en inmunodeprimidos y menores de 2 años. La clínica habitual es fiebre prolongada con afectación multisistémica progresiva, con mortalidad del 100% sin tratamiento.

#### **Caso Clínico:**

Paciente de 13 meses natural de Costa Rica (zona rural), con antecedente de desnutrición proteico-calórica severa, que ingresa por bronquiolitis aguda precisando oxigenoterapia y documentándose durante ingreso hepatoesplenomegalia, pancitopenia y fiebre persistente asociada.

Se amplía estudio con aspirado de médula ósea, fondo de ojo, cultivo bacteriológico de lavado broncoalveolar (LBA), estudios específicos (Hepatitis, Epstein-Barr, Parvovirus, Toxocara, Citomegalovirus, Toxoplasma, VIH, tuberculosis, malaria, F.tifoidea y enfermedades transmitidas por vectores) y hemocultivos siendo todos ellos negativos. No se dispone de reactivo para PCR de histoplasma.

El día 21 de ingreso ante persistencia fiebre y PCT 4ng/ml se inicia antibioterapia y anfotericina B empíricas dado imposibilidad de descartar Histoplasmosis.

Presenta hipercalcemia persistente pese a tratamiento con hiperhidratación y furosemida (calcemia máxima 16.7mg/dl e iónico 8.7mmol/L) y PTH baja (1.7ng/ml), sin otras alteraciones metabólicas, óseas ni renales, por lo que se orienta como posible hipercalcemia secundaria a enfermedad granulomatosa.

A partir del día 32, remite la fiebre con mejoría clínico-analítica progresiva y normalización de la calcemia.

Al mes del LBA informan de crecimiento Histoplasma en el cultivo, confirmándose histoplasmosis diseminada y completando tratamiento endovenoso durante 4 semanas con posterior itraconazol oral, evolucionando correctamente.

#### **Discusión:**

La desnutrición severa constituye una forma de inmunosupresión, por lo que es clave realizar un diagnóstico diferencial ampliado en la fiebre persistente.

La histoplasmosis diseminada cursa habitualmente con hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, neumonía y pancitopenia. El 50% de lactantes infectados tienen un déficit transitorio de linfocitos T. En fases avanzadas puede aparecer hipercalcemia por aumento de secreción de calcitriol por los granulomas.

La prueba de elección es la PCR. El cultivo específico en sangre o médula ósea es positivo en más del 90%. El pilar del tratamiento es la anfotericina B. En caso de sospecha diagnóstica y dada la alta mortalidad



sin tratamiento, es crucial iniciar tratamiento empírico, ya que la confirmación por cultivos puede tardar hasta 6 semanas.

**P-138 SÍNDROME DE LEMIERRE EN ADOLESCENTE: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN INFECCIONES OROFARÍNGEAS CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA**

Vázquez Pérez, Álvaro<sup>1</sup>; Climent Alcalá, Francisco J.<sup>1</sup>; Millán Longo, Claudia<sup>1</sup>; Rodríguez Molino, Paula<sup>1</sup>; Bustamante Amador, Jorge<sup>1</sup>; Pérez Muñoz, Sara<sup>1</sup>; Lacasta, Clara<sup>1</sup>; Jensen, Julia<sup>2</sup>; Baquero Artigao, Fernando<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Infanta Cristina, Madrid.

**Introducción**

El síndrome de Lemierre (SL) consiste una entidad hoy en día infrecuente; su incidencia se redujo drásticamente con la introducción de las penicilina. Consiste en una infección orofaríngea, producida en el 80% de los casos por el *Fusobacterium necrophorum* asociada a tromboflebitis de la vena yugular interna, frecuentemente complicada con embolismos pulmonares secundarios

**Caso Clínico**

Paciente de 15 años sin antecedentes de interés salvo TDAH y trastorno oposicionista desafiante. Acude al servicio de urgencias en hospital de origen en dos ocasiones dolor laterocervical de unas dos semanas de evolución, inicialmente asociado a odinofagia y fiebre intermitente de hasta 39°C, siendo diagnosticado de contractura muscular. Ante la ausencia de mejoría vuelve a consultar, presentando tumefacción cervical. Analítica con PCR 186 mg/L, 17590 leucocitos (65.3%N) y ECO cervical que muestra conglomerado adenopático. Ingresa con amoxicilina-clavulánico y corticoides, asociando posteriormente clindamicina. Mejoría de parámetros infecciosos. ECO cervical con áreas quísticas a nivel del conglomerado adenopático. Se realiza PAAF extrayéndose material hemático y test de mononucleosis que resulta positivo. Hemocultivos estériles. TC cervical muestra absceso laterocervical inferior derecho de 3,2 x 7 x 5,7 cm y trombosis de vena yugular interna derecha, por lo que se deriva para drenaje quirúrgico en el contexto de posible SL. Tras éste recibe tratamiento iv con amoxicilina-clavulánico, clindamicina, corticoterapia y anticoagulación. Permanece afebril y con buen estado general, retirándose tubo de drenaje a los 7 días. En el material de drenaje se identifica *F. necrophorum* mediante PCR. A los 9 días de la intervención, empeoramiento clínico con dolor e inflamación laterocervical. Control analítico normal y ECO cervical con aumento de tamaño del absceso, realizándose nuevo drenaje quirúrgico, quedando con meropenem iv y posteriormente ertapenem. Con buena evolución, se procede al alta con antibioterapia oral durante 2 semanas y anticoagulación con bemparina durante 3 meses.

**Discusión**

La excepcionalidad del SL puede repercutir en la dificultad para su diagnóstico inicial al no ser sospechado en las infecciones orofaríngeas con evolución tórpida. Presenta una elevada morbimortalidad en ausencia de tratamiento, pero con buen pronóstico si la infección se controla de manera precoz, evitándose las complicaciones derivadas de la trombosis.

**P-139 ABSCESOS PULMONARES DE REPETICIÓN: CUANDO LA MICROBIOLOGÍA GUÍA A LA ETIOLOGÍA.**

Ferran Ballús, Berta; Pérez García, Irene; Mendoza Palomar, Natalia; Melendo Pérez, Susana .

*Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.*

**Introducción**

Los abscesos pulmonares en pediatría son infrecuentes. La mayoría aparecen como complicación de una neumonía por *S. pneumoniae*, *S. aureus* o *H. influenzae*. Los abscesos en pacientes inmunosuprimidos tienen una etiología similar a los previos, además de microorganismos oportunistas (*Nocardia* spp., *Actinomyces* spp., hongos...). Menos frecuentemente, pueden asociarse a problemas locales otorrinolaringológicos.

**Caso Clínico**

Paciente de 8 años, con antecedente de estancamiento pondoestatural, trastorno del aprendizaje no filiado y en seguimiento por logopedia; consulta en urgencias por disnea y dolor torácico sin fiebre.

La exploración física resulta anodina. La radiografía de tórax muestra una imagen nodular de 20mm. Se inicia amoxicilina-ac.clavulánico vía oral ambulatoriamente. A los 7 días de tratamiento se objetiva empeoramiento radiológico.

Se realiza TC torácica que muestra imagen nodular adyacente a pleura, compatible con absceso pulmonar, y se ingresa para antibioterapia endovenosa. Dada la importante mejoría radiológica posterior, se desestima realizar una punción ecoguiada y se completan 21 días de tratamiento.

La TC realizada al mes del alta, estando el paciente asintomático, objetiva múltiples nódulos pulmonares bilaterales. Se descarta foco de endocarditis. Se realiza biopsia pulmonar y lavado broncoalveolar. En el cultivo anaerobio de la lesión se aísla *Clostridium ramosum*.

En la anamnesis dirigida, la familia refiere que el paciente se atraganta con frecuencia al comer. Se completa estudio con test de deglución, pH-metría y tránsito esofago-gastro-duodenal que resultan normales. Finalmente se realiza nasofibrolaringoscopia que muestra parálisis y aplasia de cuerda vocal izquierda.

**Discusión**

*Clostridium ramosum* es un bacilo gram positivo anaerobio esporulado, ubicuo y comensal de la flora orofaríngea, responsable de infecciones pleuropulmonares y neumonías aspirativas.

La literatura describe mayor incidencia de paso de contenido alimentario y broncoaspiración en pacientes que presentan parálisis unilateral de cuerda vocal. Durante la deglución, junto a otros mecanismos, las cuerdas vocales se cierran actuando como esfínter para impedir el paso de contenido a la vía respiratoria. Esta disfunción anatómica explicaría los abscesos pulmonares recurrentes, así como las alteraciones en el habla y los episodios de atragantamiento con la alimentación del paciente.

#### **P-140 OTOMASTOIDITIS TUBERCULOSA**

Armendáriz, Laura; Sevilla, Cristina; De Juan, Julia; Moliner, Elisenda.

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

##### **Introducción:**

El 85% de los casos de tuberculosis en la edad infantil corresponden a formas pulmonares, mientras que las formas extrapulmonares se limitan al 15% restante.

La otomastoiditis tuberculosa es una entidad excepcional con una incidencia inferior al 0,1% del total de infecciones del oído medio. La presentación clínica habitual consiste en otorrea, perforación timpánica y parálisis facial. Generalmente evoluciona a una otitis media crónica sin mejoría con tratamiento habitual y sintomatología inespecífica que retrasa el diagnóstico. La vía de diseminación suele ser la hematógena a partir de afectación pulmonar miliar. La dificultad en el diagnóstico aumenta el riesgo de complicaciones (hipoacusia y la parálisis facial periférica) y empeora el pronóstico. La secuela principal es la hipoacusia neurosensorial, que en ocasiones es reversible tras el tratamiento.

##### **Caso Clínico:**

Paciente de 4 años con historia de otorrea crónica, de 1 año de evolución, que no responde al tratamiento habitual. Se practica tomografía craneal que resulta compatible con otomastoiditis y lesión lítica ósea temporal. Se orienta el cuadro como posible Histiocitosis X. Se realiza cirugía con toma de biopsias y se remiten muestras para estudio. Se practica RM craneal que muestra afectación mastoidea, ósea temporal y paquimeningitis paraósea. Se aísla *Mycobacterium tuberculosis* en las muestras.

Se practica estudio de extensión que muestra tuberculosis pulmonar miliar por lo que se inicia cuádruple terapia antituberculosa (I+R+E+P). Se completa triple terapia durante 2 meses y posteriormente Isoniacida y Rifampicina hasta completar 12 meses de tratamiento. Ha presentado cofosis del oído izquierdo como única secuela aparente.

En el estudio de contactos se diagnostica al padre de infección tuberculosa latente.

##### **Discusión:**

Pese a que la incidencia de tuberculosis había disminuido en España a lo largo del último siglo, existe un aumento de incidencia de casos, especialmente en la población inmigrante. Se debe tener una alta sospecha de esta patología ante una otitis supurada crónica que no responde a los tratamientos habituales, ya que el diagnóstico precoz y la instauración del tratamiento adecuado reducen la aparición de complicaciones y mejora el pronóstico.

#### **P-141 A PROPÓSITO DE UN CASO DE ZONOSIS EN NUESTRO MEDIO**

Malumbres Chacón , María ; Ahmed Mohamed, Lotfi ; Nogueira López, Javier; Moreno González, Paula ; Urrtavizcaya Martínez, María ; Villarreal Calvo , María ; Abárzuza Armendáriz, Jorge; Sánchez Martínez, Idoia; Justo Ranera, Abel ; Palacios López, Miriam .

*Hospital de Navarra, Pamplona.*

#### **Introducción**

Las zoonosis son entidades poco frecuentes en la práctica pediátrica habitual, lo cual unido a que su presentación clínica suele ser insidiosa, inespecífica y multisistémica, dificulta y retrasa su correcto diagnóstico y tratamiento.

#### **Caso Clínico**

Niña de 8 años que acude a urgencias por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha (FID) de 36 horas de evolución, náuseas, cefalea, febrícula y artralgias en cinturas pélvico-escapulares. Vacunaciones completas, hábitat rural (padre pastor de ovejas). Exploración física: constantes normales, regular estado general, palidez cutánea, hiperemia conjuntival, varias lesiones inguinales maculoeritematosas con centro claro y otra facial, dolor intenso a la palpación de FID e hipogastrio, signos meníngeos dudosos. Valorada por dermatología dos semanas antes, por lesión lumbar lenticular plana de 13x6 cm, de centro claro y bordes eritematosos, con escasa respuesta a tratamiento antifúngico y corticoideo tópico.

En urgencias se extrae analítica sanguínea, con resultado normal. Se realiza ecografía abdominal, compatible con adenitis mesentérica. Ante la afectación del estado general, ingresa en observación para analgesia intravenosa y completar estudio. Al persistir signos meníngeos dudosos se realiza punción lumbar que revela pleiocitosis monocítica con hiperproteíorraquia y glucorraquia normal. PCR de Enterovirus y Herpes Simple en LCR negativas. Se solicitan serologías de Borrelia, Coxiella, Brucella y Leptospira. En pocas horas notifican serología positiva de Borrelia burgdorferi y Western-Blot positivo, confirmándose así el diagnóstico de sospecha de Enfermedad de Lyme con afectación neurológica, precedida de eritema migrans. Recibe tratamiento con ceftriaxona intravenosa con buena respuesta clínica en 24 horas. Es dada de alta tras 10 días de tratamiento intravenoso, seguidos de 28 días de doxiciclina oral con buena evolución.

#### **Discusión**

Borrelia Burgdogferi es aún endémica en garrapatas de áreas rurales de nuestra comunidad. Dado lo variable e inespecífico de su presentación clínica, es fundamental sospecharla, especialmente cuando el cuadro es precedido de lesiones cutáneas características.

Ante una meningitis con bioquímica de LCR sugestiva de cuadro viral con PCR de virus negativas es importante contemplar esta entidad como parte del diagnóstico diferencial y solicitar serologías si el resto de la sintomatología es compatible.

**P-142 BOTULISMO EN EL LACTANTE.**

Cabello Gómez, Sara; Benitez Fernández, Inmaculada; Cano Cabrera, Marta; Terol Barrero, Pedro.  
*Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.*

**Introducción:**

El botulismo es una enfermedad infecciosa poco frecuente, en la que debemos pensar ante un lactante hipotónico. Es debida a la colonización intestinal por *Clostridium botulinum*, que produce toxina botulínica uniéndose de forma irreversible a los receptores presinápticos; bloqueando la liberación de acetilcolina, provocando parálisis flácida descendente.

**Caso Clínico:**

Lactante de 6 meses correctamente vacunada y sin antecedentes de interés que acude por hipotonía e hiporreactividad de 24 horas de evolución. Consultaron dos días previos por estreñimiento de 6 días de evolución, escasa diuresis y rechazo de tomas (Lactancia materna exclusiva). Padre consumidor de cocaína. A su llegada urgencias, presenta regular estado general, alteración en la apariencia, somnolencia, llanto disfónico, escasa succión, ptosis bilateral, disminución del tono muscular con sedestación inestable, midriasis bilateral arreactiva. Afebril, sin signos meníngeos y fontanela normotensa. Se realiza TAC craneal y analítica que resultaron sin hallazgos, tóxicos en orina positivos para cocaína. En su ingreso se realiza estudio de LCR, metabopatías, EEG en vigilia sin alteraciones. Ante el empeoramiento de la clínica con imposibilidad para la deglución, se dice ingreso en UCI-P con nutrición parenteral total y monitorización. Se realiza EMG con resultado compatible con trastorno postsináptico sin poder descartar la existencia de Botulismo en fase inicial. Se realiza toxina botulínica en heces que resulta positiva a neurotoxina B. Ante estos hallazgos, se mantiene tratamiento de soporte y se administra gammaglobulina inespecífica, hasta que se dispuso de Gammaglobulina específica, con mejoría parcial de la sintomatología. Evolución clínica paulatinamente favorable, dada de alta con exploración normalizada y en seguimiento en consultas de Nutrición y Rehabilitación.

**Discusión:**

El botulismo infantil requiere un alto grado de sospecha. Por tanto, se debe tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial del lactante hipotónico con disautonomía (midriasis bilateral, estreñimiento) y parálisis flácida bulbar (Disfonía, disfagia y dificultad respiratoria). La forma de adquisición de la toxina más frecuente es la ingesta de miel. En nuestro caso pensamos que fue debida a inhalación de cocaína contaminada. La terapia de sostén y la gammaglobulina específica son los pilares del tratamiento.

**P-143 EIKENELLA CORRODENS EN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPETENTE**

Sánchez González, Aurora; Cabezas Berdión, Cristina; Goycochea Valdivia, Walter; Obando Santaella, Ignacio.  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción.**

*Eikenella corrodens* es un bacilo gramnegativo que forma parte de la microflora de la boca y vía respiratoria superior. Se aísla en infecciones de cabeza y cuello, aparato respiratorio, heridas por mordedura humana y abscesos. Es más frecuente en inmunodeprimidos, apareciendo rara vez en pacientes pediátricos inmunocompetentes, pudiendo retrasarse su diagnóstico y consecuentemente la administración del tratamiento adecuado.

**Caso Clínico.**

Reportamos el caso de una paciente de 3 años, sin patología previa, que consulta por fiebre de dos semanas de evolución, emesis, deposiciones diarreicas y tos. A la exploración presenta signos de dificultad respiratoria, con hipoventilación en base pulmonar izquierda. En la radiografía de tórax inicial se evidencia una radiopacidad generalizada del pulmón izquierdo, y la ecografía de tórax pone de manifiesto un extenso derrame pleural de 6 centímetros. La paciente es hospitalizada con antibioterapia intravenosa empírica (cefotaxima y clindamicina) y se realiza drenaje del líquido pleural mediante toracoscopia.

En el cultivo del líquido pleural se aísla *Eikenella corrodens* y *Prevotella intermedia*. Se rehistoria a la familia, consignándose un episodio de semiahogamiento en piscina, con posibilidad de aspiración, los días previos al inicio del cuadro. Tras ocho días de tratamiento, en función de resultados microbiológicos, se sustituye la antibioterapia previa por amoxicilina-clavulánico intravenoso.

Presenta como complicación empiema loculado de 7x5x9 centímetros que precisa drenaje mediante nueva toracocentesis, con evolución favorable posterior. Completa veintiún días de tratamiento antibiótico con resolución del cuadro.

**Discusión.**

La infección por *Eikenella corrodens* es muy infrecuente en el paciente pediátrico inmunocompetente. La coinfección con otros microorganismos es frecuente en la literatura, y la antibioterapia empírica habitual para síndromes infecciosos similares causados por otros patógenos puede ser ineficiente en estos casos. El tratamiento elección de complicaciones supurativas es la combinación de antibióticos con desbridamiento quirúrgico. Son infecciones potencialmente graves, por lo cual un alto índice de sospecha clínica y la adecuada recopilación de datos que oriente a la exposición del patógeno en la anamnesis es de vital importancia para evitar el retraso diagnóstico como se demuestra en nuestro caso.

#### **P-144 CASO ATÍPICO TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA**

Pérez García, Irene; Ferran Ballús, Berta; Frick, Marie Antoinette .

Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona.

#### **Introducción**

La toxoplasmosis congénita (TC) es una entidad poco frecuente, consecuencia del paso trasplacentario del parásito *Toxoplasma gondii*, habitualmente tras la primoinfección materna. El riesgo de infección fetal es bajo en el primer trimestre y va aumentando con la edad gestacional, mientras que la gravedad disminuye con ésta. La mayoría de los niños infectados nacen asintomáticos pero hasta el 80% desarrolla secuelas visuales o neurológicas a largo plazo.

#### **Caso**

Niño de 14 meses diagnosticado de coriorretinitis izquierda a raíz de estudio de estrabismo. Primera gestación bien controlada, destacando IgM, IgA e IgG de alta avidéz a *T. gondii* en el segundo mes de la gestación, orientada como infección preconcepcional por lo que no se realizó profilaxis ni amniocentesis. Ecografías prenatales normales. Recién nacido a término, asintomático, con correcto desarrollo pondoestatural, de perímetro cefálico y psicomotor posterior.

Tras el diagnóstico, se realizó estudio en el que destacó serología positiva para *T. gondii* (IgG positiva >700 UI/ml, IgM negativa), con PCR en sangre total y sangre seca de talón negativas. Se descartaron otras infecciones congénitas. La RM cerebral mostró calcificaciones cerebrales sugestivas de toxoplasmosis tardía. Estudio auditivo normal.

Inició tratamiento con pirimetamina, sulfadiazina y ácido fólico. Como complicación, presentó fiebre y erupción cutánea a la semana y media, con sospecha de viriasis, suspendiéndose transitoriamente la medicación. Tras dos intentos de reiniciar el tratamiento con recurrencia de erupción cutánea, se orientó como hipersensibilidad a sulfadiazina y se decidió suspender el tratamiento definitivamente, dados los efectos adversos y su controvertida indicación en pacientes mayores de 1 año.

#### **Discusión**

A pesar del cribado sistemático y las medidas preventivas en la embarazada seronegativa, existen casos infrecuentes de TC en hijos de madres con infección preconcepcional: se han descrito casos por reactivación, por reinfección por cepas diferentes y por parasitemias prolongadas. Los datos radiológicos son claves para determinar la cronología de la infección. El tratamiento de los niños diagnosticados después del año de vida es controvertido y se debe valorar en los sintomáticos. En la valoración de una toxicodermia, se debe recordar que factores ambientales como infecciones virales podrían facilitar una reacción inmunológica frente a un fármaco.

**P-145 A PROPÓSITO DE UN CASO DE ZONOSIS EN NUESTRO MEDIO**

Malumbres Chacón, María ; Ahmed Mohamed, Lotfi ; Nogueira López, Javier ; Moreno González, Paula ; Urrtavizcaya Martínez, María ; Villarreal Calvo , María ; Abárzuza Armendáriz, Jorge; Sánchez Martínez, Idoia ; Justo Ranera, Abel ; Palacios López, Miriam ; Herranz Aguirre, Mercedes.

*Hospital de Navarra, Pamplona.*

**Introducción**

Las zoonosis son entidades poco frecuentes en la práctica pediátrica habitual, lo cual unido a que su presentación clínica suele ser insidiosa, inespecífica y multisistémica, dificulta y retrasa su correcto diagnóstico y tratamiento.

**Caso Clínico**

Niña de 8 años que acude a urgencias por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha (FID) de 36 horas de evolución, náuseas, cefalea, febrícula y artralgias en cinturas pélvico-escapulares. Vacunaciones completas, hábitat rural (padre pastor de ovejas). Exploración física: constantes normales, regular estado general, palidez cutánea, hiperemia conjuntival, varias lesiones inguinales maculoeritematosas con centro claro y otra facial, dolor intenso a la palpación de FID e hipogastrio, signos meníngeos dudosos. Valorada por dermatología dos semanas antes, por lesión lumbar lenticular plana de 13x6 cm, de centro claro y bordes eritematosos, con escasa respuesta a tratamiento antifúngico y corticoideo tópico.

En urgencias se extrae analítica sanguínea, con resultado normal. Se realiza ecografía abdominal, compatible con adenitis mesentérica. Ante la afectación del estado general, ingresa en observación para analgesia intravenosa y completar estudio. Al persistir signos meníngeos dudosos se realiza punción lumbar que revela pleiocitosis monocítica con hiperproteíorraquia y glucorraquia normal. PCR de Enterovirus y Herpes Simple en LCR negativas. Se solicitan serologías de Borrelia, Coxiella, Brucella y Leptospira. En pocas horas notifican serología positiva de Borrelia burgdorferi y Western-Blot positivo, confirmándose así el diagnóstico de sospecha de Enfermedad de Lyme con afectación neurológica, precedida de eritema migrans. Recibe tratamiento con ceftriaxona intravenosa con buena respuesta clínica en 24 horas. Es dada de alta tras 10 días de tratamiento intravenoso, seguidos de 28 días de doxiciclina oral con buena evolución.

**Discusión**

Borrelia Burgdogferi es aún endémica en garrapatas de áreas rurales de nuestra comunidad. Dado lo variable e inespecífico de su presentación clínica, es fundamental sospecharla, especialmente cuando el cuadro es precedido de lesiones cutáneas características.

Ante una meningitis con bioquímica de LCR sugestiva de cuadro viral con PCR de virus negativas es importante contemplar esta entidad como parte del diagnóstico diferencial y solicitar serologías si el resto de la sintomatología es compatible.

**P-146 SEPSIS POR LECLERCIA ADECARBOXYLATHA Y RAOULTELLA ORNITHINOLYTICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD MITOCONDRIAL.**

Sánchez Códez, María Isabel; Lubián Gutiérrez, Manuel; Blanca García, Jose Antonio.  
*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.*

**Introducción:**

*L.adecarboxylatha* y *R.ornithinolytica* son bacilos gram negativos productores de múltiples infecciones excepcionalmente descritas en Pediatría.

**Caso Clínico:**

Niño de 11 años con déficit de todos los complejos de la cadena respiratoria y encefalomiopatía neurogastrointestinal mitocondrial. Presenta pseudoobstrucción intestinal y malnutrición crónica moderada-grave. Es portador de gastrostomía y Port-a-Cath desde los 10 años. Ingresa por intolerancia enteral y distensión abdominal refractaria a descontaminación desde hace dos semanas. Se inicia nutrición mixta con parenteral por vía periférica a los 15 días de su admisión.

Al mes, presenta fiebre moderada con anemia, leucopenia y PCR elevada. Se extraen hemocultivo periférico y del dispositivo, suspendiéndose la parenteral. Se inicia empíricamente cefotaxima y vancomicina IV con sellado del acceso ante la dificultad de recanalización. Se aíslan *L.adecarboxylatha* y *C.parapsilosis* en ambos cultivos, sensibles a los antimicrobianos de elección, y se desescala a cefotaxima, fluconazol y amikacina IV con sellado. Se finaliza tratamiento tras 14 días desde hemocultivo negativo. Seis meses después en el mismo ingreso, presenta nueva sepsis con fiebre, anemia y leucopenia. Se extraen hemocultivo periférico y del acceso e inicia amikacina y vancomicina IV con sellado. Se aísla *R.ornithinolytica* y *S.ureilytica* exclusivamente en sangre periférica, sensibles a amikacina que se mantiene 14 días tras negativización del hemocultivo.

**Discusión:**

Estos microorganismos son oportunistas en inmunodeprimidos y en infecciones polimicrobianas. Se han descrito bacteriemias de *Leclercia* en contexto de úlceras pépticas, colecistitis y colitis ulcerosa por alteraciones de la flora saprófita y permeabilidad gastrointestinal aumentada. *Rauoultella* destaca por su mayor adhesión tisular con formación de biofilms que explican las infecciones relacionadas con catéteres. El dispositivo central, alteración de la microbiota intestinal y translocación bacteriana secundaria a su patología de base justifican las sepsis de nuestro paciente. Ambas enterobacterias destacan por su susceptibilidad antibiótica, aunque se han descrito especies de *Leclercia* y *Rauoultella* productoras de beta-lactamasa, esta última resistente a carbapenem. *L.adecarboxylatha* y *R.ornithinolytica* se clasificaban como *E.coli* y *K. pneumoniae* respectivamente lo que justifica su epidemiología desconocida. Las técnicas de identificación microbiológicas más precisas nos permitirán establecer si su infradiagnóstico es debido a que son patógenos infrecuentes o emergentes.

#### **P-147 OTOMASTOIDITIS TUBERCULOSA**

Armendáriz Lacasa, Laura; Sevilla Homedes, Cristina; De Juan, Julia; Moliner Calderón, Elisenda.

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

##### **Introducción:**

El 85% de los casos de tuberculosis en la edad infantil corresponden a formas pulmonares, mientras que las formas extrapulmonares se limitan al 15% restante.

La otomastoiditis tuberculosa es una entidad excepcional con una incidencia inferior al 0,1% del total de infecciones del oído medio. La presentación clínica habitual consiste en otorrea, perforación timpánica y parálisis facial. Generalmente evoluciona a una otitis media crónica sin mejoría con tratamiento habitual y sintomatología inespecífica que retrasa el diagnóstico. La vía de diseminación suele ser la hematógena a partir de afectación pulmonar miliar. La dificultad en el diagnóstico aumenta el riesgo de complicaciones (hipoacusia y la parálisis facial periférica) y empeora el pronóstico. La secuela principal es la hipoacusia neurosensorial, que en ocasiones es reversible tras el tratamiento.

##### **Caso Clínico:**

Paciente de 4 años con historia de otorrea crónica, de 1 año de evolución, que no responde al tratamiento habitual. Se practica tomografía craneal que resulta compatible con otomastoiditis y lesión lítica ósea temporal. Se orienta el cuadro como posible Histiocitosis X. Se realiza cirugía con toma de biopsias y se remiten muestras para estudio. Se practica RM craneal que muestra afectación mastoidea, ósea temporal y paquimeningitis paraósea. Se aísla *Mycobacterium tuberculosis* en las muestras.

Se practica estudio de extensión que muestra tuberculosis pulmonar miliar por lo que se inicia cuádruple terapia antituberculosa (I+R+E+P). Se completa triple terapia durante 2 meses y posteriormente Isoniacida y Rifampicina hasta completar 12 meses de tratamiento. Ha presentado cofosis del oído izquierdo como única secuela aparente.

En el estudio de contactos se diagnostica al padre de infección tuberculosa latente.

##### **Discusión:**

Pese a que la incidencia de tuberculosis había disminuido en España a lo largo del último siglo, existe un aumento de incidencia de casos, especialmente en la población inmigrante. Se debe tener una alta sospecha de esta patología ante una otitis supurada crónica que no responde a los tratamientos habituales, ya que el diagnóstico precoz y la instauración del tratamiento adecuado reducen la aparición de complicaciones y mejora el pronóstico.

**P-148 GRAM-NEGATIVOS INFRECIENTES COMO AGENTES ETIOLÓGICOS DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.**

Sánchez Códez, María Isabel; Alonso Ojembarrena, Amudena; Arcas Suarez, Jorge.  
*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.*

**Introducción Y Objetivos:**

Los Gram-negativos son los implicados más frecuentemente en las infecciones nosocomiales (IN). La sepsis nosocomial es la principal causa de morbilidad neonatal, especialmente en prematuros y de muy bajo peso. Exponemos nuestra experiencia con enterobacterias atípicas: *Klebsiella oxytoca*, *Enterobacter asburiae* y *Citrobacter freundii*. Sus factores de virulencia son variados, destacando la toxina neurovirulenta producida por *C.freundii* asociada a ventriculitis y absceso cerebral. Uno de los grandes problemas de estos microorganismos es la producción de betalactamasas y la consiguiente multirresistencia.

**Métodos:**

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de las infecciones confirmadas microbiológicamente de neonatos nacidos entre Junio de 2013 y Diciembre de 2016 en una UCIN. Se recogieron datos de la edad gestacional, peso al nacimiento, antecedentes perinatales, manifestaciones clínicas, cultivos, microorganismos aislados, antibioterapia, antibiograma y mortalidad.

**Resultados:**

Se registraron 156 neonatos con IN: 100 por Gram-negativos y 47 por Gram- positivos. El resto (n= 9; 5.7%) causadas por *Candida spp.* Dichas enterobacterias atípicas representaron un 5% del total.

*K.oxytoca* (n= 5; 3.2%), se manifestó predominantemente como sepsis. Se trató con aminoglucósidos (60%), carbapenem (20%) o ambos (20%) durante 2 semanas. *E.asburiae* (n=1; 0.64%) se expresó como sepsis a los 83 días de vida. Se trató con vancomicina y amikacina empíricamente, desescalándose a amikacina mantenida 14 días. *C. freundii* (n=2; 1.2%), se presentó como conjuntivitis e infección de herida quirúrgica. Se trataron con tobramicina tópica y meropenem respectivamente durante 14 días tras negativizarse los cultivos.

Coincidiendo con la literatura, la sepsis fue la manifestación más frecuente y excepcionalmente *C. freundii* no presentó afectación cerebral. A diferencia de otras series, no tuvimos cepas multirresistentes de *K.oxytoca*. Aunque *Enterobacter* y *Citrobacter* pueden producir betalactamasas cromosómicas, destacamos su amplia susceptibilidad antibiótica, con un caso de *Citrobacter* resistente a gentamicina. Distintos autores destacan la elevada mortalidad asociada especialmente con *C.freundii*, que contrasta con la evolución favorable y un éxito por *k.oxytoca* en nuestro centro.

**Conclusiones:**

Destacamos la mejor evolución y menor resistencia de *K.oxytoca* en nuestra serie. Las técnicas microbiológicas recientes han permitido detectar gérmenes nosocomiales excepcionales hasta la fecha, siendo fundamental conocer sus mecanismos de resistencias por su escaso arsenal terapéutico.

#### **P-149 ADENITIS CERVICAL POR NOCARDIA**

Castro Acera, Jaime Ignacio; Sanchez Romero, Isabel ; Aneiros Suanzes, Cristina; Celaya Azanza, Patricia; Villaverde Gonzalez, Serena; Cilleruelo Ortega, Maria Jose .

*Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.*

#### **Introducción**

La nocardiosis es una enfermedad poco frecuente, que aparece fundamentalmente en pacientes inmunodeprimidos. Presentamos una adenitis cervical por *Nocardia* en una niña sana.

#### **Caso Clínico**

Niña de 3 años sin antecedentes de interés que comienza de forma brusca con tumoración dolorosa en región preauricular izquierda, acompañada inicialmente de fiebre. Acudieron a su pediatra que pautó amoxicilina-clavulánico (80 mg/k). A las 48 horas, por persistencia del cuadro, se decide ingreso hospitalario y se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico intravenoso. Se realiza ecografía cervical en la que se observa adenopatía preauricular 4x2 cm con áreas de abscesificación. Mantoux 0 mms. Hemograma, bioquímica y radiografía de tórax normal. Durante el ingreso se objetivan signos de fluctuación, por lo que se realiza drenaje quirúrgico del absceso y se envía muestra a cultivo. Es dada de alta y en la revisión realizada 2 semanas después se objetiva coloración eritemato-violácea de la piel que recubre la lesión, por lo que, se sospecha adenitis por micobacteria atípica. Se recibe en ese momento resultado del cultivo en el que se objetiva crecimiento de *Nocardia farcinica*. Se inicia tratamiento con Trimetoprima-sulfametoxazol que se mantiene durante 12 semanas con desaparición de la lesión. Se realizó estudio inmunológico que fue normal.

#### **Discusión**

Las adenopatías son motivo de consulta frecuente en nuestro medio. Casi siempre corresponden a etiología bacteriana o micobacterias atípicas.

Las infecciones por *Nocardia* aparecen generalmente en pacientes inmunodeprimidos como agente oportunista. La afectación principal se produce a nivel pulmonar siendo la linfática menos común, y cuando aparece se presenta como lesión cutánea y posteriormente la adenopatía.

Presentamos un caso de adenitis por *Nocardia*, muy poco frecuente por ser una paciente inmunocompetente y con afectación exclusivamente linfática.

Aunque la nocardiosis es una infección poco común y nunca debe ser nuestro primer diagnóstico de sospecha hay que tenerla presente, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos.

### **P-150 GASTROENTERITIS POR AEROMONAS EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO**

Berciano Jiménez, Noelia; Del Valle De Toro, Antonio; Alés Palmer, María Luisa; Vera Las Heras, Laura; Gutiérrez Fernández, José; Santos Pérez, Juan Luis.

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.*

#### **Introducción**

El género *Aeromonas* son bacterias gram negativas autóctonas de ambientes acuáticos no salinizados que constituyen el medio más habitual de infección gastrointestinal en el ser humano, aislándose más frecuentemente en periodo estival. Su frecuencia como causante de enteritis se ha incrementado en los últimos años, fundamentalmente entre la población pediátrica, aunque también se han descrito casos en adultos.

El objetivo de este estudio es esclarecer la importancia de *Aeromonas* como agente productor de diarrea en Pediatría, conocer la sensibilidad y resistencias antimicrobianas, así como forma de presentación y datos epidemiológicos.

#### **Métodos**

Describimos un estudio de carácter retrospectivo y descriptivo de las gastroenteritis agudas bacterianas (GEAB) producidas por *Aeromonas* en la población infantil de nuestro hospital de edad comprendida entre 0-14 años con una muestra de 69 niños entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2016. Las variables de estudio se obtuvieron de la historia clínica digital. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS versión 24.

#### **Resultados**

La distribución por sexos fue 63.8% en niños y 36.2% en niñas. El 90% fueron menores de 3 años. El 65.2% de los coprocultivos se recogieron en las estaciones de primavera y verano. El 53.6% fue obtenido en urgencias, 33.3% en planta de pediatría y el 13% fue enviado desde atención primaria. El 26.1% requirió ingreso por dicho motivo. Se encontró sensibilidad a Cotrimoxazol en el 95% de las cepas, a Ciprofloxacino en el 96.7% y a Cefotaxima en el 94.1%. La GEA enteroinvasiva fue hallada en el 39%. Se observó coinfección con *Campylobacter jejuni* en el 27%. Se administró antibioterapia posterior a la recogida del coprocultivo en el 29%, muchos de ellos cuando existía coinfección con *Campylobacter*.

#### **Conclusiones**

- El aislamiento de *Aeromona* en un coprocultivo en pediatría es infrecuente. Aunque su forma de presentación en general es benigna, un porcentaje no despreciable de casos precisan ingreso.
- La mayoría de las veces la infección es autolimitada y no precisa tratamiento.
- Existe una alta sensibilidad a cotrimoxazol, siendo este el tratamiento de elección.
- Hay un elevado índice de coinfección por *Campylobacter*.

**P-151 PARECHOVIRUS, NUEVO AGENTE CAUSAL DE FIEBRE SIN FOCO Y SEPSIS CLÍNICA EN LACTANTES MENORES DE 3 MESES**

López Machín, Ana; Gallego Mingo, Nerea; Dueñas Morales, Joaquín; Ramakers, Jan; Reina Prieto, Jordi; Figuerola Mulet, Joan.

*Hospital UNIVERSITARIO SON ESPASES, Palma de Mallorca.*

**Introducción:**

Los parechovirus humanos (HPeV) son virus recientemente descritos, a los que se atribuyen cuadros de fiebre sin foco (FSF), sepsis clínica, gastroenteritis, meningitis o encefalitis, fundamentalmente en lactantes pequeños menores de 3 meses. Presenta un pico de incidencia en nuestro medio en primavera- verano, con transmisión feco-oral y/o respiratoria. Presentamos tres casos clínicos que ilustran la clínica asociada a este virus

**Casos Clínicos:**

1. Neonato de 9 días de vida sin factores de riesgo perinatal, que acude a urgencias por fiebre e irritabilidad de 9 horas de evolución (Tª máxima 39,4°C) sin más síntomas acompañantes. Exploración física y constantes normales en todo momento.
2. Lactante de 5 semanas de vida, sin patología conocida previa, que acude a urgencias por irritabilidad y llanto de 24 horas de evolución. Asocia fiebre en las últimas horas, temperatura máxima a su llegada a urgencias 39,2°C. Ambiente epidemiológico, hermano 2 años con cuadro catarral. A la exploración destaca irritabilidad llamativa, taquicardia, cutis reticulada, quejido respiratorio y coloración grisácea de la piel.
3. Neonato de 3 semanas de vida, sin patología conocida previa, que acude por fiebre (temperatura máxima 39,5°C), irritabilidad y deposiciones líquidas de pocas horas de evolución. Ambiente epidemiológico padre con gastroenteritis. El primer día de ingreso realiza episodio de cianosis generalizada, taquicardia y quejido respiratorio.

En los tres casos que presentemos, no se observó alteración en el hemograma ni en los parámetros bioquímicos tanto en sangre como en líquido cefalorraquídeo (LCR). Ingresaron con tratamiento antibiótico empírico ante diagnóstico de sepsis clínica, los dos últimos casos en UCIP. Todos los cultivos bacterianos fueron negativos, aislándose sólo Parechovirus en LCR. Buena evolución clínica en todos los casos.

**Conclusiones:**

2. Parechovirus es una causa relevante de FSF y sepsis clínica en lactantes menores de tres meses.
3. No alteración/leve alteración parámetros bioquímicos
4. Evolución a corto plazo es buena. En estudio las posibles secuelas neurológicas a largo plazo.
5. El conocimiento de las características clínicas y la implementación de técnicas moleculares en los hospitales pueden ayudar a mejorar el manejo de estos pacientes.

**P-152 LACTANTE DE 3 MESES CON ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI-NMDA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VIRUS HERPES SIMPLE TIPO 1**

Oviedo Melgares, Lidia<sup>1</sup>; Fernández Torres, David<sup>1</sup>; De Manuel Gómez, Cristina<sup>1</sup>; Orellana Felis, Elena<sup>1</sup>; Prieto Tato, Luis<sup>1</sup>; Rojo Conejo, Pablo<sup>1</sup>; Epalza Ibarrodo, Cristina<sup>1</sup>; Moraleda Redecilla, Cinta<sup>1</sup>; Núñez Enamorado, Noemí<sup>1</sup>; Martínez Sobrino, Irene<sup>1</sup>; Martínez De Aragón, Ana<sup>1</sup>; Armangué, Thaís<sup>2</sup>; Germán Díaz, Marta<sup>1</sup>; Grasa Lozano, Carlos Daniel<sup>1</sup>; González-Posada Flores, Aranzazu Flavia<sup>1</sup>; Calderón Checa, Rosa<sup>1</sup>; Fernández Cooke, Elisa<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat.

**Introducción**

La encefalitis por virus herpes simple (VHS) es una causa común de encefalitis en pediatría con importante morbi-mortalidad, siendo la encefalitis por anticuerpos anti-NMDA una complicación rara de esta entidad.

**Caso Clínico**

Lactante de 3 meses, previamente sano, que acude a Urgencias por cuadro de fiebre sin foco de 4 días. En urgencias presenta episodio de disminución del nivel de consciencia con desarrollo de crisis parcial compleja. La citoquímica de líquido cefalorraquídeo (LCR) muestra pleocitosis (80cel/mm<sup>3</sup>) con 80% de polimorfonucleares, resto de pruebas de laboratorio sin alteraciones. Ingresa con Cefotaxima y Aciclovir.

Se realiza resonancia magnética (RM) que muestra afectación bilateral temporal de predominio derecho compatible con encefalitis herpética, confirmándose con positividad de reacción de polimerasa en cadena (PCR) para VHS1 en LCR. Ante persistencia de crisis se inicia tratamiento antiepiléptico con adecuado control y mejoría clínica posterior. A los 14 días de tratamiento con Aciclovir, presenta empeoramiento brusco del estado neurológico con aumento de crisis comiciales y pérdida progresiva de hitos del desarrollo con inicio de movimientos coreicos. El análisis del LCR muestra pleocitosis (220cel/mm<sup>3</sup>) con 100% mononucleares y PCR para VHS1 negativa. Una nueva RM muestra progresión de lesiones previas en relación con encefalitis necrohemorrágica. Se mantiene tratamiento intravenoso con Aciclovir y se sospecha posible desarrollo de encefalitis autoinmune que es confirmada por presencia de anticuerpos contra el receptor NMDA de glutamato cerebral en LCR y suero.

Ante la sospecha clínica y posterior confirmación de encefalitis autoinmune, recibe tratamiento con metilprednisolona 30mg/kg/día 5 días, dos dosis de inmunoglobulinas a 2g/kg y 5 ciclos de plasmafiltración sin mejoría. Mantiene posteriormente dosis supresivas de Aciclovir y Metilprednisolona 2mg/kg/día oral. A los 20 días del diagnóstico de encefalitis autoinmune y dada la ausencia de mejoría, se inicia tratamiento con 4 dosis semanales intravenosas de Rituximab. A partir de la segunda dosis el paciente inicia mejoría clínica con recuperación progresiva de hitos y disminución de corea.

**Discusion**

Ante un empeoramiento clínico en la evolución de la encefalitis herpética se debe sospechar encefalitis autoinmune. El tratamiento con Rituximab puede mejorar el curso de la enfermedad y se deberá valorar su inicio precoz

**P-153 NECROSIS RETINIANA AGUDA POR VIRUS HERPES SIMPLE 1**

Aneiros Suanzes, Cristina; Celaya Azanza, Patricia; Castro Acera, Jaime; Villaverde González, Serena; Gracia Rojas, Eva; Peragón, Ines; Rasines, Alejandro; Manso, Alba; Cilleruelo Ortega, M<sup>a</sup>José.  
*Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.*

**Introducción:**

La necrosis retiniana aguda es una enfermedad infrecuente generalmente secundaria a infección por virus varicela zóster o herpes simple. Se caracteriza por disminución de la visión con inflamación en cámara anterior y posterior, afectación retiniana y ocasionalmente vasculitis oclusiva con elevado riesgo de ceguera. En un 30-50% de casos hay progresión con afectación contralateral.

**Caso Clínico:**

Mujer de 14 años, inmunocompetente, que comienza con dolor ocular izquierdo intenso, visión borrosa y fotofobia, sin fiebre ni otros síntomas sistémicos. En la exploración presenta datos inflamatorios en cámaras anterior y posterior por lo que, con la sospecha de panuveítis aguda, se extrae muestra de humor acuoso para PCR y se inicia tratamiento con dexametasona en colirio y cicloplejico. La PCR resulta positiva para VHS-1, por lo que con el diagnóstico de necrosis retiniana aguda (NRA) por VHS-1 ingresa para tratamiento con dosis única de foscarnet intraocular y aciclovir intravenoso durante 14 días. Se realiza vitrectomía profiláctica para evitar desprendimiento retiniano y se completa estudio, descartándose inmunosupresión. Tras completar el tratamiento intravenoso se da de alta con tratamiento oral con aciclovir (6 semanas) y corticoides en descenso. En los controles ambulatorios presenta leve mejoría de la agudeza visual aunque sin recuperación completa, y sin afectación contralateral.

**Discusión:**

La necrosis retiniana aguda es una enfermedad infrecuente, que se presenta tanto en inmunocompetentes como en inmunodeprimidos. La etiología más frecuente es el virus varicela zóste, seguido por VHS-1 y 2. El diagnóstico y tratamiento precoz, aún sin diagnóstico de confirmación, puede disminuir la progresión y las secuelas a largo plazo. Debido a la baja incidencia de esta enfermedad, no existen ensayos clínicos que establezcan cuál es el tratamiento más idóneo. Por ello, las recomendaciones se basan en estudios retrospectivos y concluyen que la terapia más usada es la combinación de aciclovir iv y foscarnet intravítreo, aunque también se han descrito casos tratados con valanciclovir o famciclovir por vía oral. Otros tratamientos con poca evidencia de beneficio son la vitrectomía profiláctica o el láser para evitar desprendimientos de retina como secuelas de la NRA.

Todos los pacientes deben ser controlados de forma conjunta con oftalmología.

**P-154 INMUNOSUPRIMIR O NO INMUNOSUPRIMIR, ESA ES LA CUESTIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO DE COLITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.**

Marín Cruz, Inés; Rodríguez Martínez, Alejandro; Goycochea Valdivia, Walter Alfredo.  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción:**

La infección por CMV en pacientes inmunodeprimidos puede tener cursos graves con afectación organoespecífica. Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen una inmunosupresión por los fármacos utilizados para tratarla. La colitis por CMV es una complicación relativamente frecuente en adultos con EII o en pacientes pediátricos con trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos, no así en pacientes pediátricos con EII. Por ello, el tratamiento combinado antiviral e inmunosupresor no está estandarizado.

**Caso Clínico:**

Niña de 7 años con EII de tipo indeterminado controlada con azatioprina que consulta por brote grave de su enfermedad. Tras fracaso de manejo ambulatorio, ingresa para corticoterapia endovenosa a 30 mg/día. Se obtienen: hemocultivo, coprocultivo y PCR y anti-GDH de Clostridium (negativos) y PCR de CMV: 1080 copias. A los 7 días, por evolución tórpida, se aumenta corticoterapia iv a 40 mg/día, consiguiéndose un control parcial del brote, permitiendo el paso de la corticoterapia a vía oral. Se decide realizar endoscopia digestiva previa a la escalada terapéutica para descartar infección por CMV; la gastroscopia fue normal y en las biopsias de la colonoscopia se observa actividad de EII e inmunoexpresión para CMV. Se inicia ganciclovir iv a 6 mg/kg/12h y se obtiene nueva PCR de CMV: 3610 copias. Con la mejoría del cuadro, se disminuye la prednisona oral a 30 mg/kg y se completa una semana de tratamiento iv de ganciclovir previamente al alta. Posteriormente, siguió tratamiento ambulatorio con valganciclovir oral a 16 mg/kg/12h durante 3 semanas y descenso progresivo de prednisona (permaneciendo con dosis inferiores a 1mg/kg/día los últimos 10 días de valganciclovir). En los controles semanales, permanece asintomática, con analíticas normales y descenso progresivo de la carga viral.

**Discusión:**

Las recomendaciones para el tratamiento de infección por CMV en EII en los casos extremos (enfermedad sistémica o infección asintomática) están claras; pero en casos de colitis grave como el expuesto se debe individualizar. En nuestro caso se decidió mantener el tratamiento corticoideo, dada la mejoría parcial de la clínica y la presencia de actividad de EII en la biopsia, pero siempre hay que tener presente el posible desarrollo de resistencias.

### **P-155 CASOS DE HEPATITIS A EN UN HOSPITAL PERIFÉRICO: ÓPTIMA PREVENCIÓN CON LAS MEDIDAS HIGIÉNICO-SANITARIAS Y LA VACUNACIÓN**

Hernández Rupérez, María Belén<sup>1</sup>; Llorente Romano, Marta<sup>1</sup>; García Menor, Emilia<sup>1</sup>; La Peña Majan, Sara<sup>1</sup>; Isidoro Fernández, Beatriz<sup>2</sup>; Sainz De Los Terreros Soler, Lourdes<sup>2</sup>; Villamor Martín, Raquel<sup>1</sup>; Rodríguez Albarran, Alfonso<sup>1</sup>; Molina Molina, María Del Carmen<sup>1</sup>; Moreno Acero, Noelia<sup>1</sup>; García Guixot, Sara<sup>1</sup>; Álvarez-Cuervo Suárez, Laura<sup>1</sup>; González Fernández, Ana María<sup>1</sup>; López Ortego, María Cristina<sup>1</sup>; Maiques Magraner, Elena<sup>1</sup>; Gómez Martínez, Luis<sup>1</sup>; Tembory Molina, María Del Carmen<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Servicio de Pediatría. Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey; <sup>2</sup> Servicio de Preventiva. Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey.

#### **Introducción Y Objetivos**

La hepatitis A es una enfermedad de declaración obligatoria que ha disminuído notablemente debido a las mejoras sanitarias, siendo actualmente España un país de baja endemicidad. La evolución suele ser benigna y autolimitada, aunque puede evolucionar infrecuentemente a una hepatitis fulminante. La prevención se basa en las medidas higiéno-sanitarias y la vacunación, siendo ésta última recomendada en grupos de riesgo (viajeros a zonas con alta o moderada endemicidad, hepatopatías y receptores de hemoderivados) y profilaxis secundaria de los casos, pero siendo universal en Cataluña, Ceuta y Melilla. El objetivo es analizar los casos de hepatitis A en niños, en un hospital periférico donde la vacunación no es universal y determinar la influencia de factores de riesgo asociados y del brote en adultos durante 2016-2017.

#### **Métodos**

Estudio retrospectivo de casos confirmados de hepatitis A en <16 años que acudieron a un hospital periférico de 2011 a 2017.

#### **Resultados**

Se describen 7 casos de hepatitis A en niños <16 años; 71,4% niñas, edad 101±22 meses; con aumento en 2016-2017 (4 casos), tal como ha ocurrido en adultos (12 casos en 2016-2017 vs. 3 de 2011 a 2015). Un 71,4% tenía origen marroquí y un 57,1% había realizado un viaje reciente a Marruecos. Se identificaron 71,4% de casos esporádicos y 28,6% de casos familiares, sin vacunación de hepatitis A (85,7%). Los síntomas fueron vómitos (57,1%), coluria (57,1%), dolor abdominal (42,9%), hiporexia (42,9%), ictericia (42,9%), astenia (28,6%), fiebre (14,3%). Se constató hipertransaminasemia (GOT 1340±796 U/L, GPT 2683±1333 U/L) e hiperbilirrubinemia directa (5,8±3 mg/dl) en todos los casos, y discreta alteración de coagulación (71,4%) precisando vitamina K en el 42,8%. Ingresaron el 85,7% por hiporexia moderada (66%) con una estancia media de 3±1,4 días, con buena evolución clínica (100%).

#### **Conclusiones**

La incidencia de hepatitis A en niños se ha mantenido baja, sin embargo ha habido un aumento por el brote detectado en adultos en 2016-2017.

La transmisión de la hepatitis A se asocia con viajes a países con endemicidad intermedia o alta.

Es esencial recomendar la vacunación a hijos de inmigrantes y a viajeros a países con una endemicidad intermedia o alta.

### **P-156 BOCAVIRUS HUMANO, AGENTE CAUSAL DE PAROTIDITIS**

De Miguel Cáceres, Cristina; Millán Longo, Claudia; Calvo Rey, Cristina ; Méndez-Echevarría. , Ana.  
*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

#### **Introducción**

La parotiditis puede estar producida por múltiples virus, además del virus de la parotiditis, principalmente en los niños vacunados. El bocavirus humano (HBoV) se ha descrito de forma excepcional como agente causal de la parotiditis.

Presentamos un niño con parotiditis e infección respiratoria aguda en el que el HBoV fue el único virus identificado.

#### **Caso Clínico**

Varón de 17 meses, con antecedente de broncoespasmos de repetición, que acude al servicio de Urgencias por tumefacción parotídea izquierda de 48 horas de evolución. Presentaba fiebre desde hacía varias horas (máximo 39,2°C) y dificultad respiratoria sin mejoría a pesar de tratamiento broncodilatador y amoxicilina-clavulánico durante 2 días.

A la exploración física, presentaba fiebre alta, inflamación parotídea izquierda sin eritema, sibilancias espiratorias e hipoxemia. Ingresó para tratamiento broncodilatador, antibiótico y oxigenoterapia. La radiografía de tórax mostró un infiltrado en lóbulo medio derecho. La ecografía cervical mostró aumento de tamaño de la glándula parótida izquierda, con múltiples lesiones hipoecogénicas relacionadas con cambios inflamatorios.

En la analítica se objetivaron cifras de hemoglobina y plaquetas normales, 13000 leucocitos (44% neutrófilos), proteína C reactiva 41 mg/L y amilasa 381 U/L. El hemocultivo resultó negativo y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en aspirado nasofaríngeo fue positiva para HBoV. La serología para parotiditis fue IgM negativa e IgG positiva.

Durante el ingreso el paciente permanece afebril, mejora la dificultad respiratoria y desaparece la tumefacción parotídea, dándose de alta a los tres días.

Dos semanas después, estaba asintomático, la ecografía cervical fue normal y la cifra de amilasa fue 77 U/L. El aspirado nasofaríngeo de control resultó negativo.

#### **Discusión**

Desde su descubrimiento en 2005, el HBoV se ha asociado a infecciones respiratorias en niños, principalmente de vías bajas, aunque también adenoiditis y otitis media. Únicamente en dos casos hasta la fecha se ha relacionado el HBoV con parotiditis, aunque su papel patogénico está discutido al haberse detectado en uno de ellos en confección con virus parainfluenza. En el presente caso ha sido el único agente identificado, lo cual apoya su posible papel patogénico en esta patología.

### **P-157 ROMBENCEFALITIS POR ENTEROVIRUS**

López Rojo, Myriam; Bustillo Alonso, Matilde; Madurga Revilla, Paula; López Pison, Javier; Guerrero Laleona, Carmelo ; Gutiérrez Sánchez, Aída ; Martínez De Morentin Navarcorena, Ana Laura; Sala Fernández, Laura ; Marín Andrés, Marta.

*Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

#### **Introducción**

Se presenta un caso de rombencefalitis por infección de enterovirus A71.

#### **Caso Clínico**

Niña de 2 años que acude a servicio de urgencias por clínica de vómitos de un día de evolución, fiebre y tos. Se solicita analítica en la que se aprecia ligera leucocitosis y neutrofilia y radiografía de tórax donde se objetiva condensación en lóbulo medio. Se inicia antibioterapia con amoxicilina clavulánico pero ante el regular estado general, fiebre y requerimientos de oxígeno, se decide traslado al Hospital Infantil. A su llegada, ingresa en Unidad de Enfermedades Infecciosas. Se inicia tratamiento con ampicilina intravenosa y se extrae hemocultivo y serologías (VEB, CMV y Mycoplasma). Poco después, la paciente comienza a presentar alternancia de somnolencia y agitación. Refiere episodios autolimitados de revulsión ocular y nistagmus. Además presenta disartria, temblor intencional e hipotonía cervicoaxial. Ingresa en UCI pediátrica para estudio de encefalopatía aguda.

A su ingreso se solicita EEG y TAC cerebral que son normales. Se extrae aspirado nasofaríngeo (ANF) y se realiza punción lumbar. Ante la celularidad mixta objetivada en líquido, la glucorraquia y proteinorraquia normales, se inicia tratamiento con aciclovir y azitromicina. Se complementa estudio RMN que muestra rombencefalitis y mielitis extensa. Se obtienen resultados de PCR para herpes, neumococo y meningococo negativos en LCR. Las serologías y la prueba de la tuberculina son negativas. Tras 24 horas, en el ANF se objetiva positividad para enterovirus por lo que se finaliza tratamiento con aciclovir, ampicilina y azitromicina y se inicia tratamiento con metilprednisolona durante 5 días, inmunoglobulinas durante 48 horas y fluoxetina durante 14 días.

Tras 10 días de ingreso, no refiere movimientos oculares erráticos ni mioclonías. Presenta aún cierta disartria e hipotonía cervico-axial aunque consigue mantener bipedestación con apoyo. Tras una semana, acude de nuevo a consulta donde se objetiva recuperación completa. Un mes después, notifican del Centro Nacional de Microbiología la positividad para enterovirus A71.

#### **Discusión**

En el caso presentado se evidencia tanto la reactividad cruzada inmunológica característica del enterovirus A71 como la buena evolución de la enfermedad una vez iniciado tratamiento, aunque aún queda en entredicho la utilidad de la fluoxetina en dichos procesos.

**P-158 ECZEMA COXACKIUM VS ECZEMA HERPETICUM EN EL NIÑO**

Meléndez Gispert, María Rosa; Gutiérrez Camus, Andrea; López López, Rosario; Sáinz Costa, Talía .

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Introducción**

La enfermedad mano pie boca es una entidad frecuente en niños, producida por cepas de enterovirus tipo A (las más frecuentes *coxsackie virus A16* y *enterovirus 71*). Suele afectar menores de 7 años con clínica sistémica y exantema vesicular. El diagnóstico es clínico, aunque puede confirmarse mediante RT-PCR para enterovirus en muestra nasofaríngea o vesicular.

Recientemente se han descrito manifestaciones dermatológicas atípicas, como el eczema coxackium (EC) que aparece más frecuentemente en niños con patología dermatológica de base, generalmente dermatitis atópica (DA) y en relación con la circulación de nuevos serotipos (*Coxsackie A6*). El diagnóstico diferencial con entidades graves como el eczema herpeticum (EH) constituye un reto.

**Casos Clínicos**

Se presentan tres casos atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro centro. Se trata de pacientes de 13, 21 y 24 meses, los dos primeros con antecedentes de DA. El tercero no tenía DA pero sí intolerancia a proteínas de leche de vaca y broncoespasmos de repetición.

Consultan por aparición de un exantema papulovesicular pruriginoso situado en área del pañal, extremidades y región peribucal, asociado a cuadro catarral. Los dos primeros pacientes asociaron fiebre, mientras que el tercero permaneció afebril.

Se diagnosticaron clínicamente de eczema coxackium. En los tres casos, se recogió muestra de vesícula íntegra para RT-PCR de Enterovirus y Virus Herpes Simple (VHS), que resultó positivo para Enterovirus y negativo para VHS en todos ellos.

**Discusión**

A pesar de la importante afectación cutánea, el EC suele comportarse de forma autolimitada, no así la erupción variceliforme de Kaposi o el EH, con el que resulta fundamental realizar el diagnóstico diferencial, ya que constituyen una urgencia dermatológica. La afectación del área del pañal, poco frecuente en el EH, así como la presencia de lesiones orofaríngeas o lesiones ovaladas en manos y pies, puede ayudar a distinguir ambas entidades, aunque el diagnóstico diferencial debe basarse en las técnicas moleculares, con el fin de evitar complicaciones, pero también eventuales hospitalizaciones y tratamientos antivirales innecesarios.

**P-159 EXANTEMA EN GUANTE Y CALCETÍN EN CONTEXTO DE INFECCIÓN AGUDA POR CITOMEGALOVIRUS**

Arias Vivas, Eva; Illán, Marta; Rodríguez, Diamelis; Martínez, Carmen; Perez, Olga; Culebras, Esther; Campos, Lucía ; Ramos, José Tomás.

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Introducción**

El exantema en guante y calcetín es una entidad poco documentada, de etiología viral, en la que destacan su típica topografía lesional y evolución clínica. Consiste en la aparición de eritema y edema pruriginoso con distribución acral simétrica distal, en manos y pies. La lesión evoluciona a pápulas y petequias para progresar a erupción eritematopurpúrica. Etiológicamente se ha asociado principalmente con infección por Parvovirus B19 aunque se ha relacionado también con otros virus. Es excepcional la aparición de esta entidad en pacientes pediátricos con citomegalovirus (CMV) como agente causal. Describiremos un caso de exantema en guante y calcetín atribuido a infección aguda por CMV.

**Caso Clínico**

Niño de 7 años que consulta en Urgencias por exantema pruriginoso y fiebre de hasta 38.5°C de 24 horas de evolución, sin otra sintomatología asociada. Sin antecedentes de interés. A la exploración física se observa un exantema maculopapular y petequial pruriginoso en región distal de las extremidades, tanto en manos como en pies. Asocia eritema macular en tronco. Sin lesiones en otras localizaciones. Se realiza analítica sanguínea donde se objetiva una plaquetopenia (80000 uL) sin leucocitosis ni elevación de reactantes de fase aguda. Se piden serologías virales pensando en una infección por Parvovirus B19. Presentó IgM e IgG positivas para CMV, con resto de la serología negativa (incluido Paravovirus B19). La carga viral en sangre y en orina fueron positivas para CMV. Durante su ingreso se produjo evolución hacia un exantema purpúrico no palpable y finalmente macular hasta su desaparición. Se mantuvo la plaquetopenia (al alta 64000 uL). En revisión 2 semanas después, asintomático con resolución de plaquetopenia y negativización CMV en sangre. Nueva serología Parvovirus B19 negativa.

**Discusión**

Aunque el agente responsable del exantema en guante y calcetín es habitualmente Parvovirus B19, otras etiologías deben ser tenidas en cuenta, incluyendo CMV. Es importante conocer esta entidad en el diagnóstico diferencial de exantemas petequiales, poco descrita en pediatría. Se trata de un cuadro benigno y autolimitado lo que permite evitar exploraciones complementarias adicionales.

## **P-160 HERPES ZOSTER DUPLEX BILATERALIS: PRESENTACIÓN INUSUAL EN EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE VACUNADA**

Casero González, María Marina<sup>1</sup>; Del Castillo Navio, Elena<sup>1</sup>; Cuervo Valdés, Jaime<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Materno Infantil Badajoz, Badajoz; <sup>2</sup>Centro Salud Ciudad Jardín, Badajoz.

### **Introducción:**

El herpes zóster (HZ) es resultado de la reactivación del virus de varicela zóster (VVZ) tras una primoinfección varicelosa.

Característicamente la enfermedad predomina en adultos, aunque se ha observado un aumento de incidencia en las últimas décadas en la población pediátrica, destacando menores tasas en aquellos que estaban vacunados frente a los que no.

Se asocia principalmente con estados de inmunodepresión (iatrogénica, VIH, neoplasias, enfermedades autoinmunes), habiéndose descrito otros precipitantes: diabetes mal control, estrés, etc. En los niños se han postulado como factores de riesgo, la primoinfección en el segundo trimestre de gestación o en menores de un año.

El HZ se manifiesta como pródromos de dolor y/o prurito con aparición exantema papulo-vesicular-costroso. La localización más común es el dermatoma torácico, siendo raro la afectación de varias metámeras no contiguas ipsilateral (herpes zoster dúplex unilateralis- HZDU) o bilateral (HZD bilateralis-HZDB) sin que haya una afectación inmunológica que debemos siempre descartar. En la literatura existen pocos casos de HZDB en pacientes inmunocompetentes como el nuestro.

### **Caso Clínico:**

Niña de 14 años, sana, que consulta por lesiones vesículo-costrosas en cara anterior de muslo derecho y antebrazo izquierdo con prurito sin otros síntomas. Vacunada correctamente frente a varicela. Niega toma de fármacos recientemente. Destacan dos episodios previos de HZ en segunda rama del trigémino a los 4 y 10 años.

Se solicita analítica con hemograma y recuento leucocitario y estudio inmunitario (inmunoglobulinas, complemento, subpoblaciones linfocitarias) dentro de la normalidad, VIH negativo y serología para VVZ con importante elevación de IgG (1307mUI/ml). Descartado estado de inmunodepresión y aumento significativo de anticuerpos frente a varicela se diagnostica de HZDB con resolución espontánea a las pocas semanas.

### **Discusión:**

La vacunación ha supuesto una disminución en la incidencia de varicela, así como el desarrollo de HZ. Sin embargo, se han descrito casos de HZ en vacunados bien por la cepa vacunal o salvaje e incluso hibridación de ambas.

Siendo un hecho insólito la reactivación de VVZ en paciente inmunocompetente vacunado en forma de HZDB, por ello es fundamental mayor investigación para comprender la patogenia de reactivación del VVZ que nos ayude a conocer los factores implicados.



**P-161 INFECTOLOGÍA APROPIADA IV: EVITAR EL USO DE MEDICAMENTOS CONOCIDOS COMO “ANTICATARRALES” EN MENORES DE 2 AÑOS DIAGNOSTICADOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA DE VÍAS ALTAS.**

Muñoz Archidona, Cristina; Piñeiro Pérez, Roi; Hernández Martín, Diego; Mora Sitjà, Marina; Casado Verrier, Esther; Pérez Pérez, Alba; Sanz González, Paloma; Alba Jiménez, María; De La Parte Cancho, María; Serrano Quintana, Gustavo; González Domínguez, Loreto; Carabaño Aguado, Iván.

*Hospital General de Villalba, Collado-Villalba (Madrid).*

**Introducción Y Objetivos**

La Medicina Apropiaada trata de disminuir las intervenciones sanitarias que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Numerosas sociedades científicas han sugerido propuestas para su aplicación en pediatría. Por ejemplo: *choosing wisely, do not do, less is more y essential*. Una de estas recomendaciones es evitar el uso de antitusígenos, mucolíticos y medicamentos conocidos como “anticatarrales” en menores de 2 años diagnosticados de infección respiratoria de vías altas. El objetivo principal es analizar la adecuación en un servicio de pediatría de un hospital de media complejidad. Objetivos secundarios son implementar medidas de mejora en caso de resultados negativos y examinar si las conductas no apropiadas son debidas a una actitud global del servicio o bien a actuaciones individuales de determinados pediatras.

**Material Y Métodos**

Estudio descriptivo de tipo transversal, prospectivo, de ámbito local y unicéntrico. Periodo: 01/01/17-30/06/17. Sobre el total de pacientes menores de 2 años diagnosticados en urgencias pediátricas de infección respiratoria de vías altas, laringitis, bronquiolitis, neumonía o broncoespasmo, se selecciona una muestra con un nivel de confianza del 95% y un error estimado del 5,5%. Para obtener dicha muestra, se selecciona al azar el primer día de cada mes. Se investiga el uso de “anticatarrales”. Análisis estadístico mediante SPSS v21.0.

**Resultados**

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 2081 episodios. Se analiza una muestra de 109 pacientes. En ningún caso se prescribieron “anticatarrales” al alta en urgencias pediátricas.

**Conclusiones**

Las recomendaciones actuales de “no hacer” de diversas sociedades científicas están bien establecidas. Sin embargo, la mayoría de los centros sanitarios no han desarrollado herramientas para medir la adecuación. Sin estos datos, no es posible implementar medidas formativas. En nuestro caso, la adecuación fue del 100% y no fue precisa ninguna modificación en los procedimientos habituales del servicio. En nuestra experiencia, es el camino que se debe tomar en nuestro país para evitar el uso de estos tratamientos, no exentos de efectos adversos potencialmente graves, en niños menores de 2 años.

**P-162 BRONQUIOLITIS VRS NEGATIVA Y ESTRIDOR; NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE**

García Aparicio, Cristina; Zoido Garrote, Elia; Guevara Caviedes, Laura Nathalia; Puerta Pérez, María Del Pilar; Ocaña Alcober, Carlos; Fernández Rodríguez, Ana Noelia; Fernández Villar, Aida María; Terroba Seara, Sandra; Oulego Erroz, Ignacio ; Alonso Quintela, Paula ; Andrés Andrés, Ana Gloria.

*Complejo Asistencial de León, León.*

**Introducción.**

La bronquiolitis es la primera causa de infección respiratoria aguda en menores de 2 años. Aunque la mayoría tiene buen pronóstico, en ocasiones pueden complicarse precisando el uso de pruebas complementarias. El virus respiratorio sincitial (VRS) es el agente causante principal y el implicado en la mayoría de los casos que precisan hospitalización.

**Caso Clínico.**

Lactante de 23 meses de edad ingresado por infección respiratoria y auscultación con hipoventilación y sibilancias. A las 48 horas comienza con estridor espiratorio sin sibilancias acompañado de fiebre, dificultad respiratoria severa y afectación del estado general por lo que recibe una dosis de dexametasona y adrenalina nebulizada con mejoría parcial. La radiografía cervical y de tórax muestra una consolidación y pérdida de volumen del LSI con desplazamiento de la tráquea y del mediastino hacia ese lado asociado a neumomediastino. Ante la sospecha de neumonía necrotizante, se inicia antibioterapia intravenosa con cefotaxima y clindamicina pese a que los reactantes de fase aguda son negativos y se traslada a UCIP para monitorización. La ecografía torácica no evidencia derrame significativo y el TC torácico muestra atelectasia y obstrucción del bronquio principal izquierdo acompañado de consolidación perihiliar derecha que sugieren tuberculosis con diseminación broncogénica. Se realiza un PPD, quantiferón en sangre y se recogen muestras de aspirado gastroduodenal que resultan negativas. Evoluciona favorablemente con desaparición del estridor a las 48 horas y disminución del trabajo respiratorio a los 4 días. La radiografía de control a los 7 días fue normal. La PCR de virus respiratorios fue positiva para Bocavirus y Rinovirus.

**Comentarios.**

El espectro clínico de las infecciones respiratorias virales es muy variado. Las lesiones pulmonares con atelectasia y enfisema mediastínico han sido descritas en las infecciones severas por virus incluido el Bocavirus. Nuestro caso presentó Bocavirus y Rinovirus positivos en el análisis virológico por PCR de exudado nasofaríngeo. El disponer de un diagnóstico virológico ampliado de forma rápida mediante técnicas de PCR podría en ocasiones evitar la realización de pruebas y tratamientos innecesarios en pacientes con infecciones virales graves que pueden confundirse con otros cuadros clínicos.

**P-163 COINFECCIÓN VIRUS DE EPSTEIN-BARR Y ENTEROVIRUS EN NIÑO CON SÍNDROME DE GIANOTTI-CROSTI.**

Marcilla Vázquez, Carlos; Buedo Rubio, María Isabel; Pareja León, Marta; Cepillo Boluda, Javier; Lillo Lillo, Miguel; Dabad Moreno, María Jesús; Ramos Domenech, Cristobal.

*Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.*

**Introducción:**

La acrodermatitis papular o síndrome de Gianotti-Crosti es una erupción cutánea secundaria a un proceso infeccioso que se produce en la infancia en relación a distintos patógenos, fundamentalmente virus. Históricamente se ha considerado como manifestación de la infección por virus de hepatitis B (VHB), pero posteriormente se ha relacionado con muchas enfermedades virales y con la administración de vacunas.

**Caso Clínico:**

Varón de 21 meses que ingresa por exantema generalizado de 3 días de evolución, asociando prurito y fiebre de 38.2°C en las últimas 12 horas. A la exploración destaca exantema vesículo-papuloso generalizado, de predominio de miembros, con afectación palmo-plantar y con leve edema en dorso de pies. Presenta afectación del área perianal y lesiones impetiginizadas periorales. Resto de exploración física normal. Los datos de laboratorio mostraban una leve linfocitosis, acompañada de un aumento discreto de las transaminasas. Se extrajeron 2 hemocultivos, que fueron negativos. Se completó estudio con serologías, positivo VCA-IgM a virus de Epstein Barr (VEB) y, a nivel dermatológico, con cultivo de exudado cutáneo y citodiagnóstico de Tzank, resultando negativos. La biopsia cutánea mostraba dermatitis superficial espongiótica compatible con síndrome de Gianotti-Crosti y la muestra enviada a laboratorio externo fue positiva a enterovirus (EV). Adecuada evolución tras recibir tratamiento sistémico con cloxacilina intravenosa y tópico con sulfato de zinc al 1:1000 en lesiones vesiculosas y con ácido fusídico perioral.

**Discusión:**

La acrodermatitis papular suele manifestarse como una erupción papular o vesicular simétrica, localizada en superficies extensoras de miembros y que suele afectar a palmas y plantas, cara y nalgas y, generalmente, respeta tronco y cuero cabelludo. Los síntomas suelen durar de 2 a 4 semanas, aunque ocasionalmente pueden aparecer nuevas lesiones hasta 8 semanas después del inicio de la enfermedad. Históricamente se ha relacionado con VHB, sin embargo, en nuestro medio es infrecuente en pediatría, siendo otros los virus implicados: VEB, citomegalovirus, coxsackievirus, adenovirus, enterovirus, etc. El diagnóstico es clínico y el tratamiento sintomático en la mayoría de los casos. En este caso, el paciente presenta una serología positiva para VEB, compatible con infección aguda, destacando la coinfección con enterovirus, asociación no descrita en la literatura.

**P-164 HEPATITIS B EN NIÑOS PROCEDENTES DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE REFERENCIA**

Bustamante Amador, Jorge<sup>1</sup>; Gómez González, Belén<sup>2</sup>; Pérez Muñoz, Sara<sup>1</sup>; Sainz Costa, Talía<sup>1</sup>; Villota Arrieta, Julián<sup>1</sup>; Montero Vega, Dolores<sup>1</sup>; Mellado Peña, María José<sup>1</sup>; García López Hortelano, Milagros<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>2</sup>Hospital de Cabueñes, Gijón.

**Introducción:**

La hepatitis virus B (HVB) es una patología prácticamente erradicada en nuestro medio por vacunación sistemática; La inmigración y adopción internacional de países endémicos ha incrementado los casos en los últimos años. Material y métodos: Estudio retrospectivo-descriptivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de HVB en Unidad de referencia de Pediatría Tropical. Periodo estudio: enero 1998-noviembre 2017.

**Resultados:**

Incluimos 27 pacientes, 16/27 varones, 25/27 adopciones, 1 inmigrante y 1 refugiado. Procedencia: 9/27 India, 5/27 Vietnam, 2/27 China, 2/27 Etiopía, 2/27 Rusia, 2/27 Senegal, 5/27 de otro origen. El 56% presentaba serología previa de HVB, el 48% aportaba documento de vacunación válido. Analítica 1ª visita: GOT mediana 107,43 U/L, GPT mediana 36 UI/L, GGT mediana 13,5 UI/L, bilirrubina total media 0,47 mg/dl, coagulación normal en todos los casos. Serología: AgHBs positivo en 25/27 con 4/27 AchBs positivo. Ag HBe: positivo en 10/27 y Ac HBe en 5/27; 17/27 eran portadores inactivos, todos los casos que presentaban AchBe positivos tenían AgeHB negativo. Los pacientes con AgHBs negativo al llegar, presentaban AchBe positivo con AgHbe negativo. Las cargas virales a la llegada fueron  $>170.000.000$  pg/ml en 12/27, en 2/27 indetectables y con media de 7.947.323 pg/ml (SD± 23.709.055) en los restantes. No encontramos coinfección con VHC o VHD. Genotipado: Genotipo A en 2/23, B: 7/23, C: 3/23, D: 8/23, D: 2/23, E: 2/23 y F: 1/23 niños. Pruebas imagen: Fibroscan todos estadio F0-F1, ecografía: 4/27 con hepatomegalia. Ninguna biopsia hepática. Seguimiento durante 4 años sin fallo hepáticos. No necesidad de tratamiento antiviral. Negativización del AgHBs en 4 pacientes.

**Conclusiones:**

En España, la HVB es una enfermedad casi erradicada, gracias a la vacunación sistemática. La tasa creciente de niños adoptados procedente de países con alta endemia de VHB, representa un resurgimiento de esta enfermedad en nuestro medio, siendo los genotipos B y D los más frecuentes en nuestra serie. La mayoría de casos está en situación de inmunotolerancia, con función hepática normal y elevada carga viral. Es obligado el despistaje de VHB en el niño adoptado o inmigrante, con seguimiento estrecho ante la posibilidad complicaciones y confirmar vacunación del entorno.

**P-165 BICITOPENIA E INFECCIÓN PERINATAL POR CITOMEGALOVIRUS**

Dabad Moreno, María Jesús; Buedo Rubio, María Isabel; Lillo Lillo, Miguel; Buendía López, Susana; Marcilla Vázquez, Carlos; Ramos Domenech, Cristóbal; Pareja León, Marta; Sánchez Tierraseca, Melody; Fernández Escobar, Verónica; Soria Moya, Ana Beatriz; Cepillo Boluda, Antonio Javier; Correas Sánchez, Ana María.

*Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.*

**Introducción.**

La infección postnatal por citomegalovirus es habitualmente asintomática en RN a término. Cuando es sintomática, suele manifestarse como neumonitis, hepatitis, enteritis, apariencia séptica, linfadenopatía, neutropenia y trombocitopenia. Aunque los hallazgos analíticos suelen desaparecer en las siguientes semanas, la infección por CMV es una de las posibles causas de neutropenia prolongada en el lactante.

**Caso Clínico.**

Lactante de 8 meses remitido desde un hospital comarcal por neutropenia grave y trombopenia detectadas un mes antes en un ingreso por síndrome febril. En el estudio realizado se constatan IgG anti-CMV positiva (IgM negativa), PCR de CMV positiva en orina y PCR de CMV en sangre y en papel de Guthrie negativas. En citometría de flujo de sangre periférica no se identifican alteraciones significativas. Ante el diagnóstico de infección probablemente posnatal por CMV, se realizan pruebas complementarias (fondo de ojo, otoemisiones acústicas-potenciales evocados auditivos, radiografía de tórax) con el fin de descartar otras manifestaciones secundarias, que resultaron negativas. Durante el seguimiento persiste la alteración de las dos series hematopoyéticas, con varios ingresos por fiebre y neutropenia, por lo que se decide ampliar estudio mediante aspirado de médula ósea. El resultado es compatible con un síndrome mielodisplásico con monosomía del 7. La carga viral de CMV en M.O. fue negativa.

**Discusión.**

A pesar de que la infección postnatal por citomegalovirus es comúnmente asintomática, puede manifestarse como afectación de una o más series hematopoyéticas y se ha de pensar en el CMV en pacientes con citopenias prolongadas. Es importante la realización de un buen diagnóstico diferencial para descartar otras causas tanto congénitas como adquiridas de citopenias.

**P-166 NEUMONÍA POR INFLUENZA CON DERRAME PLEURAL: COHORTE COMPARATIVA EN UN HOSPITAL TERCIARIO.**

Quiroga De Castro, Aranzazu; Pareja Bosch, Ana ; Obando, Ignacio ; Goycochea-Valdivia, Walter ; Falcón-Neyra, Dolores ; Camacho-Lovillo, Marisol .

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción Y Objetivos:**

El derrame pleural (DP) es una complicación descrita en la neumonía por Influenza, con escasa información sobre su significancia clínica en niños. El objetivo es describir las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de pacientes ingresados con neumonía por Influenza evaluando diferencias entre la presencia y no de DP.

**Métodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo que incluye pacientes pediátricos ingresados con infección respiratoria por Influenza (confirmada mediante test de diagnóstico rápido o reacción de cadena de polimerasa en muestra respiratoria) en un hospital terciario, entre 2009 y 2018. Se realiza análisis estadístico comparativo entre pacientes con y sin DP.

**Resultados:**

Se evaluaron 32 pacientes; mediana de edad: 2,5 años (RIQ: 1-6,75). El 62,5% fueron mujeres. La fiebre fue el principal síntoma, estando presente en todos los pacientes. Doce pacientes (37,5%) presentaron DP y a todos se les solicitó hemocultivos y antigenuria en orina para *Streptococcus pneumoniae*. El hemocultivo fue positivo para este microorganismo en 1/12(8,3%) y la antigenuria fue positiva en 3/12 (25%) (incluyendo el paciente con hemocultivo positivo). En los pacientes sin DP se realizó hemocultivo a 16/20 (80%) sin ningún aislamiento, mientras que la antigenuria fue realizada en 3/20 (15%), resultando positiva en 2/20 (10%). No se encontraron diferencias entre la mediana de leucocitos de pacientes con DP y sin DP (11715 [RIQ: 5037,5 – 17364,5] vs. 10750 [RIQ: 7322 -13820]) ( $p=1$ ); ni en la mediana de neutrófilos (8950 [RIQ:4575 – 14825] vs. 6049,5 [RIQ: 3675 – 10275]) ( $p=0,326$ ). La Proteína C-reactiva (PCR) fue superior en pacientes con DP (247,4 [RIQ:82,1 – 330] vs. 53,5 [RIQ: 20,6 – 126,9]) ( $p=0,006$ ). No se hallaron diferencias significativas en la duración de la fiebre, necesidad de cuidados intensivos, días de hospitalización y uso de antibióticos entre ambos grupos.

**Conclusiones:**

El DP es relativamente frecuente en la neumonía por influenza (más de un tercio de los casos en nuestra muestra). La PCR podría ser un marcador diferencial de esta complicación. La co-infección bacteriana se confirmó en la cuarta parte de los pacientes con DP. La presencia de DP no incide en los días de hospitalización ni en la necesidad de cuidados intensivos.

### **P-167 LA MORTALIDAD EN PACIENTES VIH DE TRANSMISIÓN VERTICAL DESPUÉS DE LA TRANSICIÓN A UNIDADES DE ADULTOS ESTÁ LIGADA A LA PROGRESIÓN A SIDA**

González Tomé, María Isabel <sup>1</sup>; Jiménez De Ory, Santiago <sup>2</sup>; Frick, M. Antoinette <sup>3</sup>; Soler Palacín, Pere <sup>3</sup>; Ramos, José Tomás <sup>4</sup>; Rojo, Pablo <sup>1</sup>; Menasalvas, Ana Isabel <sup>5</sup>; Alfayate, Santiago <sup>5</sup>; Piqueras, Ana Isabel <sup>6</sup>; Bretón, Rafael <sup>7</sup>; Falcón, M<sup>a</sup> Dolores <sup>8</sup>; Neth, Olaf <sup>8</sup>; Bustillo, Matilde <sup>9</sup>; Guerrero, Carmelo <sup>9</sup>; Montero, Marta <sup>6</sup>; Miralles, Pilar <sup>10</sup>; Samperiz, Gloria <sup>9</sup>; Moreno, Santiago <sup>11</sup>; Galera, Carlos <sup>5</sup>; Cervero, Miguel <sup>12</sup>; Sanz, Jesús <sup>13</sup>; Viciano, Pompeyo <sup>8</sup>; Navarro, María Luisa <sup>10</sup>; Corispe-Faro, Grupo De Trabajo <sup>14</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Doce de Octubre, Madrid; <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid; <sup>3</sup>Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona; <sup>4</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>5</sup>Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia; <sup>6</sup>Hospital La Fe, Valencia; <sup>7</sup>Hospital la Fe, Valencia; <sup>8</sup>Hospital Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>9</sup>Hospital Miguel Servet, Zaragoza; <sup>10</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>11</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid; <sup>12</sup>Hospital Severo Ochoa, Leganés; <sup>13</sup>Hospital La Princesa, Madrid; <sup>14</sup>Grupo de Trabajo CoRISpe-FARO, España.

#### **Introducción Y Objetivos**

Pocos datos de mortalidad se conocen de adolescentes y adultos jóvenes infectados de VIH por transmisión vertical, después ser transferidos a unidades de adultos. El objetivo del estudio es describir las características clínicas e inmuno-virológicas de los pacientes fallecidos en el Proyecto FARO de la Cohorte de Niños Infectados por VIH (CoRISpe).

#### **Metodos**

Estudio retrospectivo multicéntrico realizado en la Cohorte CoRISpe-FARO, que recoge pacientes infectados de VIH por transmisión vertical tras ser transferidos a unidades de adultos. Se incluyeron pacientes fallecidos tras la transición, hasta Enero de 2017.

#### **Resultados**

De 401 pacientes, 10 (2.5%) fallecieron, todos caucasianos. El 80% eran mujeres, con mediana edad al diagnóstico de VIH de 1.2 años (RIC: 0.3-2.3), y fueron transferidos con 18.0 años (RIC: 16.1-19.0). El 40% tenía estadio C, Nadir CD4 de 102 cels/mm<sup>3</sup> (RIC: 28-272) y CD4 en la transición de 355 cels/mm<sup>3</sup> (RIC: 286-532). El 60% recibía cART, pero solo uno tenía carga viral (CV) indetectable (<50 copias/ml). Recibieron cART durante 7 años (RIC: 5.0-9.7). Cuatro pacientes nunca tuvieron CV indetectable durante su seguimiento. En el momento de la muerte los pacientes tenían 25.8 años (RIC: 21.6-26.6), con seguimiento en unidades de adultos 6.9 años (RIC: 3.4-8.1), todos los pacientes tenían SIDA, CD4 de 57 cels/mm<sup>3</sup> (RIC: 20-259) y todos recibían cART, pero solo 4 tenían CV indetectable. Tres pacientes tenían graves problemas neuropsiquiátricos (1 demencia, 1 psicosis, 1 depresión). Nueve muertes estaban relacionadas con la progresión a SIDA y 1 muerte se debió a hidrocefalia crónica. De las 8 mujeres, 11 habían tenido embarazos, y 3 mujeres tuvieron 5 niños no infectados. Los pacientes fallecidos tuvieron peores CD4 en la transición que aquellos que seguían vivos (355 cels/mm<sup>3</sup> (IQR 283-534) vs 675 cels/mm<sup>3</sup> (IQR 440-858), P=0.017).

#### **Conclusiones**

La mayoría de fallecimientos entre adultos jóvenes infectados por VIH estuvo ligada a la progresión a SIDA. Algunos pacientes tuvieron problemas psicológicos/psiquiátricos. Algunas de las mujeres fallecidas tenían hijos, si bien no hubo transmisión vertical a pesar de que no siempre presentaron control virológico. Deberían realizarse intervenciones multidisciplinares y específicas en estos pacientes, en especial en mujeres y en pacientes con quejas a nivel de salud mental.

**P-168 EFICACIA Y SEGURIDAD DE INHIBIDORES DE INTEGRASA EN LA GESTANTE CON INFECCIÓN VIH DE LA COHORTE DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH DE LA CAM**

Mazariegos, , Diana<sup>1</sup>; Illan, Marta<sup>1</sup>; Beceiro, Jose<sup>2</sup>; Escosa, Luis<sup>3</sup>; Muñoz Gálligo, Elou<sup>4</sup>; Navarro Gomez, Maria Luisa<sup>5</sup>; Prieto, Luis<sup>6</sup>; Olabarrieta, Itziar<sup>7</sup>; Regidor, Juan Carlos<sup>8</sup>; Roa, Miguel Angel<sup>9</sup>; Viñuelas, Maria Del Carmen<sup>5</sup>; Gonzalez Tomé, Maria Isabel<sup>4</sup>; Ramos Amador, Jose Tomas<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>2</sup> Alcala Henares, Madrid; <sup>3</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>4</sup> Hospital 12 Octubre, Madrid; <sup>5</sup> Hospital Gregorio Marañón, Madrid; <sup>6</sup> Hospital de Getafe, Madrid; <sup>7</sup> Hospital Severo Ochoa, Leganés; <sup>8</sup> Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón; <sup>9</sup> Hospital Móstoles, Móstoles.

**Introducción Y Objetivos:**

Aún con los grandes avances en la prevención de la transmisión vertical (TV) del VIH, continúan ocurriendo infecciones, sobre todo en hijos de gestantes con mal control durante el embarazo o con diagnóstico tardío. Los inhibidores de Integrasa (II) son cada vez más empleados en situaciones de riesgo, por su rápido descenso de carga viral y su buen paso transplacentario, aunque su seguridad y eficacia no está del todo establecida. El objetivo de este estudio fue determinar la seguridad y eficacia de regímenes que incluyen II en el embarazo en la CAM.

**Métodos:**

Estudio retrospectivo de cohortes de gestantes con infección por VIH-1, expuestas a II durante el embarazo, dentro de la cohorte de Madrid de madres-niños con infección VIH, que realiza un seguimiento prospectivo desde 2000 en 9 hospitales públicos de la CAM

**Resultados**

Se identificaron 58 gestantes expuestas a II en el embarazo de un total de 1415 pacientes en seguimiento hasta diciembre de 2017 (4.1%). Los II fueron empleados en últimos 8 años, consistentes en raltegravir, dolutegravir y elvitegravir en 49,7 y 2 pacientes, respectivamente. La mediana de edad materna fue de 31 años (17-45), cuya transmisión fue heterosexual en el 70% y vertical en el 22%. En el 68% eran de procedencia extranjera, y 24% en estadio clínico o inmunológico avanzado, con mediana de CD4 de 507 (130-1177). En el 24% fueron diagnosticadas de VIH durante la gestación. De las pacientes en TAR previo al embarazo, el 27% recibían ya II, y 73% cambiaron a pauta de II. La carga viral más próxima al parto fue < 50 cop/ml en 65%. El parto terminó por cesárea en el 65%. La proporción de prematuridad fue del 8%. No se identificó ningún caso de TV en los recién nacidos.

**Conclusiones**

Las pautas de TAR que incluyen II se utilizan de forma creciente en nuestro medio. Parecen seguras en el embarazo y eficaces en la prevención de la TV, incluso en situaciones de alto riesgo.

## **P-169 CONTRIBUCIÓN DE LAS INFECCIONES POR VÍA SEXUAL A LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH EN ADOLESCENTES EN ESPAÑA**

Epalza, Cristina <sup>1</sup>; Rojo, Pablo <sup>1</sup>; Jiménez De Ory, Santiago <sup>2</sup>; Fortuny, Clàudia <sup>3</sup>; Noguera-Julian, Antoni <sup>3</sup>; Mellado, María José <sup>4</sup>; Escosa, Luis <sup>4</sup>; Blázquez, Daniel <sup>1</sup>; Soler, Pere <sup>5</sup>; Frick, Antoinette <sup>5</sup>; Pérez, Carlos <sup>6</sup>; Falcón-Neyra, Lola <sup>7</sup>; Penín, María <sup>8</sup>; Mur, Antonio <sup>9</sup>; Coll, Maite <sup>10</sup>; Vallmanya, Teresa <sup>11</sup>; Mendez, María <sup>12</sup>; González-Tomé, María Isabel <sup>1</sup>; Amador, José Tomás <sup>13</sup>; Navarro Y El Grupo De Trabajo Corispe, Marisa <sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>2</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>3</sup> Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat; <sup>4</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>5</sup> Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona; <sup>6</sup> Hospital de Cabueñes, Gijón; <sup>7</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>8</sup> Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares; <sup>9</sup> Centre Forum de l'Hospital del Mar, Barcelona; <sup>10</sup> Hospital de Granollers, Granollers; <sup>11</sup> Hospital Arnau de Vilanova, Lleida; <sup>12</sup> Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona; <sup>13</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### **Introducción Y Objetivos**

Las enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH, presentan una incidencia creciente entre adolescentes. La literatura sobre adolescentes infectados por VIH por vía comportamental es escasa, especialmente en Europa, e inexistente en España. La descripción de esta población, de especial vulnerabilidad, permitirá realizar propuestas para enfrentar esta problemática.

### **Métodos**

Descripción de las nuevas infecciones por VIH en pacientes entre 12 y 18 años incluidos en la cohorte CoRISpe hasta finales de 2016. Esta cohorte recoge prospectivamente desde 2008 los pacientes en seguimiento desde 1995 en unidades pediátricas de España. Se analizan variables demográficas, clínicas, analíticas y la vía de transmisión.

### **Resultados**

En total, se diagnosticaron de VIH 25 adolescentes. La mediana de edad al diagnóstico fue 15.5 años (12.3 – 17.8) y 60% fueron varones. La vía mayoritaria de transmisión fue sexual (17 pacientes, 68%), siendo las otras vías, por transfusión/hemofilia (2 pacientes), posiblemente vertical (2) y desconocida (4). El primer caso de transmisión sexual en adolescentes fue descrito en 2004. La proporción de esta vía por periodos es 56.3% de media hasta 2013 y aumenta hasta 89% en el intervalo 2014-2016. En este periodo los varones representan 75% frente 50% hasta 2013.

Nacieron fuera de España 64% de los adolescentes diagnosticados; 58.8% para los de transmisión sexual. De los nacidos fuera, 80% fueron en Latinoamérica para la vía de transmisión sexual frente a 56% del global.

Según la tasa de CD4, el diagnóstico fue tardío (<350/mm<sup>3</sup>) para 12 pacientes (48%); de ellos 8 (32%) con diagnóstico muy tardío (<200/mm<sup>3</sup>). La proporción de adolescentes con diagnóstico tardío fue 56.3% entre los nacidos en el extranjero y 33.3% en los nacidos en España. En el grupo de transmisión sexual, en 5 casos el diagnóstico fue tardío (29.4%) y en 2 (11,8%), muy tardío.

### **Conclusiones**

La contribución de la vía de transmisión sexual es creciente en las nuevas infecciones por VIH entre adolescentes, especialmente en el caso de varones nacidos en Latinoamérica. Casi un tercio de ellos presenta un diagnóstico tardío, lo que pone en evidencia la vulnerabilidad de esta población y la necesidad de desarrollar medidas específicas.

### **P-170 EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LOS PACIENTES VIH DE LA COHORTE PEDIÁTRICA DE MADRID, EN LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS.**

Francisco, Laura<sup>1</sup>; Guillén, Sara<sup>2</sup>; Prieto, Luis<sup>3</sup>; Gonzalez Tomé, Maribel<sup>4</sup>; Rojo, Pablo<sup>4</sup>; Sainz, Talia<sup>5</sup>; Mellado, María José<sup>5</sup>; Penin, Maria<sup>6</sup>; Roa, Miguel Angel<sup>7</sup>; Daoud, Zarife<sup>1</sup>; Illán, Marta<sup>1</sup>; Badillo, Katie<sup>8</sup>; Martinez, Jorge<sup>9</sup>; Jimenez, Santiago<sup>10</sup>; Navarro, Marisa<sup>10</sup>; Ramos, José Tomás<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Universitario de Getafe, Getafe; <sup>3</sup> Hospital Universitario de Getafe, Madrid; <sup>4</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>5</sup> Hospital La Paz, Madrid; <sup>6</sup> Hospital Universitario de Alcalá de Henares, Madrid; <sup>7</sup> Hospital de Móstoles, Madrid; <sup>8</sup> Hospital de Torrejón, Madrid; <sup>9</sup> Hospital Niño Jesús, Madrid; <sup>10</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

#### **Introducción Y Objetivos:**

El tratamiento antirretroviral (TAR) para la infección VIH es un tema en constante actualización. En Pediatría, los datos sobre pautas de elección y dosificación, son habitualmente escasos y extrapolados de estudios en adultos.

En la última década se han comercializado nuevos fármacos que permiten la simplificación de los esquemas terapéuticos.

El objetivo de este trabajo es describir los cambios que se han llevado a cabo en el TAR durante los últimos 12 años en una cohorte de pacientes con infección VIH.

#### **Pacientes Y Métodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo de los esquemas de tratamiento de la cohorte de pacientes con VIH en edad pediátrica de Madrid, en cuatro cortes temporales desde 2004 a 2016; a partir del registro de datos de la red CoRISPE.

#### **Resultados:**

Se analizaron las pautas de TAR de los pacientes con infección VIH realizando un corte temporal en diciembre de 2004 (236 pacientes, 58% mujeres), 2008 (203 pacientes, 82,7% mujeres), 2012 (130 pacientes, 83,8 % mujeres) y 2016 (116 pacientes, 59,4% mujeres). La vía de transmisión mayoritaria en todos los cortes fue vertical (89%,99.5%,99.2%, y 88.8%, respectivamente) El porcentaje de pacientes no tratados era del 9,3% en 2004 frente a un 0,8% en 2016. Las pautas de TAR administradas una vez al día han ido aumentando en porcentaje con los años (6% de los tratados en 2004, 63,47% en 2016), también estratificando por edad. Los inhibidores de integrasa se utilizaban en un 9,3% de los pacientes en 2012 y aumentan hasta un 25,21% en 2016, siendo el grupo de edad mayoritario de utilización los mayores de 15 años.

#### **Discusión Y Conclusiones:**

Resaltamos la tendencia actual al tratamiento de todos los pacientes con infección VIH, En nuestra cohorte, destaca la mayor utilización de esquemas de TAR con pautas una vez al día con los años y el empleo paulatinamente más frecuente de inhibidores de integrasa, fundamentalmente en adolescentes.



## **P-171 NIÑOS Y ADOLESCENTES INMIGRANTES CON VIH: CARACTERÍSTICAS Y MOTIVOS POR LOS QUE ACUDEN A ESPAÑA**

Jiménez De Ory, Santiago<sup>1</sup>; González Tomé, María Isabel<sup>2</sup>; Fernández Mcphee, Carolina<sup>3</sup>; Frick, M. Antoinette<sup>4</sup>; Mellado Peña, María José<sup>5</sup>; Angulo, Raquel<sup>6</sup>; Santos, Juan Luis<sup>7</sup>; Dapena, Marta<sup>8</sup>; Gómez-Sirvent, Jorge Enrique<sup>9</sup>; Álvarez, Cristina<sup>10</sup>; Rius, Neus<sup>11</sup>; Montesinos, Elena<sup>12</sup>; Garrote, Elisa<sup>13</sup>; Moreno, David<sup>14</sup>; Collado, Pilar<sup>15</sup>; Herranz, Mercedes<sup>16</sup>; Soler, Pere<sup>4</sup>; Lendínez, Francisco<sup>17</sup>; Gavilán, César<sup>18</sup>; Apilánez, Miren<sup>19</sup>; Fortuny, Claudia<sup>20</sup>; Ramos, José Tomás<sup>21</sup>; Navarro, María Luisa<sup>22</sup>; Trabajo Corispe, Grupo<sup>23</sup>.

<sup>1</sup> Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón de Madrid, Madrid; <sup>2</sup> Hospital 12 de Octubre, Madrid; <sup>3</sup> Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid; <sup>4</sup> Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona; <sup>5</sup> Hospital La Paz, Madrid; <sup>6</sup> Hospital de Poniente, El Ejido; <sup>7</sup> Hospital Virgen de las Nieves, Granada; <sup>8</sup> Hospital General, Castellón; <sup>9</sup> Hospital Virgen de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife; <sup>10</sup> Hospital Marqués de Valdecilla, Santander; <sup>11</sup> Hospital Sant Joan, Reus; <sup>12</sup> Hospital General Universitario, Valencia; <sup>13</sup> Hospital de Basurto, Bilbao; <sup>14</sup> Hospital Carlos Haya, Málaga; <sup>15</sup> Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza; <sup>16</sup> Complejo Hospitalario Navarra, Pamplona; <sup>17</sup> Hospital Torrecárdenas, Almería; <sup>18</sup> Hospital San Juan de Alicante, San Juan de Alicante; <sup>19</sup> Hospital Donostia, San Sebastián; <sup>20</sup> Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona; <sup>21</sup> Hospital Clínico, Madrid; <sup>22</sup> Hospital General universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>23</sup> CoRISpe, España.

### **Introducción Y Objetivos**

En los países desarrollados han disminuido los casos de VIH de transmisión vertical, pero continúan llegando a las consultas pediátricas niños y adolescentes extranjeros con VIH. El objetivo de este trabajo es describir las características de estos pacientes y su evolución a lo largo del seguimiento.

### **Métodos**

Se seleccionaron de la Cohorte Nacional de Niños con VIH (CoRISpe) los niños y adolescentes nacidos en otros países con primer control en unidades pediátricas españolas entre 2004 y 2013. Se analizaron sus características epidemiológicas, clínicas e inmuno-virológicas en el primer control y su seguimiento hasta Diciembre de 2015, según si fueron diagnosticados en España o en sus países de origen y los motivos por los que emigraron a España.

### **Resultados**

De 276 nuevos casos de niños y adolescentes con VIH, 143 (51.2%) eran inmigrantes, principalmente de África Subsahariana (57.5%). De ellos, 85 (62.5%) eran nuevos diagnósticos y 58 (37.5%) vinieron ya diagnosticados. Ochenta y cuatro (58.7%) inmigraron por motivos familiares, 34 (23.8%) por adopción internacional y 23 (16.1%) por asistencia clínica. Los niños diagnosticados en España y los que vinieron por asistencia clínica estaban en peor situación clínica e inmunológica en su primera visita. Doce pacientes, 10 de África Subsahariana, tenían tuberculosis. En los nuevos diagnósticos, los niños que vinieron por motivos familiares tardaron más tiempo en ser diagnosticados desde su llegada (mediana 60 días [RIC: 20-433]). Cinco contrajeron el VIH por vía sexual en España. A Diciembre de 2015, 90 pacientes (63.8%) seguían en pediatría (mediana 795 CD4/mm<sup>3</sup> [RIC: 551-992]). El 85.6% recibía tratamiento antirretroviral. De ellos, el 79.2% tenían carga viral < 50 copias/ml. Treinta y tres pacientes que acudieron por motivos familiares (N=23) y asistencia clínica (N=10) se perdieron en el seguimiento (el 82.8% retornaron a su país de origen), teniendo peor control virológico en la última visita.

### **Conclusiones**

En los últimos años han llegado a España niños extranjeros con VIH, mayoritariamente de África Subsahariana. Aunque en su última visita tenían buena situación inmunológica, el 23.4% se perdió en el seguimiento,



teniendo peor control virológico. Deberían desarrollarse estrategias de información para los inmigrantes que vienen a vivir a nuestro país, para conseguir un diagnóstico temprano y sigan acudiendo a controles si retornan a su país.

**P-172 PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.**

Serrano Fernandez, Pilar; Millan Longo, Claudia; Sainz Costa, Talía; Escosa Garcia, Luis; Garcia Hortelano, Milagros; Villota Arrieta, Julian; Benavides, Marta; Mellado Peña, Maria José.

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Introducción:**

La profilaxis postexposición es cada vez más frecuente, sin embargo la experiencia es escasa en pediatría. Describimos nuestra experiencia en cuanto a indicación de profilaxis, cumplimiento y riesgo de transmisión antes y después de la adecuación del protocolo que incluye el uso de inhibidores de la integrasa como primera línea en adolescentes

**Métodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó los menores de 18 años evaluados entre 2013 y 2017 en Consultas de Enfermedades Infecciosas de un hospital terciario por riesgo de exposición al VIH. Se categorizó el riesgo de acuerdo a las guías, y se evaluaron la indicación de tratamiento, las pautas empleadas, su tolerancia y el cumplimiento del protocolo del centro, actualizado en 2017.

**Resultados:**

57 pacientes fueron evaluados en el periodo de estudio, 12 (21%) tras el cambio de protocolo. Hubo 47 contactos sexuales y 10 pinchazos accidentales. La edad media fue de  $9.2 \pm 4$  años, 60% mujeres. De ellos, 4 antecedentes de pinchazo (40%) y 24 contactos sexuales (51%) fueron categorizados como de alto riesgo. En 15 casos (1 pinchazo y 14 contactos sexuales) se indicó profilaxis antiretroviral, ya que en el resto habían pasado  $>72$ h desde la exposición. Las pautas empleadas fueron AZF + 3TC + LPV/r (40%), FTC+TDF+LPV/r (27%), RLT+ FTC+TDF (33%). Dos casos discontinuaron el tratamiento por vómitos (en el brazo de LPV/r), uno cambió por aparición de rash y otro suspendió por voluntad propia. En un 21% de casos no se cumplió el protocolo, principalmente por pérdida de seguimiento serológico, en dos casos hubo retraso en el inicio de tratamiento por problemas de disponibilidad y en tres casos el tratamiento se inició en consulta y no en urgencias. No hubo ningún caso de transmisión de VIH y solo una seroconversión de VHS-II.

**Conclusiones:**

Las nuevas pautas de tratamiento con inhibidores de la integrasa ofrecen opciones con menos efectos secundarios que facilitan el cumplimiento. La consulta tardía constituye el principal inconveniente. Es imprescindible la valoración del riesgo y la indicación de tratamiento por personal con experiencia, e imprescindible asegurar la disponibilidad de los fármacos para evitar el retraso en el inicio de la profilaxis.



### **P-173 ESQUEMAS DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADOLESCENTES CON VIH EN LA COHORTE ESPAÑOLA CORISPE**

Francisco González, Laura<sup>1</sup>; Fernandez Mcphee, Carolina<sup>2</sup>; Jimenez De Ory, Santiago<sup>2</sup>; González Tomé, María Isabel<sup>3</sup>; Ramos, José Tomás<sup>1</sup>; Dueñas, Joaquín<sup>4</sup>; Prieto, Luis<sup>5</sup>; Terol, Pedro<sup>6</sup>; Escosa, Luis<sup>7</sup>; Mur, Antonio<sup>8</sup>; Espalza, Cristina<sup>3</sup>; Lendinez, Francisco<sup>9</sup>; Badillo, Katie<sup>10</sup>; De Miguel, Elisa<sup>11</sup>; Lillo, Miguel<sup>12</sup>; Navarro, Marisa<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>2</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>3</sup> Hospital Doce de Octubre, Madrid; <sup>4</sup> Hospital UNIVERSITARIO SON ESPASES, Palma de Mallorca; <sup>5</sup> Hospital de Getafe, Madrid; <sup>6</sup> Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla; <sup>7</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>8</sup> Hospital del Mar, Barcelona; <sup>9</sup> Complejo hospitalario Torrecardenas, Almería; <sup>10</sup> Hospital Universitario de Torrejón, Madrid; <sup>11</sup> Hospital General de la Rioja, La Rioja; <sup>12</sup> Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

#### **Introducción Y Objetivos:**

Los datos sobre pautas de tratamiento antirretroviral (TAR) en Pediatría continúan siendo escasos. Actualmente se están comercializando fármacos que permiten su simplificación.

El objetivo es describir los esquemas terapéuticos más comunes durante la infancia y adolescencia en pacientes de la red nacional CoRISpe.

#### **Métodos:**

Estudio transversal dentro de la Cohorte Nacional de niños y adolescentes VIH (CoRISpe), analizando esquemas de TAR con corte temporal en diciembre de 2016.

#### **RESULTADOS:**

Se registraron 274 pacientes menores de 18 años (mediana de edad 13,2, 91,6% perinatalmente infectados). En cuanto a pautas de tratamiento: las más empleadas eran ITIAN+inhibidor de proteasa (IP) (47,1% en <12años y 37,8% en pacientes 12-18años), seguida de ITIAN+ITINAN (37,3% vs 28,5%). Pautas que incluían inhibidores de la integrasa (II) eran empleadas en un 12,7% de los pacientes <12años y en un 30,8% de >12años.

Un 2,9% de pacientes de cada grupo no recibía TAR.

El IP más común era lopinavir/ritonavir, (45,1% en <12años y 22,7% de pacientes entre 12-18 años; en este grupo un 18,6% tomaban darunavir y un 18,6% atazanavir).

De los ITINAN, los <12años tomaban principalmente efavirenz (20,6%) y nevirapina (17,6%), y el grupo entre 12-18 años efavirenz (21,5%), etravirina (4,1%) y rilpivirina (4,1%).

El II que se utilizaba en <12años era raltegravir (7,8% de los pacientes), en adolescentes dolutegravir (10,5%), seguido de raltegravir (7,6%) y elvitegravir (6,4%).

El uso de pautas una vez al día (QD) en <12años era del 26,3% vs. 55,7% en >12años (p<0,001).

Un 79% de pacientes <12años vs. el 81% entre 12-18años (p=0,8) presentaba carga viral indetectable (CVI): <50copias/mL. Un 56,1% de <12años que cambiaron de TAR por simplificación vs un 70,6% de pacientes entre 12-18años (p<0,001) tenían CVI.

#### **Conclusiones:**

Los pacientes de CoRISpe siguen el TAR según las recomendaciones de las guías, siendo la pauta más empleada ITIAN+IP.

En la adolescencia son más frecuentes los cambios de TAR por simplificación y el empleo de pautas QD.

En el control de la viremia influyen más factores que el tipo de TAR empleado, fundamentalmente la adherencia al mismo, siendo muy importante buscar estrategias para mantener una CVI en esta edad.

#### **P-174 FRACASO VIROLÓGICO EN UNA COHORTE DE NIÑOS INFECTADOS DE TRASMISIÓN VERTICAL DE VIH**

Guillén, Sara <sup>1</sup>; Rubio, Marina <sup>2</sup>; Prieto, Luis <sup>1</sup>; Jimenez De Ory, Santiago <sup>3</sup>; Francisco, Laura <sup>4</sup>; Soto, Beatriz <sup>1</sup>; Navarro, María Luisa <sup>3</sup>; Escosa, Luis <sup>5</sup>; Sainz, Talia <sup>6</sup>; Mellado, María José <sup>5</sup>; Berzosa, Arantxa <sup>1</sup>; Rojo, Pablo <sup>7</sup>; Roa, Miguel Ángel <sup>8</sup>; González Tomé, María Isabel <sup>7</sup>; Penín, María <sup>9</sup>; Holguín, África <sup>10</sup>; Ramos Amador, José Tomás <sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Getafe, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid; <sup>3</sup>Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>4</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>5</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>6</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>7</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>8</sup>Hospital Universitario de Móstoles, Madrid; <sup>9</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid; <sup>10</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

##### **Introducción:**

El tratamiento antirretroviral (TAR) permite que la mayoría de los niños alcancen carga viral (CV) indetectable. Sin embargo, el fracaso virológico continúa produciéndose, siendo en la mayoría de las veces la falta de adherencia la responsable. Los regímenes en pacientes con múltiples resistencias son más complicados, por lo que será importante tener en cuenta la historia de fármacos recibidos previamente y estudios de mutaciones de resistencias acumuladas.

##### **Objetivos:**

El objetivo principal fue conocer qué porcentaje de niños infectados de VIH por transmisión vertical de la cohorte tenían fracaso virológico y, de éstos, cuántos tenían asociado una inmunodepresión grave. El segundo objetivo fue estudiar a que familias de fármacos habían sido expuestos y a cuántas de ellas tenían resistencias.

##### **Métodos:**

Se consideró fallo virológico a aquellos niños en TAR durante al menos 6 meses y que en los dos últimos controles analíticos tuvieran una CV > 400 copias/ml; y fracaso inmunológico a un valor de CD4 menor de 200 células/mm<sup>3</sup>. Las mutaciones de resistencias se tomaron de los estudios genotípicos realizados previamente, valorando las suma de todos (genotipo acumulado).

##### **Resultados:**

De los 111 pacientes en seguimiento en un corte transversal realizado en Diciembre del 2016, un 20% tenían CV detectable. Once (10%) tenían fracaso virológico, con una mediana de edad de 21 años (RIQ: 19, 25). Cuatro (36%) también tenían fracaso inmunológico.

10(90%) habían recibido más de 3 regímenes de TAR con más de 3 familias de fármacos y 4(36%) cuatro familias. Cuatro (36%) estaban con inhibidores de integrasa, 5 (45%) tenían una pauta una vez al día y 2 pacientes tomaban un comprimido al día.

Entre los 9 (82%) niños en fracaso con estudio de resistencias para ITIAN, ITINN e IP, cinco (55%) tenían resistencias a las 3 familias de fármacos.

##### **Conclusiones:**

En nuestra cohorte tenemos un 10% de pacientes con fracaso virológico, 4% con inmunodepresión grave, todos adolescentes. El 90% habían recibido tres familias de fármacos y un 55% tenían resistencias a las 3 familias de fármacos estudiadas. Concluimos que el tratamiento en la población adolescente supone un gran reto y son necesarias estrategias específicas en esta población.

**P-175 PUESTA EN MARCHA DE LA ESTRATEGIA DE DESCENTRALIZACION DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MADRE-HIJO DE VIH EN LA REGION CONTINENTAL DE GUINEA ECUATORIAL**

Cervantes Hernández, Eloisa<sup>1</sup>; Benito Llanes, Agustín<sup>1</sup>; Ncogo Ada, Policarpo<sup>2</sup>; Rojo Conejo, Pablo<sup>3</sup>; Aguilera Alonso, David<sup>4</sup>; Grasa Lozano, Carlos<sup>3</sup>; Mbá Ndong, Fructuoso<sup>5</sup>; Bikoro Oló Nfono, José Manuel<sup>5</sup>; Endje Moliko, Adelina<sup>5</sup>; Eyene Bacale, Manuel<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Instituto de Salud Carlos Tercero, Madrid; <sup>2</sup> Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, Malabo, Guinea Ecuatorial; <sup>3</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>4</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>5</sup> Hospital Regional de Bata, Guinea Ecuatorial.

**Introducción Y Objetivos**

La infección por VIH en Guinea Ecuatorial se encuentra en situación de epidemia generalizada, con seroprevalencia en aumento (6.2% en 2014, predominio en mujeres). La alta prevalencia expone a la transmisión vertical y precisa fortalecer los servicios de Prevención de Transmisión Madre-Hijo (PTMH) de VIH. La prevalencia de VIH en embarazadas es del 7.3% con cobertura de PTMH del 30.2% (2012).

En 2014, en base a nuevas recomendaciones internacionales de PTMH, el Ministerio de Sanidad, apoyado por UNICEF, OMS, AECID y el ISCIII, valida una estrategia nacional basada en tratar a toda gestante seropositiva, manteniendo tratamiento de por vida, (estrategia B+ OMS) y la descentralización de servicios PTMH.

El objetivo planteado en la estrategia es disminuir la transmisión vertical de VIH a <5% a través de formación de los profesionales sanitarios y el fortalecimiento del sistema. El protocolo de tratamiento en embarazadas es EFV/TDF/FTC y en recién nacidos ZDV durante 4 semanas.

**Métodos**

Se definieron 3 actividades principales a desarrollar de mayo 2017-abril 2018: 1. formación en protocolo de PTMH, 2. acompañamiento práctico y dotación de insumos, 3. formación en diagnóstico de laboratorio. Equipo ejecutor: 1 coordinadora y 2 asistentes técnicos del ISCIII, 4 coordinadores locales.

**Resultados**

De mayo-diciembre de 2017 se han habilitado centros con cobertura en PTMH en las 4 provincias y en 8/13 distritos. Centros formados en PTMH: 41/55 (75%); 208 profesionales formados. Todos los centros seleccionados para la implementación (22) han sido formados en diagnóstico de laboratorio y se han habilitado 17 (77%). Todos los centros habilitados han captado embarazadas seropositivas en controles prenatales, iniciando en todas tratamiento antirretroviral al diagnóstico. Pérdidas de seguimiento en 6/67 gestantes (9%). Todos los centros han captado niños expuestos, con pérdidas de seguimiento en 14/26 casos (54%). En 13/17 (76%) de los centros habilitados con paritorio se han detectado recién nacidos expuestos habiéndose iniciado en todos profilaxis postnatal adecuada. Además, se realizó formación continuada en VIH y PTMH dirigida a los 4 médicos locales.

**Conclusiones**

La estrategia de descentralización está permitiendo acercar la atención a las embarazadas con VIH, encontrando un aceptable cumplimiento del seguimiento en estas pacientes. Resulta prioritario estudiar los factores que están condicionando el seguimiento en niños expuestos.

## **P-176 LACTANTE CON COINFECCIÓN VIH Y TUBERCULOSIS EN GUINEA ECUATORIAL: DIFICULTAD EN EL TRATAMIENTO**

Mba, Crisologo<sup>1</sup>; Rojo, Pablo<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Loeri Comba, Bata; <sup>2</sup>Hospital 12 de Octubre, Madrid.

### **Introducción:**

El VIH en Guinea Ecuatorial es una epidemia en niños y en adultos. Con mucha frecuencia los niños son diagnosticados de VIH con enfermedad avanzada y con múltiples coinfecciones.

### **Caso Clínico:**

Se trata de un lactante varón de 10 meses de edad que presenta dificultad respiratoria de aproximadamente 5 días, acompañado de tos húmeda, disminución del panículo adiposo y lesiones de piel. En la exploración física llamaba la atención Peso: 6.2kg (P/E: < 3 percentil) y afectación del estado general con polipnea, FR: 65 resp/mint, estertores crepitantes en campo pulmonar derecho. Se realizan pruebas complementarias básicas. Hemograma: WBC: 28.3; Hemoglobina: 10.3g/dl; ; Serología VIH: positiva. CD4 no disponible en el momento del ingreso. Mantoux no disponible en el momento del ingreso. Radiografía de tórax: imágenes radiopacas en ambos campos pulmonares, sugestivos a proceso inflamatorio. Ante la sospecha de probable infección VIH estadio IV con neumonía se inicia ceftriaxona, asociado a cotrimoxazol a dosis terapéuticas. A los 4 días de su ingreso se realiza inicio de TARV a pesar de no disponibilidad de CD4 según protocolos nacionales (lamivudina + zidovudina + nevirapina) con buena tolerancia y adherencia. A las 5 semanas del ingreso se da de alta del Hospital pero persiste cuadro respiratorio por lo que se realiza: Mantoux 10mm; Radiografía de tórax con imágenes de adenopatías de gran tamaño parahiliares bilaterales. VSG: 100mm/h. Recuento de CD4: 477 y CD4%: 17%. Teniendo en cuenta los datos clínicos y paraclínicos, se plantea coinfección VIH/TB. Se inició tratamiento antituberculoso con protocolo de Rifampicina + Isoniacida + pirazinamida. Se mantuvo protocolo del TARV inicial, y se incrementa dosis de nevirapina hasta 300mg/m<sup>2</sup>, teniendo en cuenta la interacción rifampicina-nevirapina. Se continuó seguimiento en consulta VIH pediátrico y Programa de TB y presentó buena tolerancia y respuesta al tratamiento frente a TB.

### **Discusión:**

El VIH pediátrico en Guinea Ecuatorial continúa presentándose en una fase tardía. Se debe descartar la coinfección por TB en todo niño con VIH en Guinea Ecuatorial. En el tratamiento de la TB en los niños VIH se debe estudiar siempre la interacción de la rifampicina con los antirretrovirales.

**P-177 TRANSMISIÓN VERTICAL DE INFECCIÓN VIH EN LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS EN LA ISLA DE GRAN CANARIA**

Boza Medina, Dara <sup>1</sup>; Colino Gil, Elena <sup>1</sup>; Pena López, María José <sup>2</sup>; Vela Chaves, Jesús <sup>1</sup>; Cervantes Márquez, Marta <sup>1</sup>; De Nicolás Carro, Ana <sup>1</sup>; Poch Páez, Jesús <sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canarias; <sup>2</sup>Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canarias.

**Introducción:**

La transmisión vertical (TV) del VIH se ha reducido drásticamente en los países desarrollados con la aplicación de distintas medidas profilácticas. Nuestro objetivo fue estudiar los casos de exposición al VIH en nuestro hospital en los últimos 11 años.

**Métodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo de los recién nacidos (RN) de madres VIH-positivas en el período 2006-2017. Se recogieron los datos del embarazo, parto, tratamiento y evolución.

**Resultados:**

Se detectaron 101 RN de 89 mujeres VIH-positivas; el 61.4% con infección previa conocida, 25.7% con diagnóstico en el embarazo, 4% en el parto y en 8.9% se desconoce el dato. El 79% de los embarazos tuvo un control adecuado, 19% un control parcial o no-control y en 2% se desconoce. El 30% eran africanas y un 12% eran adictas a drogas vía parenteral. El 11% presentó coinfección con VHC, sin TV. Tres (2,97%) RN tuvieron un CMV congénito.

El 81.2% de las gestantes recibió tratamiento antirretroviral durante el embarazo, el 16.8% no y en el 2% se desconoce. El 62% de las gestantes presentó una carga viral (CV) menor de 50 copias/mL en el momento del parto, el 19% mayor 50 copias/mL y en un 19% se desconocía. En 33% se realizó cesárea. Todos los RN recibieron tratamiento (69.3% zidovudina y 30.7% triple terapia). Se produjeron 2 (1,98%) casos de TV. En uno, la TV se produjo en un RN con una gastrosquisis fetal, cuya madre fue diagnosticada en la semana 34, momento en el que inició tratamiento, se le practicó una cesárea y el RN recibió tratamiento y lactancia artificial. El segundo caso fue un embarazo no controlado con diagnóstico en el parto, con CV-positiva en dos muestras del RN en los primeros días de vida, con tratamiento antirretroviral; en el seguimiento se perdieron los anticuerpos y al retirar el tratamiento 2 años después, las CV son indetectables.

**Conclusión:**

En nuestro medio todavía se produce TV del VIH, con una incidencia entorno al 2%. En un caso un RN resolvió la infección con tratamiento antirretroviral. La incidencia de CMV congénito (3%) es superior a la de la población general.

### **P-181 PATRONES DE CRECIMIENTO EN NIÑOS CON INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO (CMVC).**

Del Valle Pérez, Rut<sup>1</sup>; Tagarro, Alfredo<sup>1</sup>; Blázquez, Daniel<sup>2</sup>; Saavedra-Lozano, Jesús<sup>3</sup>; Noguera, Ton<sup>4</sup>; Vaquero, Fernando<sup>5</sup>; Bustamante, Jorge<sup>5</sup>; Escosa, Luis<sup>5</sup>; Rojo, Pablo<sup>2</sup>; Donoso, Irene<sup>2</sup>; Piñeiro, Maria<sup>2</sup>; Suárez, Sergio<sup>2</sup>; Soto, Beatriz<sup>6</sup>; Colino, Elena<sup>7</sup>; Fernández, Clotilde<sup>8</sup>; Agúndez, Beatriz<sup>9</sup>; Corredera, Araceli<sup>10</sup>; Sánchez, Miguel<sup>11</sup>; Galán, Pilar<sup>12</sup>; Soler-Palacin, Pere<sup>13</sup>; (rediccmv), Spanish Registry Of Infants With Congenital Cytomegalovirus Infection<sup>14</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes; <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>3</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>4</sup>Fundació Hospital Sant Joan de Déu, Martorell; <sup>5</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>6</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe; <sup>7</sup>Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria; <sup>8</sup>Hospital Puerta del Mar, Cadiz; <sup>9</sup>Hospital Infanta Leonor, Madrid; <sup>10</sup>Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid; <sup>11</sup>hospital universitario Puerta de Hierro, Madrid; <sup>12</sup>Hospital Fuenlabrada, Fuenlabrada; <sup>13</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona; <sup>14</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, MADRID.

#### **Introducción Y Objetivos**

La infección por el Citomegalovirus (CMV) es la primera causa de infección congénita a nivel mundial. Aunque la mayoría de los infectados son asintomáticos al nacimiento (85%), un porcentaje importante tienen afectación de parámetros antropométricos. Hay pocos estudios sobre el crecimiento posterior de estos niños, se pretende ver su desarrollo durante los 3 primeros años de vida, en cuanto a talla, peso y perímetro craneal (PC).

#### **Métodos**

Estudio observacional, multicéntrico. Datos recogidos del Registro Estatal de Infección Congénita por CMV (REDICCMV), empleando el software Redcap y la aplicación "WHO Anthro" para convertir datos antropométricos en desviaciones estándar (z) según edad y sexo, y poder compararlos con los estándares de referencia de crecimiento infantil de la OMS.

#### **Resultados**

Se incluyeron 383 niños con infección por CMVc (53% mujeres, 58% recién nacidos a término (RNT)). Al nacimiento, un 23% estaban por debajo de 3 desviaciones estándar (<-3DS) de peso, 20% de talla y 13% de PC. Aunque en el seguimiento se aprecia una recuperación progresiva, a los 36 meses aún persistían 5% en <-3DS en cuanto a peso y talla, y 9% en relación al PC. Al analizar solo a los RNT, las cifras mejoran, solo 2% <-3DS de peso y talla al nacimiento (ninguno a los 36 meses) y 4% de PC al nacimiento (10% a los 36 meses). En cuanto a la distribución por el sexo, se hallaron diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) frente a la población de referencia en todos los parámetros y edades. Un 65% recibieron tratamiento antiviral, 36% eran RNT y 12% asintomáticos. Pacientes sintomáticos, y con tratamiento, presentaron parámetros antropométricos inferiores a los no tratados a los 0, 12 y 24 meses, y aunque realizaron el catch-up de peso y talla antes de los 36 meses, un 13% persistían con PC <-3DS.

#### **Conclusiones**

Los pacientes con infección por CMVc son significativamente más pequeños al nacimiento que los no infectados. La mayoría de los pacientes hacen el catch-up en los primeros años de la vida, pero a los 36 meses persisten en <-3DS un 5% de los niños en cuanto a peso y talla y un 9% respecto al PC.

**P-182 INFECCIÓN POR ENTEROVIRUS EN EL PERIODO NEONATAL: VARIABILIDAD CLÍNICA.**

Armendáriz, Laura; Sevilla, Cristina; Moliner, Elisenda.

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

**Introducción**

El 75% de las causas responsables de fiebre en el lactante son infecciones víricas.

Los Parechovirus son virus pertenecientes a la familia Picornaviridae. Presentan un patrón epidemiológico estacional, predominando en verano y otoño. Existen 17 serotipos diferentes siendo el 1,2 y 3 los responsables de los cuadros que se presentan en la infancia. Provocan gran variedad de sintomatología clínica como manifestaciones gastrointestinales, respiratorias, exantema, sepsis, meningoencefalitis, hepatitis, miocarditis, convulsiones e incluso muerte. El serotipo 3 suele asociarse a cuadros de mayor gravedad.

**Caso Clínico**

Recién nacida de 7 días de vida, sin antecedentes perinatales de interés, que ingresa por síndrome febril y convulsiones.

A los 6 días de vida consulta por episodios de apnea acompañados de cianosis peribucal autolimitados, en relación con la lactancia. Se ingresa para estudio y monitorización. Durante su ingreso inicia fiebre por lo que se inicia antibioterapia empírica previa recogida de cultivos microbiológicos. A las 24 horas del ingreso inicia convulsiones focales en extremidad superior izquierda que posteriormente se generalizan. Se inicia tratamiento con Fenobarbital y Aciclovir.

Se inicia monitorización de función cerebral que muestra patrón continuo normovoltado. Se obtiene detección de ácidos nucleicos para parechovirus en LCR. La RM craneal muestra extensa afectación parenquimatosa secundaria a meningoencefalitis.

Ante la gravedad del cuadro neurológico por enterovirus, se inicia tratamiento con inmunoglobulina endovenosa a dosis de 400 mgr/Kg, durante 5 días. Estudio inmunológico en LCR negativo.

Buena evolución clínica con mejoría del sensorio, normalización electroencefalografía y sin evidenciarse nuevos episodios convulsivos. La RM de control presenta persistencia de lesiones en cuerpo calloso y áreas de leucomalacia en región periventricular y subcortical a nivel frontal y temporal.

**Conclusiones**

Las infecciones por enterovirus en el periodo neonatal tienen una elevada incidencia. Son responsables de un gran número de episodios febriles durante esta edad e ingresan con sospecha de infección bacteriana. Pese a que la clínica es benigna y su evolución favorable, los casos graves descritos en la literatura asociados a enterovirus son más frecuentes.

La etiología vírica debe sospecharse ante un cuadro clínico con empeoramiento progresivo pese a antibioterapia y en el que no se aísla etiología bacteriana.

**P-183 INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS EN UN HOSPITAL TERCIARIO, REVISIÓN DE CASOS DE 2009 A 2017**

Moreno Gonzalez, Paula; Villarreal Calvo, María ; Sanchez Martinez, Idoia; Malumbres Chacón, María; Nogueira López, Javier; Abarzuza Armendariz, Jorge; Urretavizcaya Martinez, María ; Lecumberri García, Nora; Rives Ferreiro, Maite; Herranz Aguirre, Mercedes.

*Hospital de Navarra, Pamplona.*

**Introducción**

La infección congénita por CMV (CMV-C) es la principal causa no hereditaria de pérdida de audición neurosensorial, pudiendo causar otras alteraciones.

**Métodos**

Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes diagnosticados de CMV-C en un hospital terciario entre 2009-2017. Análisis estadístico SPSS.

**Resultados**

En los últimos 9 años, 29 pacientes diagnosticados de CMV-C (48,3% varones, 51,7% mujeres). 5 casos diagnosticados después del periodo neonatal por no superar otoemisiones. 1 caso confirmado de primoinfección materna, recibió tratamiento antiviral durante embarazo. La edad media materna fue 33,7 años. Solo el 21,4% eran primíparas (44,8% tenían hijos menores de 3 años en casa), 35,7% tenían historia previa de aborto, 24,1% embarazos gemelares. El signo fetal más frecuente fue retraso del crecimiento. Ecografía cerebral fetal alterada en 13,8%, en 1 caso se realizó RM fetal con resultado normal. En ningún caso se realizó amniocentesis ni cordocentesis.

55,2% partos eutócicos. Edad gestacional media 36 semanas, 55,2% prematuros. Peso medio al nacimiento 2.467 gramos, 44,8% con peso inferior al peso medio. Zscore menor de 2DE para peso 27,6%, para talla 24,1% y 20,7% para circunferencia craneal al nacimiento. El 79,3% fueron diagnosticados en las primeras 3 semanas de vida (68,9% en primera semana). PCR CMV positiva: orina 96,6%, sangre 75,9%, LCR 13,8% (LCR realizado en 48,3% de pacientes). Asintomáticos 44,8%. Trombocitopenia 27,6%, hipertransaminasemia 41,4%, hiperbilirrubinemia 10,3%, ningún caso de anemia. Primera ecografía transfontanelar alterada 48,3%. Coriorretinitis en primer examen oftalmológico 6,9%. Otoemisiones y potenciales evocados auditivos normales bilaterales 51,7%, anormal unilateral 24,1%, anormal bilateral 20,7%. 69% tratados con ganciclovir intravenoso y valganciclovir oral.

En seguimiento a largo plazo (12 meses) 3 niños no estudiados porque no han alcanzado esa edad, Z score menor de 2DE para peso y talla 13,8%, 24% microcefalia, 37,9% pérdida de audición.

**Conclusiones**

- La pérdida de audición neurosensorial es la secuela más frecuente de CMV-C, suele ser progresiva.
- 8-10% de RN sintomáticos con CMV-C presentan enfermedad grave potencialmente mortal (30%). En nuestra serie no se registró ningún caso fatal.
- PCR CMV es la técnica diagnóstica gold estándar.
- El tratamiento antiviral precoz parece reducir las secuelas a largo plazo principalmente la pérdida de audición.

**P-184 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH. EXPERIENCIA 2014-2017 EN UN HOSPITAL TERCARIO.**

Bustamante Amador, Jorge; Escosa García, Luis; Sainz Costa, Talía; García Bujalance, Silvia; Cabrera Lafuente, Marta; De La Calle, María; Mellado Peña, María José.

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Introducción Y Objetivo.** La transmisión vertical (TV) del VIH ha disminuido en los últimos años situando la prevalencia en países desarrollados por debajo del 1%. El objetivo del estudio es describir las características clínico-epidemiológicas de las madres con infección por VIH, estudiar la transmisión vertical y sus posibles factores de riesgo asociados.

**Material Y Métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, incluyendo a todos los hijos de madre con VIH nacidos en un hospital de tercer nivel (abril 2014 - diciembre 2017). Se recogieron los datos epidemiológicos y clínicos de las madres y los neonatos.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 40 gestantes-neonatos. Diagnóstico VIH previo a la gestación (92,5%). La mediana de linfocitos-CD4 previos al parto fue de 650,5/mm<sup>3</sup> (R:177-1700), con CV-VIH mediana de 0/mm<sup>3</sup> (R:0-2310). Estadio CDC-2014 en la gestante: A1 (10%), A2 (35%), A3 (7,5%), B2 (7,5%), B3 (2,5%) y C3 (20%), sin documentar (12,5%). Todas las madres recibieron tratamiento antirretroviral: 2 ITIAN + 1 ITINAN (37%), 2 ITINAN + 1 IP (45%) y 2 ITIAN + 1 inhibidor de integrasa (10%); Otros esquemas (8%). La pauta más frecuente (25% del total) fue Tenofovir disoproxil fumarato + Emtricitabina + Rilpivirina. El 81,5% de las pautas se basaron en Tenofovir como ITIAN de elección (10,5% Abacavir, 8% Zidovudina). 6/40 madres recibieron raltegravir en las últimas semanas de la gestación. El parto fue eutócico en el 57,5% de los casos, recibiendo Zidovudina intraparto de forma universal.

Todos los neonatos recibieron profilaxis antirretroviral durante 28 días; monoterapia con Zidovudina (80%), triple terapia por alto riesgo de transmisión vertical (20%). Se realizó exclusión universal de la lactancia materna. La mediana de edad gestacional al nacimiento fue de 38,5 semanas (R:32,8-40,3). No se documentó ningún caso de transmisión vertical a los 4 meses de edad.

**Conclusiones.** La prevalencia en nuestro centro de la transmisión vertical de VIH entre 2014-2017 ha sido del 0%. La mayor parte de las gestantes presentaban infección por VIH y tratamiento previo a la gestación. Los esquemas de tratamiento materno se han basado fundamentalmente en Tenofovir como ITIAN de elección.

### **P-185 PAPILOMATOSIS RESPIRATORIA RECURRENTE**

Illán, Marta; Francisco, Laura; Mazariegos, Diana; Daoud, Zarife; Sánchez, Silvia; Roan, José ; Ramos, José Tomás.

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

#### **Introducción**

La papilomatosis respiratoria recurrente (PRR) es una entidad caracterizada por el desarrollo de lesiones exofíticas proliferativas en el tejido conectivo que cubre la vía respiratoria. Está originada por la infección por el virus del papiloma humano (VPH), que en el caso de los niños ocurre vía vertical.

El debut a edades precoces se ha correlacionado con mayor gravedad y peor pronóstico. En cuanto a la presentación clínica es muy variable, por lo que resulta fundamental tener un alto grado de sospecha clínica para evitar el frecuente retraso diagnóstico.

#### **Caso Clínico**

Varón de 5 años remitido por episodios recurrentes de disfonía desde los 2 años de edad. Asocia ronquido nocturno en los últimos seis meses. Se trata de un niño sano sin antecedentes de interés y sin procesos infecciosos recurrentes.

Exploración anodina salvo hipertrofia adenoamigdalares. En fibrolaringoscopia se evidencian múltiples lesiones en glotis y supraglotis, sugerentes de papilomatosis. El análisis anatomopatológico mostró papiloma escamoso sin evidencia de malignidad y la PCR fue positiva para VPH tipo 6. Se completó estudio inmunológico en el que no se observaron alteraciones sugestivas de inmunodeficiencia.

El paciente debido a recurrencias ha sido sometido en un año a seis microcirugías laríngeas con exéresis de papilomas e infiltración local de cidofovir en cinco ocasiones. Ha completado vacunación en esquema de tres dosis con vacuna tetravalente frente a VPH. Evolutivamente se ha evidenciado mejoría clínica franca e intervalos de mayor duración entre intervenciones.

#### **Discusión**

La PRR se caracteriza por un comportamiento clínico variable que puede conllevar importante morbilidad. Las principales complicaciones son la mala respuesta al tratamiento, la recurrencias frecuentes y la diseminación hacia las vías respiratorias bajas.

El pilar fundamental del tratamiento es la cirugía, con importantes avances en los últimos años en las técnicas empleadas. El cidofovir intralesional es el tratamiento adyuvante más frecuentemente usado en niños. Por último, se recomienda la vacunación con vacuna cuadrivalente frente a VPH (3 dosis) en pacientes con curso agresivo, por haber demostrado prolongar el intervalo entre cirugías y reducir el número de intervenciones necesarias.

**P-186 INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS EN UN RECIÉN NACIDO POR REACTIVACIÓN VIRAL MATERNA**

Martín Ramos, Silvia; Navarro Campo, Sandra ; Pérez Basterrechea, Belen; Gutiérrez Alonso, Sara; Oreña Ansorena, Virginia Ainhoa; Nonide Mayo, Laura; Megido Armada, Alba ; Solís Sánchez, Gonzalo; Martínez Fernández, Maria Rosario; Fernández Colomer, Belen.

*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.*

**Introducción:**

La infección congénita por Citomegalovirus (CMV) es la más frecuente en los países desarrollados. Causa 1/3 de las sorderas neurosensoriales.

La transmisión intrauterina se produce en un 30-40% de las primoinfecciones maternas (1-4%) y en un 1-4% de las reactivaciones o reinfecciones en gestantes inmunes. Mayor riesgo de transmisión al inicio de la gestación. Clínica variable desde la infección asintomática (85-90%) hasta la presentación de un amplio espectro clínico (10-15%). Los hallazgos más frecuentes: hepatoesplenomegalia e ictericia (60%), sordera (30-65%), hiperproteínorraquia (50%), microcefalia (50%); retraso del crecimiento uterino, prematuridad y alteración en las pruebas de neuroimagen.

**Caso Clínico:**

Recién nacido varón, ingresa en Neonatología por Prematuridad Tardía (35 semanas). Gestación controlada, ecografías prenatales normales. Parto eutócico. Sin factores de riesgo infeccioso. Somatometría: peso 2415 gramos (p43), longitud 47 cm (p66), perímetro cefálico 30 cm (p12). Al nacimiento presenta esplenomegalia (63 mm), anemia (hemoglobina 9.4 g/dL y hematocrito 26.4%), leucopenia de 5060/ $\mu$ L, trombopenia de 53000/ $\mu$ L. Por ello, se solicita CMV en Orina: positivo (7 Log). Se completan estudios: en LCR hiperproteínorraquia de 255mg/dL (normal 45-200 mg/dL) con PCR negativa para CMV; IgM, IgG y Carga Viral positivos para CMV en sangre. Se inicia tratamiento con Ganciclovir intravenoso a 12 mg/Kg/día 1 semana, seguido de Valganciclovir oral (32 mg/kg/día) hasta completar los 6 meses. En Fondo de Ojo se objetiva maculopatía; Ecografía Trasfontanelar y RMN Cerebral con hallazgos compatibles con infección congénita por CMV del SNC (calcificaciones lineales en ganglios de la base y ventriculomegalia asimétrica). Ictericia a las 48 horas de vida que precisa fototerapia; sin presentar clínica neurológica. Es alta al mes de vida, con controles ambulatorios, sin presentar incidencias. Potenciales evocados auditivos a los 3 meses de vida, normales. Se revisaron serologías maternas para CMV, compatibles con reactivación viral, IgM Negativas e IgG Positivas durante la gestación.

**Discusión.**

Es importante realizar un cribado postnatal de CMV ante una sospecha clínica para iniciar tratamiento antiviral y evitar secuelas permanentes como sordera y trastornos cognitivos. El pronóstico del recién nacido a pesar del tratamiento no va a ser satisfactorio, a causa del daño al sistema nervioso central.

### **P-187 SÍNDROME DE MOYA-MOYA EN PACIENTE CON INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS**

Berciano Jiménez, Noelia; Gómez Luque, José María ; Santos Pérez, Juan Luis.

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.*

#### **Introducción**

El síndrome de Moya-Moya es una patología cerebrovascular crónica y progresiva caracterizada por la oclusión de arterias del polígono de Willis, en particular las carótidas internas con prominente circulación colateral.

Entre las probables etiologías se señalan enfermedades autoinmunes, trastornos genéticos, tumores, radioterapia así como infecciones por virus.

Presentamos un caso de esta enfermedad en el contexto de infección por citomegalovirus (CMV).

#### **Caso Clínico**

Paciente con bajo peso, microcefalia y coriorretinitis detectadas al nacimiento con antigenuria de CMV negativa. En control realizado a los 2 meses de vida se comprueba antigenuria positiva, junto con hipertransaminasemia y se inicia tratamiento con Valganciclovir. Con 5 meses presenta episodio de irritabilidad, seguido de hemiparesia izquierda y parálisis facial ipsilateral de 12 horas de evolución.

Se realiza TAC craneal que muestra hipodensidad difusa hemisférica derecha en territorio de las arterias cerebrales anterior y media compatible con infarto subagudo.

Se descarta patología metabólica, cardíaca, alteraciones de la hemostasia, autoinmunidad y patología infecciosa del SNC. Se investiga estudio de sangre en papel seco al nacimiento mostrando PCR negativa para CMV.

A las 6 semanas presenta status convulsivo. Se realiza angioRM, en el que además del infarto crónico anterior se añaden imágenes compatibles con infarto hiperagudo hemisférico izquierdo del territorio de la arteria cerebral media y en el polígono de Willis aparecen estenosis y circulación colateral compatibles con síndrome de Moya-Moya. La secuenciación del gen CECR1 descartó la deficiencia de ADA-2.

#### **Discusión**

La aparición de enfermedad cerebrovascular en la infancia es rara, siendo causa importante de mortalidad y discapacidad en Pediatría, debiéndose investigar la existencia de enfermedad subyacente. Aunque la enfermedad de Moya-Moya es poco frecuente, se debe sospechar ante eventos vasculares isquémicos en pediatría. El diagnóstico se realiza mediante angiorresonancia magnética o angiografía digital.

La etiología infecciosa de esta enfermedad se ha sugerido, sobre todo en relación con el VEB, VIH y Leptospirosis. También es conocida la capacidad del CMV de producir vasculitis. En nuestro caso, aunque los datos microbiológicos no permiten establecer el diagnóstico de infección congénita por CMV, sí sugieren una afectación temprana, que podría estar relacionada con la afectación vascular cerebral.

**P-188 SEPSIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE PREMATURO EXTREMO**

Berciano Jiménez, Noelia; Parrilla Sierra, Rosario; Santos Pérez, Juan Luis.

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.*

**Introducción**

La infección postnatal por citomegalovirus (CMV) se transmite por secreciones cervicales en el parto, transfusión de hemoderivados o lactancia materna, siendo ésta la más habitual. La infección posnatal generalmente es asintomática y se resuelve de manera espontáneamente debido a que suele resultar de una reactivación del virus en la madre y el niño nace con anticuerpos protectores adquiridos a partir de la semana 28 de gestación, sin embargo, el recién nacido prematuro de muy bajo peso tiene una cantidad de anticuerpos transferidos menor y puede presentar una infección grave pudiéndose manifestar con hepatitis, neutropenia, trombocitopenia, neumonitis o sepsis.

**Caso Clínico**

Describimos un paciente prematuro extremo de 1 mes y medio de vida con peso 900gr conectado a ventilación mecánica desde el nacimiento con cuadro clínico caracterizado por sepsis, neumonitis y plaquetopenia grave precisando transfusiones de plaquetas cada 8-12 horas y aumento de medidas invasivas de ventilación. Como antecedente había recibido escasa cantidad de leche materna en su primera semana de vida y precisó transfusión de hemoderivados en dos ocasiones durante el primer mes. A los 13 días de vida se realizó antigenuria CMV siendo negativa. Se inició antibioterapia de amplio espectro tras obtener cultivos de sangre, líquido cefalorraquídeo, aspirado traqueal y orina además de estudio de hongos, resultando positivo el antígeno rápido CMV en aspirado traqueal y carga viral detectable significativa en orina. Se inició tratamiento con Ganciclovir intravenoso y dada la no mejoría se administró además inmunoglobulinas intravenosas. Persistió la plaquetopenia grave, mejorando la sintomatología respiratoria. Finalmente presentó una sobreinfección por *Klebsiella pneumoniae* falleciendo a los 20 días de detectarse la infección por CMV.

**Conclusiones**

La infección por CMV después del nacimiento puede causar una enfermedad grave y posiblemente mortal en los neonatos prematuros. Nuestro paciente se encuentra entre los pocos casos con una infección posnatal grave por CMV, muy probablemente debido a la leche materna. El tratamiento antiviral se debe considerar en casos recién nacidos prematuros graves. Debido a que las mujeres seropositivas al CMV pueden transmitir la infección a través de la lactancia, las intervenciones para examinar la leche materna pueden estar justificadas en estos casos.

**P-189 ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO DE LA RED NACIONAL PEDIÁTRICA PARA ESTUDIO DEL VIRUS ZIKA (PEDZIKARED): DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLINICO-EPIDEMIOLÓGICAS.**

Soriano Arandes, Antoni<sup>1</sup>; Fumadó Pérez, Victoria<sup>2</sup>; García López-Hortelano, Milagros<sup>3</sup>; Santos, María Del Mar<sup>4</sup>; Frick, Marie Antoinette<sup>1</sup>; Cabrera Lafuente, Marta<sup>3</sup>; Mendoza Palomar, Natalia<sup>1</sup>; Prieto Tato, Luis<sup>5</sup>; Reques Cosme, Resurrección<sup>6</sup>; Mellado Peña, María José<sup>3</sup>; Soler Palacín, Pere<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona; <sup>2</sup>Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat; <sup>3</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>4</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>5</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe; <sup>6</sup>Hospital El Escorial, Madrid.

**Introducción Y Objetivos:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la epidemia del virus Zika (ZIKV) en América como Emergencia Internacional de Salud Pública en Febrero de 2016. Desde entonces, ZIKV ha demostrado ser un teratógeno asociándose a microcefalia y otras anomalías del neuro-desarrollo. En Mayo de 2016 se creó una base de datos para registrar los pacientes pediátricos con ZIKV y los hijos de madres infectadas por ZIKV con el objetivo de analizar las características epidemiológicas y clínicas de los niños expuestos al ZIKV seguidos en los principales centros pediátricos de referencia españoles.

**Métodos:**

cohorte observacional prospectiva de niños diagnosticados de infección por ZIKV, e hijos de madres con infección probable o confirmada por ZIKV (Mayo 2016-Diciembre 2017). Los datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio se registraron en una base de datos RedCAP®. Se obtuvo aprobación ética de los centros participantes.

**Resultados:**

se incluyeron 105 niños (51,0% varones); 101 hijos de madres infectadas y 4 infectados vectorialmente en países endémicos (3 viajaron a Honduras y 1 inmigrante de Colombia). La edad gestacional (EG) y perímetro craneal (PC) para hijos de madres infectadas fue de 39[RIC 38-40] semanas y 34[RIC 33-35]cm, respectivamente. Las mujeres embarazadas infectadas por ZIKV (n=101) procedían de República Dominicana (35,6%), Sudamérica (Colombia, Ecuador, Venezuela y Bolivia) (32,7%), América Central (Honduras, El Salvador, Nicaragua y México) (27,7%), España (2,0%), y Filipinas (1,0%). Dos niños (2/101; 2,0%) presentaron al nacer cuadro compatible con Síndrome Congénito por ZIKV (SCZ), uno con EG 22 semanas y otro a término con microcefalia congénita (-3DS), ambas madres con RT-PCR ZIKV positiva en suero y líquido amniótico; la RM fetal mostró en ambos casos simplificación del patrón giral cortical, calcificaciones periventriculares, ventriculomegalia y adelgazamiento del cuerpo caloso. Todos los hijos de madres infectadas, excepto uno, tuvieron resultados negativos (IgM/PCR) para ZIKV tras nacer.

**Conclusiones:**

Esta es la serie más grande de niños expuestos al ZIKV registrada en Europa; la mayoría de ellos nacieron de madres infectadas con ZIKV con resultados negativos de laboratorio (96,2%). La prevalencia de microcefalia fue del 2,0 % entre todos los niños nacidos de madres infectadas con ZIKV.

**P-190 INFECCIÓN POR ENTEROVIRUS EN EL PERIODO NEONATAL: VARIABILIDAD CLÍNICA.**

Armendariz Lacasa, Laura; Sevilla Homedes, Cristina ; Moliner, Elisenda.

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

**Introducción**

El 75% de las causas responsables de fiebre en el lactante son infecciones víricas.

Los Parechovirus son virus pertenecientes a la familia Picornaviridae. Presentan un patrón epidemiológico estacional, predominando en verano y otoño. Existen 17 serotipos diferentes siendo el 1,2 y 3 los responsables de los cuadros que se presentan en la infancia. Provocan gran variedad de sintomatología clínica como manifestaciones gastrointestinales, respiratorias, exantema, sepsis, meningoencefalitis, hepatitis, miocarditis, convulsiones e incluso muerte. El serotipo 3 suele asociarse a cuadros de mayor gravedad.

**Caso Clínico**

Recién nacida de 7 días de vida, sin antecedentes perinatales de interés, que ingresa por síndrome febril y convulsiones.

A los 6 días de vida consulta por episodios de apnea acompañados de cianosis peribucal autolimitados, en relación con la lactancia. Se ingresa para estudio y monitorización. Durante su ingreso inicia fiebre por lo que se inicia antibioterapia empírica previa recogida de cultivos microbiológicos. A las 24 horas del ingreso inicia convulsiones focales en extremidad superior izquierda que posteriormente se generalizan. Se inicia tratamiento con Fenobarbital y Aciclovir.

Se inicia monitorización de función cerebral que muestra patrón continuo normovoltado. Se obtiene detección de ácidos nucleicos para parechovirus en LCR. La RM craneal muestra extensa afectación parenquimatosa secundaria a meningoencefalitis.

Ante la gravedad del cuadro neurológico por enterovirus, se inicia tratamiento con inmunoglobulina endovenosa a dosis de 400 mgr/Kg, durante 5 días. Estudio inmunológico en LCR negativo.

Buena evolución clínica con mejoría del sensorio, normalización electroencefalografía y sin evidenciarse nuevos episodios convulsivos. La RM de control presenta persistencia de lesiones en cuerpo calloso y áreas de leucomalacia en región periventricular y subcortical a nivel frontal y temporal.

**Conclusiones**

Las infecciones por enterovirus en el periodo neonatal tienen una elevada incidencia. Son responsables de un gran número de episodios febriles durante esta edad e ingresan con sospecha de infección bacteriana. Pese a que la clínica es benigna y su evolución favorable, los casos graves descritos en la literatura asociados a enterovirus son más frecuentes.

La etiología vírica debe sospecharse ante un cuadro clínico con empeoramiento progresivo pese a antibioterapia y en el que no se aísla etiología bacteriana.

**P-191 INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS EN HIJOS DE MADRE CON INFECCIÓN POR VIH.**

Bustamante Amador, Jorge; Escosa García, Luis; Sainz Costa, Talía; Romero, María Pilar; Cabrera Lafuente, Marta; De La Calle, María; Mellado Peña, María José.

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Introducción Y Objetivo.** El citomegalovirus congénito (CMVc) parece ser más frecuente en hijos de madre con infección por VIH en nuestro medio (periodo pre-TARGA 9,2%; post-TARGA 1,3%; población general 0,3%). El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia y posibles factores de riesgo asociados.

**Material Y Métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, incluyendo a todos los hijos de madre con VIH nacidos en un hospital de tercer nivel (abril 2014 - diciembre 2017). Se recogieron datos epidemiológicos, relativos a la enfermedad materna y pruebas complementarias del neonato. Se realizó cribado neonatal de CMVc en las 2 primeras semanas de vida (cultivo "shell vial" de CMV en muestra urinaria).

**Resultados.** Se incluyeron 40 neonatos; mediana de 38,5 semanas de edad gestacional (R:32,8-40,3). Diagnóstico previo a la gestación de infección por el VIH (92,5%). Mediana de linfocitos-CD4 previos al parto: 650,5/mm<sup>3</sup> (R:177-1700); mediana de CV-VIH de 0/mm<sup>3</sup> (R:0-2310). Todas las madres recibieron tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) durante la gestación. Se realizó serología para CMV en el primer trimestre de la gestación en el 89,5%, con una seroprevalencia IgG positiva del 100%.

Datos antropométricos neonatales: mediana de peso de 2.980 gr. (R:1525-3760), mediana de talla de 48 cm (R:32-51), y mediana de perímetro cefálico de 34 cm (R:28-45). No se objetivaron citopenias en ningún caso. Las otoemisiones acústicas fueron normales en el 95%. Ningún neonato presentó al nacimiento síntomas o signos compatibles con citomegalovirus congénito. No se documentó ningún caso de CMVc ni de transmisión vertical de VIH, con prevalencia de CMVc inferior a la documentada en España para periodo pre-TARGA ( $p < 0,05$ ) y comparable a la del periodo post-TARGA ( $p = 0,4$ ).

**Conclusiones.** El CMVc presentó una prevalencia del 0% en la población de hijos de madre con VIH. La prevalencia de CMVc en esta población es inferior a estudios españoles previos en el periodo pre-TARGA. Estudios con mayor tamaño muestral y multicéntricos deberían realizarse para confirmar esta baja prevalencia.

**P-192 INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS EN UN HOSPITAL TERCIARIO, REVISIÓN DE CASOS DE 2009 A 2017.**

Moreno Gonzalez, Paula; Villarreal Calvo, María; Sánchez Martínez, Idoia ; Malumbres Chacón, María ; Nogueira López, Javier; Abarzuza Armendariz, Jorge; Urretavizcaya Martínez, María; Lecumberri García, Nora; Rives Ferreiro, Maite; Herranz Aguirre, Mercedes.

*Hospital de Navarra, Pamplona.*

**Introducción**

La infección congénita por CMV (CMV-C) es la principal causa no hereditaria de pérdida de audición neurosensorial, pudiendo causar otras alteraciones.

**Métodos**

Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes diagnosticados de CMV-C en un hospital terciario entre 2009-2017. Análisis estadístico SPSS.

**Resultados**

En los últimos 9 años, 29 pacientes diagnosticados de CMV-C (48,3% varones, 51,7% mujeres). 5 casos diagnosticados después del periodo neonatal por no superar otoemisiones. 1 caso confirmado de primoinfección materna, recibió tratamiento antiviral durante embarazo. La edad media materna fue 33,7 años. Solo el 21,4% eran primíparas (44,8% tenían hijos menores de 3 años en casa), 35,7% tenían historia previa de aborto, 24,1% embarazos gemelares. El signo fetal más frecuente fue retraso del crecimiento. Ecografía cerebral fetal alterada en 13,8%, en 1 caso se realizó RM fetal con resultado normal. En ningún caso se realizó amniocentesis ni cordocentesis.

55,2% partos eutócicos. Edad gestacional media 36 semanas, 55,2% prematuros. Peso medio al nacimiento 2.467 gramos, 44,8% con peso inferior al peso medio. Zscore menor de 2DE para peso 27,6%, para talla 24,1% y 20,7% para circunferencia craneal al nacimiento. El 79,3% fueron diagnosticados en las primeras 3 semanas de vida (68,9% en primera semana). PCR CMV positiva: orina 96,6%, sangre 75,9%, LCR 13,8% (LCR realizado en 48,3% de pacientes). Asintomáticos 44,8%. Trombocitopenia 27,6%, hipertransaminasemia 41,4%, hiperbilirrubinemia 10,3%, ningún caso de anemia. Primera ecografía transfontanelar alterada 48,3%. Coriorretinitis en primer examen oftalmológico 6,9%. Otoemisiones y potenciales evocados auditivos normales bilaterales 51,7%, anormal unilateral 24,1%, anormal bilateral 20,7%. 69% tratados con ganciclovir intravenoso y valganciclovir oral.

En seguimiento a largo plazo (12 meses) 3 niños no estudiados porque no han alcanzado esa edad, Z score menor de 2DE para peso y talla 13,8%, 24% microcefalia, 37,9% pérdida de audición.

**Conclusiones**

-La pérdida de audición neurosensorial es la secuela más frecuente de CMV-C, suele ser progresiva. 8-10% de RN sintomáticos con CMV-C presentan enfermedad grave potencialmente mortal (30%). En nuestra serie no se registró ningún caso fatal. PCR CMV es la técnica diagnóstica gold estándar. El tratamiento antiviral precoz parece reducir las secuelas a largo plazo principalmente la pérdida de audición.

### **P-193 VALOR PRONÓSTICO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL EN RECIÉN NACIDOS CON INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS**

Soriano-Ramos, María<sup>1</sup>; Martínez De Aragón, Ana<sup>1</sup>; Baquero-Artigao, Fernando<sup>2</sup>; Frick, Marie Antoinette<sup>3</sup>; Noguera-Julian, Antoni<sup>4</sup>; Alonso-Ojembarrena, Almudena<sup>5</sup>; Moliner Calderón, Elisenda<sup>6</sup>; Rives Ferreiro, María Teresa<sup>7</sup>; Filgueira Posse, Ana<sup>8</sup>; Garrote Llanos, Elisa<sup>9</sup>; Sota Busselo, Itziar<sup>10</sup>; Santos, Mar<sup>11</sup>; Tagarro García, Alfredo<sup>12</sup>; Bustamante, Jorge<sup>2</sup>; Soler-Palacín, Pere<sup>3</sup>; Fortuny Guasch, Claudia<sup>4</sup>; Rojo Conejo, Pablo<sup>1</sup>; Blázquez-Gamero, Daniel<sup>1</sup>; (rediccmv) , Spanish Registry Of Infants With Congenital Cytomegalovirus Infection Study Group<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>3</sup> Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona; <sup>4</sup> Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat; <sup>5</sup> Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz; <sup>6</sup> Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; <sup>7</sup> Hospital de Navarra, Pamplona; <sup>8</sup> Fundación Hospital Son Llàtzer, Son Ferriol; <sup>9</sup> Hospital de Basurto - Osakidetza, Bilbao; <sup>10</sup> Hospital Universitario de Donostia, Guipúzcoa; <sup>11</sup> Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>12</sup> Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid.

#### **Introducción Y Objetivos**

Objetivo: establecer el papel de la resonancia magnética cerebral (RM) en el pronóstico a largo plazo de los niños con infección congénita por CMV (CMVc).

#### **Métodos**

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico realizado en una cohorte prospectiva de neonatos con CMVc. Los datos se obtuvieron a partir del Registro Estatal de Infección Congénita por CMV (2011-2016). Se incluyeron pacientes con ecografía cerebral realizada en el primer mes de vida y RM en primeros 3 meses. Se realizó evaluación neurológica y auditiva al nacimiento y 12 meses de edad. Se definieron las secuelas neurocognitivas a los 12 meses como: epilepsia en tratamiento, alteraciones motoras, microcefalia (<-2DE), incapacidad para mantenerse sentado sin ayuda, coriorretinitis o retraso del neurodesarrollo.

#### **Resultados**

Se incluyeron 107 niños con CMVc; 21/107(19.6%) fueron diagnosticados en periodo fetal y el resto en primeros 14 días de vida. Al nacimiento, 47% mostraron exploración física anormal y en 71.7% la infección fue sintomática. Se evidenció sordera neurosensorial en 40/95 (42.1%) y coriorretinitis en 5/104(4.8%). La ecografía cerebral (USc) fue anormal en 60 niños (56.1%) y la RMN en 68(63.6%). De 47 niños con USc normal al nacimiento, 13 (27.7%) presentaron anomalías en la RM, siendo el hallazgo más frecuente las alteraciones de sustancia blanca (9/13, 69.2%). De los 71 niños con seguimiento disponible a los 12 meses, el 52% presentaban alguna secuela: 14/71 (19.7%) sordera y alteraciones neurológicas, 10/71 (14,1%) sordera aislada y 13/71 (18.3%) alteraciones neurológicas aisladas. De los niños con USc normal y sin otros síntomas al nacer (n=15) ninguno desarrolló secuelas a los 12 meses.

En el análisis multivariante, tener alterado el screening auditivo (OR:8.5; 95%CI 1.9-37.8; p=0.005) y las alteraciones en la RMN (OR:7.5; 95%CI: 1.2-45.3; p=0.028) fueron factores de riesgo independientes de secuelas a las 12 meses.

#### **Conclusiones**

Las alteraciones en la RMN y en el cribado auditivo son factores de riesgo de secuelas a largo plazo. La RMN da información adicional a USc. Se debe realizar RMN en todos los niños con CMVc y otros síntomas al nacer. Los neonatos asintomáticos con una USc normal tienen un bajo riesgo de secuelas a los 12 meses.

**P-194 NO ES AUTO-INFLAMATORIO TODO LO QUE RELUCE**

Rodríguez Molino, Paula; Del Rosal, Teresa ; Bravo, Yadira ; Ferreira, Antonio ; Rodríguez, Rebeca ; Bravo, María ; Calvo, Cristina ; Méndez-Echevarría, Ana .

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Introducción**

Algunos pacientes con enfermedad granulomatosa crónica (EGC) pueden debutar con manifestaciones inflamatorias y sin infecciones, por lo que debemos considerar esta enfermedad en niños con fiebre recurrente y sospecha de enfermedad autoinflamatoria.

**Caso Clínico**

Varón de 7 años, diagnosticado de enfermedad auto-inflamatoria desde los 2 años, en tratamiento con Tocilizumab. Ingresado por piodermitis neonatal. Desde los 10 meses, fiebre recurrente, hepatoesplenomegalia y serositis, con respuesta favorable a corticoides. Diagnosticado de enfermedad autoinflamatoria sin confirmación genética. Estudio inmunológico normal, aunque no estudiada capacidad oxidativa de granulocitos. Inicia profilaxis con cotrimoxazol a los 2 años.

A los 7 años se suspende profilaxis y experimenta fallo hepático, síndrome hemofagocítico y sepsis por *Burkholderia Cepacia*. Tras resolución del episodio, inicia Tocilizumab.

Cinco meses después acude a urgencias con fiebre, dolor torácico y expectoración sanguinolenta, con consolidación extensa en lóbulo superior izquierdo y lingula. Inicia tratamiento con piperazilina-tazobactam sin respuesta y se deriva a nuestro Centro.

Se realiza burst-test con resultado negativo, y se identifica delección Xp21.1, que confirma el diagnóstico de EGC. Tras biopsia pulmonar, lavado broncoalveolar y lobectomía, no se obtiene confirmación microbiológica. El paciente recibió 1 año de tratamiento antibiótico, antifúngico e interferón subcutáneo sin mejoría clínica ni en PET-TC. Se inició tratamiento experimental con pioglitazona, con resolución de la clínica y mejoría significativa en PET/TC, permitiendo la realización de TPH.

**Discusión**

La enfermedad granulomatosa crónica cursa con infecciones bacterianas y fúngicas graves, siendo las infecciones pulmonares una complicación muy frecuente. Se ha descrito el mayor riesgo de piodermitis en periodo neonatal, así como de hemofagocitosis por infección por *B.Cepacia*.

Las manifestaciones inflamatorias recurrentes y exuberantes se presentan en más de la mitad de los pacientes, siendo casi el 100% en algunas series. Debemos mantener un alto índice de sospecha en pacientes con fiebre recurrente y manifestaciones inflamatorias, debiendo estudiar siempre la capacidad oxidativa de los granulocitos.

Recientemente se ha comunicado la utilidad de la pioglitazona en el tratamiento de neumonías en pacientes con EGC, al producir radicales de oxígeno de forma independiente a la NADPH oxidasa. Se necesitan más datos para establecer las indicaciones de este fármaco en la EGC.

### **P-195 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN DIFICULTAD RESPIRATORIA: ¿INMUNODEFICIENCIA?**

Calvo Cillán, Alicia; Carazo Gallego, Begoña ; Martín Pedraz, Laura; Sánchez Muñoz, María; Valverde Montoro, Delia ; López Martín, David; Moreno Pérez, David.

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.*

#### **Introducción**

Los lactantes con dificultad respiratoria pueden enmascarar múltiples patologías. En aquellos casos con evolución tórpida debemos hacer un diagnóstico diferencial amplio, siempre teniendo en cuenta que puede ser el debut de una inmunodeficiencia.

#### **Caso Clínico**

Paciente varón de 3 meses de edad de origen marroquí, trasladado del Hospital de Melilla por insuficiencia respiratoria progresiva de un mes de evolución que precisa soporte respiratorio en UCIP. Asocia fiebre, pancitopenia, hepatoesplenomegalia y desnutrición severa. En la exploración destaca una lesión necrótica en el brazo izquierdo.

Dentro del estudio inicial, se toman hemocultivos (negativos), PCR virales en moco nasal con resultado positivo a *Coronavirus* y TC de tórax objetivándose opacidades alveolares extensas compatibles con neumonía. Se realiza aspirado de médula ósea con hemofagocitosis sin malignidad siendo la PCR a *Leishmania* negativa. Estudio de inmunoglobulinas y subpoblaciones normal para la edad. Prueba de tuberculina de 0 mm y Quantiferon negativo.

En el lavado broncoalveolar se aísla *Aspergillus ssp*, PCR a *Pneumocistis jirovecii* positiva y crecimiento a las 2 semanas del cultivo de BAAR compatibles con *Mycobacterium bovis* (cepa vacunal). Se completa estudio con cultivo de la lesión cutánea aislándose igualmente *M.bovis*.

Debido a estos hallazgos, se estudió la capacidad oxidativa de los neutrófilos en dos ocasiones, obteniéndose valores disminuidos de 8% y 4%, respectivamente.

Dado el diagnóstico de tuberculosis diseminada por BCG y aspergilosis pulmonar, se inicia tratamiento antituberculoso y antifúngico con voriconazol que aún continúa (125 días de tratamiento). Cumplió 21 días de tratamiento con trimetropin- sulfametoxazol.

En la actualidad su evolución es favorable aunque continúa hospitalizado precisando cuidados respiratorios (BIPAP nocturna) e IFN gamma, a la espera de donante de médula ósea compatible.

#### **Discusión**

En zonas del mundo donde la vacunación sistemática incluye la BCG, una enfermedad local o diseminada por *Mycobacterium bovis* puede ser la clínica inicial de una inmunodeficiencia y debemos pensar en ello para un diagnóstico precoz, sobre todo en pacientes que cursen con procesos granulomatosos causados por el grupo de bacterias conocidas como "The big 5" (*Staphylococcus aureus*, *Burkholderia cepacia complex*, *Serratia marcescens*, *Nocardia spp* y *Aspergillus spp*).

### **P-196 COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN LA DISQUERATOSIS CONGÉNITA**

De Miguel Cáceres, Cristina<sup>1</sup>; Corral, Dolores<sup>1</sup>; García Mazarío, María Jesús<sup>2</sup>; Rodríguez Peña, Rebeca<sup>1</sup>; Bravo, María<sup>1</sup>; López-Granados, Eduardo<sup>1</sup>; Calvo, Cristina<sup>1</sup>; Méndez, Ana<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Universitario, Guadalajara.

#### **Introducción Y Objetivos**

La Disqueratosis Congénita (DC) es una enfermedad producida por acortamiento de telómeros, caracterizada por piel anormalmente pigmentada, leucoplasia oral y distrofia ungueal. Asocia inmunodeficiencia, citopenias y afectación neurológica con importante morbimortalidad. Presentamos un caso que debutó con neumonías recurrentes, describiendo sus complicaciones infecciosas posteriores.

#### **Método**

Niño de 4 años, marroquí, remitido por sospecha de inmunodeficiencia primaria, con tos y fiebre que no responde a Amoxicilina-clavulánico. Adenovirus positivo en aspirado.

Nacido en zona rural de Marruecos, padres consanguíneos, antecedente neonatal de aspiración meconial y secuela de hemiparesia, tendencia a broncoaspiración y fallo de medro.

Desde su llegada a España hace 7 meses, 3 episodios de bronconeumonía y una gastroenteritis por *Campylobacter* sin ingreso.

A la auscultación, subcrepitantes bilaterales, sin hipoxemia. Talla baja ( $p < 1$ , -2,84 DE), bajo peso ( $p < 1$ ; -3,76 DE), IMC: p2 (-2,12 DE), hemiparesia leve, referida como habitual desde nacimiento. Distrofia ungueal y leucoplasia oral.

#### **Resultados**

En la radiografía, infiltrado en lóbulo inferior derecho sin condensación. Analítica: 3220 leucocitos (linfocitos 1320; neutrófilos 1450), plaquetas 86.000. PCR 40 mg/L. CD3 95%, CD 19 0.4%, CD4 40%, CD8 40%, NK 3%. Inmunoglobulinas IgG 975; Ig A 44; Ig M 338; Ig D 13. Burst-test positivo.

En lavado broncoalveolar se aisló *P.jirovecii*, CMV y Adenovirus, con 1.000.000 copias CMV en sangre. En el mielograma, medula hipoplásica. Presenta acortamiento de telómeros y mutación DKC1 implicada en DC.

Lleva ingresado 3 meses por complicaciones infecciosas: Infección CMV sintomática a nivel respiratorio y gastrointestinal con mal control con ganciclovir y foscarnet iv, infusiones de linfocitos citotóxicos anti-CMV, bronconeumonía por adenovirus, neumonitis por *P.jirovecii*, gastroenteritis por norovirus, episodio de fiebre, neutropenia y adenitis submandibular, Está pendiente de trasplante de progenitores hematopoyéticos, que se ha retrasado por situación clínica inestable del paciente.

#### **Discusión**

-La DC es una enfermedad rara con importante morbimortalidad, que requiere alto índice de sospecha.

- Cifras normales de inmunoglobulinas o la presencia de causas subyacentes como por tendencia a la broncoaspiración pudo dificultar la sospecha clínica de inmunodeficiencia asociada. Sin embargo, el antecedente de consanguinidad o la presencia de CMV refractario o neumonitis por *P.jirovecii* deben hacernos descartar siempre esta posibilidad.

**P-197 NEURORRETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE HEMATO-ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO**

Moreno González, Paula; Sánchez Martínez, Idoia; Abarzuza Armendariz, Jorge; Malumbres Chacón, María; Urrtavizcaya Martínez, María; Nogueira López, Javier; Villarreal Calvo, María; Sagaset De Ilúrdoz Uranga, María; Robles Ortiz, María Reyes; Herranz Aguirre, Mercedes.

*Hospital de Navarra, Pamplona.*

**Introducción:**

En inmunocompetentes la infección adquirida por Citomegalovirus (CMV) suelen ser asintomática, inespecífica o producir síndrome mononucleósico. En inmunodeficientes, el virus puede reactivarse y extenderse a través del torrente sanguíneo a retina, dañar nervio óptico y ocasionar ceguera.

**Caso Clínico:**

Paciente de 9 años diagnosticada de leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo en octubre 2014, ha finalizado tratamiento en enero 2017, se encuentra en primera remisión completa. A los 3 días de finalizar tratamiento comienza con molestias oculares y pérdida de agudeza visual en ojo izquierdo. Se solicitan TC y RMN craneal, valoración oftalmológica y estudio microbiológico. El TC y RMN son normales. La exploración de fondo de ojo objetiva papilitis con afectación progresiva de retina en controles posteriores. El estudio microbiológico revela PCR de CMV en sangre positiva (152.000 copias). Serología con IgM e IgG para CMV positivas. Citometría con linfopenia (linfocitos T CD4 58, CD8 365, linfocitos B 2). Con sospecha de papilitis secundaria a CMV versus infiltración leucémica, se inicia tratamiento con Valganciclovir oral, monitorización de PCR de CMV y control oftalmológico semanal para valorar evolución y respuesta al tratamiento. Una semana más tarde ante empeoramiento de la afectación ocular, se decide punción-aspiración diagnóstica de cámara anterior e inyección de Ganciclovir intravítreo. Se cambia tratamiento antiviral a Ganciclovir y Foscarnet endovenosos, más corticoides para minimizar daño del nervio óptico. La PCR de CMV resulta positiva en humor vítreo, en sangre (en descenso respecto previa), LCR y orina. Posteriormente evolución satisfactoria, con recuperación progresiva de agudeza visual, mejoría en controles oftalmológicos y descenso progresivo del número de copias de CMV en sangre, siendo negativa en últimos controles. Se suspende Foscarnet después de 7 días y Ganciclovir después de 14 días, manteniéndose Valganciclovir oral como profilaxis secundaria hasta reconstitución inmune.

**Discusión:**

CMV es causa importante de morbimortalidad en inmunodeficientes. Suele producirse por reactivación del virus latente pudiendo afectar gravemente a retina, pulmones, tubo digestivo y sistema nervioso central. En estos pacientes deben incluirse las infecciones oportunistas en el diagnóstico diferencial. El diagnóstico definitivo son las imágenes en la retina junto con la PCR positiva en humor vítreo.



## **P-198 INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS EN NIÑOS CON INMUNODEFICIENCIA COMBINADA ADQUIRIDA PRE-TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS**

De Miguel , Cristina<sup>1</sup>; Vazquez, Alvaro<sup>1</sup>; Deyá, Ángela<sup>2</sup>; Goycoechea , Walter Alfredo<sup>3</sup>; Lopez Marcos, María<sup>3</sup>; Alsina, Laia<sup>2</sup>; Neth , Olaf<sup>3</sup>; Baquero-Artigao, Fernando<sup>1</sup>; Del Rosal , Teresa<sup>1</sup>; Corral, Dolores<sup>1</sup>; Pérez-Martinez, Antonio<sup>1</sup>; Mendez Echevarria, Ana<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital La Paz, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat; <sup>3</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

### **Introducción Y Objetivos:**

Describir el impacto de la infección por citomegalovirus (CMV) pre-trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en inmunodeficiencias combinadas.

### **Métodos:**

Revisión de historias de niños con inmunodeficiencia combinada (IDC) y combinada grave (IDCG) (criterios: International Union of Immunological Societies/European Society for Immunodeficiencies) con infección CMV pre-TPH seguidos en 3 Centros de referencia entre 2008-2017.

### **Resultados:**

Durante el estudio se atendieron 41 niños con IDC/IDCG (5/5), 10 con infección CMV pre-TPH (24%); mortalidad 60% en pacientes con CMV y 32% en el resto (p=0.1). En el 90 % de casos se confirmó mutación causante de IDC/IDCG. La edad al diagnóstico del CMV fue 4,1 meses (RIQ;3,1-8,4) y de IDC/IDCG 5,6 meses (RIQ;2,8-14,5). La infección CMV prolongada/atípica fue el debut de la IDC/IDCG en 80% de casos. Ninguno había recibido transfusiones previas, 9 recibían lactancia materna (PCR-CMV positiva en leche: 2/3 casos). La mediana de carga viral máxima (CV-max): 1.261.500 copias/mm<sup>3</sup> (RIQ;89.000-7.697.500)].

La sintomatología inicial del CMV fue respiratoria (9/10), detectándose en lavado broncoalveolar en 9/10, 7 precisaron UCIP y 6 ventilación invasiva. Siete asociaron fiebre, 6 elevación de transaminasas, 5 clínica digestiva, con 4 biopsias gastrointestinales (PCR CMV positiva en 1/4), 4 sintomatología neurológica (PCR LCR positiva en 4/5 niños estudiados). En 3/3 se observó retinitis (PCR positiva en humor acuoso en 1/1). HB mínima pre-TPH: 8 g/dL (RIQ;6,6-9,4). Cifra mínima neutrófilos pre-TPH: 625/mm<sup>3</sup> (RIQ;152-2100) y de plaquetas 57.000/mm<sup>3</sup> (RIQ;7000-108.000). Recibieron ganciclovir (10), biterapia con foscarnet (3), 2 de ellos además cidofovir, leflunomida, infusiones de linfocitos T anti-CMV y gammaglobulina específica. En 6 se cambió en algún momento ganciclovir por profilaxis valganciclovir, llegando 4 al TPH con CV negativa. En 3 estudios de resistencia realizados, se detectó 1 resistencia C603W UL97. Los 3 niños que precisaron politerapia frente CMV fallecieron pre-TPH por insuficiencia respiratoria. Otros 3 fallecieron post-TPH, 2 por no controlar CV (fallo respiratorio y fallo hepático/encefalopatía), y otro por causa ajena al CMV. Ningún paciente con CV indetectable pre-TPH falleció.

### **Conclusiones**

La infección CMV no controlada pre-TPH en niños con IDC/IDCS asocia elevada mortalidad. Resulta fundamental controlar la infección CMV pre-TPH para mejorar la supervivencia de estos pacientes.

**P-199 NEURORRETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE HEMATO-ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO**

Moreno González, Paula; Sánchez Martínez, Idoia; Abarzuza Armendariz, Jorge; Malumbres Chacón, María ; Urrtavizcaya Martínez, María; Nogueira López, Javier; Villarreal Calvo, María; Sagaseta De Ilúrdoz Uranga, María; Robles Ortíz, María Reyes; Herranz Aguirre, Mercedes.

*Hospital de Navarra, Pamplona.*

**Introducción:**

En inmunocompetentes la infección adquirida por Citomegalovirus (CMV) suelen ser asintomática, inespecífica o producir síndrome mononucleósico. En inmunodeficientes, el virus puede reactivarse y extenderse a través del torrente sanguíneo a retina, dañar nervio óptico y ocasionar ceguera.

**Caso Clínico:**

Paciente de 9 años diagnosticada de leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo en octubre 2014, ha finalizado tratamiento en enero 2017, se encuentra en primera remisión completa. A los 3 días de finalizar tratamiento comienza con molestias oculares y pérdida de agudeza visual en ojo izquierdo. Se solicitan TC y RMN craneal, valoración oftalmológica y estudio microbiológico. El TC y RMN son normales. La exploración de fondo de ojo objetiva papilitis con afectación progresiva de retina en controles posteriores. El estudio microbiológico revela PCR de CMV en sangre positiva (152.000 copias). Serología con IgM e IgG para CMV positivas. Citometría con linfopenia (linfocitos T CD4 58, CD8 365, linfocitos B 2). Con sospecha de papilitis secundaria a CMV versus infiltración leucémica, se inicia tratamiento con Valganciclovir oral, monitorización de PCR de CMV y control oftalmológico semanal para valorar evolución y respuesta al tratamiento. Una semana más tarde ante empeoramiento de la afectación ocular, se decide punción-aspiración diagnóstica de cámara anterior e inyección de Ganciclovir intravítreo. Se cambia tratamiento antiviral a Ganciclovir y Foscarnet endovenosos, más corticoides para minimizar daño del nervio óptico. La PCR de CMV resulta positiva en humor vítreo, en sangre (en descenso respecto previa), LCR y orina. Posteriormente evolución satisfactoria, con recuperación progresiva de agudeza visual, mejoría en controles oftalmológicos y descenso progresivo del número de copias de CMV en sangre, siendo negativa en últimos controles. Se suspende Foscarnet después de 7 días y Ganciclovir después de 14 días, manteniéndose Valganciclovir oral como profilaxis secundaria hasta reconstitución inmune.

**Discusión:**

CMV es causa importante de morbimortalidad en inmunodeficientes. Suele producirse por reactivación del virus latente pudiendo afectar gravemente a retina, pulmones, tubo digestivo y sistema nervioso central. En estos pacientes deben incluirse las infecciones oportunistas en el diagnóstico diferencial. El diagnóstico definitivo son las imágenes en la retina junto con la PCR positiva en humor vítreo.

### **P-201 ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA A PROPÓSITO DE DOS CASOS**

Martínez Bautista, María; Gutiérrez Sánchez, Elena; Ballesta Yagüe, María Amalia; Montes Ares, Olga; Menasalvas Ruiz, Ana Isabel; Alfayate Miguélez, Santiago.

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

#### **Introducción**

La enfermedad granulomatosa crónica (EGC) es una inmunodeficiencia primaria que afecta  $\approx 1/200.000$  recién nacidos vivos, producida por defectos en la NADPH oxidasa, implicada en la génesis de especies reactivas de oxígeno. El mecanismo de herencia ligado a X es el más frecuente. Los pacientes con EGC presentan infecciones bacterianas y fúngicas recurrentes. Presentamos dos casos clínicos.

#### **Caso Clínico**

El primer caso es un lactante varón de 2 meses de vida con neumonía bilateral VRS+ con buena evolución clínica. A las dos semanas reingresa con diagnóstico de neumonía bullosa. Gestación y parto sin incidencias. Padres consanguíneos sanos de origen marroquí. Hermano fallecido en Marruecos por cuadro séptico no aclarado en época de lactante.

El segundo caso es un lactante varón de 2 meses con absceso inguinal derecho fistulizado, esplenomegalia con lesiones hipocogénicas y bicitopenia. Embarazo y parto de curso normal. Padres consanguíneos de origen marroquí. Hermana fallecida a los dos años de vida por cuadro séptico por *Burkholderia cepacia*.

Hemograma, inmunoglobulinas, poblaciones linfocitarias y complemento sin alteraciones. En ambos casos el estallido respiratorio a través de la oxidación DHR está ausente, y la liberación de anión superóxido medida por la inhibición de la reducción del ferritocromo C también.

Estos hallazgos nos llevan al diagnóstico de EGC; solicitamos estudio genético, en el que encontramos en el primer caso una nulisomía de 294 KB en el brazo corto del cromosoma X, que implica delección del gen CYBB implicado en EGC. En el segundo caso, no se han encontrado mutaciones en el gen CYBB ni NCF1, estando pendiente el análisis de CYBA y NCF2/4.

En ambos se inicia tratamiento profiláctico con trimetoprim-sulfametoxazol e itraconazol, con buena evolución clínica, y adecuado desarrollo psicomotor y pondoestatural. Desde el diagnóstico solo el caso 1 ha presentado dos infecciones supuradas.

#### **Discusión**

El diagnóstico de las inmunodeficiencias requiere un alto índice de sospecha. Ante un paciente con infecciones inusuales, recurrentes o severas hemos de sospecharlas, prestando especial atención a los antecedentes familiares.

Las piedras angulares del manejo de estos pacientes que han permitido aumentar la supervivencia son el diagnóstico precoz, la profilaxis, y tratamiento agresivo de las infecciones.

## **P-202 UTILIDAD DE UNA CONSULTA DE SEGUIMIENTO Y DESPISTAJE DE INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS**

Rodríguez Molino, Paula; Millán Longo, Claudia ; Del Rosal, Teresa ; Corral, Dolores ; Calvo Rey, Cristina ; Mellado, María José ; Méndez-Echevarría, Ana .

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

### **Introducción Y Objetivos:**

El diagnóstico precoz de inmunodeficiencias primarias (IDP) mejora significativamente su pronóstico. En 2012 creamos una consulta específica para niños con IDP sospechada/confirmada. Objetivo: describir su actividad.

### **Métodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en consulta de IDP entre 2012-2017. Analizamos variables clínicas, analíticas y evolución.

### **Resultados:**

Iniciamos la consulta con 17 pacientes y actualmente atendemos 135 niños, 57% en los últimos 2 años y 41% en los últimos 12 meses.

La mediana de edad en 1ª consulta: 2,8 años(RIQ;0,8-6,1) y de duración de síntomas: 10meses(4-36). Un 14% (19/135) acudieron desde primaria, 25% de otro Hospital y 61% de otro Servicio del Hospital. Del total: 57% está diagnosticado de IDP (74% confirmación genética), 16% en estudio y en 27% se ha descartado IDP.

Un 56% presenta  $\geq 2$  bronconeumonías/bronquiolitis, 32% infecciones ORL recurrentes, 21%  $\geq 2$  GEAs, 29% fallo de medro y 17% infecciones cutáneas. El 60% había ingresado previamente por infección [mediana 2(1-2) ingresos/paciente]. Un 20% presentaba citopenias, 10% enfermedades autoinmunes, 6% reacción tras vacuna de virus vivos, 7% consanguinidad, 16% familiares con IDP y 18% antecedentes familiares de autoinmunidad.

En 21% de casos se ha indicado/realizado trasplante de progenitores hematopoyéticos, 32% recibe gammaglobulina sustitutiva, 25% profilaxis antimicrobiana y 4% fármacos biológicos. La mortalidad de la serie ha sido del 12%.

Comparando los pacientes con IDP confirmada frente a los que se descarta IDP, en el primer grupo fueron más frecuentes los antecedentes familiares de IDP (25% vs. 5%,  $p=0,001$ ), las neumonías y GEAs (64% vs. 38% y 28% vs. 8% respectivamente,  $p<0,005$ ), el fallo de medro (50% vs. 3%,  $p<0,001$ ), las citopenias (29% vs. 14%,  $p=0,094$ ) y la afectación respiratoria recurrente/crónica (36% vs. 14%,  $p=0,014$ ). Un 53% de los niños con IDP se hospitalizaron en su primera consulta vs. 10% de niños sin IDP ( $p=0,007$ ). Todos los pacientes con infección CMV sintomática presentaron IDP ( $n=6$ ).

### **Conclusiones:**

Objetivamos crecimiento exponencial de diagnósticos de IDP en nuestra consulta. La clínica de Neumonías y/o GEAs recurrentes, fallo de medro, citopenias e infección sintomática-CMV y antecedentes familiares; deben hacernos sospechar IDPs, y orientarnos al diagnóstico precoz por su elevada mortalidad.

### **P-203 PAPEL PATOGENICO DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INMUNODEFICIENCIA HUMORAL**

Benavides-Nieto, Marta<sup>1</sup>; Méndez-Echevarría, Ana<sup>1</sup>; De La Serna Blázquez, Olga<sup>1</sup>; Barrio Gómez De Agüero, M<sup>a</sup> Isabel<sup>1</sup>; García Río, Francisco<sup>1</sup>; Casas, Inmaculada<sup>2</sup>; Pozo, Francisco<sup>2</sup>; García García, María Luz<sup>3</sup>; Frías Moreno, Ana<sup>1</sup>; Campillo Palomo, Ana<sup>1</sup>; Sotomayor, Christian<sup>1</sup>; López Granados, Eduardo<sup>1</sup>; Del Rosal Rabes, Teresa<sup>1</sup>; Covacho Muñoz, Benedicta<sup>1</sup>; García López, Teresa<sup>1</sup>; Calvo Rey, Cristina<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Carlos III, Madrid; <sup>3</sup> Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

#### **Introducción Y Objetivos.**

Los pacientes con inmunodeficiencia humoral (IH) presentan infecciones respiratorias recurrentes con significativa morbimortalidad. El tratamiento sustitutivo con gammaglobulinas reduce las neumonías bacterianas, sin embargo, el papel de las infecciones respiratorias virales es poco conocido. Nuestro objetivo fue describir las infecciones virales en niños con IH y su relación con la clínica y la función pulmonar.

#### **Métodos.**

Estudio observacional prospectivo realizado durante 1 año en niños con IH en un hospital terciario. Se recogió para cada paciente (y un familiar conviviente como control), cada 3-4 semanas, una muestra de aspirado nasofaríngeo para PCR múltiple de virus respiratorios (Laboratorio de Virus respiratorios, Carlos III). Se recogieron cuestionarios de síntomas quincenales en pacientes y familiares. A los pacientes se realizó además espirometría, cultivo de esputo, niveles valle de IgG, hemograma, PCR y VSG.

#### **Resultados.**

Se incluyeron 14 pacientes (5 mujeres), con edad media 12±5,1 años (2 menores de 5 años) y con diagnósticos de Agammaglobulinemia ligada al X(4), Agammaglobulinemia AR(1), linfopenia B tras trasplante de progenitores por Inmunodeficiencia combinada(3) o secundaria a Rituximab(1), Inmunodeficiencia Común Variable(2), haploinsuficiencia CTLA-4(1), Sd.HiperIgE(1), **PI3K-δ** syndrome(1) y linfopenia B en estudio(1)

Se analizaron un total de 66 episodios en los pacientes, identificándose virus en 18(27,3%): rinovirus(12), adenovirus(3), influenza-A(1), VRS(1) y coinfección rinovirus-adenovirus(1). En los familiares se recogieron 57 muestras identificándose virus en 12(21%).

En los 18 episodios con identificación viral positiva se aislaron bacterias en 3/5 esputos recogidos (*H.influenzae*[2], *S.pneumoniae/P.aeruginosa*[1]), los niveles de IgG fueron <600mg/ml en 15,4% casos(2/13). El 88,9%(16/18) presentó síntomas y el 70% alteraciones espirométricas durante la infección viral. El 44,4%(8/18) recibió tratamiento antibiótico, el 22,2%(4/18) broncodilatador y el 22% requirió hospitalización.

La edad <5 años(p=0,001), la ausencia de bacterias en esputo(p=0,036), la alteración espirométrica(p=0,007), la necesidad de administrar tratamiento antibiótico(p=0,011) y de ingreso hospitalario(p=0,001) resultaron estadísticamente significativos en relación al aislamiento viral; mientras que la ausencia de sintomatología(p=0,047) se asoció con negatividad de las muestras virales.

#### **Conclusiones.**

Los pacientes pediátricos con IH presentan, a pesar del tratamiento sustitutivo con gammaglobulinas, infecciones virales respiratorias frecuentes y relevantes que se relacionan con sintomatología, repercusión en la función pulmonar, necesidad de tratamiento antibiótico e ingreso hospitalario.

#### **P-204 ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN PACIENTES MENORES DE 90 DÍAS, ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ESPAÑA**

Grasa Lozano, Carlos Daniel <sup>1</sup>; Fernández-Cooke, Elisa <sup>1</sup>; Barrios Tascón, Ana <sup>2</sup>; Sánchez Manubens, Judith <sup>3</sup>; Crespo, David <sup>4</sup>; Díaz Delgado, Rafael <sup>5</sup>; Lirola, María José <sup>6</sup>; García, Moneyba <sup>7</sup>; López, Agustín <sup>8</sup>; Escribano, Lucía María <sup>9</sup>; Villalobos, Enrique <sup>10</sup>; Herrera, Águeda <sup>11</sup>; Bustillo, Matilde <sup>12</sup>; Pérez Campos, Dolores <sup>13</sup>; De La Parte, María <sup>14</sup>; Rodríguez, Moisés <sup>15</sup>; Herránz, Yolanda <sup>16</sup>; Jiménez, Marisol <sup>17</sup>; Martínez, Patricia <sup>18</sup>; Martín Cantero, María <sup>19</sup>; Antón López, Jordi <sup>20</sup>; Moreno, David <sup>19</sup>; Aracil, Javier <sup>21</sup>; Calvo Rey, Cristina <sup>21</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>2</sup> Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes; <sup>3</sup> Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat; <sup>4</sup> Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón; <sup>5</sup> Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés; <sup>6</sup> Instituto Hispalense de Pediatría, Sevilla; <sup>7</sup> Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria; <sup>8</sup> Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda; <sup>9</sup> Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete; <sup>10</sup> Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid; <sup>11</sup> Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; <sup>12</sup> Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; <sup>13</sup> Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada; <sup>14</sup> Hospital General de Villalba, Collado Villalba; <sup>15</sup> Hospital Puerta del Mar, Cádiz; <sup>16</sup> Hospital Marina Baixa, Alicante; <sup>17</sup> Hospital General de Segovia, Segovia; <sup>18</sup> Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona; <sup>19</sup> Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga; <sup>20</sup> Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat; <sup>21</sup> Hospital Universitario La Paz, Madrid.

#### **Introducción Y Objetivos:**

La Enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis que afecta típicamente a la población pediátrica, cuyo principal riesgo es el desarrollo de alteraciones coronarias (AC), el cual puede reducirse si se instaura a tiempo tratamiento adecuado con inmunoglobulina intravenosa (IGIV). En la población menor de 12 meses resulta más difícil el diagnóstico ya que es más frecuente una presentación atípica o incompleta. Asimismo, en niños menores de 6 meses, se ha visto mayor riesgo de desarrollo de AC a pesar de IGIV administrada a tiempo en los primeros 10 días.

Nuestro objetivo fue conocer la forma de presentación y evolución de los casos de EK en menores de 90 días registrados en la red KAWA-RACE en nuestro país.

#### **Métodos:**

Estudio descriptivo, retrospectivo de los niños menores de 90 días diagnosticados de EK entre 2011-2016, en España, en el marco del estudio multicéntrico KAWA-RACE. Se revisaron las historias almacenadas en una base de datos online (REDCap) y se analizaron datos epidemiológicos, clínicos de laboratorio, tratamiento y secuelas.

#### **Resultados:**

De los 621 pacientes del estudio, 7 fueron <3 meses (1.13%). Tres casos cumplieron criterios de EK completa; el síntoma más frecuente fue rash (85%), siendo el menos común linfadenopatía cervical (15%). La mediana de tiempo entre el inicio de la fiebre y el tratamiento fue 8 días. En 3 pacientes se evidenció presencia de infección viral: adenovirus, enterovirus, y clínica catarral. El 57% de los pacientes desarrollaron AC (3 aneurismas, 1 ectasia), pero ninguno tuvo secuelas durante el seguimiento. Todos los pacientes respondieron al tratamiento, 6 recibieron solo IGIV, y uno además corticoide concomitante.

#### **Conclusiones:**

Los casos de EK en menores de 3 meses en nuestra serie han supuesto un 1.13% del total. Si bien un 57% de los casos desarrollaron AC, todos respondieron al tratamiento con resolución de las AC descritas. El retraso del diagnóstico no ha sido excesivo y el tratamiento se ha instaurado dentro del periodo recomendado en la mayoría de los casos. Los cuadros víricos pueden actuar como desencadenantes de la EK y dificultar el correcto diagnóstico.

**P-205 EVALUACIÓN DEL ESTADO VACUNAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN 2017**

López Machín, Ana; Gallego Mingo, Nerea; Dueñas Morales, Joaquín; Figuerola Mulet, Joan.  
*Hospital UNIVERSITARIO SON ESPASES, Palma de Mallorca.*

**Introducción Y Objetivos:** La primovacunación tiene altas tasas de cobertura pero a medida que los niños crecen ésta va disminuyendo. El objetivo del estudio es conocer el estado vacunal de los pacientes ingresados y comprobar si se cumple el calendario vacunal en el hospital de referencia de una comunidad autónoma (población asignada 325000 habitantes).

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo a los pacientes ingresados en una planta de pediatría general. Se eligió el segundo martes de cada mes de 2017, desde las 00.00h a las 23.59h, como día de corte. Se consultó el registro de vacunación en la bases de datos eSIAP de Atención Primaria y en la Historia de Salud del IB Salut. Se excluyeron los pacientes < 3 meses por no haber iniciado calendario, los inmunodeprimidos y los extranjeros. Se comprobó el cumplimiento del calendario sistemático vigente de las vacunas financiadas en la fecha de nacimiento y también las optativas (rotavirus, gripe y antimeningococo B).

**Resultados:** Se revisaron 277 pacientes en total, excluyéndose 83 menores de 3 meses, inmunodeprimidos o extranjeros. Se incluyeron 194 pacientes. El total de pacientes correctamente vacunados fue el 78,86%. La distribución por edades fue: de 3- 18 meses (n=51, 26.2%) 82.35%, 19-36 meses (n=29, 14.9%) 93,10%, mayores de 36 meses (n=114, 58.7%) 73,68%. Según la raza, los pacientes correctamente vacunados fueron 78,65% en caucásicos, 100% de subsaharianos y 77,76% en magrebíes.

El porcentaje mayor de vacuna completa fue la hexavalente con un 93,29% y la menor la varicela con un 16,49%. El porcentaje de vacunación opcional completa fue sólo de un 2,5% del total de pacientes (rotavirus 14,94%, gripe 11,34% y antimeningococo B 7,7%).

**Conclusiones:**

1. La primovacunación sistemática tiene un cumplimiento bueno
2. A partir de los 36 meses el cumplimiento disminuye de forma importante
3. Las vacunas opcionales tienen una cobertura vacunal muy baja
4. Caucásicos y magrebíes tienen igual cumplimiento de calendario vacunal, destacando un 100% en pacientes de África-subsaariana.
6. A pesar de las limitaciones el estudio nos indica que a partir de los 18 meses hay que insistir en el cumplimiento del calendario sistemático.

## **P-206 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y PREVENTIVO EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA DEL VIAJERO INTERNACIONAL PEDIÁTRICO**

Plata Gallardo, Marta; Martín Espín, Irene; Ara Montojo, María Fátima; Ovejero García, María Teresa; Bustamante Amador, Jorge; Pérez Muñoz, Sara; Villota Arrieta, Julián; Ots Ruiz, Cristina; García López, Teresa; Corbacho Muñoz, Benedicta; García-López Hortelano, Milagros.

*Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

### **Introducción Y Objetivos:**

Debido a los movimientos migratorios, es frecuente la consulta de niños que viajan a visitar a sus familiares a otros países, principalmente tropicales, conocidos como viajeros VFR. Se integran con población local y además presentan menor percepción del riesgo de contraer enfermedades por lo que se consideran grupo de riesgo.

Objetivo: analizar las características de estos VFR atendidos en consulta del viajero pediátrico y compararlos con los viajeros no-VFR.

### **Métodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo de VFR menores de 17 años atendidos en la Unidad del Niño Viajero de un Hospital Terciario durante el 2017. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, necesidad de quimioprofilaxis antipalúdica y vacunación.

### **Resultados:**

Se incluyeron 1.433 niños, 50% VFR; 28% turistas, 8% viajeros por trabajo paterno, 7.5% por curso escolar, 6,5% otros.

53% VFR fueron mujeres. La mediana de edad: 46 meses [20-95] en VFR frente a 141 meses (70-179) en no VFR.

7% VFR presentaban patología antes del viaje, la mayoría enfermedades leves: 53% dermatitis atópica y/o hiperreactividad bronquial; 96% de VFR presentaban calendario vacunal sistemático completo. Mediana de tiempo de consulta pre-viaje en VFR: 24 días [12-45]; 2.3% consultaron solo 72 horas antes de viajar.

Destino de VFR: América 74.5% [23.5% Ecuador, 14% Bolivia, 10% Colombia, otros 14 %], África el 18% [5% Guinea Ecuatorial, 3% Nigeria] y sudeste asiático el 6.5%.

Destino de no-VFR: América 37% [16% EEUU, 6% Colombia] Asia 29% y África 28%.

Mediana de duración del viaje de VFR: 30 días [23-45].

Vacunación en VFR: fiebre amarilla (FA) 53,5%, certificado exención de FA 1,2%; 40% VHA (no siempre disponible); 50,5% fiebre tifoidea (36% vacuna parenteral); 9,5% meningococo tetravalente, 6% otras.

Quimioprofilaxis antipalúdica en 21%: atovaquona/proguanil 75%, mefloquina 25%.

### **Conclusiones:**

En nuestro estudio, la mitad de viajeros atendidos son VFR, presentan menor edad que el resto de viajeros y sus desplazamientos son más prolongados. La mayoría son sanos y acuden correctamente vacunados según calendario sistemático.

Latinoamérica fue el destino más visitado. La mitad de viajeros recibieron vacuna de fiebre amarilla y fiebre tifoidea. Restringimos vacunación de VHA por desabastecimiento. Destacamos la importancia de la consulta pre-viaje internacional, especialmente en VFR.

### **P-207 IMPACTO DE TASAS DE VACUNACIÓN MODERADA FRENTE A ROTAVIRUS DURANTE UN PERIODO DE 9 AÑOS**

Pardo-Seco, Jacobo; Justicia-Grande, Antonio; Cebey-López, Miriam; Rivero-Calle, Irene; Morillo-Gutierrez, Beatriz; Redondo-Collazo, Lorenzo; Caamaño, Fernando; Gómez-Rial, Jose; Rodríguez-Tenreiro, Carmen; Martín-Torres, Federico.

*Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.*

#### **Introducción Y Objetivos**

Las vacunas frente a rotavirus (RV) se introdujeron en España entre finales del 2006 y principios del 2007, demostrando una elevada efectividad incluso con coberturas moderadas a corto plazo. Evaluamos aquí el impacto de tasas de vacunación moderada (22.3-49.3%) durante 9 años, en las tasas de hospitalización en Galicia en niños menores de 5 años por Gastroenteritis Aguda (GEA) de cualquier etiología y de GEA por rotavirus (RV-GEA) en niños menores de 5 años en Galicia.

#### **Métodos**

Se trata de un estudio ecológico retrospectivo. Los datos se han obtenido del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). La población de estudio está conformada por los menores de 5 años ingresados en el período entre julio de 2003 y junio de 2015. Se han contabilizado las hospitalizaciones gastroenteritis aguda (GEA; código ICD-9 001 a 009), y de forma más específica las gastroenteritis agudas causada por RV (RV-AGE, código ICD-9 008.6) Los datos poblacionales se han obtenidos a través del *Instituto Galego de Estatística*. Se han analizado las tasas de hospitalización anuales, excluyendo el año 2007 de los análisis por ser el año de introducción de la vacuna.

#### **Resultados**

Desde la introducción de la vacuna frente RV, se ha objetivado un descenso significativo en las tasas de hospitalización respecto a la época pre-vacunal en pacientes < 5 años, tanto para GEA como RV-GEA, con reducciones oscilando entre 19.0% (2014) y 50.3% (2008) para GEA, y 26.3% (2014) y 51.1% (2008) para RV-GEA.

#### **Conclusiones**

La vacunación frente a rotavirus incluso con coberturas moderadas tiene una elevada efectividad frente a las hospitalización por AGE y RV-AGE y que se mantiene transcurridos 9 años. En los últimos años se ha observado un discreto repunte en las tasas que puede ser multifactorial (tasas vacunación, sensibilidad tests diagnósticos, caída protección rebaño) y que es necesario vigilar. Es difícil justificar la no inclusión de la vacuna del rotavirus en el calendario de vacunación sistemático.



**P-208 EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE TASAS DE VACUNACIÓN MODERADA FRENTE A ROTAVIRUS EN LA ESTACIONALIDAD DE LAS HOSPITALIZACIONES POR GASTROENTERITIS**

Pardo-Seco, Jacobo; Justicia-Grande, Antonio; Cebey-López, Miriam; Rivero-Calle, Irene; Morilla-Gutierrez, Beatriz; Caamaño, Fernando; Gómez-Rial, Jose; Redondo-Collazo, Lorenzo; Rodriguez-Tenreiro, Carmen; Martinón-Torres, Federico.

*Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.*

**Introducción Y Objetivos**

La alta efectividad de la vacunación sistemática frente a rotavirus (RV) ha mostrado un impacto significativo también sobre la estacionalidad de la enfermedad, retrasando y disminuyendo el pico de incidencia, e incluso eliminando la estacionalidad. Desconocemos sin embargo si la vacunación frente a RV con coberturas moderadas podría tener algún efecto similar. Evaluamos aquí el impacto de tasas de vacunación moderada (22.3-49.3%) durante 9 años, en la estacionalidad de las tasas de hospitalización en Galicia en niños menores de 5 años por Gastroenteritis Aguda (GEA) de cualquier etiología y de GEA por rotavirus (RV-GEA).

**Métodos**

Se trata de un estudio ecológico retrospectivo. Los datos se han obtenido del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). La población de estudio está conformada por los menores de 5 años ingresados en el período entre julio de 2003 y junio de 2015. Se han contabilizado las hospitalizaciones gastroenteritis aguda (GEA; código ICD-9 001 a 009), y de forma más específica las gastroenteritis agudas causada por RV (RV-AGE, código ICD-9 008.6) Se han analizado las tasas de hospitalización y el número de ingresos mensuales para las diferentes temporadas analizadas, comparando las medianas mensuales de las épocas pre y postvacunal.

**Resultados**

Desde la comercialización de las vacunas en 2007, se ha objetivado un cambio en la estacionalidad de los ingresos hospitalarios por GEA y RV-GEA, con un retraso de 1 mes (de febrero a marzo), un descenso del 26,8% en el pico máximo y del 23.8% en la mediana por GEA, y un retraso de 2 meses (de enero a marzo) y un descenso del 28.6% en el pico máximo, sin grandes cambios en la mediana de hospitalización por RV-GEA.

**Conclusiones**

La vacunación frente a rotavirus incluso con coberturas moderadas modifica la estacionalidad de la enfermedad, objetivada por un retraso en el pico de ingresos hospitalarios por AGE y RV-AGE. Sorprende que la vacuna del rotavirus todavía no esté en el calendario de vacunación sistemático y más aún que haya pediatras que no la recomienden.

**P-211 ¿ ENFERMEDAD DE KAWASAKI TRAS VACUNACIÓN CON BEXSERO?¿ CAUSALIDAD O CASUALIDAD?**

Oreña Ansorena, Virginia Ainhoa; Gutiérrez Martínez, José Ramón ; Martín Ramos, Silvia ; Megido Armada, Alba; Nonide Mayo, Laura; Navarro Campo, Sandra; Rodríguez, Julián; Martínez Fernández, María Rosario.  
*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.*

**Introducción**

Durante los ensayos clínicos de la vacuna Bexsero se notificaron 7 casos de enfermedad de Kawasaki(EK). 6 en sujetos que habían recibido la vacuna y 1 en el grupo control. Posteriormente, cuando la vacuna se utilizó en dos brotes de enfermedad meningocócica por serogrupo B, no se registró ningún caso de EK. En la base de datos de Farmacovigilancia de la EMA, hay notificados 16 casos de EK.

**Caso clínico**

Lactante de 11 meses ingresada 5 meses antes por adenitis cervical tras 1º dosis de Bexsero, acude a urgencias por fiebre de hasta 39.5ºC de 4 días de evolución, que comenzó a las 6 horas de administrarse la 2º dosis del Bexsero. Exploración: irritabilidad, mucosa oral semiseca con lengua aframbuesada, labios edematosos, fisurados y sangrantes. Exantema maculoso disperso por tronco. Adenopatía cervical izquierda de 2x2cm. Hiperemia conjuntival bilateral con mínima secreción purulenta. Exámenes complementarios: Leucocitosis con neutrofilia, Na 131mmol/L, alteración de las pruebas de función hepática(FA 300U/L, AST 77U/L, ALT 153U/L, GGT 141 U/L), reactantes de fase aguda elevados(PCT 4.08 ng/mL, PCR 19mg/dL, VSG 109mm/h), alteración de la coagulación(TP 51%, TTPA 37.2 seg) y leucocituria . Resultados de microbiología(exudado faríngeo, urinocultivo y hemocultivo) negativos, S. Aureus en exudado conjuntival. Serología de mononucleosis negativa. Ante sospecha de EK se inicia tratamiento con inmunoglobulina(2g/kg iv), corticoides(2mg/kg/día iv) y ácido acetilsalicílico(AAS) a 40mg/kg/día con desaparición de la fiebre a las 24h. A las 48h se suspenden corticoides iv y la AAS se pauta a dosis antiagregantes(100mg cada 24h) Se realiza control cardiológico a las 72h no encontrándose alteraciones. A los 4 días realiza nuevo pico febril de 38.7ºC , reiniciándose misma pauta de inmunoglobulina, manteniéndose afebril posteriormente y con buena evolución clínica. Alta a domicilio a los 8 días con ácido acetilsalicílico a 6mg/kg/día hasta nuevo control con cardiología pediátrica.

**Conclusiones**

La EK se ha descrito como complicación rara de la vacuna Bexsero (1/1000)

Dados los pocos datos existentes no se puede relacionar la vacunación con Bexsero con un aumento del riesgo de EK.

No se recomienda la vacunación con virus vivos en niños que hayan desarrollado EK en al menos los 11 meses siguientes

## **P-212 ENFERMEDAD DE KAWASAKI TRAS VACUNA HEXAVALENTE, ANTINEUMOCÓCICA Y ANTIMENINGOCÓCICA C.**

Martín López, Elvira; Francisco Torre, Roberto ; Fernández-Cantalejo Padial, José; Domínguez, M<sup>o</sup> Nieves ; Jiménez Jiménez , Ana Belén .

*Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.*

### **Introducción**

La enfermedad de Kawasaki(EK), vasculitis de medianos vasos, mediada por super-antígenos, se ha asociado a múltiples desencadenantes infecciosos, así como algunas vacunas.

No existen casos en la literatura relacionados con vacunación anti-meningocócica-C, antineumocócica 13-valente o hexavalente, a pesar de su uso frecuente.

Presentamos un caso de EK, 36 horas tras la administración de estas vacunas.

### **Caso Clínico**

Lactante mujer de 4 meses que ingresa por fiebre de 48 horas y afectación significativa del estado general. Administración de vacuna HB-DTPa-VPI-Hib-VNC-MenC 36 horas antes de la fiebre. Se realizaron sedimento, urocultivo, analítica (24400 leucocitos, PCR 24 mg/dl) y hemocultivo, iniciándose cefotaxima.

Persistió fiebre elevada e importante irritabilidad. Se completó estudio con virus respiratorios (PCR múltiple, 15 virus y bacterias atípicas), virus en heces, coprocultivo, Rx tórax, serologías sarampión y VEB y ante la marcada irritabilidad punción lumbar (citoquímica, PCR y cultivo) , siendo todos negativos.

El tercer día presentó eritema conjuntival, labios fisurados, exantema polimorfo en tronco y extremidades, adenopatía submandibular, con taquicardia mantenida. El 5º día de fiebre cumplió criterios clínicos y analítico de EK (trombocitosis (500000 plaquetas), hipoalbuminemia (2,4 g/dl), elevación de GPT (120 UI/L), de pro-BNP (5660 pg/ml) y de PCR (40 mg/dl).

No se encontró afectación coronaria (ecocardiografía) ni datos de mioarditis (electrocardiograma, Rx tórax y enzimas cardíacas). Se trató con gammaglobulina y AAS el 7º día, con mejoría clínica y de la taquicardia, quedando afebril.

Seguimiento posterior sin aneurismas coronarios.

### **Discusión**

Se debate sobre la asociación entre las vacunas y la EK. Se relacionó con la del rotavirus, descartado tras una mayor experiencia clínica, y actualmente con la vacuna antimeningocócica-B ( $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1.000$  en ficha técnica, experiencias actuales en grandes poblaciones lo consideran muy improbable).

Presentamos un caso de EK bien documentado clínica y analíticamente tras la vacuna hexavalente+antineumocócica+antimeningocócica C, ampliamente excluidos otros diagnósticos.

No establecemos relación causal entre la vacunación y EK, y, además, son unas vacunas ampliamente utilizadas, sin haberse descrito previamente relación con EK.

Sin embargo, dada la relación temporal y la exclusión de otras causas, consideramos interesante compartir este caso, dado el interés en detectar posibles desencadenantes de esta enfermedad potencialmente grave.