Sociedad Paraguaya de Pediatría
Fundada el 10 de setiembre de 1938; Miembro de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) y de la Asociación Internacional de Pediatria (AIP).

Volumen 44 - Suplemento 2 2017 ***http//:www.spp.org.py***

PEDIATRIA

Organo Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría (SPP)

DIRECTORA - EDITORA
Dra. Lourdes Isabel Talavera Toñanez
Departamento de Investigación de la Universidad Centro Médico Bautista- UCMB.

CONSEJO EDITORIAL EJECUTIVO
Dra. Avelina Troche
Departamento de Pediatría. Hospital Nacional de Itaugua

Dra. Rosanna Fonseca
Servicio de Neonatología. Hospital Materno Infantil San Pablo

Dr. Zoilo Morel Ayala
Servicio de Reumatología. Hospital Central del Instituto de Previsión Social;
Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas FCM-UNA

Dra. Viviana Pavlicich
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú"

Dra. Soraya Araya
Servicio de Pediatría Instituto de Medicina Tropical

Dra. Larissa Genes
Servicio de Neonatología – Hospital Materno Infantil San Pablo; Departamento de Neonatología Hospital de Clínicas FCM-UNA

Dr. Carlos Bracho
Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica Hospital de Clínicas-FCM – UNA

ASESORES EDITORIALES
Dra. Miriam Espínola de Canata
Dirección de Investigación y Publicaciones. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Prof. Dr. Hassel Jimmy Jiménez Rolón
Profesor Titular de Clínica Pediátrica y Jefe del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

ASESOR INGLÉS
Dr. David Dionisio Ortíz
Unidad de Medicina Familiar

SECRETARIA TÉCNICA DE EDICIÓN
Lic . Alicia Duarte Caballero
Lic. Luz Marina Rojas
Sociedad Paraguaya de Pediatría

La revista PEDIATRÍA está indexada a BIREME – Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. Para su base de Datos LILACS, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Está integrada a **SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ON LINE (SciELO en http://scielo.iics.una.py), HINARI, LATINDEX y DIALNET**. PEDIATRÍA cuenta con un Consejo de Redacción y un Equipo de Revisión para el análisis de los trabajos a ser publicados. La revista PEDIATRÍA, Órgano oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría, es publicada cuatrimestralmente. Los trabajos y opiniones que se publican en la revista son de exclusiva responsabilidad de los autores. La revista Pediatría se reserva todos los derechos sobre los mismos. Los artículos podrán ser traducidos y publicados por las revistas oficiales de las Sociedades Científicas de Pediatría del Cono Sur (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Uruguay), Secretaría: Sociedad Paraguaya de Pediatria, Mcal. Estigarribia 1.764 c/ Rca. Francesa. Tele-Fax: 226 795. Asunción - Paraguay. E-mail: revista@spp.org.py - Página Web: www.spp.org.py – ISSN 1683 – 979X versión impresa - ISSN 1683-9803 versión electrónica - Diseño y Diagramación: Mabel Rodríguez - Edición Gráfica AR Impresiones 6ta. pdta. Nº 278 c/ Iturbe - Tel.: 021 371 - 839. Asunción - Paraguay.

COMISIÓN CIENTÍFICA ASESORA

Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa
Profesor Titular. Cátedra de Clínica Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

Dra. Wilma Basualdo
Coordinadora del Departamento de Epidemiología. Hospital General Pediátrico " Niños de Acosta Ñu".

Prof. Dra. Stela Benitez Leite
Profesora Adjunta de Clínica Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

Dra. Norma Bogado
Jefa de Sala. Departamento de Urgencias Pediátricas. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

Dra. Myriam Sara Canas de Chirico
Jefa de Sala. Cátedra de Clínica Pediátrica. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

Dr. Oscar Doldan Pérez
Jefe de Terapia Intensiva de Niños. Centro Médico La Costa.

Prof. Dra. Leticia Florentín de Merech
Profesora Adjunta de Clínica Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Especialista Universitaria de Nefrología Pediátrica.

Dra. Renée González de Szwako
Especialista en Cardiología Infantil. Jefe del Departamento de Cardiología Infantil. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

Prof. Dr. Ricardo Iramain
Profesor Adjunto de Clínica Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Docente de Urgencias y Terapia Intensiva Pediátrica.

Prof. Dra. Angélica Jiménez de Samudio
Profesora Asistente de Clínica Pediátrica y Jefe del Departamento de Oncohematología Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

Dra. Silvina Lugo
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú"

Dra. Mirta Mesquita
Coordinadora de Investigaciones. Departamento de Docencia e Investigación del Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

Dra. Mónica Rodríguez
Jefa de Sala de Infectología. Hospital Central Instituto de Previsión Social. Infectóloga del Departamento de Neonatología. Cruz Roja Paraguaya.

Dra. Laura Rojas de Recalde
Especialista en Neurología Infantil. Departamento de Neurología. Hospital Central del Instituto de Prevision Social.

Dra. Gloria Samudio
Infectóloga del Departamento de Pediatría. Hospital Nacional de Itaugúa. Infectóloga del Departamento de Infectología. Hospital Central Instituto de Previsión Social.

Dra. Marta Cristina Sanabria
Especialista en Nutrición Infantil. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

Prof. Dra. Mabel Zacur de Jiménez
Profesora Titular de Clínica Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Dra. Norma Rossato. Argentina

Dr. Néstor Zawadzki Desia. Argentina

Consejo Directivo 2017-2019

Presidente
Salim Eguiazú Florentín

Vice Presidente
Mónica Rodríguez

Secretaria General
Claudia Flecha

Secretario de Finanzas
María del Carmen Figueredo

Secretaria de Actividades Científicas
Dolores Lovera

Secretaria de Actividades Gremiales
Juan Max Boettner

Secretaria de Actas
Silvia Battaglia

Secretaria de Prensa y Relaciones Comunitarias
Gilberto González

Secretaria de Comités y Grupos de Trabajo
Ricardo Meza

Vocales
Oscar Franco
Mirta Mesquita

Suplentes
Jorge Alfonso
María Cristina Ghezzi
María del Rocío Bogado
Marta Duarte

Filial Encarnación
Presidente
Iberis Natalia Luraschi

Secretaria General
Claudia Santos

Tesorera
Celia Araujo

Vocales
Mafaldo Pereira
Cristina Lezcano de Leguizamón
Rosalia Nakamura

Tribunal de Certificación

Prof. Dr. Juan Ángel Lird
Dr. Oscar Doldán Pérez
Dra. Norma Bogado

Tribunal de Recertificación

Dr. Ángel Rafael Acuña
Dr. Luis Alberto Chamorro
Dra. Avelina Troche

Tribunal de Conducta

Prof. Dra. Mabel Zacur de Jiménez
Prof. Dra. Rafaela Stela Benitez Leite
Prof. Dr. Julio Nissen Abente
Prof. Dr. Roger Rolón
Dr. Raúl Alberto Olmedo Sisul

Tribunal Electoral

Dr Wilfrido Coronel
Dra. María Mercedes Portillo
Dra. Antonia Benítez Rivas.

Presidentes de Filiales de la SPP

Amambay
Dr. Víctor Hugo Peralta

Ciudad del Este
Dra. Lourdes Riveros

Concepción
Dra. Ninfa Núñez Acosta

Coronel Oviedo
Dra. Mirtha González de Soto

Encarnación
Dra. Iberis Natalia Luraschi

Misiones
Dra. Estela Fornera

Villarrica
Dra. Gloria Angélica Filippi de Girala

Asociación Latinoamericana de Pediatría - ALAPE

Consejo Directivo 2015-2018

Presidente
Dr. José Brea del Castillo

Vicepresidente
Dr. Oswaldo Revelo Castro

Secretario General
Dra. Julia Fernandez Monge

Tesorero
Dr. Francisco Moraga Mardones

Vocales
Dr. Carlos Gilberto Alonso Rivera
Dr. Eric Diaz
Dr. Ramón Alvarenga
Dr. Roberto Rivero
Dra. Ida Esquivel Liedtke

Presidente Anterior
Dr. Gonzalo Giambruno M.

Asesores de CD
Dr. Hernando Villamizar Gómez
Dr. Alberto Bissott Alvarez

Webmaster, Comunicacion y Medios
Dr. Ariel Melamud

Comité Organizador

Comité Ejecutivo

Presidente:
Dra. Myriam Sara Canás de Chirico

Vicepresidente:
Dra. Iberis Natalia Luraschi

Secretaría General
Dra. Antonia Benítez Rivas
Dr. Mafaldo Pereira

Secretaría de Actas:
Dra. Rocío Jazmín Morínigo

Secretaría de Finanzas:
Dr. Salim Eguiazú Florentín
Dra. Maria del Carmen Figueredo
Prof. Dr. Ricardo Meza Brítez
Dr. Juan Max Boettner
Dra. Celia Araujo Cardozo

Comité Científico

Coordinadoras
Prof. Dra. Celia Martínez de Cuellar
Dra. María Cristina Lezcano de Leguizamón
Miembros:
Prof. Dra. Ana Campuzano de Rolón
Prof. Dr. Roger Rolón Arámbulo
Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa
Prof. Dra. Mabel Zacur de Jiménez
Prof. Dra. Leticia Florentín de Merech
Prof. Dra. Angélica Jiménez de Samudio
Dra. Dolores Lovera Morán
Dra. Norma Beatriz Bogado
Dra. Ida Esquivel Liedtke
Dra. Claudia Andrea Flecha
Dra. Marlene Martínez Pico

Cursos Intra Congreso

Coordinadora
Dra. Norma Beatriz Bogado

Miembros
Dra. María Mercedes Portillo
Dra. Marisol Riveros
Dra. Claudia Santos
Educadores y Padres
Dra. Ida Esquivel Liedtke
Dr. Tito Néstor Cabrera

Comité de Prensa y Relaciones

Dr. Oscar Doldán Pérez
Dr. Gilberto González

Comité de Actividades Sociales

Dra. Maria Cristina Ocampos
Dr. Omar Galeano

Comité de Recepción y Alojamiento

Dra. Blanca Lizette Heinichen
Dra. Maria del Rocío Bogado
Dr. Roberto Valdez

Comité de Audiovisuales

Dra. Natalia Gómez Arriola
Dr. Nelsón García Riart

Comité de Temas Libres

Coordinador
Prof. Dr. Roger Rolón Arámbulo
Miembros
Prof. Dra. Lidia Garcete
Dra. Lourdes Talavera
Dra. Antonia Benítez Rivas
Dra. Rosanna Fonseca
Dra. Laura Rojas de Recalde
Dra. Graciela Cabrera de Fiandro
Dr. Diego Rodríguez

Jornada de Enfermería

Coordinadores
Dra. Viviana Mazo
Dr. Ernesto Weber
Lic. Félix Chamorro
Miembro
Dra. Ana Stael Alfonso

Jurado de Premios

Presidente
Dra. Hulda Renee González de Szwako
Miembros
Prof. Dr. Juan Ángel Lird
Prof. Dra. Rafaela Stella Benítez
Prof. Dr. Hassel Jimmy Jiménez
Dr. Ángel Rafael Acuña
Dr. César Radice Oviedo

Asesores
Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa
Prof. Dra. Carmen Achucarro
Prof. Dr. Julio César Nissen
Prof. Dr. Roger Rolón Arámbulo
Prof. Dra. Ana Campuzano de Rolón,
Dr. Raul Alberto Olmedo Sisul
Prof. Dr. Ramón Mir Villamayor
Dr. Luis Alberto Chamorro

Colaboradores
Dra. Laura Román
Dr. Héctor Wagner
Dr. Miguel Brítez
Dr. Martín Silvero
Dr. Juan Ruiz
Lic. Nilsa Aguirre
Lic. Carina Vargas

ÍNDICE

CARDIOLOGÍA

1. Afectación cardiovascular en el Síndrome de Marfan
Vargas Peña M, Suh DC, Villagra L, Irala M.
Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

2. Cardiopatías congénitas más frecuentes en el Recién Nacido del Hospital Regional de Encarnación
Acuña D, Zaracho M, Araujo C, Luraschi N.
Post grado de Clínica Pediátrica, Facultad de Medicina. UNI.

3. Miocardiopatía hipertrófica asociada a síndrome de Wolff-Parkinson-White
Suh DC, Vargas Peña M, **Irala M.**
Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

4. Miocardiopatía dilatada en Recién Nacidos. A propósito de un caso
Caballero L, García C, Peralta S, Castillo O, Caballero M, Coronel N.
Unidad De Cuidados Neonatales. Hospital General De Luque.

5. Prolapso de la válvula mitral en edad pediátrica
Vargas Peña M, Suh DC, Irala M.
Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

6. Características clínico demográficas y análisis de mortalidad de las cirugías cardíacas en niños del Hospital de clínicas-UNA periodo 2007 – 2016
Gaona N, Piris A, Pino W, Estigarribia R, Vargas P M, Romero F, Spinzi L, Real c, Egusquiza P, Jarolin J.
Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

DERMATOLOGÍA

7. Adenopatía secundaria a Querión de Celso. Presentación de un caso
Seall L, Buongermini A, Bolla L, Di Martino B, Rodríguez M, Knofelmacher O.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

8. Dermatitis atópica asociada a alergia alimentaria. Presentación de un Caso
Barboza G, Buongermini A, Ricardo Meza.
Centro Médico La Costa.

9. Eccema Coxsackium, una presentación atípica de la Enfermedad Mano Pie Boca
Buongermini A, Chamsin S, Cuevas M, Moreno T, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA. San Lorenzo, Paraguay.

10. Erupción variceliforme de Kaposi asociado a dermatitis seborreica. Presentación de un caso
Buongermini A, Chamsin S, Cuevas M, Riveros R, Narváez D, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

11. Hemangioma Infantil diseminado asociado a Hemangioma Hepático. Caso Clínico
Cuevas E, Buongermini A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

12. Hemangioma Infantil mixto de localización complicada. Presentación de Caso
Buongermini A, Chamsin S, Cuevas M, Flor L, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

13. Hemangioma Infantil en línea media abdominal asociado a Hemangiomatosis Hepática. Reporte de un Caso
Aguilar S, Narváez D, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

14. Lesiones perianales en lactantes. ¿Abuso o transmisión vertical?
Cuevas E, Buongermini A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

15. Manchas Blancas como marcadores cutáneos de Enfermedades Sistémicas
Aguilar S, Rotela V, Rodríguez L, Boungermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Bolla L, Knopfelmacher O.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

16. Mastocitosis Cutánea. Caso Clínico
Cuevas E, Buongermini A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

17. Pénfigo Foliáceo endémico Infantil, localizado y generalizado
Barboza G, Buongermini A, Di Martino B, Bolla L, Rodríguez M.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

18. Presentación atípica de infección por HPV-11. A propósito de un caso
Estigarribia M, Gutiérrez O, Di Martino B.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

19. Pustulosis en el Recién Nacido
Benítez V, Buongermini A, Bolla L, Di Martino B, Rodríguez M.
Catedra y Servicio de Dermatología, Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

20. Síndrome de Klippel-Trénaunay. Presentación de casos
Barboza G, Buongermini A, Rivas A, Bolla L, Di Martino B, Rodríguez M.
Cátedra de Dermatología. FCM-UNA.

21. Síndrome de sensibilidad a fármacos con Eosinofilia y Síntomas Sistémicos por Carbamazepina (DRESS)
Cuevas E, Buongermini A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

22. Síndrome de Superposición en Pediatría. Presentación de un caso
Buongermini A, Gómez M, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

EMERGENTOLOGÍA

23. Impacto socio–económico de los accidentes de moto en menores de 19 años atendidos en un Hospital de Referencia
Báez L, Vergara de Navarro D, Heisele L, Gómez N, Cardozo M, Martínez de Cuellar C.
Hospital de Trauma Manuel Giagni. MSP y BS.

24. Reporte de caso: fractura expuesta del maxilar inferior en un Lactante Menor
Servían L, González R, Pereira R, Franco O, Báez L, Martínez de Cuellar C.
Hospital General de Trauma Manuel Giagni. MSP y BS.

25. Traumatismo craneoencefálico en la Cátedra y Servicio de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, 2011-2015
Palomar S, Peiró M, **Galeano F**.
Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

ENDOCRINOLOGÍA

26. Acné Infantil y Pubertad precoz. Caso clínico
Cuevas E, Buongermini A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

27. Calcinosis cutis a propósito de un caso
Duartez D, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

28. Enfermedad de Graves-Basedow. A propósito de un caso
Barrios N, Aquino M.
Hospital Nacional de Itauguá.

29. Síndrome de Berardinelli-Seip: A propósito de un caso
Ruiz Díaz M, Neves de Souza CP.
Servicio de Endocrinología Pediátrica. Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

HEMATO-ONCOLOGÍA

30. Caracterización de los episodios de Neutropenia Febril de alto riesgo de infección bacteriana invasora en Pacientes Pediátricos con Leucemia Linfoide Aguda
Ibarra B, Talavera G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

31. Hipofibrinogenemia Congénita. Reporte de Caso
Rivarola CM, **Riveros NN.**
Departamento de Pediatría. Hospital Nacional de Itauguá.

32. Leucemia Linfoblástica Aguda tipo B en escolar con Tumor Neuroectodérmico Primitivo retroperitoneal
Marecos M, Ruiz Díaz M, Almada N, Brizuela S, Batista J.
Servicio de Oncohematología Pediátrica del Instituto de Previsión Social Hospital Central Dr. Emilio Cubas.

33. Linfoma No Hodgkin con afectación medular
Escurra C, Bogado J, Rodríguez D.
Hospital Regional de Encarnación, Servicio de Pediatría. Posgrado de pediatría. FM- UNI.

34. Pancitopenia etiología más frecuente. Revisión de casos
Brizuela S, **López F**, Da Cunha J, Ballash M, Centurión I, Medina A, Gómez A.
Servicio de Pediatría Hospital General Barrio Obrero. Posgrados de Pediatra de la Universidad Católica de Asunción.

INFECTOLOGÍA

35. Absceso parotídeo en un Lactante Menor
González S, Rolón R.
Departamento de Pediatría. Hospital General de Luque.

36. Afectación neurológica en adolescente con osteomielitis vertebral hematógena. Caso clínico
Benítez M, Rodríguez D, Lurashi N, Santos C.
Servicio de Pediatría. Hospital Regional de Encarnación. Posgrado de Pediatría. FM-UNI.

37. A propósito de un caso: Otitis media crónica colesteatomatosa como causa de meningitis bacteriana aguda
Acuña D, Santos C, Luraschi N, Vire R.
Hospital Regional de Encarnación, Servicio de Pediatría, Postgrado Pediatría FM-UNI.

38. Caracterización de infecciones de piel, anexos y partes blandas en niños internados en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Luque
Jiménez L, Galeano R, Cáceres V, Delgado V, Rolón R.
Hospital General de Luque.

39. Celulitis orbitaria izquierda de origen Sinusal, complicada con absceso Subperióstico. Reporte de dos casos
Wentzel G, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

40. Complicaciones poco frecuentes de la ascaridiasis: reporte de dos casos
Gómez Y, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

41. Comportamiento clínico-epidemiológico de la meningitis por Enterovirus en niños internados en Urgencias de un Hospital de Referencia
Ayala M, Benítez I, Ojeda M, Battaglia S, Coronel H.
Servicio de Pediatría, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Post Grado de Pediatría UCA.

42. Displasia de Mondini asociada a Meningitis recurrente por *Streptococcus pneumoniae*. Presentación de caso
Valdez M, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

43. Encefalitis por Toxoplasma Gondii en paciente sin antecedente de inmunocompromiso
Alfonso L, Velázquez S, Samudio G, Schaffer J, Aguirre G, Franco O.
Terapia Intensiva Hospital Central del Instituto de Previsión Social "Dr. Emilio Cubas".

44. Encefalitis Límbica. A propósito de un caso
Cheiab M, Franco C, Arredondo P.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

45. Encefalitis mediada por anticuerpos. Reporte de casos
Ozuna P, Otazo E.
Catedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

46. Enfermedad Mano Pie Boca. Casos clínicos
Chirico M, **Giménez S,** Delvalle R, Servín J, Genes S, Rolón R.
Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

47. *Enterococcus Faecium* como agente causante de Meningitis Aguda Bacteriana
Godoy O, Coronel J, Ballasch C, Bogado J, Centurión I.
Hospital General Barrio Obrero. Post grado de Pediatría Clínica, Universidad Católica de Asunción.

48. Eosinofilia y Toxocara. A propósito de un caso
Aguilar S, Buongermini A, Meza R.
Centro Médico La Costa. Asunción – Paraguay.

49. Erupción Variceliforme de Kaposi en un Lactante Menor
Chirico M, Giménez P, Benitez A, **Servín J**, Giménez S, Genes S, Rolón R.
Catedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

50. Espectro actual de las Infecciones Osteoarticulares en Pediatría
Navarro A, Sanabria G, Araya S, Lovera D, Martínez de Cuellar C, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical. Universidad Católica de Asunción.

51. Hipereosinofilia por Toxocariasis. A propósito de un caso
Zaracho M, Escurra C, Luraschi N.
Hospital Regional de Encarnación, Servicio de Pediatría. Posgrado de pediatría. FM- UNI.

52. Influencia de la desnutrición en la evolución de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Niños
Lovera D, **Galeano F**, Martínez de Cuellar C, Apodaca S, Zarate C, Araya S, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical. Posgrado de Infectología, Universidad Nacional de Asunción.

53. Meningitis por varicela virus
González S, Barrios C, Peralta S, García C, Sotomayor V, Rolón R.
Departamento de Pediatría. Hospital General de Luque.

54. Mononucleosis Infecciosa: Edema Palpebral como Síntoma de Presentación. Caso clínico
Chirico M, **Benítez A**, Servín J, Duarte H, Giménez S, Rolón R.
Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

55. Neumonía recurrente como forma de presentación de Tuberculosis Pulmonar
Bogado-Villar J, Samudio-D GC, Britos V, Da Cunha J, Manavella F.
Servicio de Pediatría. Hospital General Barrio Obrero. Post Grado de Pediatría Clínica. Universidad Católica Nuestra Señora De la Asunción.

56. Pacientes con bronquiolitis internados en el Hospital Central de las FF.AA (HCFFAA)
Domínguez C, López L, Sánchez MJ, Benítez E, Rolón R.
Hospital Central de las FF.AA (HCFFAA).

57. Parotiditis recurrente de la Infancia. Relato de caso
Segovia P, Silva R, Gaspar A, Marinho E, Souza F, Rodrigues S, Santos M, Rover M, Cristovam M.
Hospital Universitario del Oeste de Paraná, Cascavel-PR-Brazil.

58. Parotiditis vírica: brote epidémico en el Liceo Militar Acosta Ñu en los meses junio-octubre 2016
López L, Arguello G, Domínguez C, Sánchez MJ, Rolón R.
Hospital Central de las FF.AA (HCFFAA).

59. Perfil microbiológico de líquidos abdominales en apendicitis complicada de pacientes pediátricos
Aquino M, Arza H.
Hospital Nacional de Itauguá.

60. Reacción leucemoide como manifestación de citomegalovirus: relato de caso
Carbonera A, **Segovia P**, Souza F, Rover M, Gaspar A, Bredt F, Fiori C, Cristovam M.
Hospital Universitario del Oeste de Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil.

61. Síndrome de la Piel Escalada por Estafilococos: Enfermedad de Ritter, a propósito de un caso en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
Bogado J, Riveros M, Valdez L, Thiebeaud L, Núñez G, Goebel F.
Servicio de Neonatología. Hospital Regional de Encarnación.

62. Teratoma mediastínico (TM) como causa de neumonía con derrame pleural
Rodríguez ML, **Zelaya N**, González G, Guggiari F.
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente – INERAM.

63. Tiña inflamatoria de la cabeza (Querion de Celso) por *Trichophyton mentagrofites* con co-infeccion por SAMS. A propósito de un caso
Gómez A, Samudio G, Espínola R, Guerrero G, Medina A, Centurión I, López F.
Hospital General Barrio Obrero. MSP y BS. Postgrado Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

64. Tuberculosis renal y meníngea, a propósito de un caso
Villalba L, Gonzalez B, Heinichen L, Irala E, Penayo C.
Servicio de Pediatria. Hospital Nacional de Itauguá.

65. Tuberculosis: Enfermedad nuevamente emergente en Pediatría
Martínez de Cuellar C, Lovera D, Apodaca S, Zarate C, Maldonado C, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.

66. Tuberculosis, presentación atípica. Reporte de un caso
Zarate L, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

67. Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR) en niños
González G, **Zelaya N**, Roman M.
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente – INERAM.

68. Rendimiento del hemocultivo en un Servicio de Urgencias Pediátricas de un Hospital de Referencia
Riveros J, Mir D, Benítez I, Coronel H.
Urgencias Pediátricas, Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

NEFROLOGÍA

69. Absceso renal. A propósito de dos casos
Valdez E, Coronel J, Báez D, Ballash C, Centurión I, Matsumura K.
Hospital General de Barrio Obrero. Instituto Privado del Niño.

70. Disfunción del tracto urinario inferior en la Infancia y Adolescencia
Gómez A, Báez D, Avalos E, Sosa P, Rodas G, Benítez L.
Hospital General Barrio Obrero. MSP y BS. Servicio de Pediatría. Postgrado Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

71. Nefritis Lúpica
Brizuela S, Báez D, **Pereira S**, Cuella R, Kunert S, González B.
Hospital General Barrio Obrero. MSP y BS. Servicio de Pediatría. Postgrado de Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

72. Síndrome Nefrítico asociado a neumonía. A propósito de un caso
Báez D, Centurión I, López F, Guerrero V, Gómez A, **Medina A.**
Hospital General Barrio Obrero. Servicio de Pediatría. Posgrado Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción

73. Síndrome Nefrótico secundario a Citomegalovirus. A propósito de un caso
Espínola S, Luraschi N.
Servicio de Pediatría. Hospital Regional de Encarnación.

NEONATOLOGÍA

74. Caracterización clínica, epidemiológica e intervenciones en un brote de KPC en UCN
Jojot S, Bareiro M, Zavala R, Bejarano C.
Hospital Materno Infantil "Reina Sofía" Cruz Roja Paraguaya.

75. Distrofía miotónica Tipo 1 de Steinert. A propósito de dos casos
Rodas M, Álvarez E, Borgi J, Genes L, Lacarrubba J, Céspedes E, Mendieta E, Mir R.
Departamento de Neonatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

76. Evaluación de la calidad en la atención dentro del Hospital Materno Infantil "Reina Sofía" Cruz Roja paraguaya
Aguirre A, Pedroso J, **Zavala R**, Hamuy M, Bareiro M.
Hospital Materno Infantil Reina Sofía Cruz Roja Paraguaya.

77. Gastrosquisis: experiencia de 5 años en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
Brítez S, Borja N, Samaniego R, Quintana C, Fernández M, Schaerer C, Martínez R, Villalba S.
Hospital de Santísima Trinidad.

78. Hiperinsulinismo Congénito, desafíos en el manejo
Álvarez E, **Borgi J**, Genes L, Lacarrubba J, Céspedes E, Mendieta E, Mir R.
Departamento de Neonatología. Hospital de Clínicas. FCA-UNA.

79. Incidencia de ROP en Prematuros menores de 1500 gramos en el Hospital General de Luque, 2015-2017
Leguizamón D, Morinigo A, Ortiz J, Coronel N, Domanizcky F.
Unidad de Cuidados Neonatales. Hospital General de Luque.

80. Morbilidad y mortalidad en Prematuros menores de 1500 gramos en el Hospital General de Luque, 2015-2017
Ortiz J, Caballero M, Coronel, N.
Unidad de Cuidados Neonatales. Hospital General de Luque.

81. Osteogénesis Imperfecta: a propósito de un caso en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
Thiebeaud L, Riveros M, Valdez L, Galeano O, Bogado J.
Servicio de Neonatología. Hospital Regional de Encarnación.

82. Prevalencia de cesáreas en el Hospital Materno Infantil Reina Sofía en los últimos cinco años
Centurión V, **Zavala R,** Hamuy M, Guerrero E, Muñoz L, Ramírez ME, Bareiro M.
Hospital Materno Infantil Reina Sofía Cruz Roja Paraguaya.

83. Incidencia de Enfermedad de Membrana Hialina en Prematuros menores de 1500 gramos en el Hospital General de Luque, 2015-2017
Barboza L, Caballero M, Cuevas C, Rojas L, Ortiz J, Coronel N.
Unidad de Cuidados Neonatales. Hospital General de Luque.

84. Prevalencia de vacunación en Embarazadas en el Hospital Materno Infantil Reina Sofía Cruz Roja Paraguaya
Portillo R**, Zavala R,** Ramírez ME, Barreto S, Centurión V, Bareiro M.
Hospital Materno Infantil. Reina Sofía. Cruz Roja Paraguaya.

85. Relación entre controles pre natales y mortalidad en menores de 1.500 gramos, en el Servicio de Neonatología del Hospital General de Luque
Álvarez F, Encina N, Duarte C, Vázquez J, Garcete A, Ortiz J.
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Hospital General de Luque.

86. Sepsis por *Staphylococcus aureus* presentado como Síndrome de Leiner vs Ritter
Britos V, Samudio-D GC, Espínola-E R, Bogado J, Vera L.
Hospital General Barrio Obrero. Servicio de Neonatología. Post-grado en Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

87. Síndrome de Edwards. A propósito de un caso
Valdez R, López F, Gómez A, Medina A, Centurión I, **Guerrero V.**
Hospital General Barrio Obrero. Servicio de Neonatología. Posgrado Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

88. Síndrome por Zika congénito. A propósito de un caso
Ayala L, Leiva L.
Hospital Nacional de Itauguá. Servicio de Neonatología.

89. Recién Nacidos de Muy Bajo Peso al Nacer Pequeños para la Edad Gestacional Comparado con Adecuados para Edad Gestacional
Borgi J, Genes L, Mir R, Lacarrubba J, Céspedes E, Mendieta E.
Departamento de Neonatología Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

NEUROLOGÍA

90. Características clínicas en pacientes con trastornos del espectro autista
Morales G, Benítez S.
Departamento de Salud Mental y Neurología Infantil. Cátedra y Servicio de Pediatra. FCM-UNA.

91. Caracterización de Escolares con diagnóstico de Epilepsia atendida en el Consultorio de Neurología Pediátrica y efectividad del tratamiento, en el Hospital Nacional de Itaugua
Cantero R, Aldana A, Ortiz L.
Hospital Nacional de Itaugua. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Campus Guaira.

92. Craneosinostosis: sugerencias para la detección precoz y tratamiento quirúrgico temprano
Moguilner G, Díaz D, Rivas M, Frutos F.
Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

93. Diferenciación Osteoblástica del craneofaringioma: una evolución probable
Moguilner G, Díaz D, Rivas M, Frutos F.
Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

94. Enfermedad de Menkes. Reporte de un caso
Rodríguez L, Arredondo P, Franco C.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

95. Enfermedad de Pompe Infantil y Juvenil. Reporte de dos casos
Paredes M, Casartelli M.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

96. Estigmas cutáneos de espina bífida oculta y su importancia en el diagnóstico precoz de médula anclada
Díaz D, Moguilner G, Rivas M, Frutos F.
Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

97. Lesión axonal difusa postraumática. Reporte de un caso
López W, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

98. Pseudotumor cerebral en pacientes pediátricos. A propósito de dos casos
Ferreira J, Martínez G, Mesquita M.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

99. Siringomielia como forma de presentación de proceso expansivo de Bulbo Raquídeo. A propósito de un caso
Bogado J, Escurra C, Rodríguez D, Santos C, Luraschi N.
Hospital Regional de Encarnación, Servicio de Pediatría.

NUTRICIÓN Y GASTROENTEROLOGÍA

100. Anemia Grave Multicarencial: déficit de vitamina B12
Cano E, Brizuela S, Mattio I, Cuella R, **Pereira S.**
Servicio de Pediatría, Hospital General Barrio Obrero. Postgrado de Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

101. Disfagia de etiología infrecuente. A propósito de un caso
Heyn J, Villagra J, Renna P.
Departamento de Cirugía Pediátrica. Catedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

102. Enfermedad de orina olor a Jarabe de Arce. Primer caso clínico en un Hospital de Referencia
Sanabria M, **González M,** Lezcano M, Aldana A.
Unidad de Nutrición Pediátrica. Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

103. Estado nutricional y hábitos alimentarios de niños y adolescentes que se encuentran en proceso de desvinculación de sustancias psicoactivas (SPA), del Centro de Convivencia Ñemity
Burgos S, Sanabria M, Ayala F.
Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.

104. Evolución nutricional de niños menores de cinco años de edad durante la estancia Hospitalaria
Peralta L, Sanabria M.
Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

105. Factores que influyen en la adherencia a la dieta libre de gluten en niños y adolescentes con Enfermedad Celiaca
Fretes B, Garcete L, Zacur M, Ortiz L, Cabrera N.
Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

106. Herramientas de valoración de riesgo nutricional de pacientes pediátricos con Leucemia Linfoblástica Aguda en tratamiento de quimioterapia: Antropometría y Screening Nutricional
Meza J, Sanabria M, Aguilar G.
Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Universidad Nacional de Caaguazú.

107. Ingestión de cáusticos en pacientes pediátricos internados en un Hospital de tercer nivel
Semidei V, Blaires M, Ojeda L, Garcete J, Garcete L, Meza R.
Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

108. Nutrición Parenteral Domiciliaria. Reporte del primer caso pediátrico
Sanabria M, **Medina C**, López M, Bécker D.
Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

109. Nutrición Parenteral en Prematuros y complicaciones relacionadas
Blaires M, Semidei V, Ojeda L, Garcete L, Sanabria M.
Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

110. Perfil nutricional y función pulmonar de niños con Fibrosis Quística
Ortiz Paranza L, **Sanabria M,** González L, Ascurra M.
Programa Nacional de Detección Neonatal, MSP y BS. Universidad Nacional de Asunción.

111. Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes de Coronel Oviedo, Paraguay
Centurión P, Alló N, Battaglia S, Castro H, Gonzalez M.
Servicio de Pediatría, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Hospital Regional IPS Coronel Oviedo.

PEDIATRÍA GENERAL

112. A propósito de un caso clínico. Pancreatitis aguda en Paciente Pediátrica con Lupus Eritematoso Sistémico
Godoy Y.
Hospital Nacional de Itauguá.

113. A propósito de un caso: divertículo esofágico
Morel A.
Hospital Nacional de Itaugua.

114. Alteraciones bucofaciales en respiradores bucales con hipertrofia adenoidea y/o amigdalina
Moreno E, Solís H, Brítez M, Giménez S, **Mora G**.
Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología, FCM-UNA.

115. Anafilaxia inducida por ejercicio. Reporte de un caso
Meza R, **Miño S**.
Cátedra y Servicio de Pediatría, Hospital de Clínicas, FCM-UNA.

116. Conocimiento y aplicación de la técnica correcta del lavado de manos del personal de enfermería de Urgencias Pediátricas de un Hospital General
Domínguez S, Rolón P.
Universidad San Lorenzo.

117. Cumplimiento de las indicaciones médicas en la consulta pediátrica en el Hospital Regional de Encarnación, julio-agosto 2017
Núñez G, Ruiz J, Bogado José, Luraschi N, Santos C.
Hospital Regional de Encarnación, Servicio de Pediatría. Posgrado de Pediatría FM – UNI.

118. Epifisiólisis de la Cabeza Femoral en Adolescente. Relato de Caso
Guerreiro S, Gaspar A, Bredt F, Vasconcelos E, **Segovia P**, Silva R, Futagami P, Rover M, Erdmann K., Cristovam M.
Hospital Universitario del Oeste de Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil.

119. Factores de riesgo prenatales y su asociación a malformaciones congénitas. FCM-UNA 2014-2016
Ojeda L, Semidei V, Blaires M, Lacarruba J, Benítez Leite S.
Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

120. Hipertensión arterial en bronquiolitis asociada a corticoesteroides, en la Terapia de Niños del Hospital Juan Max Boettner, 2014-2015
Alfonso M, Cantero M, Chávez A, Brizuela S.
Posgrado en Pediatría Clínica. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Servicio de Pediatría. Hospital de Barrio Obrero. Unidad de Terapia Intensiva del INERAM.

121. Miositis osificante. A propósito de un caso
Heyn J, Samaniego P, Lezcano R.
Departamento de Cirugía Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas, FCM-UNA.

122. Poliangeitis con Granulomatosis (Granulomatosis De Wegener) en un Lactante: Presentación de un caso clínico
Ocampos N, Aguilera C, Castro H, Morel Z.
Servicio de Pediatría. Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

123. Poliarteritis Nodosa en un Escolar. Presentación de un caso clínico
Méndez K, Marecos M, Ruiz Díaz M, Aguilera C, Morel Z.
Servicio de Pediatría. Hospital Central del IPS.

124. Prevalencia de sensibilización a Aero alérgenos en pacientes Pediátricos que acuden al Consultorio de Alergia
Stanley R, Galeano C, Buró MN.
Instituto de Previsión Social, Hospital General de Luque.

125. Prácticas de Lactancia en una población de Lactantes Menores en Coronel Oviedo, Paraguay
Alló N, Centurión P, Castro H, González M, Battaglia S.
Servicio de Pediatría-Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Hospital regional IPS Coronel Oviedo.

126. Prevalencia y factores asociados al abandono de lactancia materna exclusiva en el menor de 6 meses
Rolon P, **Morínigo R**, Chirico M.
Consultorio de Neonatología. Catedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

127. Síndrome de Marfan. A propósito de un caso
Vázquez C, **Mora G,** Desvars P, Amarilla N, Pereira V, Escobar C.
Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.

128. Tumor abdominal en paciente con Síndrome de Down. Reporte de un caso
Cabrera M, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

129. Tumor abdominal. Adenocarcinoma de Colon en paciente adolescente
González L, Camperchioli R.
Hospital General Pediátrico Niños De Acosta Ñu.

130. Tumor de Frantz Gruber. A propósito de un caso
Azucas R, Galeano L, Domínguez J, Esquivel I.
Cátedra y Servicio de Pediatría Clínica del Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

131. Tumor Epulis en niños. Descripción de un caso
Verón G, **Insaurralde C,** Cuevas J, Benítez S.
Cátedra y Servicio de Pediatría Clínica del Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

PEDIATRÍA SOCIAL

132. Criptorquidia en la adolescencia. Presentación de caso
Leguizamón V, Román L, Bordón J, Duarte H, Verón G, Benítez S.
Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.

133. Depresión y suicidio en Adolescentes de la Ciudad de Encarnación
Ortiz P, Bogado J, Araujo C, Núñez G.
Hospital Regional de Encarnación, Consultorio de Salud Adolescente. Posgrado de Pediatría FM – UNI.

134. Prevalencia de Síndrome de Burnout en Residentes de Pediatría. Un estudio multicéntrico
Martínez G, Godoy L, Rodas N, **Brizuela B.**
Hospital General Niños de Acosta Ñu.

135. Uso de anticonceptivos para la prevención del embarazo subsecuente en Adolescentes
Núñez G, Bogado J, Araujo C, Luraschi N.
Hospital Regional de Encarnación, Servicio de Pediatría. Posgrado de Pediatría FM – UNI.

TERAPIA INTENSIVA

136. Citomegalovirus postransfusional en un paciente lactante menor internado en UTIP. A propósito de un caso
Báez L, Gómez A, Pereira S, Chávez A, Sosa O, González G.
Hospital General Barrio Obrero. MSP y BS. Postgrado Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

137. Comportamiento de la bronquiolitis en los pacientes ingresados en la Terapia de niños del Hospital Juan Max Boettner en el periodo 2014-2015
Cantero M, Alfonso M, Chávez A, Brizuela S.
Posgrado en Pediatría Clínica. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Servicio de Pediatría. Hospital de Barrio Obrero.

138. Infección nosocomial en una Unidad Polivalente de Cuidados Intensivos Pediátricos
Samudio-D GC, Chávez A, **Centurión I,** González G.
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente. MSP y BS. Universidad Católica de Asunción.

139. Infecciones relacionadas con Dispositivos Invasivos post Cirugía Cardiaca, Terapia Intensiva Cardiovascular Pediátrica, año 2016
Riquelme I, Gaona N, Jarolin J, Pitta N, Martínez de Cuellar C.
Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

140. Rehabilitación motora precoz en la Polineuropatía del paciente crítico
Núñez D, Martínez J, Bracho C, Giménez G.
Hospital de Clínicas. San Lorenzo. Paraguay

141. Virus de Influenza como causa de Infección Respiratoria Aguda Grave en una Terapia Pediátrica Polivalente de Referencia
Gaona E, Mesquita M, Godoy L.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

142. Mortalidad en pacientes críticos con trastornos nutricionales en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, IPS
Maciel G, Franco O, Cantero J, Aguirre G.
Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Instituto de Previsión Social.

143. Residencia de pediatría: valoración de las actividades docentes desde la perspectiva de los residentes
Godoy L, Martínez G, Ibarra B, **Rodríguez L.**
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

CARDIOLOGÍA

1. Afectación cardiovascular en el Síndrome de Marfan

Vargas Peña M, Suh DC, Villagra L, Irala M.
Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: El Síndrome de Marfan es una afección del tejido conectivo, de carácter autosómico dominante, provocado por la mutación del gen de la fibrilina-1. Tiene una prevalencia de 1 en 5000, sin predominio racial ni de sexo. Constituye una enfermedad multisistémica, con afectación ocular, esquelética, cardiovascular, pulmonar y cutánea, por lo cual requiere de seguimiento multidisciplinar. El pronóstico está determinado por la afectación cardiovascular. El tratamiento con betabloqueantes tiene como objetivo retrasar la dilatación aórtica. La cirugía profiláctica está indicada cuando esta dilatación tiene riesgo de disección. **Objetivo:** Describir las alteraciones cardiovasculares presentes en portadores de síndrome de Marfan. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de carácter retrospectivo de pacientes a acudieron al consultorio de Cardiología pediátrica en el periodo de enero 2016 a julio 2017. **Resultados**: Consultaron 8 pacientes con Síndrome de Marfan, con un rango de edad de 4-18 años. Se registró predominio del sexo masculino con relación 6:2. Se constataron rasgos fenotípicos característicos en 7 pacientes. Tenían familiares afectados 6 de ellos. La evaluación oftalmológica fue normal en 2 pacientes. Se constató luxación del cristalino en un paciente y miopía en otro; 4 pacientes aún no fueron evaluados. La afectación de la columna vertebral, con grados variables de escoliosis estuvo presente en 4 casos. Además, se constató pectum carinatum en 2 pacientes y excavatum en uno. La ecocardiografía fue normal en 4 casos; tenían prolapso de válvula mitral con insuficiencia mínima tres pacientes; uno presentó degeneración mixomatosa de la válvula mitral con insuficiencia moderada. Se constató dilatación variable de la raíz aórtica en 4 pacientes, uno de los cuales reunía criterios para corrección quirúrgica. El tratamiento con betabloqueantes fue indicado en siete pacientes. Durante el periodo de estudio una paciente llevó una gestación a término sin complicaciones ni progresión de la dilatación aórtica. **Conclusión**: El prolapso de la válvula mitral y la dilatación de la raíz aórtica son las principales afecciones cardiovasculares en el síndrome de Marfan, y requieren de un seguimiento estrecho a fin de instaurar medidas terapéuticas y preventivas de algunas complicaciones como la insuficiencia mitral y la disección aórtica.

2. Cardiopatías congénitas más frecuentes en el Recién Nacido del Hospital Regional de Encarnación

Acuña D, Zaracho M, Araujo C, Luraschi N.
Post grado de Clínica Pediátrica, Facultad de Medicina. UNI.

Introducción: Las cardiopatías congénitas son las anomalías más frecuentes al nacer, el diagnóstico precoz de las mismas es importante, ya que la presentación clínica puede ser brusca, pudiendo producir incluso la muerte. En la actualidad con los nuevos métodos diagnósticos no invasivos, fundamentalmente la ecocardiografía, facilita al pediatra la detección precoz de las cardiopatías congénitas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de cardiopatías congénitas más frecuentes diagnosticadas en Recién Nacidos del Hospital Regional de Encarnación en el periodo de enero a julio del año 2017. **Materiales y Métodos**: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en base a la revisión de informes ecocardiográficos de los neonatos con sospecha de cardiopatía congénita en el Hospital Regional de Encarnación. **Resultados**: De un total de 2045 nacimientos registrados, se realizaron 60 ecocardiografías, de los cuales 20 resultaron con patologías, 13 de ellas fueron de pre termino con una edad gestacional promedio de 34 semanas (50%), 13 de sexo masculino (65%) y 7 femenino (35%), las cardiopatías congénitas más frecuentes son las de hiperflujo con más de una malformación cardiogénica (50%), seguidas de D.A.P (25%), y otras cardiopatías 25%. **Conclusión:** Las cardiopatías congénitas más frecuentes fueron las de hiperflujo con más de una malformación, seguidas de la D.A.P, predominan en el sexo masculino y se ven más frecuentemente en Recién Nacidos de pre término. Se destaca la importancia de este método de diagnóstico como elemento fundamental para la

detección precoz y tratamiento oportuno de las cardiopatías congénitas.

3. Miocardiopatía hipertrófica asociada a síndrome de Wolff-Parkinson-White

Suh DC, Vargas Peña M, **Irala M.**
Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: La miocardiopatía hipertrófica es una enfermedad de origen genético que determina una hipertrofia ventricular izquierda de grado variable y una de las principales causas de muerte súbita en atletas jóvenes. La pre-excitación de Wolff-Parkinson-White es una condición en la cual los ventrículos son despolarizados en forma precoz por una vía accesoria; en algunos casos puede llevar a muerte súbita. Presentamos dos casos con asociación de ambas patologías. **Descripción de Casos Clínicos: Caso 1**: Adolescente de 11 años, sexo masculino, asintomático. Datos familiares no disponibles. En el ecocardiograma: septo interventricular de 22 mm, pared posterior 18 mm; función sistólica preservada y sin obstrucción al tracto de salida ventricular. Electrocardiograma: sobrecarga ventricular izquierda, PR corto, onda delta y alteraciones difusas de la repolarización ventricular. Holter: extrasístoles supraventriculares, pre-excitación intermitente. Recibe atenolol. **Caso 2**: Adolescente de 13 años, sexo femenino, asintomática. Sin antecedentes familiares de valor. Grosor del septo: 12.6 mm, pared posterior: 13.7 mm, función sistólica preservada y sin signos de obstrucción. Electrocardiográficamente: pre-excitación con intervalo PR corto y onda delta; alteraciones de la repolarización. Recibe amiodarona. En la RMN: fibrosis miocárdica. Holter: pre-excitación intermitente, extrasístoles ventriculares. En planes de estudio electrofisiológico para eventual ablación de la vía accesoria. **Comentarios:** El síndrome de Wolff-Parkinson-White generalmente es una patología aislada, pero puede presentarse junto con cardiopatías congénitas, entre ellas la más frecuente es la anomalía de Ebstein. La asociación con miocardiopatía hipertrófica es bastante rara y ha sido descrita en estudios genéticos, en los que se comprobó una mutación en el cromosoma 7q3, alterando la expresión del gen de la PRKAG2 de la AMP protein-kinase, produciéndose acumulación de glucógeno y alteraciones en los canales iónicos, con la consiguiente hipertrofia ventricular y alteraciones de la conducción AV como pre-excitación y bloqueo AV completo. Aunque el diagnóstico de la miocardiopatía hipertrófica se basa en el ecocardiograma, el electrocardiograma es normal solo en 10% de los casos y puede aportar datos con implicancia pronostica, como el grado de hipertrofia ventricular y las alteraciones de repolarización; la presencia de voltajes exagerados y un intervalo PR corto debe llevar a la sospecha de una pre-excitación asociada.

4. Miocardiopatía dilatada en Recién Nacidos. A propósito de un caso

Caballero L, García C, Peralta S, Castillo O, Caballero M, Coronel N.
Unidad De Cuidados Neonatales. Hospital General De Luque.

Introducción: La miocarditis es un proceso inflamatorio que compromete a los miocitos, el intersticio, los pequeños vasos y a veces el pericardio y que de acuerdo con el momento de su evolución, puede ser aguda, subaguda o crónica. La causa de la miocarditis es desconocida en muchos de los pacientes, no obstante, se asocian a ella una gran variedad de infecciones, enfermedades sistémicas, drogas, toxinas, virus, hongos, bacterias, protozoarios y algunos nematodos son importantes agentes productores de miocarditis en América y Europa. **Descripción de Caso Clínico:** RNT/AEG de sexo masculino producto de una madre de19 años, nulípara de 38,2 semanas de gestación con controles prenatales suficiente (6), VIH y VDRL negativo, con antecedente de influenza B a las 35 semanas de embarazo, producto de cesárea de urgencia nace el 17/07/17 a las 14:24, Apgar 8/8, peso de 2700gr, perímetro cefálico: 34 cm, talla: 47cm, EG: 40 semanas por Capurro, recibe primeros cuidados y pasa a alojamiento conjunto. A las 22 horas de nacido presenta cianosis generalizada y se decide su internación. En la radiografía se observa cardiomegalia (índice cardiotorácico 0,72), paciente con dificultad respiratoria progresiva ingresa a ARM se solicita, eco cardiograma que informa Dilatación global de cámaras, con disfunción ventricular derecha, DAP de 6 mm, septum inter atrial multiperforado con shunt izquierdo a derecho e hipertensión pulmonar severa. Ante datos maternos se solicita panel viral que informa Influenza B positivo, resto de los virus negativos, Chagas negativo. Paciente con evolución buena, con Ecocardiografía de control a las 48 hs y al 7mo día de internación ya con dimensiones mejoradas, fue de alta a los 15 días de vida sin complicaciones en plan de seguimiento por consultorio de cardiología. **Comen-**

tarios: La actualización continua en miocarditis es de suma importancia debido a que es una entidad clínica grave con permanente evolución desde sus definiciones iníciales a inicios del siglo XIX hasta las actuales, cambios notorios en la comprensión de su fisiopatología, nuevos conocimientos clínicos que nos llevan a reconocer de forma más temprana su presentación clínica y con variaciones y avances en su tratamiento.

5. Prolapso de la válvula mitral en edad pediátrica
Vargas Peña M, Suh DC, Irala M.
Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: El prolapso de válvula mitral afecta al 2-3% de la población general. Se define como el desplazamiento sistólico de una valva anormalmente engrosada y redundante hacia el interior del atrio izquierdo. Por lo general, es asintomática, con diagnóstico en etapa adulta. La sospecha clínica puede surgir por la presencia de un soplo sistólico; pudiendo confirmarse por ecocardiografía. Presenta cierta asociación con dolor torácico, disnea y cuadros de ansiedad. Este espectro se denomina síndrome de prolapso mitral. Las complicaciones más frecuentes son insuficiencia mitral severa, endocarditis bacteriana y muerte súbita. El pronóstico en pacientes con afectación valvular mínima es bueno. **Objetivo:** Describir las características clínicas y los hallazgos cardiovasculares de portadores de prolapso mitral. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con prolapso de válvula mitral que acudieron al consultorio ambulatorio de cardiología infantil en el periodo de enero 2016 a julio 2017. **Resultados:** Consultaron 5 pacientes con diagnóstico de prolapso mitral. El rango de edad fue de 5 a 17 años, con predominio del sexo femenino con una relación 4:1. Los principales motivos de consulta fueron: dolor torácico en 4 pacientes y disnea en tres. Un paciente se encontraba asintomático al momento de la consulta, siendo el diagnóstico un hallazgo casual. Como comorbilidades se constató obesidad e hipertensión arterial en un paciente y osteogénesis imperfecta en otro. El examen físico cardiovascular fue normal en un paciente; se constató soplo tricuspídeo funcional en uno y soplo en foco mitral en los restantes tres. En el ecocardiograma, 3 pacientes presentaron prolapso con afectación mínima de la válvula mitral. El electrocardiograma fue normal en todos ellos. Dos casos presentaron insuficiencia mitral moderada a severa. Un paciente presentó además síndrome de preexitación ventricular. Todos ellos recibían tratamiento médico con diuréticos, IECA y betabloqueantes. El paciente con insuficiencia severa de la válvula mitral se encuentra en espera de reparación quirúrgica. **Comentario:** En los casos de dolor torácico asociados a soplo cardiaco o disnea debe investigarse la presencia de prolapso mitral.

6. Características clínico demográficas y análisis de mortalidad de las cirugías cardíacas en niños del Hospital de clínicas-UNA periodo 2007 – 2016
Gaona N, Piris A, Pino W, Estigarribia R, Vargas P M, Romero F, Spinzi L, Real c, Egusquiza P, Jarolin J.
Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: En los últimos años se han producido importantes progresos en la detección y el tratamiento de las cardiopatías congénitas. Hemos analizado los resultados peri operatorios obtenidos en nuestro servicio. **Objetivos**: Describir las características clínico demográficas de los pacientes de los procedimientos quirúrgicos efectuados. Establecer la relación entre edad, complejidad quirúrgica, cirugía a cielo abierto y la mortalidad en niños operados por cardiopatía congénita **Materiales y Métodos:** Se revisaron las historias clínicas, técnicas quirúrgicas, técnicas de circulación extracorpórea, de 813 pacientes que fueron internados en la unidad de Terapia Intensiva Cardiovascular. Se excluyeron 93 procedimientos no cardioquirúrgicos. Se registraron los datos en una planilla Excel, y procesados por el programa estadístico Epiinfo 7. Se realizó prueba de regresión logística para el componente analítico y analítica descriptiva para las variables de interés. 720 pacientes fueron incluidos, y se distribuyeron en tres grupos etarios: Grupo Recién grupo recién nacido (RN) de 1 a 30 días de vida: 113 pacientes, Grupo lactante de 1 mes a 12 meses: 186 pacientes y grupo pediátrico de 1 a 18 años: 421 pacientes. Se distribuyeron los procedimientos quirúrgicos por grupo etario, complejidad quirúrgica, y requerimiento de circulación extracorpórea (CEC). La complejidad quirúrgica se objetivó por la escala de RACHS 1, siendo de categoría 1 de bajo riesgo y categoría 6 la de mayor riesgo. **Resultados:** 86% de las cirugías fueron correctivas. 73% requirió CEC; 32% correspondieron a procedimientos de la categoría 1, 41% la categoría 2, 21% categoría 3, 4,4% a la categoría 4, y 1.5 % categoría 6. La mortalidad general fue de 13,89%, y por RACHS-1 fue: Cate-

goría 1: 1,74%, Categoría 2: 8,78%, Categoría 3: 28,48%, Categoría 4: 56,25%, Categoría 6: 81,82%. Por grupo etario fue: RN: 43%, Lactante: 14,5 %, y pediátrico 5,7%. La edad fue un factor de riesgo significativo para mortalidad, y la complejidad quirúrgica simple se comportó como factor protector. No tuvo relación con la cirugía a cielo abierto. **Conclusiones:** Se observó una mortalidad elevada en relación a referentes, con asociación estadísticamente significativa de la edad y la complejidad quirúrgica.

DERMATOLOGÍA

7. Adenopatía secundaria a Querión de Celso. Presentación de un caso

Seall L, Buongermini A, Bolla L, Di Martino B, Rodríguez M, Knofelmacher O.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: El Querión de Celso es la variedad inflamatoria de la Tiña capitis. La Tiña capitis es una infección dermatofítica común del cuero cabelludo de la población pediátrica. El espectro de la tiña inflamatoria varía desde una pustulosis folicular a un Querion de Celso, el cual constituye una respuesta exagerada del huésped al agente infeccioso generalmente un hongo zoofílico o geofílico. Constituye una masa blanda, fluctuante, con pelos quebrados y orificios foliculares exudando secresión purulenta. Las lesiones inflamatorias pueden asociarse a linfadenopatía posterior, fiebre y lesiones adicionales en la piel glabra. **Descripción de Caso Clínico:** Presentamos el caso de un paciente escolar de 7 años, masculino, previamente sano, quien acude al servicio por placas alopécicas de 2 meses de evolución, con pelos cortados al mismo nivel, con descamación fina, una de ellas caliente, dolorosa, fluctuante en región occipital, con signo de espumadera acompañadas de adenopatía en triángulo posterior derecho del cuello, fiebre además de placas ligeramente eritematosas, con descamación fina, pruriginosas en cara a nivel de cejas, brazo y piernas derechos. Se tomó examen directo y cultivo micológico de lesión de cuero cabelludo aislándose Tricophytum rubrum. Inició tratamiento con prednisona a 0,8mg/kg/día por 10 días, griseofulvina a 20mg/kg/día por 3 meses con evolución favorable y disminución progresiva de la Adenopatía cervical hasta su completa desaparición. **Comentario:** Las adenopatías cervicales de gran tamaño son siempre causa de preocupación en Pediatría. Deben descartarse siempre en primera instancia procesos infecciosos próximos (cuero cabelludo, cara, boca, faringe). Presentamos el caso de una tiña diseminada asociada a Querión de Celso y adenopatía cervical importante.

8. Dermatitis atópica asociada a alergia alimentaria. Presentación de un Caso

Barboza G, Buongermini A, Ricardo Meza.
Centro Médico La Costa.

Introducción: Los niños que presentan alergia alimentaria (AA) tienen mayor predisposición al desarrollo de otras enfermedades alérgicas entre las cuales destacan dermatitis atópica (DA), asma y rinitis alérgica. La AA es un factor precipitante de DA en un subgrupo de pacientes especialmente aquellos con AA mediadas por IgE, y también existiría correlación con las manifestaciones de AA del tipo celular o retardadas. Las mutaciones de la filagrina (FLG) en la piel puede aumentar el riesgo de sensibilización alergénica transcutánea y el desarrollo de AA en enfermos con DA. **Descripción de Caso Clínico:** Escolar, 11 años, sexo masculino, hipotrófico. Dermatosis de 3 años de evolución localizada en codos persistente. Al examen físico: múltiples pápulas color piel de aspecto liquenoide en ambos codos. Recibió varios tratamientos tópicos (hidratantes, queratolíticos, corticoides) sin mejoría por lo que solicitan estudios laboratoriales y pruebas de alergia. IgE elevado, IgA en rango, RAST positivo sólo para trigo y maíz, Antitransglutaminasas IgA, IgG negativas. Diagnóstico: Erupción liquenoide 2° a AA. Se inicia dieta de eliminación con mejoría del cuadro. **Comentario:** Obliga a descartar AA: la presencia de DA de inicio precoz, severas, muy recidivantes, de tipo liquenoide o que no responden a tratamiento convencional; la presencia de bajo peso, desnutrición o dificultad en la ganancia ponderal; una relación clara entre la ingesta del alimento y la aparición o empeoramiento de la DA, o la presencia de otros síntomas gastrointestinales. Ante cualquiera de estos casos es importante acudir al dermatólogo o alergólogo para realización de las pruebas. En los casos en que esta alergia se

confirme, el niño puede experimentar una clara mejoría al eliminar el alimento causante.

9. Eccema Coxsackium, una presentación atípica de la Enfermedad Mano Pie Boca

Buongermini A, Chamsin S, Cuevas M, Moreno T, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA. San Lorenzo, Paraguay.

Introducción: La Enfermedad Mano Pie Boca es una de las enfermedades exantemáticas más frecuentes de la edad pediátrica. Recientemente han comenzado a describirse formas atípicas de la enfermedad, asociadas a la identificación de nuevos tipos de virus Coxsackie: A5, A7, A9, A10, B2 B5, y especialmente el tipo A6. A diferencia de la forma clásica, la enfermedad causada por el Coxsackie A6 cursa con fiebre alta, mayor sintomatología a nivel sistémico y característicamente mayor gravedad de las manifestaciones cutáneas; un cuadro que algunos autores han venido a denominar eccema coxsackium. **Descripción de Caso Clínico:** Paciente de 2 años de edad, sexo masculino, acude a la consulta por lesiones tipo granos de 1 semana de evolución, inicialmente en brazos y piernas que se extienden posteriormente al resto del cuerpo. Presentó, además, fiebre y erosiones en boca al inicio del cuadro. Examen Físico: Múltiples pápulas eritematovioláceas de 2-6mm de diámetro, algunas centradas por vesículas, otras con costras melicéricas, de límites netos, bordes regulares localizadas en miembros superiores, inferiores, tronco, glúteos y peribucales. Ampollas tensas de contenido líquido localizadas en dorso de manos. Laboratorio: Serologías HSV1 y 2: Negativo. Coxsackie IgM: negativo IgG: positivo. Diagnóstico: Eccema Coxsakium – Impétigo secundario. Tratamiento: Internación -Baño coloidal-Pasta al agua-Vaselina Sólida- Antihistamínicos según prurito- Clindamicina EV. Evolución: paciente presentó buena evolución, dado de alta al 5to día de tratamiento, con resolución de las lesiones en 10 días, sin complicaciones. **Comentario:** A través de la presentación de este caso queremos resaltar la importancia del reconocimiento de esta presentación atípica. La relevancia del conocimiento de esta entidad es realizar su correcto diagnóstico diferencial, especialmente con la varicela o el eccema herpeticum. La identificación positiva para enterovirus evitaría un tratamiento injustificado con Aciclovir.

10. Erupción variceliforme de Kaposi asociado a dermatitis seborreica. Presentación de un caso

Buongermini A, Chamsin S, Cuevas M, Riveros R, Narváez D, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: La erupción variceliforme de Kaposi o eccema herpético es una erupción vesicular causada habitualmente por la extensión de un virus herpes simple tipo I (VHS-1) en pacientes con enfermedades subyacentes de la piel o alteración de la barrera epidérmica, principalmente asociado a Dermatitis atópica. El cuadro clínico se caracteriza por una erupción vesiculosa monomorfa, que progresan a vesiculopústulas umbilicadas, generalmente agrupadas en racimos, y que tienden a la formación de costras con distintos grados de hemorragia. Las lesiones aparecen inicialmente sobre la piel dañada por la patología cutánea. El tratamiento de elección es el aciclovir, oral o intravenoso en función de la gravedad del caso. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente lactante menor, 5 meses de edad, sexo masculino, acude a consulta por cuadro de 1 semana de evolución de manchas rojizas que se descaman, las cuales aparecen inicialmente en región retroauricular y luego se extienden a mejillas. Hace 48hs presenta ampollas en mejillas acompañado de fiebre. Acude al servicio de Urgencias Pediátricas donde queda internado. Examen Físico: Placas eritematosas con áreas erosianadas, de aprox 2-4 cm de diámetro, con costras hemáticas y melicéricas en su superficie, límites netos, bordes irregulares localizadas en mejillas y región auricular. Pápulas eritematosas, erosionadas, de 2-3mm de diámetro localizadas en región frontal y escasas vesículas. Auxiliares de diagnóstico: Test de Tzanck: positivo. Serología HVS1 IgG: Positivo IgM: Negativo Diagnóstico: Erupción variceliforme de Kaposi- Dermatitis Seborreica- Impétigo secundario. Tratamiento: Aciclovir VO-Descostrado de lesiones con agua oxigenada y té de manzanilla-Mupirocina tópica-Clindamicina + Cefotaxima EV. Evolución: Paciente presentó buena evolución, afebril tras inicio de tratamiento, con mejoría notable de las lesiones cutáneas al 5to día de internación. No presentó complicaciones. **Comentario:** La Erupción Variceliforme de Kaposi es una infección cutánea viral que puede ser potencialmente grave y mortal.

El diagnóstico es clínico, pero debe sustentarse con pruebas de laboratorio, como el citodiagnóstico de Tzanck, cultivo viral y serología específica. Consideramos de interés para el pediatra el reconocimiento de esta entidad la cual requiere un diagnóstico temprano a fin de iniciar tratamiento y evitar complicaciones.

11. Hemangioma Infantil diseminado asociado a Hemangioma Hepático. Caso Clínico

Cuevas E, Buongermini A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: Los hemangiomas infantiles son los tumores benignos más frecuentes en la infancia. Consisten en neoplasias vasculares que crecen por una rápida proliferación celular a partir de células endoteliales. La mayoría aparece en las primeras 2 semanas de vida. Se clasifican en superficiales, profundas y mixtas. Aunque es rara la asociación, es importante descartar la presencia de hemangiomas internos u otras alteraciones en hemangiomas de cabeza, abdomen, lumbares, pélvicos, segmentarios, múltiples o muy diseminados. Habitualmente desaparecen hacia los 8-10 años, con o sin secuelas. **Descripción del Caso Clínico**: Lactante menor de 2 meses, sexo femenino, con historia de manchas y lesiones sobre elevadas rojizas en hemicara, brazo y hemitórax derechos, desde el nacimiento, las cuales aumentan de tamaño. Antecedentes neonatales y familiares sin datos de valor. Examen Físico: máculas eritematovioláceas bordes irregulares, límites netos, confluentes, sobre las que asientan tumoraciones rojizas, bordes irregulares, limites netos en frente, párpado superior, hemitórax y brazo derechos. La tumoración del párpado superior derecho disminuye la apertura palpebral. Ecografía abdominal: formación nodular vascularizada (11mm) en el segmento 8 hepático, compatible con Hemangioma. Resto de los métodos auxiliares: Laboratorio (Hemograma, glicemia, Perfil renal, Perfil Hepático, Perfil tiroideo), Electrocardiograma, Ecoencefalografía, Ecocardiografía, angioTAC de cráneo y tórax normales. Diagnóstico: Hemangioma Infantil/ Hemangioma hepático. Manejo: internación en sala de Pediatría para inicio de Propanolol (vía oral), con controles de Frecuencia cardiaca, Presión arterial y glicemia capilar. **Comentarios**: Aunque por lo general los hemangiomas infantiles son lesiones benignas y autolimitadas que no requieren tratamiento, es necesario tratar los de gran tamaño, aquellos que presenten complicaciones (úlcera/ sangrado/infección/compresión de estructuras vitales) o los que representen algún riesgo por su localización. En el caso de la paciente se indicó propanolol por presentar disminución de la apertura ocular (lo cual puede producir ambliopía) y hemangioma hepático (con elevado riesgo de sangrado y mortalidad).

12. Hemangioma Infantil mixto de localización complicada. Presentación de Caso

Buongermini A, Chamsin S, Cuevas M, Flor L, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: Los hemangiomas infantiles (HI) son los tumores benignos más frecuentes en la infancia. Se presentan en 5-10% de los menores de un año. Clínicamente son lesiones heterogéneas según la distribución, profundidad, localización y etapa evolutiva en que se encuentren. Asintomáticos en su mayoría. El 60% se presenta en cabeza y cuello; siendo importante diferenciarlo de los linfangiomas. Se caracterizan por ser inaparentes al nacer, crecer a una velocidad variable durante 12 a 18 meses y luego involucionar espontáneamente por varios años. 20-40% queda con alguna secuela residual, especialmente las de mayor volumen, profundidad y aquellas localizadas en punta nasal, labio y región parotídea. Actualmente el Propranolol es el tratamiento de elección, con 98% de eficacia. **Descripción del Caso Clínico:** Lactante menor, 2 meses de edad, sexo femenino, consulta por lunar rojizo desde el nacimiento que 1 mes antes se acompaña de tumoración color piel que aumenta de tamaño. Examen Físico: Tumoración color piel de 8 x 6 cm de diámetro, limites difusos, bordes irregulares, en cuya superficie asienta placa eritematoviolácea de 2 x 2 cm, localizada en región parotídea izquierda. Ecografía: Imagen ovalada bien delimitada, de bordes regulares, que mide aproximadamente 5 x 3 cm de diámetro, hipoecogénica, heterogénea, difusa, con señal importante al Doppler Color, sugerente de Hemangioma en fase proliferativa. Tratamiento: Propanolol 2mg/kp/día por localización ya que puede afectar función parotídea. Presenta buena evolución, con disminución del tamaño y coloración a las 3 semanas de tratamiento. **Comentario**: La

mayoría de los HI no requiere tratamiento por su curso benigno y autolimitado. Sin embargo, 10-15% de los pacientes deben ser tratados durante la fase proliferativaya que pueden comprometer estructuras vitales, alterar la función de ciertos órganos, ulcerarse, infectarse o producir alteraciones estéticas. Se presenta un caso de Hemangioma Infantil Mixto localizado en región parotídea, de gran tamaño, con buena respuesta al Propanolol.

13. Hemangioma Infantil en línea media abdominal asociado a Hemangiomatosis Hepática. Reporte de un Caso

Aguilar S, Narváez D, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: Los hemangiomas infantiles (HI) son los tumores benignos más frecuentes en los lactantes. Entre el 1-10% de los mismos están asociados a una importante morbilidad por malformaciones concomitantes y presencia de hemangiomas viscerales. **Descripción del Caso Clínico:** Lactante de 2 meses de edad, sexo femenino, sin antecedentes patológicos de valor; consulta por tumoración en abdomen desde el nacimiento que inicia como pequeña mancha roja que aumenta progresivamente de tamaño; Examen físico: Tumoración ovalada, sésil, bordes irregulares, límites netos, superficie rugosa, roja brillante con palidez central, de 7,5 x 6 cm de diámetro que asienta en región supraumbilical, línea media abdominal. Estudios complementarios: Hemograma, glicemia, perfil renal, hepatograma, LDH: normales. Ecografía de partes blandas: formación nodular sugestiva de hemangioma en pared abdominal. Ecografía abdominal: formaciones hipoecoicas en hígado que podrían corresponder a pequeños hemangiomas. Tratamiento: propanolol 2 mg/kg/día Evolución: acude mensualmente a control clínico; se constata aclaramiento del centro a la periferia y disminución de tamaño de la lesión en pared abdominal; al 4to mes de tratamiento se solicita nueva ecografía abdominal de control **Comentario:** Los protocolos de manejo del HI contemplan la realización de estudios complementarios en ciertas situaciones, como por ejemplo lesiones cutáneas múltiples, localización lumbosacra o lesiones segmentarias faciales, ya que son consideradas de mayor riesgo en cuanto a la posibilidad de asociación con otras malformaciones o hemangiomas viscerales. Sin embargo, hay situaciones como la expuesta en este caso, que no corresponden a las clásicamente descritas como de riesgo, en las que podrían ser útiles los estudios de imagen (en especial la ecografía, ya que no implica exposición radiológica y es de fácil acceso) orientados según la localización de la lesión, pudiendo detectarse así lesiones viscerales asociadas que de otra manera pasarían desapercibidas e incluso podrían ser asiento de graves complicaciones.

14. Lesiones perianales en lactantes. ¿Abuso o transmisión vertical?

Cuevas E, Buongermini A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: La presencia de verrugas anogenitales en niños es cada vez más frecuente y controvertido, ya que existen dudas sobre su vía de transmisión. Las vías de acceso del virus del papiloma humano (VPH) al área anogenital infantil pueden ser tres: -Perinatal, a partir de lesiones clínicas o subclínicas en el canal del parto; -Auto o heteroinoculación a partir de verrugas vulgares en las manos de los niños, familiares o cuidadores (no necesariamente excluye la posibilidad de un abuso sexual); y - A partir de los genitales de los adultos. El principal problema, y fuente de debate, es si la presencia de VPH en la región anogenital infantil indicaría o no la existencia de abuso sexual. **Descripción del Caso Clínico**: Masculino, 1 año 11 meses, consulta por granos rojos perianales de 1 año de evolución, aumentan en número y tamaño, presenta por brotes sangrado y dolor de las lesiones. Nacido por parto vaginal, la madre niega lesiones genitales durante el embarazo o parto. Examen físico: pápulas eritemato-hiperpigmentadas con áreas erosionadas, bordes regulares, límites netos, de 0,2-1 cm de diámetro en región perianal. Ante pápulas ulceradas se solicita Biopsia y laboratorio para ulceras perianales. Histopatología compatible con verruga. Serología: Herpes simple 1 IgG e IgM negativos, Herpes simple 2 IgG positivo, IgM negativo. VIH y VDRL negativos. Mamá: Herpes simple 2 IgG positivo, VIH y VDRL negativos, a evaluar presencia de lesiones genitales por ginecología. Diagnóstico: Verrugas perianales. Portador de VHS2. Tratamiento: Topicación con Ácido Tricloroacético 50% más Podofilina 25%, evaluación por Pediatría y Psicología. **Comentario**: Si bien ante un niño menor de 2 años con lesiones

genitales debe considerarse como primera opción la transmisión perinatal, en niños mayores de 2 años la primera posibilidad es la transmisión genital, inocente (lesiones en cuidadores) o no (abuso). Estos niños deben ser evaluados estrictamente por Psicología a fin de descartar Abuso sexual. En lesiones genitales o perianales es necesario solicitar despistaje de otras entidades de transmisión sexual (HIV, VHS2, VDRL). Presentamos el caso de un lactante menor con verrugas y ulceras perianales con serología positiva para VHS2 en el niño y la madre (Transmisión vertical?).

15. Manchas Blancas como marcadores cutáneos de Enfermedades Sistémicas

Aguilar S, Rotela V, Rodríguez L, Boungermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Bolla L, Knopfelmacher O.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: La mayoría de la personas han sufrido a través de su vida una alteración de la pigmentación de la piel, especialmente en la infancia. Estos cambios, en su mayoría, son intranscendentes, como es el caso de las hiperpigmentaciones postinflamatorias; sin embargo, ciertas enfermedades sistémicas se presentan con lesiones similares a las mencionadas y muchas veces pasan inadvertidas. **Descripción de los Casos Clínicos: Caso 1:** Preescolar, femenina, 4 años. Acude por mancha blanca en hombro derecho, de 2 meses de evolución, manejada como eccematide hipocromiante con prednicarbato tópico y protector solar, sin mejoría; Exámen físico: mácula acrómica de 3x2 cm en hombro derecho; Se solicitan estudios complementarios: Ac. IgG anti TPO 327 UI/ml (VR: inferior a 5,61 UI/ml), Ac. Antitiroglobulina: 85,8 UI/ml (VR: inferior a 4,1 UI/ml). Dx: Vitiligo asociado a Tiroiditis autoinmune. **Caso 2**: Preescolar, masculino de 4 años. Acude por mancha blanca en la frente, asintomática, no sabe precisar tiempo de evolución. Examen físico: Mácula acrómica en la frente, mancha blanca en iris izquierdo y mechón de pelos blancos en región frontal del cuero cabelludo. Al reinterrogatorio refiere constipación crónica. Dx: Síndrome de Waardenburg. **Caso 3:** Adolescente de 16 años. Acude por cuadro de 1 año de evolución de manchas blancas asintomáticas en rostro, brazos, piernas. EF: máculas hipocrómicas de 0,5 a 4 cm en rostro, brazos y piernas con alteración de la sensibilidad térmica; Biopsia de piel: proceso inflamatorio pandérmico perivascular, perianexial y perineural. Dx: Hansen indeterminado. **Comentarios:** En los 3 casos presentados, los pacientes presentaron lesiones asintomáticas, tipo máculas acrómicas en piel y en todos ellos la lectura de las lesiones por un ojo avezado en dermatología clínica fue determinante para el diagnóstico preciso. Destacamos la importancia de tener presente en la práctica clínica que, si bien las manchas blancas se deben en su mayoría a procesos banales, en algunos casos pueden ser la expresión clínica de una patología sistémica.

16. Mastocitosis Cutánea. Caso Clínico

Cuevas E, Buongermini A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: La mastocitosis cutánea es un grupo heterogéneo de síndromes clínicos caracterizados por infiltración anormal de mastocitos en varios tejidos y una liberación concomitante de mediadores químicos por estas células. La mastocitosis de la infancia se clasifica en urticaria pigmentosa (forma más frecuente), mastocitoma solitario, mastocitosis cutánea difusa y telangiectasia macular eruptiva perstans. El diagnóstico es clínico, donde la apariencia de las lesiones sirve para identificar el tipo, en especial el signo de Darier que es patognomónico y positivo en el 90% de los casos, siendo la biopsia cutánea el diagnóstico definitivo. El aspirado de médula ósea se considerará para aquellos pacientes que tengan evidencia clínica de involucro extracutáneo. Actualmente no tiene tratamiento curativo; sin embargo, se deben evitar los factores desencadenantes y administrar antagonistas de receptores de histamina si el paciente se encuentra sintomático. La mayoría de las mastocitosis en la edad pediátrica serán solamente cutáneas y tenderán hacia la autorresolución con el paso del tiempo. **Descripción del Caso Clínico**: masculino, 5 meses, 1er gemelar, consulta por granos rojos que inician hace 2 meses en tronco, cuello y extremidades, aumentan en número con el tiempo. Presenta periodos de mejoría donde las lesiones se aplanan y se vuelven color marrón claro pero por momentos se sobreelevan y enrojecen. Tratado con lociones escabicidas sin mejoría. Niega familiares con síntomas similares. Examen Físico: múltiples pápulas eritematosas y otras de color salmón bordes regulares, límites netos de 0,2-1cm de diámetro y máculas hiperpigmentadas marrón claro bordes

regulares límites netos en cuello, tronco y extremidades. Signo de Darier positivo. Histopatología compatible con mastocitosis cutánea. Tratamiento: Evitar factores desencadenantes. **Comentario**: Las manifestaciones cutáneas de la mastocitosis se presentan principalmente en la edad pediátrica; por lo tanto, el pediatra debe ser capaz de reconocer esta patología, conocer el abordaje requerido e informar a los padres sobre el pronóstico y los factores desencadenantes asociados, ya que evitar los mismos es la base del manejo.

17. Pénfigo Foliáceo endémico Infantil, localizado y generalizado

Barboza G, Buongermini A, Di Martino B, Bolla L, Rodríguez M.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: Los pénfigos son dermatosis vesicoampollares autoinmunes e intraepiteliales. El pénfigo foliáceo endémico (PFE) fue descrito en Brasil 1903, también se han reportado casos en Perú, Colombia, Venezuela, El Salvador, Paraguay; y en el Norte de África. Clínicamente se presenta con ampollas de contenido seroso, que se rompen con facilidad y generan erosiones superficiales cubiertas de escamocostras. En la fase activa el signo de Nikolsky es positivo. Puede ser localizado afectando las áreas seborreicas, o generalizado. El diagnóstico se confirma con biopsia e inmunoflorescencia que evidencia anticuerpos IgG dirigidos contra las proteínas del desmosoma. **Descripción de los Casos Clínicos: Caso 1:** Escolar, 12 años, sexo masculino, 6 meses de evolución de manchas rojas, que se inician en cuero cabelludo y se extienden a rostro, región pre esternal, dorso y extremidades inferiores, pruriginosas. Presenta placas eritematocostrosas de 2 a 4 cm de diámetro en rostro, cuero cabelludo, escote y dorso. Ante los múltiples diagnósticos diferenciales posibles (dermatitis seborreica, atópica, psoriasis, lupus, pénfigo), se realizan estudios laboratoriales y biopsia cutánea que informa: fragmentación intraepidérmica alta con acantólisis. Diagnóstico: PFE. Inicia tratamiento con corticoides tópicos (betametasona 2 veces/día) con buena respuesta. **Caso 2:** Escolar, 13 años, sexo femenino. 1 mes de evolución de ampollas en abdomen que aumentan en número y tamaño, la medican con remedios naturales ante creencia de cuadro de varicela, sin mejoría. Examen físico: placas eritematocostrosas redondeadas de 3 a 7 cm, costras melicéricas, serosas y hemáticas, ubicadas en todo el cuerpo; ampollas de 1 cm contenido claro en en región escapular. No lesiones mucosas. Signo de Nikolsky positivo. Diagnósticos planteados: Impétigo Ampolloso, Pénfigo, Dermatitis herpetiforme, IgA lineal. Con el estudio Anatomopatológico se confirma el diagnóstico de pénfigo folíaceo. Inicia tratamiento con prednisona, azatioprina y corticoides tópicos, con respuesta parcial. **Comentario:** El PFE en niños en una patología rara, descrito en apenas 28 pacientes. La presencia de ampollas, erosiones, costras y signo de Nikolsky positivo, nos lleva a pensar en este diagnóstico, y nos obliga a la realización de biopsia e inmunoflorescencia para confirmarlo. La extensión de las lesiones definirá el tratamiento (tópico y/o sistémico).

18. Presentación atípica de infección por HPV-11. A propósito de un caso

Estigarribia M, Gutiérrez O, Di Martino B.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: Los virus papiloma humano pueden comprometer la piel y mucosas provocando verrugas. La respuesta inmune del huésped cumple un rol importante en el control de la infección. El diagnóstico es esencialmente clínico, pero a veces se recurre al estudio histopatológico de las lesiones o al empleo de técnicas de biología molecular especialmente cuando es dudoso. Existe una variedad de opciones terapéuticas, la mayoría destinadas a destruir las lesiones. **Descripción del Caso Clínico:** Niña de 9 años de edad consulta por problemas de piel con alteraciones ungueales de manos y pies de 4 años de evolución, con aumento de tamaño y extensión local de lesiones de forma insidiosa, caída de cabello de 4 años de evolución, en brotes, con posterior crecimiento en su totalidad, presentando hace 1 año nuevamente pérdida de cabello. Se agrega al cuadro, lesión en piel que inicia con enrojecimiento nasal con posterior formación de costras amarillentas. Sin antecedentes familiares. Al examen físico: desnutrición crónica. Cuero cabelludo: pelo ralo con áreas descamativas y alopécicas. Rostro: placa hiperqueratósica de aspecto verrugoso en zona nasal con base eritematosa, costras melicéricas y hemáticas, afectación de las 20 uñas con intensa hiperqueratosis verruciforme de coloración amarillenta en lecho ungueal a predominio de bordes libres que se extienden hasta falanges distales de los dedos, algunas lesiones verruciformes en palmas y

plantas. Resto del examen físico normal. No presenta lesiones en región genital. Se realizó biopsia de piel con Diagnóstico anatomo-patológico: Hiperplasia Epidérmica Verruciforme. Se detectó presencia de ADN de HPV, genotipo de bajo riesgo: HPV-11 mediante el método RFLP. Se envía muestra sangre para estudio de inmunodeficiencia, pendiente retorno de dichos resultados. Recibió tratamiento endovenoso con antibiótico debido a la impetiginización y ablación química (ácido salicílico), presentando mejoría clínica. **Comentario:** El HPV-11 infecta habitualmente las mucosas genital, anal y bucal. Presentamos un caso de paciente con desnutrición crónica, que presenta manifestaciones clínicas atípicas por infección de HPV-11 en piel, que nos plantean otros diagnósticos como epidermodisplasia verruciforme.

19. Pustulosis en el Recién Nacido

Benítez V, Buongermini A, Bolla L, Di Martino B, Rodríguez M.
Catedra y Servicio de Dermatología, Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: La presencia de pústulas en el recién nacido obliga habitualmente a descartar un cuadro infeccioso que a esta edad podría ser grave. Sin embargo, existen también pustulosis neonatales de carácter inflamatorio y benigno. Dentro de estas se encuentra la pustulosis neonatal benigna o melanosis pustulosa transitoria del recién nacido (MPTRN), entidad de causa desconocida, con una prevalencia menor a un 1% de los recién nacidos. Afecta a ambos sexos y es más frecuente en la raza negra. Se caracteriza por presentar pequeñas pústulas estériles, escasas o numerosas, superficiales que se rompen con facilidad, dejando un collarete de escama fina y máculas hiperpigmentadas. Pueden afectar cualquier parte de la superficie cutánea y perduran 48 horas, aunque las máculas residuales pueden persistir varios meses**. Descripción del Caso Clínico**: Se presenta el caso de un recién nacido de termino de 1 día de vida de sexo masculino que presenta desde el nacimiento pústulas de entre 2 a 5 mm, de bordes regulares, limites netos en escroto y cuerpo de pene, sin otros síntomas acompañantes. Se solicita frotis y cultivo del contenido purulento, y se indica pasta al agua una vez al dia sobre las lesiones. El cuadro se resuelve a las 48 hs de vida dejando en el sitio maculas hiperpigmentadas. **Comentario:** La pustulosis neonatal es una patologia rara de carácter autolimitida; si bien su diagnostico es clinico y no requiere de tratamiento; es importante realizar el diagnostico oportuno y el despistaje de otros procesos patológicos de mayor gravedad , como las enfermedades infecciosas de transmisión vertical de etiología bacteriana (S. aureus, S. pyogenes, pseudomonas, listeriosis), fúngica (candidiasis), vírica o luética; lo que puede obtenerse en muchos de los casos a traves de un frotis y cultivo de la secresión purulenta. Por tanto es relevante el conocimiento de dicha entidad por parte del Pediatra y del Dermatólogo para evitar tratamientos innecesarios.

20. Síndrome de Klippel-Trénaunay. Presentación de casos

Barboza G, Buongermini A, Rivas A, Bolla L, Di Martino B, Rodríguez M.
Cátedra de Dermatología. FCM-UNA.

Introducción: El síndrome de Klippel-Trénaunay (SKT), es una malformación vascular compleja de bajo flujo. Descrito por Klippel y Trenaunay en 1900. De baja incidencia 1/10000. Caracterizada por 3 hallazgos: a) Malformación vascular de tipo capilar, venoso y linfático. b) Inicio temprano de varicocidades. c) Hipertrofia de tejidos blandos y/o huesos. **Descripción de los Casos Clínicos: Caso 1:** Escolar, 10 años, sexo femenino. Antecedente de mancha marrón en pie izquierdo desde el nacimiento que aumenta de tamaño. Historia de 6 meses de aumento brusco de tamaño del pie afecto que obliga a aumentar 2 tallas de calzado. Al examen físico: Hemihipertrofia de pie izquierdo, mácula marrón de 3 cm de diámetro, localizada en el dorso, y macula eritematosa de 5 cm en planta con aumento de temperatura. Ecodopler: Malformación vascular de alto débito con área de fístula arteriovenosa, en la cara externa del tobillo izquierdo. Diagnóstico: Malformación vascular, síndrome de Klippel-Trénaunay. Solicitamos evaluación por cirujano vascular, traumatología. **Caso 2:** Adolescente, 17 años, sexo femenino. Historia de 4 años de mancha rojo violácea en pie izquierdo, que aumenta de tamaño progresivamente, asintomática. Aumento del tamaño de dicha extremidad de 4 meses, con aparición de granos que drenan secreción purulenta. Examen físico: Hemihipertrofia de miembro inferior izq., placa violácea de aproximadamente 20 x 10 cm., de limites netos sobre la cual asientan nódulos ulcerados, en tercio inferior y dorso pie izquierdo. Venas varicosas en pierna izquierda. Biopsia

cutánea: Proliferación vascular malformativa, presumiblemente venosa**.** Descartar un Síndrome de Klippel- Trenaunay. **Discusión:** El conocimiento de esta malformación compleja es fundamental para realizar un diagnóstico precoz a fin de evitar complicaciones (tromboflebitis, trombosis, gangrena). El tratamiento y seguimiento se hará en forma multidisciplinaria con pediatras, radiólogos, cirujano vascular, traumatología y dermatología.

21. Síndrome de sensibilidad a fármacos con Eosinofilia y Síntomas Sistémicos por Carbamazepina (DRESS)

Cuevas E, Buongermini A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: El síndrome de sensibilidad a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS), consiste en una reacción grave de hipersensibilidad a fármacos y/o sus metabolitos activos, caracterizada por exantema, fiebre, adenopatías, alteraciones hematológicas y afectación de órganos internos. Es poco frecuente en niños y está asociado al uso de anticonvulsivantes. La mortalidad fluctúa alrededor del 10%, siendo la falla hepática aguda la causa predominante. **Descripción del Caso Clínico**: Escolar de 9 años, de sexo masculino, con diagnóstico de epilepsia en tratamiento con Carbamazepina 2 meses antes, consulta por cuadro de 1 mes de evolución de manchas rojas pruriginosas que inician en miembros superiores y tórax, que luego se generalizan. Niega fiebre. *Examen Físico:* Exantema escarlatiniforme, queilitis. Se palpan adenopatías occipitales y cervicales de 1,5- 2cm de diámetros, sólido elásticas, móviles, no adheridas a planos superficiales ni profundos. No visceromegalias. *Laboratorio:* Leucocitosis con hipereosinofilia, Hepatograma con Glutamato Oxalacetato Transaminasa y Glutamato Piruvato Transaminasa aumentadas. *Histopatología:* epidermis adelgazada con degeneración vacuolar de la basal, queratinocitos apoptóticos basales y supra basales (Civatte), exocitosis de linfocitos, granulosa preservada y ortoqueratosis. Dermis superficial con denso infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario e incontinencia pigmentaria. *Diagnóstico:* Síndrome DRESS. *Tratamiento:* se suspendió el fármaco desencadenante (carbamazepina), bolos de metilprednisolona (30mg/kg/dosis) por 3 días, continuando luego con prednisona VO y emolientes. *Evolución:* favorable, con desaparición del exantema y corrección de parámetros de laboratorio (eosinofilia y pruebas hepáticas) al mes del tratamiento. **Comentarios**: El DRESS es una reacción medicamentosa severa; el diagnóstico es clínico, apoyado por exámenes de laboratorio y la biopsia cutánea, que muestra casi siempre un patrón de reacción tisular de tipo liquenoide. En el manejo es fundamental la pronta identificación, la suspensión del fármaco causal y el uso de corticoides sistémicos.

22. Síndrome de Superposición en Pediatría. Presentación de un caso

Buongermini A, Gómez M, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: Las enfermedades del tejido conjuntivo en pediatría son raras y a menudo graves. A la expresión de dos enfermedades definidas se conoce como ¨Síndrome de superposición¨ siendo las asociaciones más frecuentes: lupus, esclerosis, polimiositis y artritis. **Descripción del Caso Clínico:** Escolar, 6 años, con manchas rojas de 1 año de evolución en rostro, que aumentan en número y empeoran con exposición solar; 4 meses de granos rojos en dorso de manos, asociados a sensación febril, astenia, pérdida de peso y debilidad muscular proximal, edema y artralgias en dedos de manos. Examen físico: Placas eritematosas anulares de centro atrófico con telangiectasias, en rostro y escote. Pápulas eritematosas agrupadas en articulaciones metacarpo-falángicas e interfalángicas proximales de manos. Eritema periungueal con asas capilares dilatadas. Edema eritematovioláceo peri-ocular bilateral. Auxiliares: Perfil Reumatológico positivo para ANA, Anti DNA, Anti Ro/La y Enzimas musculares elevadas. Biopsias de piel compatibles con Lupus sub agudo y pápulas de Gottron. Diagnóstico: Síndrome de superposición (Dermatomiosisis Juvenil, Lupus eritematoso sub agudo). Tratamiento: Ciclofosfamida y pulsos de Metilprednisolona, continuando con Hidroxicloroquina y Prednisona, Fotoprotección, Betametasona 0.1% en lesiones de manos y Tacrolimus 0.03% en lesiones de rostro con mejoría de síntomas sistémicos y debilidad muscular no así de las lesiones cutáneas. **Comentarios:** Se presenta un caso poco frecuente de Síndrome de superposición en niños. El tratamiento es difícil y el

pronóstico en este caso depende de la repercusión sistémica del Lupus, por la afectación renal, ya que la Dermatomiositis evoluciona a la cronicidad y provoca secuelas a largo plazo.

EMERGENTOLOGÍA

23. Impacto socio–económico de los accidentes de moto en menores de 19 años atendidos en un Hospital de Referencia

Báez L, Vergara de Navarro D, Heisele L, Gómez N, Cardozo M, Martínez de Cuellar C.
Hospital de Trauma Manuel Giagni. MSP y BS.

Introducción: Los accidentes de tránsito constituyen un grave problema de salud pública, sin embargo, no se conoce su impacto socioeconómico en el Paraguay. **Objetivos:** Determinar el impacto socioeconómico de los accidentes de moto en < 19 años en el año 2016. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes <19 años que acudieron al Hospital de Trauma (HT) con antecedente de accidente de moto. Los datos y los costos fueron obtenidos de la base de datos del Dpto. de Estadísticas y del Dpto. de Ingresos del HT, respectivamente. **Resultados:** Se incluyeron 700 pacientes que acudieron al HT por accidente de moto. La edad media de los pacientes fue de 15,6 ± 4.33 años. El 78% (546/700) fue de sexo masculino. De los accidentados 489 fueron conductores y 211 acompañantes. La media de edad de los conductores fue de 17 años (DS 4.3) y de los acompañantes 12,3 (DS 4,4). Solo el 7,7% (54/695) de los accidentados tenían casco al momento del accidente. Requirieron hospitalización por 2 o más días el 89,2% (625/700) de los pacientes, de los cuales el 7.6% requirió ser hospitalizado en UCIP. La media de días de hospitalización en sala y UCIP fue de 11.04 días (DS 14,85 días) y 16.57 (DS 23 días). El 25,1% (176/700) tuvo algún grado de discapacidad o secuela y el 5,1% (36/700) falleció. Los costos directos por hospitalización por día en sala y en UCIP fueron de 275,4 y 737,2 $, respectivamente, siendo los costos directos por accidentes de moto en el año 2016 de 2.587.179,2$. Los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en el año 2016, fueron de 2141 años. **Conclusiones:** El impacto socioeconómico de los accidentes de motos, representa un costo social extremo derivado de una causa de muerte que podría prevenirse.

24. Reporte de caso: fractura expuesta del maxilar inferior en un Lactante Menor

Servían L, González R, Pereira R, Franco O, Báez L, Martínez de Cuellar C.
Hospital General de Trauma Manuel Giagni. MSP y BS.

Introducción. La incidencia mundial de la fractura maxilofacial en niños es baja en comparación a la de los adultos. Se presenta el reporte de un caso de un lactante menor con fractura expuesta del maxilar inferior atendido en el Servicio de urgencias de Cirugía bucomaxilofacial del Hospital de Trauma (HT), en junio 2017. **Descripción del Caso Clínico**. Paciente de nueve meses de edad, sexo femenino, remitido de la ciudad de Luque, con antecedentes de caída de una altura de aproximadamente 50 cm, 3 horas antes del ingreso. El paciente fue transportado en ambulancia. Al examen físico se constata fractura expuesta del maxilar inferior y sangrado activo en cavidad oral con desplazamiento óseo importante en el maxilar inferior lado izquierdo. Los estudios auxiliares (radiografía de cara, Frontonasoplaca, y tomografía de cráneo) confirman el desplazamiento y la presencia de los gérmenes dentarios en el trazo de fractura. Atendiendo a la severidad del cuadro se investiga maltrato infantil, con interrogatorio a la madre y radiografías de tórax, pelvis y miembros, los cuales descartaron fracturas en otras áreas del cuerpo. Se realizó la reducción quirúrgica y fijación con material reabsorbible (mini placa de 2.0 y cinco tornillos de 6 mm). Recibió tratamiento antimicrobiano conforme a las Guías del HT para fractura expuesta, analgésicos y antinflamatorios. A las 48 hs se reinició la lactancia materna. La paciente presentó buena evolución, con alta a las 72 hs. Se realizó seguimiento clínico y con métodos auxiliares de diagnóstico a los 7 días, un mes y 3 meses. Se logró la reconstrucción anatómica con preservación de los gérmenes dentarios temporarios. A los 3 meses del incidente no se observaron secuelas como anquilosis de piezas dentarias y secuelas en el crecimiento mandibular. **Comentario:** Este tipo de fractura es inusual en el lactante, constituyendo el primer caso atendido y reportado en el país. La rápida

intervención permitió la reconstrucción anatómica del maxilar inferior preservando los gérmenes dentarios temporarios en su etapa exfoliativa.

25. Traumatismo craneoencefálico en la Cátedra y Servicio de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, 2011-2015

Palomar S, Peiró M, **Galeano F**.
Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

Introducción: El traumatismo craneoencefálico (TCE) en pediatría es un motivo frecuente de consulta. Se estima que 1 de cada 10 niños sufrirá un TCE no banal. Se utilizan criterios de identificación de lesión intracraneana. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas del TCE pediátrico en un servicio de pediatría de un hospital de referencia. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, trasversal, con datos obtenidos de fichas clínicas de la Catedra y Servicio de Pediatría de la FCM-UNA. **Resultados:** Fueron internados 151 pacientes con TCE en el período estudiado. Varones: 91 (60,3%). Menores de 3 meses: 24 (15,9%); 62 (41,1%) de 3 meses a 1 año 11 meses; 37 (24,5%) de 2 a 5 años; 13 (8,6%) de 6 a 12 años y 15 (9,9%) mayores a 12 años. La caída de propia altura fue el motivo más frecuente de consulta 83 (55%), seguido de caída de cama 55 (36,4%), accidente de tránsito 2 (1,3%) y arrollamiento 10 (6,6%). Tuvieron riesgo bajo, de lesión intracraneana 45 (29,8%); riesgo intermedio 44 (29,1%) y riesgo alto 62 (41,1%). Se realizó TAC simple en 12 (26,7%) con riesgo bajo de LIC; en 14 (31,8%) con riesgo intermedio y en 35 (56,4%) con riesgo alto. Se tuvieron 29 TAC alteradas, todas en pacientes con riesgo alto de lesión intracraneana, siendo 11 de ellas (37,9%) fracturas y 18 (62,1%) hemorragias (subgaleal 10 (55,6%), epidural 3 (18%) y subdural 5 (27,8%). **Conclusiones:** El TCE es frecuente en pediatría, siendo los criterios de lesión intracraneana útiles para determinar la necesidad de TAC y de riesgo clínico. Es frecuente la alteración tomográfica en pacientes con riesgo alto de lesión intracraneana. Se deben optimizar recursos hospitalarios, preconizando las TAC en lesiones con riesgo alto y la monitorización en los demás grupos, indicándose TAC en caso de descompensación.

ENDOCRINOLOGÍA

26. Acné Infantil y Pubertad precoz. Caso clínico

Cuevas E, Buongermini A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: El acné es una enfermedad inflamatoria de la unidad pilosebácea. Si bien corresponde a una de las patologías dermatológicas más comunes, en la etapa infantil (2-7 años) es poco frecuente. El cuadro comienza con comedones abiertos (puntos negros) de localización medio-facial y las lesiones inflamatorias (granos rojos o con pus) son más tardías. En la mayoría de los casos se atribuye a un origen hormonal, por lo que deben descartarse patologías de las glándulas suprarrenales o gónadas. **Descripción del Caso Clínico**: Escolar de 8 años, sexo femenino, consulta por cuadro de 1 año de evolución de lesiones sobreelevadas color piel y puntos negros en frente, nariz y mentón, asintomáticas. Refiere además olor axilar del mismo tiempo de evolución sin aumento de la sudoración. Tratado con Adapaleno 0,1% (gel) y jabón de glicerina en rostro y Triclosan en axilas, con escasa respuesta. Niega ingesta de medicamentos. Antecedentes personales: crecimiento de vello púbico: 7 años 3 meses, crecimiento de mamas: 7 años 8 meses, crecimiento de vello axilar: 8 años, menarca: aún no presenta. Examen Físico: Comedones abiertos y cerrados en frente, dorso nasal, mejillas, área del bigote. Escasas pústulas y pápulas eritematosas en mentón. Mamas: Tanner 2, Vello Púbico: Tanner 4. Laboratorio: FSH y Estradiol aumentados, resto del perfil hormonal normal. Ecografía ginecológica: útero y anexos de apariencia normal para la edad de la paciente. Diagnósticos: Acné Infantil, Pubertad Precoz y Bromhidrosis. Manejo multidisciplinario. Tratamiento dermatológico con tópicos y seguimiento estricto por pediatra y Endocrinología. **Comentarios**: La pubertad precoz es un motivo de consulta frecuente en la actualidad; puede tener repercusiones físicas y psicosociales. Engloba diferentes signos y síntomas de gravedad variable, entre ellas el acné, por lo que el dermatólogo puede ser el primer especialista en estar en contacto con dichos pacientes, de allí la importancia de conocer la

fisiopatología y el manejo multidisciplinario que ellos requieren.

27. Calcinosis cutis a propósito de un caso

Duartez D, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: La calcinosis cutis o cutánea es una entidad caracterizada por el depósito de sales de calcio en la piel, de origen idiopático o secundaria a un trastorno subyacente. De acuerdo al mecanismo fisiopatológico puede clasificarse en: distrófica, metastásica, iatrogénica, idiopática y calcifilaxis. La calcinosis idiopática presenta depósitos de sales de calcio insolubles en la piel en ausencia de patologías subyacentes o factores desencadenantes. **Descripción del Caso clínico**: Paciente de 3 años de edad, femenino, procedente de Caaguazú. Antecedentes: lesión en piel de 5 meses de evolución, a nivel de miembros inferiores, región posterior, como nódulos de consistencia sólida, que aumentan en número con los meses, no así de tamaño. Examen físico: nódulos que se extienden desde la región glútea hasta regiones poplíteas, redondeadas de bordes netos, consistencia duro-elástica de 2x3cm aproximadamente, móviles adheridas al Tejido celular subcutáneo (TCSC). Se solicita analítica general, incluyendo urea, creatinina, electrolitos, enzimas hepáticas, hemograma, coagulación, ionograma en orina, hormonas tiroideas, C3, C4 y factor reumatoideo, siendo todos lo resultados normales. Radiografía de miembros inferiores: calcificaciones en ambos muslos. Ecografía de partes blanda: imágenes hiperecogenicas, correspondiente a calcificaciones a nivel del TCSC, límites imprecisos, infiltrativos con sombra acústica posterior. Diagnóstico: Calcinosis cutis probable. Se realiza biopsia de la tumoración y alta en iguales condiciones. Biopsia: tejido fibroadiposo con extensa calcificación distrófica, dispuesta en forma de múltiples nódulos. No se observa proceso neoplásico. Aspecto histopatológico de CALCINOSIS CUTIS. Se decide alta médica con seguimiento por dermatología. **Comentario**: En niños lo más frecuente, son nódulos calcificados subepidérmicos. El pronóstico suele ser benigno, siendo infrecuentes las complicaciones graves, y, en ocasiones, revirtiendo espontáneamente. No obstante, el pronóstico global se verá determinado por el trastorno subyacente asociado. Para su tratamiento se han aplicado tanto medidas farmacológicas como quirúrgicas, presentando en ambos casos resultados muy dispares.

28. Enfermedad de Graves-Basedow. A propósito de un caso

Barrios N, Aquino M.
Hospital Nacional de Itauguá.

Introducción: Es una patología no muy frecuente que aparece en el 2-3% de la población, cuya base patogénica es autoinmune, con una incidencia a los 11-15 años de edad, y 5 veces más frecuente en mujeres que varones. Es la causa más común de tirotoxicosis y requiere reconocimiento e inicio de tratamiento precoz a fin de evitar una mala evolución. **Descripción del Caso Clínico:** Adolescente de sexo femenino, de 15 años de edad, sin antecedentes personales de interés, cuyo motivo de consulta fue amenorrea, protrusión ocular de 7 meses de evolución, cefalea y epistaxis, trastornos del sueño y abandono escolar. Al examen físico llama la atención exoftalmos, congestión ocular, se palpa nódulo tiroideo difuso bilateral, temblor fino de extremidades, taquicardia, resto del examen normal. Ante la sospecha clínica se solicita analítica laboratorial que informa TSH suprimida; menor a 0,005 (0,27-4,2 uUI/ml), T3 total: mayor a 651(80-200 ng/dl), T4 libre: mayor a 7,77(0,93-1,70 ng/dl) y T4 total: 22,1(4,5-12,5 ug/dl), anticuerpos TSHR (TSH Receptor): 15,67 UI/L (inferior a 1,75 UI/L). Autoinmunidad positiva para Ac AntiTPO: 1935UI/ml (positivo mayor a 75 UI/ml) y para AntiTG: 1486 UI/ml (positivo mayor a 150). Se realizó una ecografía de tiroides que informó Bocio difuso. Se confirma el diagnóstico de Enfermedad de Graves Basedow y se inició tratamiento con Metimazol y propanolol, derivación posterior a endocrinología. Se aprecia mejoría clínica en controles posteriores. **Comentario:** La exposición del mencionado caso clínico pretende reflejar la importancia de hacer el diagnóstico e iniciar tratamiento médico oportuno a una patología quizá no muy frecuente en pediatría. Se inició tratamiento de primera línea logrando compensar clínicamente a la paciente.

29. Síndrome de Berardinelli-Seip: A propósito de un caso

Ruiz Díaz M, Neves de Souza CP.
Servicio de Endocrinología Pediátrica. Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

Introducción: El Síndrome de Berardinelli-Seip es una lipodistrofia generalizada congénita, autosómica recesiva, infrecuente, asociada en 95%

de los casos a mutaciones en el gen LCBS1, localizado en el cromosoma 9, que codifica la enzima AGPAT2, esencial para la biosíntesis de glicerofosfolípidos y el triacilglicerol. **Descripción de Caso Clínico:** Preescolar de sexo femenino, de 4 años de edad, hija de padres no consanguíneos, con consultas reiteradas por escasa ganancia ponderal, al examen físico llama la atención fascie tosca, hipertrofia muscular y atrofia del tejido graso subcutáneo; en el control laboratorial se detecta perfil lipídico alterado y en la ecografía abdominal hay descripción de ecogenicidad hepática alterada, el fenotipo de la paciente y los datos de los estudios subsidiarios son compatibles con Síndrome de Berardinelli Seip, por lo que se inicia medidas dietéticas saludables, con poca adherencia a las mismas. Los controles de perfil metabólico son realizados con frecuencia y van empeorando a través de los años, se inicia tratamiento farmacológico con Bezafibrato y Omega 3, sin la mejoría esperada, posteriormente se instituye terapéutica con Ciprofibrato y Atorvastatina. Sin embargo la paciente evoluciona con diabetes resistente a la insulina e refractaria al tratamiento usual, requiriendo Metformina y elevadas dosis de insulina Glargina y Glulisina. Presenta asociada hipertensión arterial que es controlada con Enalapril. La hipertrigliceridemia marcada requiere internación en dos oportunidades para goteo endovenoso de insulina. En la actualidad, estando la paciente con 16 años de edad, recibe pioglitazona, enalapril, metformina y las insulinas, a pesar de la misma sigue con pobre control metabólico. **Comentario:** Esta es una enfermedad congénita rara, que afecta con mayor frecuencia al sexo femenino, y determina hipertrigliceridemia marcada que conlleva esteatosis hepática y resistencia insulina, la adherencia al tratamiento juega un papel muy importante en el pronóstico de la enfermedad, que como en este caso no existió buena adherencia, llevando a un empeoramiento del síndrome metabólico.

HEMATO-ONCOLOGÍA

30. Caracterización de los episodios de Neutropenia Febril de alto riesgo de infección bacteriana invasora en Pacientes Pediátricos con Leucemia Linfoide Aguda

Ibarra B, Talavera G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: La Leucemia Linfoide Aguda (LLA) es el cáncer pediátrico más frecuente. La neutropenia febril constituye una urgencia oncológica, la categorización de riesgo de infección bacteriana invasora de la neutropenia febril constituye una recomendación de tipo A1. **Objetivos:** Caracterizar lo episodios de neutropenia febril (NF) de alto riesgo de infección bacteriana invasora (IBI) en pacientes pediátricos con Leucemia Linfoide Aguda. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retroprospectivo de corte transversal con componente analítico. Criterios de inclusión: pacientes con LLA de 0-18 años que cumplan con al menos uno de los veinte criterios para NF de alto riesgo de IBI según la Asociación Española de Pediatría (AEP) y contar con consentimiento informado en la fase prospectiva. Los resultados fueron analizados con el programa SPSS v. 21, utilizando estadística descriptiva y analítica. **Resultados:** Durante el periodo de estudio (enero 2011 – agosto 2017) se presentaron 487 episodios de NF de alto riesgo de IBI en un total de 168 pacientes. Cada paciente presentó en promedio 2,89 episodios de NF de alto riesgo de IBI. El 55.3% correspondió al sexo masculino (93/168). La mayoría de los pacientes proviene del departamento Central. La mediana de edad fue de 7 años (mínima de 1 mes - máxima de 18 años). Los factores de riesgo según la AEP hallados con mayor frecuencia fueron: Recuento absoluto de monocitos (RAM) ≤ 100 (98.2%), Etapa de inducción (86.2%), Fiebre ≥ 39ºC (55%), Recuento absoluto de neutrófilos (RAN) ≤100 (42%). La mortalidad fue de 12% (22/168). Los factores de riesgo relacionados a mortalidad: Fase de tratamiento ($p < 0.0005$), afectación del estado general ($p < 0.0005$), presencia de shock al ingreso ($p < 0.0005$), recuento de plaquetas ≤ 50000 ($p < 0.005$), RAN ≤100 ($p < 0.005$). Los cultivos fueron positivos en 31 episodios. La mediana de días de internación fue 7 días. **Conclusión:** Los factores de riesgo más frecuentes son: etapa de inducción, RAM y RAN muy bajo, fiebre elevada. Con 22 fallecidos los factores de riesgo a mortalidad están relacionados a fase de tratamiento, afectación del estado general, shock, recuento de plaquetas y RAN.

31. Hipofibrinogenemia Congénita. Reporte de Caso

Rivarola CM, **Riveros NN.**
Departamento de Pediatría. Hospital Nacional de Itauguá.

Introducción: La deficiencia congénita de factor I abarca trastornos hemorrágicos hereditarios, ya sea por reducción de la cantidad y/o calidad de fibrinógeno circulante, caracterizado por sangrados leves a graves. La afibrinogenemia y la hipofibrinogenemia corresponden a anomalías cuantitativas del fibrinógeno, mientras que la disfibrinogenemia corresponde a una anomalía funcional del fibrinógeno. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente de 7 años femenino con antecedente perinatal de RNT AEG internada por distres respiratorio, que presenta sangrado en sitios de punciones tras toma de laboratorio de rutina. En su 3er día de vida se constata crasis incoagulable en dos ocasiones, descartándose problemas técnicos y/o de muestra, recibe PFC y vitamina K, y se solicita dosaje de Fibrinógeno. Retorna TP 19.9seg 44%, TTPA 42seg Plaquetas 240000, Fibrinógeno 30mg/dl; se repite TP 16.7 seg 58% TTPA 38seg, Plaquetas 230000, Fibrinógeno 39 mg/dl, se indica crioprecipitado con mejoría, que permite el alta con diagnóstico de probable Hipofibrinogenemia Congénita. Actualmente en seguimiento por Hematología Infantil y acude a Urgencias en situaciones de sangrado para recibir crioprecipitado. **Comentario:** La Hipofibrinogenemia Congénita es una patología muy rara, 1 /1000000 siendo necesario conocer este trastorno hemorrágico, tanto en su presentación clínica como laboratorial a fin de tener una adecuada orientación diagnóstica. Se concluye que al presentar TP y TTPA incoagulables, es imperativo dosar el fibrinógeno para llegar al diagnóstico de este trastorno.

32. Leucemia Linfoblástica Aguda tipo B en escolar con Tumor Neuroectodérmico Primitivo retroperitoneal

Marecos M, Ruiz Díaz M, Almada N, Brizuela S, Batista J.
Servicio de Oncohematología Pediátrica del Instituto de Previsión Social Hospital Central Dr. Emilio Cubas.

Introducción: El avance en el tratamiento de los cánceres pediátricos implica un aumento en la sobrevida de estos pacientes, sin embargo el riesgo de neoplasias secundarias se ve incrementado en aquellos tratados con agentes alquilantes, inhibidores de la topoisomerasa II y radioterapia, pudiendo presentarse en un periodo variable de tiempo que va desde 6 meses hasta 15 años después del tratamiento. Se describe con mayor frecuencia la s-LMA, y más raramente la s-LLA, representando el 5-10% de las leucemias agudas secundarias. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente escolar masculino de 10 años de edad con diagnóstico de Tumor Neuro ectodérmico Primitivo Retroperitoneal no metastásico en agosto del 2015 (a los 8 años de edad), recibió esquema POG9354 completando 17 según protocolo estipulado, y radioterapia al culminar; con controles semestrales. Acude actualmente por cefalea, epistaxis, petequias y equimosis 24 hs antes de su ingreso. Acude con facultativo, se realiza HMG, que informa GB: 164310, Blastos: 77% y se lo deriva para tratamiento. Ingresa en buen estado general, lúcido, eupneico. Piel: se observan petequias de distribución difusa, hematomas. Resto del examen físico sin particularidades. Con los resultados de laboratorio ingresa a quirófano para la realización de PAMO, se envía muestra para Citometría de flujo, retornando informe de PAMO y Citometría que informa Leucemia Linfoblástica Aguda precursora CD10 positivo, posterior a ello inicia esquema de inducción para riesgo alto. **Comentario:** Los pacientes tratados con inhibidores de la topoisomerasa II, agentes alquilantes y radioterapia tienen un riesgo elevado de presentar síndromes mielodisplásicos secundarios, siendo la más frecuente la s-LMA, sin embargo, este caso describe la aparición de LLA como neoplasia subsiguiente al tratamiento.

33. Linfoma No Hodgkin con afectación medular

Escurra C, Bogado J, Rodríguez D.
Hospital Regional de Encarnación, Servicio de Pediatría. Posgrado de pediatría. FM- UNI.

Introducción: Los Linfomas No Hodgkin (LNH) generalmente se presentan como linfoadenopatías que se extienden ordenadamente, siendo frecuente la afectación de la médula ósea, sin destrucción del hueso, en las etapas avanzadas de la enfermedad (5-15%). A diferencia de ella, la afectación ósea sintomática por LNH destruye el tejido y es una forma inusual de debut en esta población, aunque por radiología se puedan detectar lesiones óseas en el 10-20% de los pacientes. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente de 12 años, con dificultad para la

marcha por dolor dorsal de 1 semana de evolución, impotencia funcional de miembros inferiores de 24 hs de evolución. Examen físico: vigil, lucido, colaborador, adopta en el lecho la posición decúbito dorsal preferencial. Llama la atención palidez de piel y mucosas, macha abolida, MMII: simétricos, no se observan deformidades, impotencia funcional bilateral, marcha abolida, tono y trofismo conservado, no se observan edemas, sensibilidad conservada. Laboratorio: GB: 7.942/mm3, N: 60%, L: 35%, Eo: 3%, Hb: 13,7gr%, Hto: 41,1%, PCR: ++, CEA y Ca 19-9 negativos, CA 125: 40, PAS: 0,6, TORSCH negativo, LCR citoquímico: Prot: 189 mg/dl, Globulinas: ++, Glucosa: 58mg/dl, Leucocitos: no se observan. Cultivo de LCR: negativo. Rx de tórax: se observa imagen nodular a nivel del vértice del campo pulmonar derecho. Ecocardiografía: presión pulmonar levemente elevada, pericardio visceral engrosado y de aspecto nodular, que impresiona infiltrar la pared del ventrículo derecho, derrame leve circunferencial, predominio anterior. Ecografía abdominal: en pared anterior del abdomen, en relación al Tejido Celular Subcutáneo, se observan varias imágenes nodulares heterogéneas ovaladas, la de mayor tamaño en hipocondrio derecho. **Comentario:** La afectación de medular puede ser un hallazgo usual en etapas avanzadas de la enfermedad, representa sólo un 15% de los tumores malignos de hueso. Motivo importante por la cual publicar este caso es pensar que un mayor conocimiento de la clínica, diagnóstico y terapéutica puede contribuir a un mejor manejo de la enfermedad. La escasa incidencia de linfomas en el hueso y la aún menor incidencia de la afectación Medular explica gran parte de las demoras y confusiones en su diagnóstico. En este caso, se derivó a tiempo el paciente a un centro de mayor complejidad para realizar biopsia de ganglio centinela, gracias al cual se realizó el diagnóstico de Linfoma No Hodgkin con Metástasis Ósea, Medular, Pulmonar, Pericárdica y Abdominal (mesenterio).

34. Pancitopenia etiología más frecuente. Revisión de casos

Brizuela S, **López F**, Da Cunha J, Ballash M, Centurión I, Medina A, Gómez A.

Servicio de Pediatría Hospital General Barrio Obrero. Posgrados de Pediatra de la Universidad Católica de Asunción.

Introducción: Los motivos de consulta más comunes en pediatría son la fiebre y palidez de piel, por lo que es importante tener en cuenta las patologías hematológicas para el diagnóstico precoz y mejor manejo del pediatra así como del especialista. Las leucemias son la forma más frecuente de presentación del cáncer en la edad infantil. **Descripción de los Casos Clínicos: Caso 1:** Paciente femenino 11 años sin antecedentes familiares de enfermedades hematológicas ni colagénicas, presenta fiebre 1 día, mareos y palidez de piel por 2 meses; al examen físico presenta hepatoesplenomegalia. Laboratorios Hb 5,5 mg/dl, Hto 17,6%, Gb 73.500/mm3, Plaquetas 7800/mm3, Blastos 100%, serología para STORCH negativo; con 1 mes y 30 días de sintomatogía general y 3 consultas ambulatorias con pediatras distintos, sin internación previa, queda con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Agua. **Caso 2:** Paciente masculino de 1 año 9 meses, sin antecedentes familiares de enfermedades hematológicas ni colagénicas, presenta fiebre 15 días, dificultad para la marcha de 1 semana, palidez de 3 meses; al examen físico presenta hepatoesplenomegalia. Laboratorios Hb 7 mg/dl, Hto 21%, Gb 1.500/mm3, Plaq 9800/mm3, Blastos 25% serología para STORCH negativo; con 3 meses de sintomatología y más de 10 consultas previas, queda con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Agua. **Caso 3:** Paciente femenino de 1 año 9 meses, portadora del Síndrome de Down, presenta fiebre 5 días, palidez de piel de 1 mes; al examen físico presenta hepatoesplenomegalia. Laboratorios Hb 7,6mg/dl, Hto 21,2%, Gb 1700, Plaq 6200mm3, blastos 20% serología para citomegalovirus positivo; con 1 mes de consulta ambulatoria y 1 internación de 3 días, queda con diagnóstico de Pancitopenia por citomegalovirus. **Comentario:** De casos internados en el mes de agosto en el servicio de pediatría, los 3 casos tienen antecedentes de picos febriles y palidez de piel de más de un mes de evolución, con consultas ambulatorias e internaciones en otros servicios sin diagnóstico previo, en el mismo tiempo. Por esta razón es importante que el pediatra realice una buena anamnesis y conozca las patologías que puedan cursar con estos síntomas de tal forma a ser diagnosticados y ser remitidos a centros especializados en forma temprana.

INFECTOLOGÍA

35. Absceso parotídeo en un Lactante Menor
González S, Rolón R.
Departamento de Pediatría. Hospital General de Luque.

Introducción: Los abscesos profundos del cuello son relativamente infrecuentes en los niños, sin embargo cuando se presentan son de curso rápido y requieren de manejo precoz. Los *estreptococos beta hemolíticos del grupo A de Lancefield y Staphylococcus aureus* permanecen aún como los agentes etiológicos más frecuentes en los niños. En el absceso parotídeo la aponeurosis que la cubre tiene numerosos tabiques que hacen los abscesos loculados. No existe espacio anatómico entre la fascia y la glándula, por lo que la infección es de la glándula y de la fascia, por obstrucción del conducto de Stenon o bien de ganglios próximos a ella. **Descripción del Caso Clínico**: Lactante menor (femenino), procedente de Luque, con antecedente hace quince días atrás de celulitis en lóbulo de oreja izquierda (referido por la madre); acude actualmente por tumoración cervical de 48 horas de evolución, en región infra auricular izquierda, que aumenta de tamaño gradualmente, doloroso a la palpación, eritematosa acompañado de fiebre y llanto inconsolable. Al examen físico se constata tumefacción en región parotídea izquierda abarcando zona infra auricular izquierda de forma redondeada de aproximadamente 5cm de diámetro, de consistencia sólida elástica, indurada en los bordes, con signos inflamatorios bien claros, la cual no genera elevación del lóbulo de la oreja. Se realiza ecografía con cortes biplanares. En región lateral de cuello se observa en el espesor de la parótida izquierda imagen sugerente de colección absceda organizada de 15 mm de diámetro mayor a 3 mm de profundidad (volumen 1 cc). Se practica punción aspirativa obteniéndose 6cc de líquido purulento; aislándose SAMS. Completó tratamiento antibiótico con Clindamicina más Cefotaxima por 12días (no se realiza antibioticoterapia según sensibilidad por retorno tardío del resultado bacteriológico). Se decide el alta con buena evolución clínica. **Comentario:** Se presenta el caso de absceso parotídeo por ser poco frecuente en los niños; sin embargo se lo debe tener en cuenta para el diagnóstico y tratamiento adecuado, para evitar complicaciones como septicemia, parálisis del nervio facial y fístulas.

36. Afectación neurológica en adolescente con osteomielitis vertebral hematógena. Caso clínico
Benítez M, Rodríguez D, Lurashi N, Santos C.
Servicio de Pediatría. Hospital Regional de Encarnación. Posgrado de Pediatría. FM-UNI.

Introducción: La osteomielitis es una infección del tejido óseo causada más frecuentemente por *Staphylococcus aureus*; producida por vía hematógena, inoculación interna o por contigüidad. Las infecciones vertebrales son muy raras. **Descripción del Caso Clínico:** Presentamos el caso de paciente adolescente, 11 años, sexo femenino. APP sin datos de valor. Consulta por dolor en región dorsolumbar y cadera de 8 días, se agrega fiebre y debilidad de ambos miembros inferiores 24 hs antes. Examen físico: Hipotrófica, fascies sufriente. Funciones cerebrales superiores conservadas, marcha abolida, miembros inferiores pléjicos. Oxford 1/5 proximal y distal. En ambos miembros inferiores sensibilidad superficial y profunda conservada. ROT aquiliano y rotuliano abolidos. Reflejos cutáneos plantares y Babinsky ausentes bilaterales, globo vesical; ausencia de reflejo esfinteriano vesical y anal. Reflejos cutáneos abdominales ausentes. Laboratorios: Hb: 12.9 Hto: 39.8 GB 19.600(N: 79% L: 11%) Plaquetas 236.100 PCR +. Orina simple normal. Urocultivo sin desarrollo. Hemocultivo positivo para SAMR. Perfil colagénico negativo. Ecografía abdominal: líquido libre en mínima cantidad a nivel de FII. TAC de columna descarta ocupación de espacio medular y alteración de estructuras óseas, confirma presencia de líquido en cavidad pleural y abdominal. Punción de líquido pleural, cultivo negativo. Se inició cobertura antibiótica con cefotaxima y oxacilina ante sospecha de artritis séptica de cadera y por sensibilidad se cambió oxacilina por vancomicina, recibió 5 bolos de metilprednisolona ante sospecha de mielitis trasversa con leve mejoría de síntomas. RMN de columna cervicodorsal informa Espondilitis infecciosa, con compromiso del espacio epidural anterior y posterior, abscesos paravertebrales; se realiza laminectomía de D9-D10 con cultivo de colección epidural positivo para SARM, recibe 8 semanas de vancomicina. **Comentario**: Patología de baja frecuencia en la edad pediátrica, la causa infecciosa suele ser la más frecuente y puede presentarse con alteración neurológica, el déficit

neurológico permanente es su secuela más importante, y la mala evolución está marcada por la presencia de déficit motor antes de iniciarse el tratamiento, y más si se presenta durante 36hs.

37. A propósito de un caso: Otitis media crónica colesteatomatosa como causa de meningitis bacteriana aguda

Acuña D, Santos C, Luraschi N, Vire R.
Hospital Regional de Encarnación, Servicio de Pediatría, Postgrado Pediatría FM-UNI.

Introducción: El colesteatoma se define como una masa (seudotumor benigno) ,que se forma lentamente por alteración en la función normal del oído medio, y que ocupa, invade y erosiona el oído medio generando supuración, dolor, hipoacusia y el riesgo de complicaciones graves. **Descripción del Caso Clínico**: Paciente adolescente de 13 años de edad sexo masculino consulta por secreción purulenta por el oído derecho de 3 meses de evolución de forma intermitente, hipoacusia de larga evolución, fiebre no graduada, cefalea holocraneana y vómitos de 4 días de evolución. Al examen físico: presenta otorrea purulenta, fétida, rigidez de nuca, signos de irritación meníngea marcha atáxica y desorientación. Se realiza punción lumbar donde se observa un LCR de aspecto amarillento, cuyo citoquímico informa 4200 leucocitos, glucorraquia 0 y cultivo de LCR positivo para *Streptococo neumoniae.* El paciente fue evaluado por especialista en otorrinolaringología, se realizó una otomicroscopia, durante la cual se aspiró secreción con las características antes citadas y se constata la presencia de colesteatoma en oído medio derecho. Se realizó además TAC de oído que informa erosión y destrucción de la pared lateral del ático (espolón) del oído derecho. El paciente completo tratamiento antibiótico por vía parenteral con cefotaxima y vancomicina a dosis meníngea, además de ciprofloxacina en gotas óticas, y fue trasladado a un centro de mayor complejidad para una cirugía. **Comentario:** Se presenta el caso clínico debido a las serias complicaciones de una patología de oído medio que puede evitarse haciendo un buen diagnóstico y tratamiento oportuno de la patología aguda. Es importante señalar que el colesteatoma no desaparece espontáneamente y favorece complicaciones graves como una meningoencefalitis infecciosa como en este caso. El tratamiento oportuno de la otitis media crónica supurada, médico y quirúrgico permite evitar complicaciones, una vez desarrollada la OMC colesteatomatosa es de resorte netamente quirúrgico.

38. Caracterización de infecciones de piel, anexos y partes blandas en niños internados en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Luque

Jiménez L, Galeano R, Cáceres V, Delgado V, Rolón R.
Hospital General de Luque.

Introducción: Las infecciones de piel, anexos y partes blandas tienen una alta prevalencia en los niños por las frecuentes heridas, lesiones traumáticas sufridas y características climáticas de la región, resultando en un motivo de consulta frecuente. Siendo los gérmenes frecuentemente aislados SBHGA y SA. Últimamente existe un aumento del SAMR en la comunidad, en casos de heridas producidas en piletas tener en cuenta gérmenes como *P. aeuriginosa*. **Objetivos:** Caracterizar las infecciones de piel, anexos y partes blandas en niños de 28 días a 15 años internados en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Luque de 1 junio del 2016 a 31 mayo del 2017. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Fueron revisadas 1070 historias clínicas de niños de 28 días a 15 años que fueron internados en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Luque en el período comprendido entre 1 junio del 2016 al 31 mayo del 2017. **Resultados:** Se encontraron 214 niños (20,4%) con infecciones de piel, anexos y partes blandas, prevaleciendo en la edad preescolar y en el sexo masculino. 65 niños (31%) correspondieron a celulitis y 62 niños (29%) celulitis abscedadas; se aisló germen en 85 niños (39,7%) siendo el agente etiológico prevalente el SAMR en 67 niños (30,6 %), 3,1% otros gérmenes como SBHGA 4(1,3%) casos, Acinetobacter 2 casos, *Klebsiella pneumoniae* 1caso, *Serratia Marcescens* 1 caso, no se aisló germen en 134 niños (61.8 %). Fueron tratados de forma empírica 51 niños (38,3%) con Clindamicina y 30 niños (22,5%) con la asociación de Cefotaxima más Clindamicina. Tratamiento quirúrgico en 86 niños (16%) y 7 niños (1 %) presentó complicaciones. **Conclusión:** Las infecciones de piel, anexo y partes blandas son causa de internación frecuente. La lesión predominante como causa de internación fue la celulitis. El agente etiológico principal el SA tanto los MR, como los MS, luego el SBHGA. La antibioticoterapia empírica más utilizada fue Clindamicina, presentando un bajo

porcentaje de complicaciones y requerimiento de tratamiento quirúrgico. Promedio de hospitalización 8 días.

39. Celulitis orbitaria izquierda de origen Sinusal, complicada con absceso Subperióstico. Reporte de dos casos

Wentzel G, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: La celulitis orbitaria es una causa grave de inflamación aguda de la órbita. Puede afectar el contenido de la órbita, asociándose frecuentemente a procesos sinusales. La incidencia de abscesos subperióstico es del 8 y el 15%. **Descripción de los Casos Clínicos: Caso 1**: Niña de 3 años, procedente de Caaguazú, ingresa por tumefacción bipalpebral y de hemicara izquierda que dificulta la apertura ocular. Fiebre de 5 días y secreción serohemática por fosa nasal izquierda de 3 días. Presentó cuadro gripal 2 semanas antes. Ingresa febril, hemodinámicamente estable, al examen físico tumefacción bipalpebral y de región malar izquierda, con signos inflamatorios y enfisema subcutáneo. Hemograma con leucocitosis y neutrofilia. TAC contrastada: ocupación de seno maxilar y celdillas etmoidales izquierdas, complicada con absceso subperióstico y peri-oftalmitis retro y preseptal. Evolución: empeoramiento clínico, con signos de shock refractario, ingresa a UCIP por 4 días. Presentó alteración del lenguaje y marcha en su sexto día de internación, EEG con paroxismos en región frontal bilateral. Secreción purulenta positiva a SAMR. Hemocultivos negativos. Tratamiento: drenaje quirúrgico y antibioticoterapia EV por 4 semanas con Vancomicina, Ceftazidima y Metronidazol. Alta a las 4 semanas con mejoría. **Caso 2**: Niña de 7 años, procedente de San Pedro, ingresa por tumefacción bipalpebral izquierda de 2 semanas y fiebre de 10 días, recibió amoxicilina clavulánico por 1 semana con escasa mejoría. Antecedente: cuadro gripal 1 semana antes. Examen físico: tumefacción bipalpebral izquierda, con signos inflamatorios, inyección conjuntival, disminución de la agudeza visual y proptosis. Hemograma: leucocitosis y neutrofilia. TAC de cráneo contrastada: sinusopatía maxilar y etmoidal izquierdos, complicada con absceso subperióstico etmoidal y perioftalmitis izquierda. Tratamiento: Cefotaxima, Clindamicina endovenoso por 2 semanas con mejoría clínica e Imagenológica. **Comentario**: La celulitis orbitaria en un 60 y 80% de los casos es secundaria a procesos sinusales. El tratamiento inicial suele ser médico, con antibioterapia dirigida a los gérmenes frecuentes. La realización de TAC contrastada y RMN sirve para descartar complicaciones, y establecer la necesidad de tratamiento quirúrgico. Hay evidencia para recomendar el tratamiento médico expectante en los casos de abscesos subperióstico, siempre que se garantice su seguimiento estrecho.

40. Complicaciones poco frecuentes de la ascaridiasis: reporte de dos casos

Gómez Y, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: La ascaridiasis es la helmintiasis intestinal más frecuente, sobre todo en países en desarrollo. La morbi-mortalidad de las formas severas se debe, sobre todo, a la obstrucción intestinal y a la migración al conducto biliar y pancreático. Las infecciones crónicas contribuyen a la desnutrición. **Descripción de los Casos Clínicos: Caso 1:** Niña de 1 año 6 meses de edad, ingresa con historia de fiebre de 3 días y eliminación de parásitos por heces y boca de 1 mes de evolución. Al examen físico se constata palidez, abdomen globuloso, visceromegalia. Datos Laboratoriales con Anemia (Hb 6.7g/dl), Leucocitosis (30.070/mm3), eosinofília importante (9622/mm3), elevación de aminotranferasas y coproparasitológico con huevos de Áscaris. La ecografía abdominal informa vías biliares intrahepáticas, conductos hepáticos y colédoco dilatados a expensas de áscaris en la luz; parénquima hepático con áreas de abscesos, bazo con formaciones hipoecogénicas. Recibió tratamiento antihelmíntico y antibiótico. Alta en buenas condiciones. **Caso 2:** Lactante de 1 año 5 meses de edad, sexo femenino, con historia previa de fiebre de 6 horas, dificultad respiratoria de 1 hora y expulsión de parásitos por ano, boca y fosas nasales de 2 horas de evolución. Al examen físico presenta irritabilidad, palidez, abdomen distendido, se palpa hígado a 4cm del reborde costal derecho y bazo a 3cm del reborde costal izquierdo. Datos Laboratoriales de Anemia (Hb 5.6g/dl) y leucocitosis (21.910/mm3), eosinófilos (2191/mm3). Por ecografía abdominal se constata ligera hepatomegalia, imágenes características de abscesos hepáticos, áscaris a nivel del parénquima hepático y vías biliares. Recibió tratamiento antihelmíntico y antibiótico. Alta en buenas condiciones. **Comentario:** Los áscaris en el conducto hepatocolédoco pueden llegar a obstruir el

conducto cístico y la subsiguiente dilatación de la vesícula, llevando a colecistitis aguda y en el árbol biliar pueden producir colangitis aguda o un absceso hepático el cual ocurrió en ambos pacientes. Ante la sospecha diagnóstica, la ecografía es el método más útil porque es rápido, fácilmente asequible y no invasivo. Determina la posición anatómica de los áscaris, su movilidad, número y ubicación intra y extrahepática en el sistema biliar.

41. Comportamiento clínico-epidemiológico de la meningitis por Enterovirus en niños internados en Urgencias de un Hospital de Referencia

Ayala M, Benítez I, Ojeda M, Battaglia S, Coronel H.
Servicio de Pediatría, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Post Grado de Pediatría UCA.

Introducción: Los Enterovirus constituyen la principal causa de meningitis aséptica representando cerca del 80 al 85% de todos los casos donde se identifica un patógeno. Es 5 a 8 veces más común en niños que en adultos y más común en hombres que en mujeres. Generalmente, la evolución es benigna. La reacción en cadena de polimerasa (PCR) es el método diagnóstico de elección por su alta sensibilidad y especificidad. **Objetivo:** Determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de la meningitis por enterovirus en niños internados en un servicio de urgencias. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo de corte transversal, de casos de meningitis por Enterovirus, confirmados por PCR en LCR en pacientes de 0 a 15 años internados en la Unidad de Urgencias Pediátricas del Instituto de Previsión Social de febrero a mayo de 2017. **Resultados:** Durante el periodo de estudio fueron detectados 35 casos de meningitis por enterovirus de los cuales correspondían a escolares 23(66%), adolescentes 7(20%), preescolares 4(11%) y un lactante, la mediana de edad fue de 7 años, y el 66% eran de sexo masculino. Todos presentaron fiebre, cefalea y vómitos. La mediana de leucocitos en LCR fue 60 (4-630), predominio mononuclear en 33(94%), glucorraquia ≥40mg/dl en 33(94%) y proteinorraquia ≤100mg/dl en 100%. Hubo mejoría de los síntomas en 34 casos (97%) posterior a la realización de la punción lumbar. La internación promedio fue de 2 días, sólo un paciente requirió cuidados intensivos (3%) y no hubo reingresos ni casos fatales. El tratamiento fue sintomático en la mayoría de los casos; en un caso se inició cobertura antibiótica y en otro caso antiviral. **Conclusión:** La meningitis por enterovirus fue más prevalente en escolares de sexo masculino, con cuadro clínico típico y hallazgos de LCR compatibles con evolución favorable por lo que permite un adecuado manejo en urgencias y externación precoz.

42. Displasia de Mondini asociada a Meningitis recurrente por *Streptococcus pneumoniae*. Presentación de caso

Valdez M, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: La meningitis recurrente es una patología infrecuente, los factores predisponentes son alteraciones anatómicas o situaciones de inmunodeficiencia. La displasia de Mondini representa el 30% de las malformaciones del oído interno. Puede ser unilateral (35%) o bilateral (65%), o presentarse aislado o asociado a síndromes polimalformativos. Suele estar asociado a hipoacusia neurosensorial moderada-severa. Este tipo de malformación puede sospecharse en niños con hipoacusia neurosensorial, asociada a meningitis recurrente o a algunos síndromes malformativos. Las fistulas congénitas o adquiridas de LCR del oído interno (ventana oval, conducto auditivo interno, acueducto coclear) se asocian a un alto riesgo de meningitis pneumocócica. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino de 3 años, conocido del servicio portador de displasia de Mondini diagnosticado hace 1 año, ingresa con antecedente de fiebre y vómitos de 24 hs de evolución, al examen físico se encontraba febril, hipoactivo, reactivo a estímulos, con dolor a la lateralización del cuello. Tras punción lumbar se diagnostica MBA por *S. pneumoniae*, recibió 10 días de antibioticoterapia y es dado de alta en buenas condiciones, con seguimiento por ORL. APP: antecedente de varias internaciones previas, la primera a los 1 año 10 meses de edad por MBA a *S. pneumoniae* serotipo 23F, Empiema subdural y Otomastoiditis derecha, ante esquema de vacunación completa para la edad y serotipo aislado en LCR se realizan estudios para inmunodeficiencia que retornan normales; vuelve a ingresar 8 meses después por cuadro de Otomastoiditis derecha, se realiza TAC de oído y se constata malformación del oído interno derecho con probable fistula de LCR, se contacta con ORL para seguimiento y corrección de la

fistula de LCR. Tres meses después reingresa por MBA sin germen aislado. La Audiometría tonal informa hipoacusia neurosensorial severa en oído derecho. Actualmente presenta neurodesarrollo normal, en planes de corrección quirúrgica de la fistula de LCR. **Comentario**: Coincidente con la literatura el paciente presenta Displasia de Mondini asociada a Meningitis recurrente por *S. pneumoniae*. Cabe resaltar su valor como sospecha diagnóstica en pacientes con antecedente de meningitis recurrente e hipoacusia neurosensorial para realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

43. Encefalitis por Toxoplasma Gondii en paciente sin antecedente de inmunocompromiso

Alfonso L, Velázquez S, Samudio G, Schaffer J, Aguirre G, Franco O.
Terapia Intensiva Hospital Central del Instituto de Previsión Social "Dr. Emilio Cubas".

Introducción: La Encefalitis por *Toxoplasma gondii* es usual en pacientes inmunocomprometidos. Su hallazgo en una persona inmunocompetente es excepcional. **Descripción del Caso Clínico:** Varón de 8 años de edad proveniente de zona urbana, sin antecedentes patológicos personales, con historia de 24 horas de vómitos, dolor abdominal y convulsión tónico clónica generalizada que duró 20 minutos en una oportunidad, sede con midazolam una dosis, queda internado por 24 horas, irritable, presenta alteración del sensorio, Glasgow: 10/15, intubación electiva, y es remitido a UTIP. Donde ingresa con FC: 120 por minuto, llenado capilar menor a 2 segundos, FR: intubado, con VPP, PA: 98/52 PAM: 70, temperatura: 36.6° C. Antecedente de contacto frecuente con arenero con alta densidad de heces de felinos urbanos, contacto de manos sucias de dicho arenero con mucosa oral en forma repetida. Examen Físico: sin particularidades. Tratamiento: sedación continua con fentanilo/midazolam, difenilhidantoina, cefotaxima + vancomicina + Aciclovir. Laboratorio: HMG: GB: 12700, N: 72%, L: 28%, HB: 10 g/dl, Plaquetas: 226000, HTO: 32.4%, PCR: 15.4 mg/l, (VN: 5mg/l), CPK: 1718 U/l, CPK MB: 58 U/l, Troponina I: 0.73 mg/ml. LCR: GB: 5 /mm3, Hematíes: 20/mm3, 100% frescos, proteínas: 69 mg/dl (15-45 mg/dl), glucosa: 54 mg/dl, LDH: 81 UI PCR: negativo en LCR para VHS, Enterovirus y bacterias. PCR: positivo para Toxoplasmosis en sangre y LCR Tratamiento: Trimetoprim Sulfametoxazol EV, buena recuperación. **Comentario:** La encefalitis por Toxoplasma puede presentarse en pacientes inmunocompetentes, probablemente si la carga parasitaria es alta. Debería plantearse su búsqueda intencional en LCR cuando se descartan causas más prevalentes.

44. Encefalitis Límbica. A propósito de un caso

Cheiab M, Franco C, Arredondo P.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: Es una entidad clínica neurológica, que afecta los lóbulos mediales temporales, de origen infeccioso o autoinmunitario, de presentación subaguda, caracterizados por deterioro cognitivo, convulsiones, cambios psiquiátricos y/o autonómicos, en el EEG muestra actividad focal o generalizada de onda lenta y hallazgos de resonancia magnética revelan señales hiperintensas de los lóbulos temporales mediales, con tratamiento integral y en algunos casos reversible. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino de 5 años de edad, procedente de CDE con historia de: trastorno de la conducta, lenguaje, sueño y convulsiones. Antecedentes: Octubre 2016; convulsiones tónico-clónicas generalizadas con EEG con paroxismos temporales y tratamiento con CBZ. En Enero de 2017 se registran nuevas convulsiones y al examen físico se constatan lesiones herpéticas en boca, además de fiebre y alteración del lenguaje, posterior a lo cual, presenta visión borrosa, cefalea y delirio con un evento de status convulsivo. Trasladado al hospital Los Ángeles de CDE donde permaneció internado por 2 días con DFH y ante la no mejoría, se traslada a la UCIP del Hospital Italiano donde se realiza los siguientes estudios: PCR para Herpes positivo en suero, RMN: lesión hipocampal bilateral, recibiendo tratamiento con Aciclovir por 14 días, para luego trasladarse al IMT para completar 21 días totales de Antiviral y ante la sospecha de encefalitis autoinmune recibe pulsos de Metilprednisolona y Prednisona con VPA y mejoría clínica. Marzo 2017 presentó reacción alérgica al VPA por lo que se rota de anticonvulsivante a Lamotrigina. Ante la no mejoría acude a nuestro hospital con crisis tónicas persistentes, inicia VPA y CLZ y la RMN revela hallazgos compatibles con cambios glióticos de las estructuras hipocámpicas. Recibe pulsos de corticoides e Inmunoglobulina con importante mejoría clínica. Actualmente en tratamiento con Prednisona y VPA. **Comentario:** En cuanto al grupo

de encefalitis autoinmunes, los signos y síntomas neurológicos y sistémicos no son específicos, por tanto se debe tener un alto índice de sospecha en pacientes con movimientos anormales, encefalopatía, convulsiones y alteraciones psiquiátricas, para poder iniciar un tratamiento temprano como en el caso de nuestros pacientes, reducir la mortalidad y mejorar el pronóstico a largo plazo.

45. Encefalitis mediada por anticuerpos. Reporte de casos

Ozuna P, Otazo E.
Catedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

Introducción: En el espectro de encefalopatías agudas progresivas, pero potencialmente reversibles se encuentran las autoinmunes. La encefalitis mediada por anticuerpos es una patología neurológica autoinmune cuya diana es un receptor de membrana celular con funciones en la transmisión sináptica y la plasticidad neuronal, cuyo deterioro produce un cuadro clínico con síntomas que se desarrollan en fases, que con un tratamiento inmunomodulador adecuado podría conllevar a la recuperación como se observa en los casos a reportar**. Descripción del Caso Clínico:** primer caso, paciente masculino internado en el período mayo-junio del 2017, lactante mayor, previamente sano y sin antecedentes neonatales de valor; cuadro de 48 hs de evolución de fiebre, diarrea e irritabilidad, presenta marcado deterioro cognitivo y motor, pérdida brusca de habilidades adquiridas, disquinesia y paresia. Analítica sanguínea y LCR normales, PCR para neurovirus negativos. Screening metabólico negativo, TAC de cráneo y RMN de encéfalo normales. Ante planteamiento diagnóstico de encefalitis mediada por anticuerpos recibe terapéutica con inmunoglobulina y metilprednisolona, con recuperación motora progresiva. Segundo caso, escolar, 4 años de edad, previamente sano, con antecedente de fiebre, cefalea y vómitos de 5 días de evolución, compromiso progresivo de la consciencia y afectación motora que altera la marcha progresando a imposibilidad para la deambulación por compromiso de la fuerza muscular. Estudios laboratoriales, TAC y RMN normales. Recibió tratamiento con inmunoglobulina y metilprednisolona, obteniéndose mejoría clínica progresiva, con mejor recuperación de funciones motoras y cognitivas al alta**. Comentario:** El análisis diferencial de encefalopatías agudas implica un enfoque diagnóstico adicional basado en causantes autoinmunitarias. El análisis de estos casos ilustra que una alta sospecha clínica y un tratamiento oportuno y eficaz pueden llevar a la recuperación de pacientes con el menor impacto de secuelas neurológicas. Cabe resaltar que ante escasos recursos económicos, no se realizó búsqueda de Ac contra antígenos de membrana neuronal, por lo que el conocimiento de la patología, sus manifestaciones clínicas y la respuesta a IGIV y corticoides cobra importancia relevante para la sospecha de un cuadro autoinmune.

46. Enfermedad Mano Pie Boca. Casos clínicos

Chirico M, **Giménez S,** Delvalle R, Servín J, Genes S, Rolón R.
Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

Introducción: Es una enfermedad exantemática de etiología viral, que predomina en la población infantil, con máxima incidencia entre los 1 a 3 años, causada por los virus Coxsackie A, Coxsackie B, enterovirus 71, que pertenecen a la familia Picornaviridae del grupo enterovirus, entre otros. El diagnóstico se hace por el cuadro clínico. El contagio es por contacto directo a través de manos sucias o contaminadas con heces. Se manifiesta como una enfermedad leve, con o sin fiebre y lesiones vesiculares en boca (orofaringe, mucosa bucal, encías, labios), manos, pies y región perineal, requiriendo internación aquellos niños que presenten complicaciones asociadas como sobreinfección bacteriana y deshidratación. **Descripción de los Casos Clínicos: Caso 1:** Lactante mayor, de 1 año 5 meses, procedente de Asunción, con lesiones en piel de 1 semana de evolución, fiebre 24 hs. antes de la consulta. Al examen físico se constata múltiples vesículas en orofaringe, paladar duro, lengua y labios, papulovesículas en región peribucal, palmas, plantas, lesiones vesiculopustulosas en región perineal y costras melicéricas peribucales. Recibió antibioticoterapia por la complicación, y tratamiento local. **Caso 2:** Lactante menor, 11 meses de edad, procedente de Limpio, con lesiones en piel de 5 días de evolución, fiebre 48 hs. antes de la consulta. Al examen físico se constata presencia de vesículas en pared posterior de faringe, lesiones pápulopustulosas, algunas con secreción purulenta en su interior, de distribución generalizada, predominando en manos, pies y región peribucal. **Comentario:** La enfermedad mano-pie-boca es poco frecuente. Representa una entidad digna de tomarse en cuenta, haciendo

hincapié en los antecedentes y con el cuadro clínico, y así evitar tratamientos inadecuados como antibióticos y antivirales. El propósito es alertar sobre esta enfermedad contagiosa que afecta generalmente a niños que asisten a guarderías. Puede confundirse con otras patologías virales, sin embargo la localización de las lesiones es característica.

47. *Enterococcus Faecium* como agente causante de Meningitis Aguda Bacteriana

Godoy O, Coronel J, Ballasch C, Bogado J, Centurión I.
Hospital General Barrio Obrero. Post grado de Pediatría Clínica, Universidad Católica de Asunción.

Introducción: El *Enterococcus faecium* es un coco gram positivo, frecuentemente encontrado en la naturaleza y en el tubo digestivo, por lo general inocuo, pero podría ser patógeno causando enfermedades como meningitis. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente lactante menor de sexo femenino, sin antecedentes de infección antes del ingreso, con historia prehospitalaria de: rinorrea y fiebre graduada de 4 días de evolución. Tos seca de 3 días de evolución. Deposiciones líquidas de 2 días de evolución. Vómitos de 12 horas de evolución en varias oportunidades. Con hemograma que informa GB 8927, N: 38%, L: 52%, Plaquetas 550700, LCR glucorraquia 57 mg/dl, proteinorraquia 55 mg/dl, leucocitos 15 mm2, en cultivo de LCR se aísla *Enterococcus faecium*, con hemocultivo negativo. Recibió tratamiento con Vancomicina a 60mg/kp/día durante 8 días, más gentamicina a 5 mg/kp/ dosis durante 5 días, con buena evolución clínica. **Comentario:** Los *Enterococcus* son microorganimsos aislados en infecciones asociadas a atención de la salud, teniendo significado como patógenos en infecciones como septicemia, infección del tracto urinario, endocarditis, infección de heridas e infrecuentemente meningitis, siendo el primer caso de *Enterococcus faecium* encontrado en líquido cefalorraquídeo en nuestro hospital, hemos decidido presentar dicho trabajo a fin de exponer otras causas poco comunes de meningitis.

48. Eosinofilia y Toxocara. A propósito de un caso

Aguilar S, Buongermini A, Meza R.
Centro Médico La Costa. Asunción – Paraguay.

Introducción: En la edad pediátrica, la eosinofilia es un hallazgo frecuente; puede ser primaria, como en el caso de las neoplasias hematológicas, o, más frecuentemente, secundaria, por parásitos (helmintos), fármacos o alergias. Los parásitos que más se asocian a eosinofilia son Ascaris lumbricoides, Strongyloides stercoralis, Hymenolepis nana, Trichura sp y uncinarias; otras menos frecuentes incluyen al Toxocara canis y Trichinella sp. **Caso Clínico:** Preescolar, de 6 años, sexo femenino, con cuadro de 3 semanas de evolución de lesiones sobreelevadas pruriginosas en todo el cuerpo, que coinciden con la adquisición de mascota (perro) y la instalación de arenero en el hogar. Examen físico: múltiples pápulas violáceas redondeadas, de 3-5 mm, que asientan en tronco y extremidades. En el contexto de un cuadro de erupción liquenoide se solicitan estudios complementarios: GB: 8100 N: 50%, L: 21%, Eo: 28% (2268/mm3); hepatograma normal; IgE: 2000 UI/ml (VR <52 UI/ml); Ante el hallazgo de eosinofilia, se solicitan otros estudios para descartar principalmente parasitosis o alergias, de los que resulta + la serología para Toxocara. Dx: Eosinofilia secundaria a Toxocariasis **Comentarios:** La eosinofilia tiene múltiples causas posibles; para orientar el manejo práctico de este hallazgo se deben tener en cuenta ciertas características, como la magnitud de la misma, la procedencia del paciente, la presencia de mascotas en el hogar y el consumo de fármacos; en nuestro caso, la paciente presentaba una eosinofilia moderada y vive en una región tropical, sumado a los antecedentes referidos de mascota y arenero nuevos, por lo que la parasitosis fue el primer planteamiento. Si bien no es la parasitosis más frecuentemente asociada, la toxocariasis puede causar eosinofilia, por tanto, en nuestro medio se la debe tener presente a la hora de estudiar a un paciente con dicho hallazgo.

49. Erupción Variceliforme de Kaposi en un Lactante Menor

Chirico M, Giménez P, Benítez A, **Servín J**, Giménez S, Genes S, Rolón R.
Catedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

Introducción: También conocida como eccema herpético, la erupción variceliforme de Kaposi puede ser causada por virus como Herpes simple tipo I, II o el Coxackie A -16.Se presenta en los que tienen alteración en la inmunidad celular y humoral. Se manifiesta al inicio por pápulas eritematosas con umbilicación central, y posteriormente aparecen

vesiculo- pústulas, que evolucionan a costras hemorrágicas dolorosas. Se acompaña de fiebre, linfadenopatías y malestar general. El proceso en sí se complica habitualmente con impetiginización secundaria. Habitualmente las lesiones curan en 2 a 6 semanas. El diagnóstico es clínico; sin embargo se puede recurrir al test de Tzank y la serología para confirmarlo. El tratamiento antiviral precoz con Aciclovir acorta la duración de los síntomas y previene complicaciones. **Descripción del Caso Clínico**: Se presenta el caso de un lactante menor, en riesgo de desnutrición, con escasos recursos económicos, hijo de madre adolescente. Con antecedente de lesiones previas de piel de una semana de evolución que inician como vesículas que luego forman pápulas, costras hemáticas y melicéricas en rostro y pabellones auriculares. Se acompaña de fiebre graduada hasta 39,5º C. Con datos de leucocitosis y neutrofilia y PCR >96, serología para herpes simple positivo para IgG y Test de Tzank positivo con lo que se concluye el diagnóstico de eccema herpético. Las lesiones curan en forma satisfactoria con el tratamiento antiviral, antibioticoterapia sistémica y tratamiento tópico. **Comentario:** El eccema herpético representa una forma poco usual de presentación del herpes simple, y es una emergencia dermatológica por las complicaciones que puede acarrear, de ahí la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz.

50. Espectro actual de las Infecciones Osteoarticulares en Pediatría

Navarro A, Sanabria G, Araya S, Lovera D, Martínez de Cuellar C, Arbo A.

Instituto de Medicina Tropical. Universidad Católica de Asunción.

Introducción: Las infecciones osteoarticulares (IOA) representan una patología pediátrica infecciosa, generalmente de etiología bacteriana, relativamente frecuente y potencialmente severa. **Objetivo**: Determinar las características clínicas, etiológicas y evolutivas de las IOA en niños hospitalizados en un centro de referencia. **Materiales y Métodos**: Estudio observacional, retrospectivo de corte transversal, en el que se incluyeron todos los casos de IOA en niños entre 1 mes y 15 años hospitalizados en el IMT entre los años 2010 y 2015. Como IOA se incluyeron casos con diagnóstico de egreso de osteomielitis, osteoartritis y artritis séptica. Se excluyeron casos de IOA de etiología no infecciosa. **Resultados**: En el periodo de estudio se identificaron 59 niños con diagnóstico de IOA, de los cuales 31 (53%) fueron casos de artritis séptica (incluyendo 6 casos de poliartritis), 21 (35%) casos de osteomielitis y 7 (12%) casos de osteoartritis. La media de edad de los pacientes fue de 8,9± 3,8 años, con una relación de sexo Mas/Fem de 1.37:1. El dolor local, la impotencia funcional se observaron en el 93%, 83% y 81% de los casos, y 27/59 pacientes (45%) habían tenido traumatismo previo. La localización predomínate fue la de miembros inferiores (79%) y 40/59 pacientes (68%) se hospitalizaron luego de 1 semana de evolución. El *S. aureus* fue el germen predominante aislado (n=35, 59%), de los cuales el 48% fueron cepas meticilino-rresistentes, seguido por *Streptococcus* sp (n=3, 5%) y bacilos gram negativos (n=7, 12%). No se observó diferencias en el tiempo de hospitalización ni en el requerimiento de drenaje quirúrgico entre los casos por *S. aureus* meti-S vs meti-R. Dos pacientes de la serie (3%) fallecieron por choque séptico complicando la IOA. **Conclusión**: Las IOA siguen siendo una patología de alta morbilidad en nuestro medio. Son patologías predominantemente de la edad escolar afectando principalmente a miembros inferiores, siendo el *S. aureus* el principal agente etiológico, con elevado nivel de resistencia (48%).

51. Hipereosinofilia por Toxocariasis. A propósito de un caso

Zaracho M, Escurra C, Luraschi N.

Hospital Regional de Encarnación, Servicio de Pediatría. Posgrado de pediatría. FM- UNI.

Introducción: La mayoría de los casos de toxocariasis humana se deben al *Toxocara canis*, cuya presentación clásica es la fiebre, eosinofilia y hepatomegalia, más frecuente en niños de 1-2 años, con antecedente de pica y exposición a perros. Hay tres síndromes clínicos principales asociados a toxocariasis humana: Larva migrans visceral, larva migrans ocular y toxocariasis encubierta. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente de 2 años de edad, con fiebre de 10 días de evolución, graduada 38ºC sin predominio de horario, sin otros síntomas acompañantes. Examen físico: vigil, palidez de piel y mucosas, sibilancias aisladas, múltiples lesiones hipocrómicas en extremidades inferiores con estigmas de rascado, hígado palpable a 4 cm del reborde costal derecho, sin signos neurológicos, hernia inguinoescrotal derecha. Laboratorio: GB: 60.690/mm3, N: 4%, L: 14%, Eo: 79% (47.945), Hb:

8,1gr%, Hto: 29,2%, PCR: +++, CEA y CA 19-9 negativos, TORSCH negativo, Coproparasitológico: no se observaron vermes ni protozoarios. Coprocultivo y Hemocultivo negativos. Serología para Toxocara IgG positivo. Ecografía con Hepatoesplenomegalia y múltiples nódulos hepáticos de hasta 8mm de diámetro, compatible con microabscesos, TAC simple de cráneo, tórax y abdomen normal. Fondo de ojo normal. Se inició tratamiento con Tiabendazol por 6 días, cefotaxima + metronidazol por 8 días, prednisona 1mg/kp/día por 2 semanas. **Comentario:** En la toxocariasis las lesiones características son los granulomas que contienen eosinófilos, histiocitos y colágeno, los granulomas se suelen encontrar en hígado, pulmones y SNC, en los estudios realizados en este paciente se confirmó hallazgo solo en hígado. El diagnóstico se establece por eosinofilia, leucositosis, hepatomegalia, fiebre, sibilancias, antecedentes de geofagia y exposición a cachorros, los cuales fueron positivos en este niño, correspondiendo a un caso típico de la patología; el niño presentó respuesta favorable al tratamiento.

52. Influencia de la desnutrición en la evolución de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Niños

Lovera D, **Galeano F**, Martínez de Cuellar C, Apodaca S, Zarate C, Araya S, Arbo A.

Instituto de Medicina Tropical. Posgrado de Infectología, Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: A pesar de la introducción de las vacunas anti-*H. Influenzae* tipo b y anti-pneumocócica las neumonías siguen representando la principal causa de mortalidad en nuestro país más allá de la etapa neonatal. **Objetivo:** Determinar si la desnutrición puede ser un cofactor que explique mayor severidad y/o peor resultado de la neumonía en niños. **Materiales y Métodos:** Estudio de diseño retrospectivo en el que se incluyeron casos de niños menores de 16 años hospitalizados en el Instituto de Medicina Tropical con diagnóstico de neumonía entre los años 2010-2013. Se determinó el grado de desnutrición (relación peso/edad). Se compararon las variables clínicas, microbiológicas y evolutivas de los pacientes desnutridos vs pacientes con estado nutricional normal o sobrepeso. **Resultados**. En el periodo de estudio se hospitalizaron 505 pacientes menores de 16 años con neumonía de los cuales 406 presentaron peso normal y/o sobrepeso y 99 pacientes padecieron desnutrición de diferente grado (Grado I, n=34, Grado II, n=22 y Grado III, n=43). No hubo diferencias en la edad de los pacientes sin desnutrición (34.6±40.3 meses) y de los desnutridos (34.2±40.1 meses) (p>0,5). Hubo diferencia significativa en la frecuencia de anemia moderada/severa en desnutridos (27%) vs los pacientes sin desnutrición (8%) (p<0.01). La severidad de la neumonía medida por la condición multilobar fue mayor en el grupo con desnutrición (59/99, 59%) vs los no desnutridos (185/406, 45%) (p<0.05), así como la necesidad de hospitalización en UTI [32/99 (32%) vs 49/406 (20.6%)] (p<0.05). No hubo diferencias en la frecuencia de hemocultivo positivo en ambos grupos (4% vs 2.4%). La mortalidad se asoció significativamente a la desnutrición siendo 11% en este grupo vs 1.9% en los no desnutridos (p=0.0002). **Conclusiones:** Los niños que al momento de su hospitalización presentan desnutrición tienen una probabilidad substancialmente mayor de padecer neumonía de mayor severidad. La desnutrición aparece como un cofactor de mayor mortalidad de la neumonía adquirida en la comunidad.

53. Meningitis por varicela virus

González S, Barrios C, Peralta S, García C, Sotomayor V, Rolón R.

Departamento de Pediatría. Hospital General de Luque.

Introducción: La varicela es una enfermedad viral exantemática contagiosa, de curso habitualmente benigno que puede presentar complicaciones graves que ocurren en un 2% a 5% no sólo se da en pacientes de riesgo, sino también en niños sanos, especialmente en los menores de 4 años. La sobreinfección bacteriana de las lesiones es la más frecuente; Las complicaciones neurológicas son habitualmente benignas pero existen formas graves que pueden afectar a la vida o dejar importantes secuelas. La afectación del SNC varía según la edad y el estado de inmunidad. Se pueden presentar como: cerebelitis, encefalitis, meningitis, parálisis de nervios craneanos (incluso: síndrome de Ramsay Hunt), Síndrome de Guillan-Barre, mielitis transversa, vasculopatía encefálica. Encefalitis y meningitis son las formas más frecuentes de presentación en adolescentes, generalmente vinculada a reactivación viral. **Descripción del Caso Clínico:** Se presenta el caso de una paciente con Meningitis a Varicela. Adolescente de sexo femeni-

no de 13 años, previamente sana con antecedente de lesiones en piel de 6 días de evolución de tipo vesículo-costrosas pruriginosas generalizadas, fiebre de 3 días de evolución graduada en 38° a 39° C, movimientos paroxísticos, tónico - clónicos generalizados de inicio 10 minutos aproximadamente antes de la consulta. Al interrogatorio, los familiares niegan consultas previas, y vacunación contra varicela de la niña, el padre presenta lesiones cutáneas similares. Al ingreso al servicio la paciente en estado postictal, febril, ligeramente taquicárdica, signos vitales estables. Se realiza el diagnostico de complicación neurológica por varicela por lo que se procede a PL. Citoquímico: Glucorraquia: 58 mg/dl, Proteinorraquia 90 mg/dl, Leucocitos: 40 (65% PMN) y con retorno positivo por PCR para varicela virus. Paciente con evolución favorable y alta a en buen estado general. Presentó mejoría de las lesiones en piel y no volvió a presentar episodios de convulsión ni otras manifestaciones neurológicas. Recibió tratamiento endovenoso por 10 días con Vancomicina cubriendo focos cutáneos y Aciclovir por su complicación neurológica. Cultivo de LCR negativo. **Comentarios**: Este es el primer caso reportado de meningitis por virus de varicela en el servicio. Si bien la paciente tuvo una evolución favorable, el cuadro clínico y la complicación pudo haberse evitado. La instauración de un programa de vacunación contra la varicela en niños sanos es beneficioso para la prevención de complicaciones y disminución del gasto asociado a éstas.

54. Mononucleosis Infecciosa: Edema Palpebral como Síntoma de Presentación. Caso clínico

Chirico M, **Benítez A**, Servín J, Duarte H, Giménez S, Rolón R.

Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

Introducción: La Mononucleosis infecciosa se caracteriza por la tríada de faringoamigdalitis, fiebre y adenopatías. Otras manifestaciones como dolor abdominal, ictericia, erupción cutánea, edema palpebral son menos frecuentes. Generalmente no afecta a lactantes y niños pequeños. El diagnóstico se apoya en la analítica general, la ecografía y la serología para anticuerpos específicos frente al virus de Epstein Barr, que establecerá el diagnóstico de confirmación. **Descripción del Caso Clínico**: Lactante de 1 año 9 m de edad, masculino, con historia de fiebre de 6 días de evolución, edema bipalpebral de 48 hs de evolución, disminución de la ingesta y de la diuresis de 8 hs de evolución. Fue diagnosticado previamente como faringoamigdalitis aguda, recibió tratamiento con amoxicilina. Examen físico: faringe congestiva, exudado blanquecino en ambas amígdalas, adenomegalias cervicales bilateral de 2,5cm de diámetro, consistencia dura, edema palpebral bilateral. Hepatomegalia a 4cm del RCD y esplenomegalia a 3 cm de RCI. Presentó exantema maculopapular pruriginoso en su 12° día de enfermedad. PA: 90/60cmHg. Laboratorio: Hb: 9,5 Hto: 28,3% GB: 7500 N 33% L 77%, Plaquetas 176000, PCR>96, GOT 176, GPT 152, U: 15 Cr: 0,72. Ac Anticápside viral de VEB +, Ac IgG/IgM VEB negativo, Ag Adenovirus negativo, hisopado faríngeo para SBHGA negativo, serología para VHS IgG/IgM negativo, toxoplasmosis IgG/IgM negativo, CMV IgM -/IgG+ 95,5. Ecografía abdominal: Hepatoesplemegalia. **Discusión**: El diagnóstico de MNI se basa en la tríada clásica de fiebre (85-98%), faringitis (84%) y linfadenopatías (94-100%). Otros hallazgos como hepatomegalia (30%), esplenomegalia (50%), edema palpebral (30%), exantema (5%) generalmente en quienes recibieron tratamiento antibiótico, también se describen en la literatura. En el hemograma es común la linfocitosis y linfocitos atípicos. Puede haber aumento de enzimas hepáticas. Los resultados de pruebas de anticuerpos heterófilos son negativas en menores de 4 años. Se debe realizar pruebas más específicas como la detección contra el antígeno de cápside vírica. La inespecificidad de la clínica obliga al diagnóstico diferencial con otros procesos .Se debe evitar la complicación, que es la rotura del Bazo .Esta es una forma poco frecuente de presentación.

55. Neumonía recurrente como forma de presentación de Tuberculosis Pulmonar

Bogado-Villar J, Samudio-D GC, Britos V, Da Cunha J, Manavella F.

Servicio de Pediatría. Hospital General Barrio Obrero. Post Grado de Pediatría Clínica. Universidad Católica Nuestra Señora De la Asunción.

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, que cuando está presente en niños, es un marcador importante de enfermedad en adultos. La neumonía recurrente puede ser una forma de presentación. **Descripción del Caso Clínico:** Femenina de 11 años, que consulta por fiebre de 4 días de evolución. Tos FC: 82 por minuto, FR: 22 por minuto. PA: 100/60 mm Hg; SO2: 96%; Llenado capilar < 2 seg.; T axilar 37 ªC. P: 35 Kg. IMC:

15,5. Aparato respiratorio: MV disminuido en campo medio y abolido en base. VV presentes. Resto normal. APP: internada por NAC en el mes previo a este ingreso, permaneció internada por 7 días recibiendo tratamiento con cefotaxima endovenoso por 7 días y amoxisulbactam vía oral por 5 días. APF: no refiere. HMG: GB 12330/mm^3 PMNN: 75% Plaq: 330.300/ mm^3; Hb 11 gr/dl, PCR +++; HMC: negativo. Rx de tórax: imagen de condensación alveolar, con broncograma aéreo en base izquierda. Seno costo diafragmático borrado. Se corrobra derrame pleural de 100 ml por ecografía. Tratamiento: cefotaxima +clindamicina, por fracaso se rota a vancomicina, con lo que cede la fiebre. Derrame desaparece al 5to día de tratamiento. Esputo: BAAR positivo 10-99 /campo (1/3). Inicio Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol. **Discusión:** la tuberculosis pulmonar en pediatría puede presentarse como neumonía recurrente, a pesar de existir pocos reportes al respecto. Debe ser investigada en todos los niños al segundo episodio de NAC.

56. Pacientes con bronquiolitis internados en el Hospital Central de las FF.AA (HCFFAA)

Domínguez C, López L, Sánchez MJ, Benítez E, Rolón R.

Hospital Central de las FF.AA (HCFFAA).

Introducción: La Bronquiolitis es una enfermedad respiratoria infecciosa aguda, potencialmente mortal que afecta predominantemente a niños menores de 2 años de edad. **Objetivos:** Describir las características clínicas y determinar la etiológica de la Bronquiolitis moderada y grave en lactantes hospitalizados en el HCFFAA en el periodo de mayo a julio del 2017. **Material y Métodos**: Estudio observacional descriptivo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes hospitalizados en el HCFFAA con diagnóstico de Bronquiolitis clasificadas a través de la escala de TAL en moderada y grave, y determinar sus características clínicas como rinorrea, tos, fiebre, disminución de la ingesta, dificultad respiratoria, datos laboratoriales ,radiológicos y agente etiológico por PCR-TR. **Resultados:** Se diagnosticó bronquiolitis en 16 pacientes de 44 (36%), con un TAL moderado en 14/16 (87%) TAL grave 2/16 (13%) rango etario, 1 a 24 meses promedio 6,7 meses, sexo 1:1, siendo las manifestaciones clínicas: tos (100%) rinorrea (100%) disminución de la ingesta (87%) fiebre (13%) dificultad respiratoria (100%) la prueba de PCR-TR (+) se realizó en 8/16 pacientes (50%) siendo positivo para VRS 4/8 (50 %) Influenza B 2/8 (25%), Influenza A 1/8 Adenovirus 1/8.Se realizó hemograma 4/16 pacientes. (25%) y Rx tórax 4/16 pacientes (25%). En el manejo de los pacientes se utilizó oxigenación húmeda y tibia, hidratación y posición adecuada. Se Administró además NBZ con adrenalina 0,1% en 3 cc de suero fisiológico cada 6 horas y suero clorurado al 3%, cada 4 horas en el 100% de los paciente, Aspirado de secreciones a los categorizados como moderados 14/16 (87%) y a los graves se agregó antibioticoterapia 2/16 pacientes (12%) por complicación con neumonía. El pronóstico fue favorable ya que ninguno requirió ingreso a unidad de cuidados intensivos pediátrico, la estadía promedio fue de 5 días y todos fueron de alta en buenas condiciones. **Conclusiones:** Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron tos, rinorrea y dificultad respiratoria. El agente etiológico principal fue el VRS. Con un diagnóstico preciso de bronquiolitis se observa que en el manejo de dichos pacientes no hubo necesidad de Rx y Hemograma en el 75%.

57. Parotiditis recurrente de la Infancia. Relato de caso

Segovia P, Silva R, Gaspar A, Marinho E, Souza F, Rodrigues S, Santos M, Rover M, Cristovam M.

Hospital Universitario del Oeste de Paraná, Cascavel-PR-Brazil.

Introducción: La parotiditis aguda recurrente (PAR) es una enfermedad benigna de la niñez, caracterizada por episodios recurrentes de aumento de volumen inflamatorio de una o ambas glándulas parótidas, lo cual puede acompañarse de dolor, fiebre y alteraciones salivales como sialorrea y a veces purulenta. Tasa de recurrencia es variable (2-15 episodios/año), principalmente entre los 3 a 5 años, con predominio en el sexo masculino, siendo habitual la remisión después de la pubertad. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino, 5 años de edad, admitido en el Hospital Universitario del Oeste de Paraná, Brasil, con cuadro de edema hemifacial derecho con inicio 3 días atrás, asociado a dolor moderado, fiebre, malestar, hiporexia, hiperemia y calor local. Episodios semejantes iniciaron en Junio/2015, ocurriendo 10 episodios en 2016, todos autolimitados, con remisión total de los síntomas dentro de los 14 días. Examen físico: edema hemifacial derecho y tumefacción de la parótida, con borramiento del ángulo de la mandíbula, hiperemia, hipertermia local y dolor a la

palpación. Examen físico general sin alteraciones. Exámenes de laboratorio: Hemoglobina: 11,6; hematocrito: 34,8; leucocitos: 15.300; bastones: 0%; segmentados: 72%; plaquetas: 223.000; HIV1/HIV2: no reactivos; Citomegalovirus IgG: 14 e IgM negativo; Toxoplasmosis IgG: 0,0 e IgM: negativo; Anti-DNA no reactivo; Virus del Herpes Simples tipo 1 y 2 IgM: positivo y hemocultivo negativo. Ultrasonografía: Señales de parotiditis a la derecha, con aumento del volumen y aumento difuso de la vascularización. Tomografía cervical: Glándula parótida derecha con dimensiones aumentadas. **Comentarios**: Es una entidad clínica rara, benigna y auto limitada. Con todo, la parotiditis recurrente puede ser la manifestación de enfermedades subyacentes en especial cuando los episodios se inician a partir de los seis años de edad y con comprometimiento bilateral. De esa forma, es importante que el médico pediatra conozca la enfermedad y su posible etiología a fin de evitar antibioticoterapia excesiva, transferencias innecesarias y la realización de procedimientos agresivos, una vez que, en su mayoría, ocurre remisión espontanea antes de la fase adulta.

58. Parotiditis vírica: brote epidémico en el Liceo Militar Acosta Ñu en los meses junio-octubre 2016

López L, Arguello G, Domínguez C, Sánchez MJ, Rolón R.
Hospital Central de las FF.AA (HCFFAA).

Introducción: La parotiditis es una enfermedad viral, aguda y altamente contagiosa que se caracteriza principalmente por el aumento de volumen de las glándulas salivales, sobre todo de las parótidas, y que generalmente ocurre en la infancia. Producida frecuentemente por el paramyxovirus. Se caracteriza por fiebre, anorexia, cefaleas, vómitos y aumento de tamaño de la parótida. Las complicaciones pueden ser meningitis aséptica, encefalitis, pancreatitis, orquitis y ooforitis. **Objetivo:** Describir un brote epidémico de parotiditis ocurrido en el Liceo Militar de Acosta Ñu entre los meses de junio a octubre del 2016. Objetivos específicos**:** a) Detallar las manifestaciones clínicas de los pacientes con parotiditis durante el brote. b) Determinar la incidencia de las complicaciones. c) Investigar los esquemas de vacunación de los cadetes. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, de corte transversal, de fichas clínicas de cadetes que padecieron parotiditis en el Liceo Militar de Acosta Ñu en el periodo junio-octubre del año 2016. **Resultados:** Fueron afectados 115 (63%) de 181 cadetes del 1ro, 2do y 3er año del Liceo Acosta Ñu. Todos los pacientes fueron masculinos, edad media de 16 años, siendo los síntomas más frecuente cefalea, tumefacción en región parotídea y fiebre. De total de afectados, 8 (7%) requirieron hospitalización por complicaciones, con una duración de 8 días. Las complicaciones fueron orquitis 22 (19%), pancreatitis 1 (1%). De los cadetes afectados no se vacunaron 90%, 7% una dosis y 2% dos dosis. **Conclusión:** El brote de parotiditis ocurrido en el Liceo Militar de Acosta Ñu, se caracterizó por su alta contagiosidad, lo cual se atribuyó al hacinamiento y la baja o nula cobertura vacunal. Por lo tanto se recomienda que para la admisión a toda institución una de las exigencias mínimas debiera ser la presentación de un carnet de vacunación completo o vacunarlos al ingreso a los que no lo poseen.

59. Perfil microbiológico de líquidos abdominales en apendicitis complicada de pacientes pediátricos

Aquino M, Arza H.
Hospital Nacional de Itauguá.

Introducción: La resistencia de las bacterias a los antibióticos es un problema global, es conocido el uso indiscriminado de antibióticos que se da en nuestro medio, los esquemas tradicionales de antibióticos de amplio espectro pueden no ser ya eficaces en los cuadros de apendicitis aguda complicada. El uso apropiado de antibióticos pre y postoperatorios es esencial y debe ser constantemente reevaluado de acuerdo con la epidemiología bacteriana en el medio. **Objetivos**: Describir el perfil microbiológico, de líquidos peritoneales de pacientes pediátricos con apendicitis aguda complicada. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de todos los casos pediátricos que fueron intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda complicada en nuestro servicio con cultivos del líquido peritoneal procesados de setiembre 2014 a agosto 2015. **Resultados:** Se incluyeron 150 pacientes con apendicitis complicada, peritonitis localizadas: 104 (69%) y generalizadas: 46 (31%), total de cultivos procesados 94 (63%), con informe positivo en 72 casos (77%) y con resultado negativo en 22 casos (23%), aislamiento monomicrobianos: 65 (90%) y polimicrobianos: 7 (10%), el germen más frecuente fue la *Escherichia* coli (82%), seguida de la *pseudomonas aeruginosa* (14%), *streptococos viridans*

(5.5%), *klebsiella pneumonie* (5.5%), *staphylococcus haemolyticus* (2.7%), *streptococus anginosus* (2.7%), *St. aureus* (1,4%), *streptococus* grupo A (1,4%), *acromobacter* (1,4%), *citrobacter* (1,4%). En cuanto a la susceptibilidad de la Escherichia coli se encontró una resistencia del 57% a la ampicilina y 41% a la ampicilina más sulbactam, alta sensibilidad a la cefotaxima 96%, ceftazidima 98%, piperacilina más tazobactam 98%, gentamicina 93%, y 100% sensible al meropenen, imipenen y amikacina. **Conclusiones:** El microorganismo más frecuentemente hallado fue la *Escherichia* coli, la alta resistencia a la ampicilina y ampicilina más sulbactam encontrada, demanda optimizar la terapéutica empírica, de acuerdo a la sensibilidad y costo efectividad, la asociación de una cefalosporina de tercera generación más metronidazol, o piperacilina más tazobactam son alternativas válidas para el tratamiento.

60. Reacción leucemoide como manifestación de citomegalovirus: relato de caso

Carbonera A, **Segovia P**, Souza F, Rover M, Gaspar A, Bredt F, Fiori C, Cristovam M.

Hospital Universitario del Oeste de Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil.

Introducción: Citomegalovirus es un virus transmitido por la sangre, tejidos trasplantados, saliva, secreciones genitales y urinarias. La infección primaria es común durante la infancia y en individuos inmunocompetentes, generalmente es autolimitada. Frecuentemente se manifiesta con fiebre, astenia, cefalea, linfadenopatía y hepato-esplenomegalia. Entre tanto, manifestaciones atípicas también fueron descriptas, como hepatitis, síndrome de Guillen Barre, colitis, miocarditis, pericarditis, trombocitopenia, anemia, hemolítica, autoinmune y Síndrome de Linfoma-like. El objetivo de este trabajo fue relatar un caso de reacción leucemoide como manifestación atípica de Citomegalovirus, además de una breve revisión de la literatura. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente sexo masculino, de 12 meses de edad, admitido en el Hospital Universitario del Oeste de Paraná, Brasil; con cuadro de fiebre intermitente con inicio 4 días antes, sin otros síntomas asociados. Al examen físico se evidencio hepatomegalia y linfoadenopatía en región cervical, axilar e inguinal. Exámenes laboratoriales: Reducción de los niveles de hemoglobina asociado a leucocitosis con predominio de linfocitos (84%), además de transaminasa oxalacética (AST/TGO) de 94U/L. Demás exámenes laboratoriales sin alteraciones. En hemogramas subsecuentes fue observada persistencia de anemia y aumento de los leucocitos, alcanzando valores de 77.000/ mm^3 (siendo, de estos apenas 11 % segmentados y los demás, linfocitos típicos y atípicos), fueron excluidas causas neoplásicas- tal como leucemia por medio de análisis de frotis de sangre periférica en el cual se observó predominio de atipia linfocitaria. Posteriormente fue confirmado el diagnostico de Citomegalovirus por serología de IgM positiva para Citomegalovius. **Comentario:** Reacción Leucemoide de tipo linfocítica en el hemograma comprende un aumento en el contaje de leucocitos sanguíneos encima de 25000/ mm^3, con predominio de linfocitos maduros, generalmente asociados a carcinoma, linfoma, drogas, ingestión de alcohol e infecciones principalmente bacterianas. Entretanto en el caso descripto, se evidencio un caso de reacción leucemoide asociado a citomegalovirus, demostrando lo importante de considerar las causas virales de reacción leucemoide.

61. Síndrome de la Piel Escalada por Estafilococos: Enfermedad de Ritter, a propósito de un caso en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Bogado J, Riveros M, Valdez L, Thiebeaud L, Núñez G, Goebel F.

Servicio de Neonatología. Hospital Regional de Encarnación.

Introducción: El síndrome de la piel escalada por estafilococos, aparece predominantemente en lactantes y niños menores, y las manifestaciones clínicas oscilan entre un impétigo ampolloso localizado y una afección cutánea generalizada con compromiso sistémico. **Descripción del Caso Clínico**: Recién Nacido de madre de 20 años procedente de Cambyreta, en unión libre, ama de casa, con 5 controles prenatales, VDRL no reactiva, antecedentes obstétricos maternos: Gesta: 0, Para: 0, Aborto: 0, niega patologías durante el embarazo, bolsas integras. Nace por parto Vaginal, recién nacido de termino, 38 semanas, masculino, con buena adaptación, dado de alta a las 48 horas del parto en buenas condiciones clínicas, a los 16 días de vida, presenta lesiones en piel periorificiarias y en las flexuras eritematosas descamativas, costrosas, con algunas fisuras en torno al ojo, boca y nariz, signo de Nikolski: positivo. Recibió tratamiento con Oxacilina, retornando en cultivo nasofaríngeo y

hemocultivo estafilococos, con buena evolución clínica y mejora de las lesiones. **Comentario:** Se presenta el caso por lo poco frecuente en la edad neonatal.

62. Teratoma mediastínico (TM) como causa de neumonía con derrame pleural

Rodríguez ML, **Zelaya N**, González G, Guggiari F.
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente – INERAM.

Introducción: El teratoma maduro es tipo de tumor benigno de células germinales que a menudo contiene varios tipos diferentes de tejido, como el pelo, el músculo y el hueso. También se llama quiste dermoide. Son de crecimiento lento y normalmente unilaterales de localización intraabdominal, no obstante pueden tener otra localización como craneal, mediastinal, retroperitoneal o sacrococcigea. A nivel mediastinal puede comprimir órganos. A continuación presentamos 2 casos que se han manifestado como neumonía complicada con derrame pleural. **Descripción de los Casos Clínicos: Caso 1:** Escolar femenino 10 años de edad, de Lambaré, Central con fiebre de 4 meses de evolución y dolor torácico opresivo, 12 días de internación previa con Neumonía derecha y derrame pleural. Tomografía (Tac) simple informa área condensante con calcificaciones en su interior y derrame tabicado. Laboratorio: HGB 12,9 g/dl HCT 36,5% Blancos 8130 neutros 68% linfos 28% eosinófilos 4% plaquetas 399000/mm3 LDH 370 U/L. Tac contrastada informa Teratoma probable. Beta HCG y Alfa fetoproteina negativos. Extirpación quirúrgica sin complicaciones. Anatomía patológica informa Teratoma quístico maduro mediastinal anterior, no áreas de carcinoma ni de sarcoma. **Caso 2:** Lactante masculino 2 años de edad de Natalio, Itapúa, 31 días de internación previa con Neumonía derecha con empiema y drenaje pleural recurrente. Laboratorio: HGB 12,3 g/dl HCT 40,2% Blancos 6454 neutros 54% linfos 42% eosinófilos 4% plaquetas 560300/mm3. Tac simple: Quiste dermoide o Teratoma. Beta HCG y Alfa fetoproteina negativos. Se posterga cirugía, a fin de resolver infección pulmonar y Pielonefritis, se descarta malformación renal. Extirpación quirúrgica. Anatomía patología informa TM sólido y quístico de mediastino posterior. No evidencia de malignidad. **Comentario:** Los tumores germinales intra torácicos mediastinales son de frecuencia rara aproximadamente de 2 a 5% de todos los tumores germinales, habitualmente son silenciosos y de hallazgo fortuito o casual, siendo su tratamiento definitivo, la extirpación del mismo.

63. Tiña inflamatoria de la cabeza (Querion de Celso) por *Trichophyton mentagrofites* con co-infeccion por SAMS. A propósito de un caso

Gómez A, Samudio G, Espínola R, Guerrero G, Medina A, Centurión I, López F.
Hospital General Barrio Obrero. MSP y BS. Postgrado Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

Introducción: Las dermatofitosis o tiñas son un grupo de enfermedades dermatológicas producidas por hongos que parasitan la queratina de la piel y anexos. El Querión de Celso es una forma clinica supurativa de la tiña capitis, producida principalmente por el *Trichophyton mentagrophytes,* siendo una dermatomicosis frecuente en niños. Los factores asociados para su aparición son: mala higiene, hacinamiento y bajo nivel socioeconómico. **Descripción del Caso Clinico:** Paciente de 9 años, sexo femenino, procedente de zona urbana, que presenta una placa pseudo-alopécica de 5 x 5cm, con eritema, descamación fina, pústulas con secreción purulenta drenado por múltiples bocas (espumadera), costras melicéricas, inflamación y dolor en región parietal. Sin historia de fiebre, con múltiples ganglios ocipitales palpables. La sospecha diagnóstica fue de Querion de Celso, inició tratamiento antibiótico con ciprofloxacina via endovenosa (ante falta de disponibilidad de ATB de primera elección) y griseofulvina. Se toma muestras para estudios microbiológicos; al microscopio directo se observa pelos parasitados con esporos micóticos compatibles con dermatofitos y en cultivo micológico se aisla *Trichophyton mentagrofites*. En secreción purulenta, se aisla *Staphylococcus aureus* MS. A las 48 hs de iniciado el esquema antifúngico se evidencia mejoria de las lesiones, observandose remisión casi completa a las 2 semanas, luego abandona el tratamiento, presentado recaída a los 4 meses. **Conclusión:** El diagnóstico se basa en la clínica y demostración micológica del agente causal. El cultivo y la posterior identificación taxonómica permiten conocer al hongo causante del cuadro. El tratamiento de elección, es la griseofulvina. La duración del tratamiento es de 4 a 6 semanas o hasta obtener exámenes micológicos y cultivos negativos. El caso que comunicamos, se observó una buena

respuesta, con disminución de las lesiones y casi remisión completa a las 2 semanas de tratamiento con griseofulvina, pero al abandonar el tratamiento presentó recaída a los 4 meses. Con esto se evidencia la importancia del seguimiento y cumplimiento del tratamiento antifúngico para evitar recidivas y co-infecciones posteriores.

64. Tuberculosis renal y meníngea, a propósito de un caso

Villalba L, Gonzalez B, Heinichen L, Irala E, Penayo C.
Servicio de Pediatria. Hospital Nacional de Itauguá.

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica causada por EL *M. tuberculosis*, el cual se desarrolla en un contexto determinado de riesgo social, inmunitario, ambiental y sanitario. En la edad pediátrica es muy poco frecuente, según la OMS representa 11%. Puede ser extrapulmonar y afectar diversos sistemas como nervioso, ganglionar, urinario con infección directa del riñón y vías urinarias pudiendo producir insuficiencia renal y muerte del paciente. **Descripción del Caso Clínico:** Adolescente de sexo femenino, de 14 años de edad, con antecedentes personales de infección de vías urinarias a repetición, cuyo motivo de consulta fue fiebre no graduada de 15 días de evolución acompañado de cefalea en región frontal, mas síntomas urinarios tratada de forma ambulatoria con cefalosporina por 7 días, agregándose al cuadro hemiparesia lado derecho, por lo que es internada. Tomografía de cráneo normal, punción lumbar con cito químico de LCR patológico (72 cel/mm con predominio mononuclear 91%, proteinorraquia y glucorraquia disminuidas). Analítica laboratoriales con perfil renal y hepático alterados, orina simple patológica, se asume el diagnóstico de urosepsis e inicia tratamiento antibiótico. Se agregan pérdida de peso, inapetencia, oliguria, se repite punción lumbar arrojando resultados similares al anterior con predominio de mononuclear a pesar de tratamiento con antibióticos de amplio espectro. Teniendo en cuenta antecedente patológico familiar (padre) de tuberculosis pulmonar y abandono de tratamiento, se solicita BAAR en líquido cefalorraquídeo y PCR en tiempo real (Genexpert) en orina con resultados positivos, se confirma diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar. **Comentario:** El diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar es siempre un desafío, ya que los síntomas son inespecíficos. Para que el bacilo tuberculoso llegue a los huesos, a las meninges o al riñón, tiene que ser por vía hematógena y ésta se produce después de la tuberculosis primaria. Se debe recordar que esta patología es una gran simuladora, puede simular patologías variadas en diferentes órganos, ante sospecha derivar al paciente a un centro especializado.

65. Tuberculosis: Enfermedad nuevamente emergente en Pediatría

Martínez de Cuellar C, Lovera D, Apodaca S, Zarate C, Maldonado C, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.

Introducción. La Tuberculosis (TB) sigue constituyendo un problema de salud pública en nuestro país. El diagnóstico en el niño presenta dificultades debido a su presentación clínica inespecífica, menor cavitación y formas paucibacilares y más probabilidades de TB extra-pulmonar. **Objetivo:** Describir las características clínicas y laboratoriales de la TB en pacientes ≤15 años hospitalizados en el IMT en el periodo 2011 – agosto 2017. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de TB hospitalizados en el Instituto de Medicina Tropical (IMT), en periodo de estudio. Los datos fueron obtenidos de base de datos del Departamento de Epidemiología del IMT. **Resultados:** Durante el periodo de estudio, se hospitalizaron 54 pacientes ≤15 años, con edad media 6,4±5,4 años, de los cuales 62,9% (34/54) fueron del sexo masculino. 19 pacientes (35%) poseían una enfermedad de base, incluyendo 14 pts (26%) con infección por VIH. Diez pts (12%) pertenecieron a pueblos originarios. De los 54 casos de TB, 38 (70%) fueron casos de TB pulmonar. Dieciseis pts (29.6%) fueron casos de TB extra-pulmonares, entre los cuales la forma ganglionar (5, 9%) y la meningea (5, 9%), fueron las más frecuentes. El diagnóstico fue en base a criterios clínicos y epidemiológicos en 33 casos (61%), y se confirmó por métodos laboratoriales en 21 casos (39%) (baciloscopia, geneXpert, cultivo e histopatología). Al comparar la frecuencia de forma de TB según la condición de VIH, no se observó diferencias en la frecuencia de formas pulmonares y extrapulmonares entre pts con y sin VIH (p>0.5). La media de hospitalización de los pacientes fue de 12,4 ± 12,6 días. No se identificó casos con TB-MDR.

Todos fueron tratados con drogas de primera línea. El 14,8% (8/54) fallecieron, 2 de ellos con patología de base, ninguno con VIH. **Conclusiones:** En la presente década se observa un incremento en el Nº de casos de TB. Aunque la forma pulmonar es la más frecuente en pediatría, el 30% de los casos fueron formas de TB extrapulmonar. Igualmente esta serie muestra las dificultades en el diagnóstico, registrándose confirmación diagnóstica solo en la tercera parte de los pts.

66. Tuberculosis, presentación atípica. Reporte de un caso

Zarate L, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: Aunque la tuberculosis es una enfermedad predominantemente de los pulmones puede también verse afectado el sistema nervioso central, en Paraguay, los niños a diferencia de los adultos, tienen un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad activa luego de la primoinfección, la infección tuberculosa del sistema nerviosos central representa un 6-20% de las tuberculosis extrapulmores. **Descripción del Caso Clínico**: Varón de 9 años, indígena, consulta por fiebre de 22 días de evolución acompañado de debilidad de miembro inferior derecho y dolor abdominal en epigastrio moderado tipo cólico que cede sin medicación, luego se agrega debilidad de miembro superior del mismo lado de 15 días de evolución y vómitos de contenido alimentario, 2 episodios diarios. Examen físico: hipoactivo, reactivo, poco colaborador, no vidente. Llama la atención la disminución de la fuerza en miembro superior (grado 2) y en miembro inferior derecho (grado 3), reflejos osteotendinosos disminuidos del mismo lado, marcha tambaleante, con aumento de la base de sustentación lado derecho. Al examen oftalmológico, edema de papila bilateral, en área macular múltiples áreas hipopigmentarias confluentes sugerentes a secuela de proceso inflamatorio. Analítica sanguínea normal, se realiza TAC de cráneo contrastada donde se observa múltiples lesiones intraparenquimatosas, supra e infratentoriales, unas con realce en anillo, otras con calcificaciones centrales, todas con edema perilesional, presentan efecto de masa, se confirman hallazgos con RMN, se hace el diagnóstico de tuberculoma por imágenes y antecedentes patológicos personales y familiares, por lo que inicia tratamiento con Rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol. A una semana del tratamiento con leve mejoría respecto a la fuerza en miembro superior derecho. Como antecedente patológico de valor, paciente no vidente desde los dos años, internado a los 6 años con dx de tuberculosis pulmonar recibió tratamiento por 6 meses. En catastro familiar tío con TBC pulmonar en tratamiento. **Comentario:** Los tuberculomas intracraneales se desarrollan preferentemente en niños, hay que tenerlos en cuenta en el diagnóstico diferencial de una masa intracraneal ya que se considera una emergencia médica que requiere tratamiento urgente, se ha demostrado que el reconocimiento precoz y la intervención médica oportuna, determinan un descenso significativo de la mortalidad y un menor número de secuelas.

67. Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR) en niños

González G, **Zelaya N**, Roman M.
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente – INERAM.

Introducción: La tuberculosis es un problema de salud pública a nivel mundial y en algunas áreas se han aumentado formas resistentes a drogas de primera línea, en nuestro país hemos visto los primeros casos como describimos a continuación. **Descripción de los Casos Clínicos: Caso 1**: Niña 4 años con bronquitis 3 semanas antes y madre con TB MDR. Peso 14,4 kg Talla 95 cm, leve palidez sin otros datos patológicos. Cicatriz de BCG presente. Laboratorio: Hto 35,1 Hg 12,6 GB 12.100 Neutros 82% Linfos 18% VSG 12mm PCR negativo PPD 20mm. Fibrobroncoscopía (FBC) congestión difusa y edema del árbol traqueobronquial. Tomografía (Tac): vasos pulmonares ingurgitados y flexuosos y congestión vascular pulmonar. GENEXPERT en lavado broncoalveolar (BAL) negativo. Completó tratamiento con drogas de segunda línea con buena respuesta. **Caso 2**: Niña, 5 años, asintomática, madre con TB-MDR. Peso 18 kg Talla 105 cm, sin datos patológicos. Cicatriz de BCG presente. Laboratorio: Hto 37 Hg 12g/dl GB 10000 Neutros 58% Linfos 40% VSG 9mm y 16mm PCR negativo PPD 15mm. Se plantea primo infección bacilar y seguimiento. A los 2 meses: tos húmeda con expectoración blanquecina, niega fiebre y pérdida de peso. Estertores subcrepitantes bibasales. Radiografía (Rx): condensación base derecha. Tac: condensación en base derecha e imagen compatible con granuloma cavitado en

lóbulo superior derecho GENEXPERT en esputo negativo. Completó tratamiento con drogas de segunda línea con buena respuesta. **Caso 3**: Niño 2 años y 3 meses con tos húmeda de larga data y madre con TB MDR. Peso 12 Kg piel pálida, pulmones roncus bilaterales, ganglios cervicales pequeños. No BCG Laboratorio: Hto 30,6 Hg 11,1g/dl GB 10600 Neutros 34% Linfos 44% PCR negativo. La madre se negó a la FBC. Rx patrón reticulonodulillar a predominio derecho. Completó tratamiento con drogas de segunda línea con buena respuesta **Comentario**: La resistencia del Mycobacterium *tuberculosis* es por mutación genética y en presencia de una droga antituberculosa, un pequeño número de bacilos tendrán resistencia natural a ella. La TB pediátrica es de muy difícil confirmación microbiológica, sin embargo si los niños se contagian por contacto con un adulto portador de cepa resistente, los niños adquieren TB MDR primaria y deben ser tratados con drogas de segunda línea.

68. Rendimiento del hemocultivo en un Servicio de Urgencias Pediátricas de un Hospital de Referencia
Riveros J, Mir D, Benítez I, Coronel H.
Urgencias Pediátricas, Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

Introducción: El hemocultivo (HC) es una de las técnicas microbiológicas más solicitadas en pediatría. La detección de bacteriemia es esencial, ya que puede asociarse a una notable morbimortalidad. Asimismo, es necesario restringir la indicación de hemocultivos a aquellos pacientes que no tengan sospecha de bacteriemia. **Objetivo:** Describir las principales patologías que requieren la extracción de hemocultivos en un servicio de urgencias pediátricas. **Materiales y Métodos:** Estudio Observacional, retrospectivo de corte transversal en pacientes internados en el servicio de urgencias del Hospital central del IPS en los que se realizó extracción de hemocultivos de marzo a junio del 2016. **Resultados:** De 360 muestras de hemocultivos analizadas en este estudio, resultaron positivos 50/360 que equivalen al (15%) del total. Fueron analizados 50 pacientes con hemocultivos positivos, las patologías documentadas fueron: Infección Asociada a Cuidados de la salud (14/50) (28%), neumonías (12/50) (24%), sepsis (9/50) (18%), infecciones de piel y de partes blandas (9/50) (18%) y por último las bacteriemias (8/50) (16%). Los gérmenes más frecuentes fueron en las IACS: *bacilos gram negativos, en* las neumonías*: neumococo*; la infección osteorticular más frecuente fue la osteomielitis y el germen más frecuente en ellas el *Staphylococo aureus*. En las bacteremias y sepsis encontramos *bacilos gram negativos;* en los lactantes menores en su mayoría sin predominio de sexo. **Discusión:** Solo el (15%) (50/360) de las muestras resultaron positivas. Siendo la patología más frecuente: las Infecciones asociadas a cuidados de la salud y los gérmenes más frecuentemente aislados en esta patología los bacilos gram negativos. En las neumonías el neumococo y en las infecciones de piel y partes blandas el *Staphylococo aureus.* Dichos cambios han propiciado la revisión y la actualización de los distintos aspectos relacionados con esta técnica con el fin de optimizar su uso analizando factores como clínica, vacunación, inmunosupresión, antecedente de internación, edad del paciente y riesgo de bacteremia para la toma de hemocultivo.

NEFROLOGÍA

69. Absceso renal. A propósito de dos casos
Valdez E, Coronel J, Báez D, Ballash C, Centurión I, Matsumura K.
Hospital General de Barrio Obrero. Instituto Privado del Niño.

Introducción: El absceso renal y el perirrenal no son frecuentes en pediatría. Pueden generarse por tres vías, hematógena; ascendente a través del tracto urinario; o por contigüidad. **Descripción de los Casos Clínicos: Caso 1:** Escolar, 8 años, sexo femenino, antecedentes de abscesos cutáneos a repetición, incontinencia y urgencia miccional, fiebre de 39 grados y dolor lumbar progresivo de 3 días. Urocultivo (+) a *Escherichia Coli* sensible a cefotaxima, resistente a ampicilina. En sala, fiebre por 48 hs, persistiendo dolor lumbar, irradiando pierna izquierda, dificulta la marcha. Ecografía abdominal informa riñones normales y pequeña cantidad de líquido en fondo de saco de Douglas, descartándose cuadro agudo quirúrgico. Al 3er día se realiza TAC de abdomen y pelvis con y sin contraste, constatándose pielonefritis, y absceso renal de 28 x 38 x 33 mm. Recibidos 21 días de cefotaxima más 13 días

de clindamicina, alta con plan de completar 2 semanas de cefixima más clindamicina oral, oxibutinina y probióticos. Ecografía renal en una semana, con involución completa. **Caso 2:** Paciente de sexo femenino de 4 años, antecedente de urgencia e incontinencia miccional de un mes, e infección urinaria de 3 semanas antes, urocultivo (+) a *Escherichia Coli* sensible a cefalosporinas, gentamicina, nitrofurantoína, resistente a ampicilina y trimetoprim. Tratada con ceftriaxona, vía endovenosa por 3 días, luego con cefixima oral por 7 días. Acude con historia de fiebre y dolor abdominal, de 2 días, orina patológica y ecografía renal con imagen de pielonefritis y absceso en polo superior del riñón izquierdo de 19 mm. Ecografía de control el día 12 con resolución del absceso. Recibió 5 días de gentamicina endovenosa, más cefotaxima, en el día 12 al momento de realizarse la recolección de datos, completando 21 días, con buena evolución. **Discusión:** Según su localización, los abscesos se dividen en corticales o corticomedulares. Los corticales provienen de una siembra hematógena: 90% *Staphylococcus aureus* y suelen ser únicos. Los corticomedulares implican una patología del tracto urinario: *enterobacterias y Pseudomonas aeruginosa*, *cándida* y *Aspergillus*. El tratamiento clásico ha sido el drenaje mediante lumbotomía, en algunas ocasiones, la nefrectomía parcial o total. No hay ningún reporte que sistematice el manejo. Siegel sugirió en adultos un esquema basado en el tamaño: en los, menores de 3 cm de diámetro, el tratamiento de elección es la antibioticoterapia, con 100% de mejoría; medianos, de 3 a 5 cm, punciones percutáneas evacuadoras con ecografía o TAC, con 66% de éxito o, drenaje percutáneo con éxito en el 92%. En ambas pacientes fueron corticales, menores de 3 cm y tuvieron remisión completa con tratamiento antibiótico.

70. Disfunción del tracto urinario inferior en la Infancia y Adolescencia

Gómez A, Báez D, Avalos E, Sosa P, Rodas G, Benítez L.

Hospital General Barrio Obrero. MSP y BS. Servicio de Pediatría. Postgrado Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

Introducción: Las alteraciones relacionadas a la micción han ganado progresivamente una mayor importancia, no sólo por su incidencia, sino también por sus posibles repercusiones patológicas y/o psicológicas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de disfunción del tracto urinario inferior (DTUI) en niños y adolescentes atendidos en el consultorio externo de un hospital público. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional de corte transverso. Se evaluaron niños y adolescentes > 5 años a 15 años, en el consultorio externo de pediatría del Hospital General Barrio, en el periodo de junio a agosto del 2017. A través de un cuestionario adaptado de la versión en portugués de *Dysfunctional Voiding Symptom Score* (DVSS). Se asignan de 0-3 puntos de acuerdo al síntoma, presencia de DTUI ≥ 6 para niñas y ≥ 9 para niños. Fueron excluidos los pacientes con malformaciones urinarias conocidas, anomalías neurológicas y vejiga neurogénica. Se consideraron las siguientes variables: urgencia, incontinencia, maniobras de retención, disuria, frecuencia urinaria reducida, esfuerzo para orinar, factores de stress asociados y constipación. **Resultados:** Se evaluaron 87 pacientes. $\bar{x}$: 8,7 años, Masculino 36 (41%), Femenino 51 (59%). Se detectó síntomas de DTUI en 34/87 pacientes (39%). Los síntomas fueron más frecuentes en el sexo femenino 26/34 (76%), que en el sexo masculino 8/34 (24%), y en los niños entre 5 a 10 años. Frecuencia de los síntomas: urgencia 30/34 (88%), incontinencia 17/34 (50%), maniobras de retención 23/34 (68%), disuria 18/34 (53%), frecuencia urinaria reducida 11/34 (32%), esfuerzo para orinar 16/34 (47%), factores de stress asociados 5/34 (15%), y constipación 29/34 (85%). **Conclusión:** La prevalencia de DTUI fue del 39% de los niños evaluados. Es por ello, que resulta importante investigar cuidadosamente tales síntomas en las consultas de rutina para el diagnóstico oportuno y orientar en la educación a los padres sobre los hábitos miccionales.

71. Nefritis Lúpica

Brizuela S, Báez D, **Pereira S**, Cuella R, Kunert S, González B.

Hospital General Barrio Obrero. MSP y BS. Servicio de Pediatría. Postgrado de Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

Introducción: La etiología del LES es en gran parte desconocida, puede deberse a factores ambientales, genéticos y epidemiológicos; si bien existe una respuesta autoinmune aberrante con lesiones en varios órganos, el riñón es uno de los principales. Se conoce la nefritis lúpica como complicación que afecta a más de la mitad de los pacientes con LES, se manifiesta por proteinuria, sedimento urinario

activo con microhematuria, e hipertensión arterial. En muchos casos existe un caso grave con desarrollo de Síndrome Nefrótico y disminución del filtrado glomerular. **Descripción del Caso Clínico:** Adolescente, de sexo femenino, remitido del Hospital Distrital de Caaguazú con diagnóstico de síndrome nefrítico en su día 9 de internación por evolución tórpida (oliguria más edema persistente) y valores en ascenso de urea y creatinina indicativos de deterioro de la función renal. Al examen físico llama la atención edema bipalpebral bilateral, edema en miembros inferiores. Hemograma: Hto: 34,8% hb: 11,4g/dl GB: 4359 N: 76% L: 21% Plaq: 92400. Perfil Renal con Urea: 156mg/dl Creatinina: 1,7mg/dl, con valores en ascenso. C3:20,6 C4:2,8. Colesterol T.: 289mg/dl HDL: 24mg/dl LDL: 182mg/dl VLDL: 83mg/dl Lípidos T.: 1412mg/dl TGC: 417mg/dl Hepatograma: Normal Orina S.: Densidad 1019 pH:2,5 leuc:+ hematíes:+ c.e.p.:(-) proteínas:+++ Urocultivo(-) Proteinuria de 24hs: 6567mg/d. *ANA POSITIVO 1:80, Anti DNA >a 200.* Recibe tratamiento con dieta hiposódica, restricción hídrica en principio, Cefotaxima, Amlodipina, Furosemida, Goteo de Ciclofosfamida, mas Hidroxicloroquina. Ante buena respuesta clínica y laboratorial es dada de alta con seguimiento por Nefrología. **Comentarios:** Si bien la Nefritis Lúpica es una patología relativamente frecuente del área reumatológica, se presenta el caso ya que su tratamiento es todavía motivo de controversia en muchas partes, aunque en las formas más severas de afectación renal la asociación de Ciclofosfamida parenteral y Esteroides orales parece ser una buena opción terapéutica que permite el control de la enfermedad y evita la progresión a la insuficiencia renal crónica.

72. Síndrome Nefrítico asociado a neumonía. A propósito de un caso

Báez D, Centurión I, López F, Guerrero V, Gómez A, **Medina A.**

Hospital General Barrio Obrero. Servicio de Pediatría. Posgrado Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción

Introducción: La Glomerulonefritis aguda (GNA) postinfecciosa es una inflamación glomerular que aparece como resultado de episodios inmunológicos desencadenados por infecciones. Se han descrito diferentes bacterias, virus y protozoos implicados. La infección cutánea o amigdalina por cepas nefritógenas del estreptococo betahemolítico del grupo A es el desencadenante más frecuente. Dentro de las causas infecciosas menos frecuentes en nuestro medio destaca la neumonía bacteriana. Generalmente aparece tras un periodo de latencia desde la infección. Sin embargo, en la glomerulonefritis aguda (GNA) asociada a una neumonía aparecen la infección y la clínica de manera simultánea. **Descripción del Caso Clínico**: Paciente de 10 años de edad, sexo masculino, con antecedente de cuadro respiratorio de una semana de evolución, fiebre de 5 días evolución, cambio de coloración de la orina de 5 días de evolución y dificultad respiratoria de 3 días previo a su ingreso. Sin antecedentes de infección faringea ni cutánea previa. Al examen físico: polipnea, edema en cara y miembros superiores e inferiores. A la auscultación murmullo vesicular disminuido en ambas bases pulmonares. Se solicita radiografía de tórax, se constata infiltrado perihiliar derecho con derrame pleural bilateral, orina simple con presencia de hematíes más de 90 por campo, y laboratorio con leucocitosis más neutrofilia, Asto: positivo, C3 disminuido, C4 normal, ANA y Anti-DNA: negativos, por lo que se diagnostica un Síndrome Nefrítico Intraneumonia. **Comentario:** La GNA asociada a la neumonía es rara, pero tiene un buen pronóstico al igual que la GNAP postestreptocócica. Cabe destacar que la Glomerulonefritis es simultánea al cuadro infeccioso y la presencia de hipocomplementemia transitoria, tal como se ha descrito en otras series.

73. Síndrome Nefrótico secundario a Citomegalovirus. A propósito de un caso

Espínola S, Luraschi N.

Servicio de Pediatría. Hospital Regional de Encarnación.

Introducción: La etiología del SN primario es desconocida, a diferencia del SN secundario a glomerulonefritis, enfermedades sistémicas, hereditarias, víricas, parasitarias, neoplasias o fármacos (1). La infección vírica provocaría daño renal por diferentes mecanismos. Los mecanismos patogénicos implicados comprenden desde acción citopática directa por el virus (como es el caso de glomerulonefritis en el curso de infecciones congénitas por citomegalovirus). **Descripción del Caso Clínico:** Presentamos el caso de un niño de 6 años (Nativo etnia Mbya Guaraní) procedente de Itapúa Poty, sin antecedentes patológicos de valor, quien presentó edema generalizado 1 mes de

evolución por el cual acudió al hospital regional de Encarnación donde se constata al examen físico al ingreso palidez, edema generalizado, MV abolido en ambos bases pulmonares, taquicárdico ,albúmina 1,5 g/dl, proteinuria 8.800 mg/24 horas (366 mg/m2/h), colesterol 690 mg/dl y el examen de orina, proteínas +++, glucosa (++), hematíes 2-3 por campo, leucocitos 3-4 por campo. Haciéndose el diagnóstico de síndrome nefrótico. Se inicia tratamiento con corticoides a 60 mg/m2/día, luego de 18 días de tratamiento, al no observar respuesta y ante sospecha de causa secundaria se solicita serologías para descartar causas infecciosas de las cuales retorna serología p/CMV IgM +(1,5) IgG+(199),carga viral PCR para CMV que retorna +(2,250 copias/ml), quedando con el Diagnóstico de Síndrome nefrótico secundario a CMV. Se inició ganciclovir IV 10 mg/kg/día durante 2 semanas, con lo que empezó mejoría clínica en las primeras 72 hs de iniciado el tratamiento, disminuye el edema, se normaliza PA, mejoría laboratorial en la primera semana del tratamiento. **Comentario:** El síndrome nefrótico por CMV es infrecuente y se diferencia claramente del síndrome nefrótico clásico en la evolución. Con excepción de los pacientes receptores de trasplante renal, la infección por CMV se asocia raramente con afección renal, no contamos con reporte de otro caso a nivel regional (en Itapúa). Su importancia radica en la posibilidad de un tratamiento etiológico curativo.

NEONATOLOGÍA

74. Caracterización clínica, epidemiológica e intervenciones en un brote de KPC en UCN

Jojot S, Bareiro M, Zavala R, Bejarano C.
Hospital Materno Infantil "Reina Sofía" Cruz Roja Paraguaya.

Introducción: Las infecciones por KPC causantes de brotes nosocomiales, se asocian a mayor morbilidad y mortalidad en la UCN, soportando más cantidad de días de internación y mayor número de mortalidad neonatal. **Objetivo:** Describir la presencia de un brote de KPC en la UCN, comorbilidad del agente causal y cortar cadena de transmisión. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal, de un brote epidémico de KPC: desde 1 de Julio al 31 de Agosto 2016. Consideramos caso: RN internado en la UCN desde el 1 de Julio al 31 de Agosto y con aislamiento del germen en muestras biológicas. Se consideraron las siguientes variables: Diagnostico de ingreso, tiempo de inicio del brote, signos y síntomas clínicos y laboratoriales. Tratamiento y pautas de corte del brote. Se revisaron 48 historias clínicas, 5 de las cuales ingresaron en estudio. Se utilizó planilla del Formulario III, remitido del MSPBS para el seguimiento de infecciones. **Resultados:** Se reportan 5 casos de IAAS por KPC en la UCN del HMI "Reina Sofía", entre los días 05 al 18 de Julio de 2016, de los cuales 3 RN nacidos en la institución y 2 RN externos. De las 48 historias revisadas: 5 fueron positivo para KPC, 4/5 hisopado rectal y 5/5 hemocultivos (+), siendo enviados al Laboratorio Central de Salud Pública. El tiempo de aparición de la infección: fue entre 4 y 30 días de internación. La edad promedio fue entre 30 ± 2 semanas de gestación. De los casos: 2/5 fallecieron (2 Femeninos) y 3/5 (3 Masculinos) fueron de alta. El brote se cierra al 31 de agosto de 2016, sin nuevos casos. **Conclusión:** De las 48 historias revisadas 5 tuvieron algún crecimiento positivo para KPC en las muestras obtenidas. El Hisopado rectal fue positivo en 4/5 pacientes. Hemocultivo positivo para KPC en 5 /5 pacientes. La taza de ataque fue del 15 % y la taza de letalidad 40 %. Control y prevención: a)Reunión de coordinación de las encargados de la UCN, b) Plan de contingencia, c)Aislamiento por cohorte de pacientes, d) Capacitación del personal, e) Plan de vigilancia. Con éstas medidas se detuvo en un mes y se erradicó hasta la fecha.

75. Distrofía miotónica Tipo 1 de Steinert. A propósito de dos casos

Rodas M, Álvarez E, Borgi J, Genes L, Lacarrubba J, Céspedes E, Mendieta E, Mir R.
Departamento de Neonatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: Distrofía miotónica tipo 1 de Steinert (DMC) es poco frecuente, se estima una incidencia aproximada de 1:10000 nacidos vivos. Se produce por aumento de repeticiones del triplete CTG en el gen *DMPK* o por aumento de CCTG en el gen *ZNF9*. La afectación es multisistémica: hipotonía, defectos de conducción cardíaca, cataratas y trastornos endocri-

nos. Presenta trasmisión autosómica dominante, con grado de expresión variable que se hace más manifiesta en sucesivas generaciones. **Descripción de los Casos Clínicos: Caso 1:** Paciente femenino, ecografías antenatales de polihidramnios, comunicación interventricular; nacimiento por cesárea, presentación podálica, extracción dificultosa, nace hipotónico, con ineficaz esfuerzo respiratorio, requirió intubación. Apgar 3/5/6. Evolución tórpida con dependencia de ARM y múltiples fallas en la extubación. Llama la atención atrofia muscular marcada, persistencia de hipotonía, fascies inexpresiva, pie equino bilateral, reflejos osteotendinosos ausentes y sialorrea. Neuroimagen no justifica el cuadro clínico. Pesquiza metabólica normal. Se plantea el diagnóstico de DMC que luego se confirma por genética molecular (Alelo 2 del gen DMPK ›50 repeticiones CTG). Antecedentes familiares: hermano con retraso psicomotor y madre con: bradilalia, bradipsiquia, ptosis palpebral, marcha lenta y miotonía. **Caso 2:** Madre con diagnóstico de molecular de enfermedad de Steninert, al igual que 2 hermanas. Presentó diabetes gestacional, ecografías prenatales con polihidramnios. RN nace por cesárea, en podálica. Apgar 3/5/5, sin esfuerzo respiratorio requiere IOT. Presenta frente prominente, fascies inexpresiva, hipotónica, fontanelas amplias, sialorrea, artrogriposis en miembros inferiores. Dificultad para alimentación. Necesidad de ARM 60 días. Rx con asimetría diafragmática. ECG normal. Enzimas musculares aumentadas. Ventriculomegalia por ecoencefalograma. FO normal. Se confirma dx por estudio molecular (Alelo 2 del gen DMPK ›50 repeticiones CTG). **Comentario**: Patología con dificultad para diagnóstico precoz y correcto, bien por la alta incidencia de mortalidad neonatal, o por el diagnóstico inicial de depresión neonatal o distrés, haciendo del diagnóstico todo un desafío. Ambas madres cursaron con expresión fenotípica y el 2do caso con dx molecular. Similitud en el debut, y antecedentes gestacionales que orientaban hacia la posibilidad de la patología, la misma presenta más expresividad genética a medida que avanzan las generaciones. Es imprescindible un árbol genealógico familiar y un estudio molecular para el diagnóstico.

76. Evaluación de la calidad en la atención dentro del Hospital Materno Infantil "Reina Sofía" Cruz Roja paraguaya

Aguirre A, Pedroso J, **Zavala R**, Hamuy M, Bareiro M.
Hospital Materno Infantil Reina Sofía Cruz Roja Paraguaya.

Introducción: La calidad en salud se define actualmente como la capacidad de un servicio de adaptarse a lo que el paciente espera de él. Es sabido que el personal de blanco se encuentra más preocupado por la parte técnica –científica de su trabajo, olvidando que la interrelación humana está presente dentro del mismo. Dada el creciente uso de los servicios, la calidad de atención se vuelve una pieza fundamental. **Objetivo**: Evaluar la calidad de la atención a los pacientes internadas en el departamento de obstetricia del Hospital Materno Infantil Reina Sofía Cruz Roja Paraguaya. **Materiales y Métodos:** Descriptivo, transversal, prospectivo. Se realiza encuestas: preguntas cerradas direccionadas a la institución, atención del médico, atención de enfermería; cada pregunta tiene una sola respuesta marcada, elaboradas con escalas a todas las madres internadas en el departamento de obstetricia posparto el periodo 1 a 31 de agosto de 2017. Se analizó con planillas Microsoft Excel. **Resultados:** Se entrevistó a 110 pacientes, el 100% contestaron las preguntas. Con respecto a la base de datos, es posible afirmar que 100% de los pacientes están conformes en la Cruz Roja Paraguaya, 52% de las pacientes califican como excelente los servicios de enfermería, 72% califican la Atención médica como excelente y 84% refiere estar satisfecho con la cantidad de visitas hechas por los médicos, 99% afirma que el lenguaje que utiliza el médico es adecuado, la higiene del hospital 54% calificaron como excelente y los trámites administrativos realizados durante la estadía de internación el 41,8% considero excelente. **Conclusiones.** La satisfacción del paciente resulto en general óptima, resaltando que se encuentran puntos a mejorar como la limpieza del hospital, la atención de enfermería, los trámites administrativos para llegar a la excelencia. Es necesario implementar acciones que nos ayuden a conocer las opiniones de los pacientes, ya que es uno de los indicadores primordiales del bienestar que la atención a la salud intenta promover.

77. Gastrosquisis: experiencia de 5 años en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Brítez S, Borja N, Samaniego R, Quintana C, Fernández M, Schaerer C, Martínez R, Villalba S.
Hospital de Santísima Trinidad.

Introducción: La gastrosquisis es una malformación congénita con herniación visceral a través de un defecto del lado derecho de la pared abdominal, no

cubierto por membranas. Se presenta en 1 de cada 3000 a 5000 nacimientos. **Objetivos:** Determinar la sobrevida global de gastrosquisis ingresadas a la UCIN. Determinar las características y factores asociados a la sobrevida. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo con componente analítico de muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se analizaron las historias clínicas de los neonatos con gastrosquisis ingresados entre el 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2016. El análisis de los datos se realizó con Epi Info 7®, considerándose una p <0,05 como estadísticamente significativa. **Resultados:** Ingresaron a la UCIN 61 neonatos con gastrosquisis en dicho período. La edad promedio de las gestantes fue 19,5 años. El 75,4% (46) fueron derivados de otros servicios, cesárea se hizo en el 61% (38) de los casos. Sólo el 23% (14) poseía diagnóstico antenatal. El peso al nacer fue 2356 gramos en promedio, la edad gestacional promedio 36,9 semanas, con ligera predominancia femenina, 51,6% (32). El 68,8% (42) han sido dados de alta a la casa o trasladados y fallecieron el 31,2% (19). De los vivos, 22 fueron sometidos a cierre primario y 20 a diferido; de los óbitos, 9 recibieron cierre primario y 10 diferido (p=0,36). Por vía vaginal nacieron 23 y por cesárea 38, resultando en óbito 10 y 9, respectivamente (p=0,06) de los nacidos en el hospital, el 80% sobrevivió y de los nacidos afuera el 65% (p=0,15). De los vivos al alta, el 12% presentó malformaciones asociadas y de los óbitos, el 26% (p=0,09). **Conclusiones:** Si bien estrictamente no hubo resultados estadísticamente significativos, se obtuvo mejor sobrevida en los neonatos nacidos por cesárea, sin malformaciones asociadas, nacidos en el hospital y que recibieron cierre primario. Se constata mejoría en cuanto al porcentaje de sobrevida anual a medida que pasan los años.

78. Hiperinsulinismo Congénito, desafíos en el manejo

Álvarez E, **Borgi J**, Genes L, Lacarrubba J, Céspedes E, Mendieta E, Mir R.

Departamento de Neonatología. Hospital de Clínicas. FCA-UNA.

Introducción: El hiperinsulinismo congénito (HIC) es la causa más común de hipoglicemia persistente y recurrente de la infancia. Su incidencia se estima en 1/40.000-50.000 nacidos vivos. Agrupa una gran variedad de desórdenes genéticos que se caracterizan por una regulación anómala de la secreción de insulina. Anatomopatológicamente existe en forma difusa o focal, clínicamente indistinguibles; pero cruciales para la terapéutica. **Descripción del Caso Clínico:** Madre de 37 años. CPN suficientes. EG 37,3 por Eco del 1°T. Presentó preeclampsia tratada con aldopa y labetalol, ITU del 3erT tratada. RN nace por cesárea, femenino, P: 2.960 Apgar 7/9. EG 35,5. En alojamiento conjunto presenta glicemia 40mg/dl, sin sintomatología inicialmente, luego poco reactiva, llanto débil, apnea, HGT 34. IOT por 3D. Por antecedentes maternos de SBHGB (+), ITU del 3°T inicia ATB, que se suspenden al 6°DDV; HMG, PCR, LCR y cultivos normales. HP con flujo de 6 mg/kg/min, requiere aumento hasta 12. Recibe Hidrocortisona 3 días. Se desciende flujo hasta 6,6. Inicia aporte enteral. Ecoencéfalo normal. Ecoabdominal normal. Al 9°DDV reinicia HP con flujo creciente hasta 10. Presenta nuevamente hipoglicemia enviándose cortisol 4.4 (normal), hormona de crecimiento 9 (normal), insulina 98,19 (aumentada). Prueba de estimulación con glucagón: positiva. Inicia octeótride; asociándose diazoxido 10mg/kp/d y maltodextrina en tomas nocturnas; en planes de retirar octeotride. No regulando glicemia, por lo que se aumenta diazoxido a 15 mg/kp/d y dosis de rescate de octeotride a 5 ug/kp/d, maltodextrina al 10% en todas las tomas. Mantiene glicemia irregular. Diazóxido hasta 20mg/kp/d, se agrega hidroclorotiazida 7mg/kp/d, se mantiene maltodextrina y octeotride a 1,1 ug/kp/ds para rescate; con lo cual regula glicemia. Se educa a la madre sobre la patología y cuidados en el tratamiento. Es dado de alta al mes y medio de vida. **Discusión:** Ante un paciente con HIC el diagnóstico debe ser precoz y agresivo, tanto en el manejo de la hipoglicemia como en la búsqueda del diagnóstico etiológico. El estudio de PET/CT con 18F-FDopa permite diferenciar la forma focal de la difusa. Determinar las bases moleculares y la presentación histológica permitiría realizar consejo genético y orientar en la decisión terapéutica.

79. Incidencia de ROP en Prematuros menores de 1500 gramos en el Hospital General de Luque, 2015-2017

Leguizamón D, Morinigo A, Ortiz J, Coronel N, Domanizcky F.

Unidad de Cuidados Neonatales. Hospital General de Luque.

Introducción: La retinopatía del prematuro es la

causa principal de ceguera prevenible en más del 80% de los casos de Recién nacidos pre término a nivel mundial. Existe un número elevado de niños ciegos a nivel mundial por retinopatía del prematuro (ROP), de los cuales aproximadamente la mitad están en Latinoamérica. **Objetivo:** Determinar la incidencia, porcentaje de evaluación y requerimiento de tratamiento para ROP en RN prematuros menores de 1500 gramos. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. Se revisaron 50 historias clínicas de los recién nacidos prematuros menores de 1500 gramos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital General de Luque durante el periodo de enero 2015 a abril del 2017. **Resultados:** se obtuvo un porcentaje de evaluación del 70% (35/50) de los pacientes, el 30% restante no recibió evaluación por causas múltiples que no es objetivo de este trabajo. Se estimó una incidencia de ROP en nuestro servicio del 85% (29/35) del total de evaluados, de cuales requirió tratamiento el 26% distribuidos de la siguiente forma: 14% (5/ 35) fotocoagulación con láser, 12% (4/35) inyección de bevacizumab (AVASTIN); el resto de los evaluados (20/35) egresaron con indicación de seguimiento por consultorio de oftalmología. **Conclusiones:** La incidencia de ROP en nuestro hospital es alta en relación a la estadística del NEOCOSUR Se requiere de capacitación continua al personal para el tamizaje de la enfermedad. Además de contar en el servicio de instrumental necesario para realizar el tratamiento de la ROP en caso de que el paciente así lo requiera.

80. Morbilidad y mortalidad en Prematuros menores de 1500 gramos en el Hospital General de Luque, 2015-2017

Ortiz J, Caballero M, Coronel, N.
Unidad de Cuidados Neonatales. Hospital General de Luque.

Introducción: El tratamiento del recién nacido prematuro de muy bajo peso sigue siendo un reto para el equipo médico de las unidades neonatales y las tasas de mortalidad han venido en descenso lento en los últimos años. En nuestro hospital se desconocen la tasa de mortalidad y la frecuencia de las principales morbilidades. **Objetivo**: determinar la mortalidad y caracterizar morbilidades asociadas de este grupo de recién nacidos. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. Se revisaron 50 historias clínicas de los recién nacidos prematuros menores de 1500 gramos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital General de Luque durante el periodo de enero 2015 a abril del 2017. **Resultados**: Se encontró que de 5133 nacidos vivos el 1 por 100 fueron menores de 1500 gramos. El 52 % desarrollo dificultad respiratoria, 43% sepsis 12% hemorragia endocraneana grave y 13,4% retinopatía que requirió tratamiento La mortalidad neonatal global fue de 9,1 por mil y la mortalidad en menores de 1500 gramos fue de 3,7 por mil, el 80% de los menores de 1000 gramos fallecieron, mientras la tasa de supervivencia del grupo en estudio fue de 62%. Solo el 8 % de los pacientes recibió corticoides prenatales. La supervivencia fue mayor a medida que el peso y la edad gestacional fueron mayores. **Conclusiones**: El porcentaje de recién nacidos menores de 1500 que recibió corticoides antenatales es bajo esto podría deberse a la falta de registro en las fichas maternas. La tasa de sepsis y ROP es alta. Se deben establecer estrategias con respecto al manejo multidisciplinario de gestantes con alto riesgo de partos prematuro y un seguimiento adecuado a mediano y largo plazo de estos prematuros debido a la variabilidad y complicaciones que presentan estos pacientes.

81. Osteogénesis Imperfecta: a propósito de un caso en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Thiebeaud L, Riveros M, Valdez L, Galeano O, Bogado J.
Servicio de Neonatología. Hospital Regional de Encarnación.

Introducción: La osteogénesis imperfecta (OI) (enfermedad de los huesos frágiles), es un trastorno generalizado del tejido conjuntivo. El espectro de la OI es muy amplio y varía desde una forma grave en el periodo neonatal hasta una forma leve en el adulto. Su incidencia es de aproximadamente 1 por 20.000 nacidos vivos, afecta a todas las razas y grupos étnicos. **Descripción del Caso Clínico:** Recién Nacido de madre de 20 años procedente de Cambyreta con 5 controles prenatales, VDRL no reactiva, antecedentes obstétricos maternos: Gesta: 0, Para: 0, Aborto: 0, bolsas integras. Va a cesárea por posición transversa. Nace recién nacido de termino, 38 semanas, masculino, 2700 gramos, T:41 PC35 cm, con distrés respiratorio, TTRN, llamaba la atención del RN al examen físico, peso y longitud inferior a lo normal para la edad gestacional, macrocefalia, facies triangular, miembros inferiores arqueados, en rx

llama la atención fractura en miembro inferior con callo hipofisario. Se realiza interconsulta con centro especializado del equipo de displasias Esqueléticas de la Unicamp. http:ocd.med.br y se llega al diagnóstico clínico radiológico de OI tipo III/IV. **Comentario:** se presenta el caso por lo poco frecuente y para facilitar a futuras generaciones a llegar un diagnóstico y manejo de estas patologías.

82. Prevalencia de cesáreas en el Hospital Materno Infantil Reina Sofía en los últimos cinco años

Centurión V, **Zavala R,** Hamuy M, Guerrero E, Muñoz L, Ramírez ME, Bareiro M.
Hospital Materno Infantil Reina Sofía Cruz Roja Paraguaya.

Introducción: La cesárea es la intervención obstétrica mediante la cual se extrae el feto, la placenta y las membranas a través de una laparotomía seguida de una histerotomía. Las tasas de cesáreas han aumentado globalmente. La OMS estableció que la tasa ideal de cesáreas debe ser de un 10 a 15% un porcentaje al cual nos estamos alejando de manera considerable, ya que hoy en día son más frecuentes en países subdesarrollados y países del primer mundo. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de cesáreas en nuestro servicio en los periodos comprendidos a partir del 01 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2016 en el Hospital Materno Infantil Reina Sofía, -Establecer cuál fue la prevalencia en las primigestas. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo. **Resultados:** En el lapso de tiempo comprendido entre el 01 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2016 hay una prevalencia de 73,91% de cesáreas, entre las cuales un 33,22% fueron realizadas en pacientes que cursaban su primera gesta. La prevalencia de cesáreas fue respectivamente en los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016 las siguientes prevalencias, 69,9%, 72,05%, 72,17%, 76,81% y un 79,44%. La tasa de cesáreas en pacientes primigestas, siendo 31,35% en el año 2012, 32,49% en el año 2013, 33,37% en el año 2014, 33,49% en el 2015, y en el 2016 es de 35,41%. **Conclusiones:** Se obtiene un llamativo aumento en la prevalencia de las cesáreas y de ellas las de primigestas, en forma constantes, la evidencia demuestra de que este procedimiento trae consigo riesgos para el neonato y la madre; sin embargo, no es factible sobrepasar la voluntad de la madre. Ante esta situación, el médico debe ser cauteloso y es su función informar, se debe crear un documento de consentimiento por escrito de los riesgos y posibles complicaciones de este procedimiento médico. Es necesario establecer indicaciones para una cesárea, como protocolo a seguir dentro de nuestra institución, evaluando los factores médicos, sicológicos, jurídicos. Poniendo en marcha una campaña de valorización del parto vaginal.

83. Incidencia de Enfermedad de Membrana Hialina en Prematuros menores de 1500 gramos en el Hospital General de Luque, 2015-2017

Barboza L, Caballero M, Cuevas C, Rojas L, Ortiz J, Coronel N.
Unidad de Cuidados Neonatales. Hospital General de Luque.

Introducción: El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) o enfermedad de la membrana hialina (EMH) continúa siendo una complicación importante de la prematurez y es causa de una mayor mortalidad y morbilidad, inmediatas y a largo plazo, a pesar de los grandes avances para su prevención y tratamiento perinatal (principalmente uso de corticoide antenatal y terapia con surfactante). **Objetivo:** Analizar la incidencia, factores de riesgo, morbilidad relevante, empleo de recursos y mortalidad, en recién nacidos (RN) de muy bajo peso de nacimiento (<1500 g) con Enfermedad de Membrana Hialina. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. Se revisaron 50 historias clínicas de los recién nacidos prematuros menores de 1500 gramos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital General de Luque durante el periodo de enero 2015 a abril del 2017. **Resultados**: De los 50 pacientes prematuros 80% (40/50) presento algún grado de EMH. El 8% (4/50) de los pacientes recibió corticoides antenatales, el peso al nacer de 800-1500 g y la edad gestacional de 29 a 33 semanas. Predominó el sexo masculino en un 54%, (22/40) El antecedente materno más frecuente de partos prematuros fue la hipertensión inducida del embarazo (36 %), seguida por RPM en un 32%. El 73% (29/40) de los RN con dx EMH requirió uso de surfactante pulmonar y uso de Asistencia Respiratoria Mecánica. El promedio de días de permanencia en el respirador fue de 14 días para los pacientes entre 1000 y 1500 gramos y de 8 días para los RN menores de 1000 gramos **Conclusiones**. La incidencia del SDR fue cercana a los valores de

NEOCOSUR. En relación al sexo se observó mayor incidencia en el sexo masculino. Los pacientes que requirieron surfactante pulmonar recibieron más de 1 dosis. El porcentaje de administración de corticoides antenatales es bajo, se deben pautar estrategias para evitar partos prematuros en embarazadas con alto riesgo.

84. Prevalencia de vacunación en Embarazadas en el Hospital Materno Infantil Reina Sofía Cruz Roja Paraguaya

Portillo R**, Zavala R,** Ramírez ME, Barreto S, Centurión V, Bareiro M.

Hospital Materno Infantil. Reina Sofía. Cruz Roja Paraguaya.

Introducción: La vacunación consiste en la administración de preparados destinados a generar inmunidad con ello proteger a la madre y también al futuro hijo. La lógica y creciente preocupación por controlar y minimizar cualquier riesgo durante el embarazo hace que la vacunación en la mujer gestante sea siempre objeto de preocupación. Siguiendo las recomendaciones del *Advisory Comitee on Immunization Practices* (ACIP) de los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de EE. UU. en una mujer embarazada cabría plantearse la administración de diferentes vacunas. Indicación universal: difteria-tétanos (Td) aunque se prefiere la difteria-tétanos-tos ferina acelular del adulto (dTpa) y la gripe estacional (inactivada). Indicación selectiva en caso de presentar situaciones de riesgo asociadas, como podrían ser: hepatitis A y B o vacunas neumocóccica y meningocóccica. **Objetivo**: Determinar porcentaje de pacientes que acuden a prenatal en turno mañana, en el Hospital Materno infantil Reina Sofía a partir del 01 de enero del 2014 a 31 de diciembre del 2016 y que acuden a su vez al servicio de vacunación, y cuál es el esquema que se realiza en dichas pacientes. **Materiales y Métodos**: Estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo. **Resultados**: El protocolo de vacunación en la embarazada es la Tdpa y la vacuna para influenza en época. En este periodo consultaron en prenatal 38965 pacientes gestantes. Las embarazadas que acuden al servicio del vacunatorio representa en promedio un 8,6%; sacando la media de las prevalencia de vacunación de Tdpa es de 5,07%, mientras que para la vacuna para Influenzae corresponde a un 6,31%. En los registros encontrados en los años 2014, 2015 y 2016 la prevalencia respectivamente fue de 4,18%, 3,3% y 7,87% para la Tdpa y 8,02%, 3,65% y 7,14% respectivamente para la vacuna de Influenzae. Solo son vacunadas en el horario del turno mañana. **Conclusiones:** La educación y concientización a las embarazadas, sobre el esquema de vacunación, es importante. Es baja la cobertura de vacunación**,** Y se debe habilitar en todos los horarios de consultorio prenatal, el servicio del vacunatorio.

85. Relación entre controles pre natales y mortalidad en menores de 1.500 gramos, en el Servicio de Neonatología del Hospital General de Luque

Álvarez F, Encina N, Duarte C, Vázquez J, Garcete A, Ortiz J.

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Hospital General de Luque.

Introducción: La atención pre natal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el mismo no solo implica el número de visitas, además, implica en que trimestre fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad de atención. Un adecuado seguimiento prenatal reduce la mortalidad neonatal; también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo y evitar de esa forma el nacimiento de productos de bajo peso al nacer. **Objetivo:** Evaluar la relación entre el número de controles prenatales y el indicador mortalidad en menores de 1500 gramos. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se revisaron 50 historias clínicas de los recién nacidos prematuros menores de 1500 gramos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital General de Luque durante el periodo de marzo del 2015 a marzo del 2017 y el carnet prenatal (CLAP) y Expedientes maternos. Las variables en estudio fueron control pre natal, considerado adecuado (igual o mayor a 5 controles) insuficientes (menor de 5) y Nulos. **Resultados:** RN menores de 1,500 gramos cuyas madres realizaron controles pre natales adecuados presentaron mortalidad del 26%, aquellas con controles prenatales insuficientes con mortalidad del 42% y sin ningún control pre natal 43%. No se encontraron variaciones importantes con respecto a la mortalidad entre los pacientes cuyas madres no realizaron controles prenatales y los que se

consideran insuficientes **Conclusión:** En este estudio se observa que el control pre natal adecuado (mayor a 5 controles) impacta en la prevención de la mortalidad neonatal sobre todo en aquellos de bajo peso al nacer. Concluimos que si se mejora la calidad del control prenatal, proponiendo estrategias que muestren beneficios en la población obstétrica disminuirá la mortalidad neonatal.

86. Sepsis por *Staphylococcus aureus* presentado como Síndrome de Leiner vs Ritter

Britos V, Samudio-D GC, Espínola-E R, Bogado J, Vera L.

Hospital General Barrio Obrero. Servicio de Neonatología. Post-grado en Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

Introducción: La sepsis por *Staphylococcus aureus* en el recién nacido puede tener diversos estados de gravedad. La presencia de bacteria en líquidos normales estériles y cuadro clínico certifica la sepsis .Sin embargo, la presencia de lesiones tipo piel escaldada hace sospechar que en este cuadro estuvo involucrado un SAMS productor de toxina que permitió la exfoliación con Nikolsky positivo y fascies característica del Síndrome de Ritter. La afectación dérmica puede ser atípica y llegar a confundirse con enfermedad de Leiner, enfermedad esta última, que conjuga alteraciones inmunológicas y dermatológicas, u otras patologías dérmicas. **Descripción del Caso Clínico:** RN sin antecedentes de interés, nacido por cesárea. Madre sana. Ingresa con 19 días de vida con historia de lesiones eritemato maculares de 1 semana de evolución, algunas confluentes y descamativas que se concentran en línea media, tórax, abdomen. Lesiones eritematosas en placa que se extienden en cara y cuero cabelludo, pabellón auricular en donde forman costras. Recibió tratamiento con hidrocortisona tópica más prednisona vía oral por 5 días, sin mejoría. Ingresa irritable, llanto disfónico. Signos vitales: FC: 148 X. Llenado capilar <2 seg. FR: 42 X. Saturación del 98%. Laboratorio: Gb: 9322 mm3, N: 36%, L: 58%, Eo: 3%, B: 3%, M: 2%, Plaq: 560300 mm3, PCR: ++. OEA pass, Ecocardiograma normal. LCR normal. Cultivo positivo en sangre y LCR a *Staphylococcus aureus* meticilino sensible. Recibió 21 días de antibióticoterapia ajustada a antibiograma. La biopsia de piel informó sospecha de piel escaldada. **Comentario:** El Leiner fue descartado por la evolución. La presentación de sepsis por SAMS con placas eritematosas es inusual y debe plantearse diagnósticos diferenciales que comprenden: Leiner, Ictiosis, Dermatitis Seborreica severa.

87. Síndrome de Edwards. A propósito de un caso

Valdez R, López F, Gómez A, Medina A, Centurión I, **Guerrero V.**

Hospital General Barrio Obrero. Servicio de Neonatología. Posgrado Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

Introducción: El Síndrome de Edwards es la segunda trisomía autosómica más frecuente en RN. Con incidencia de 1/3000 nacidos vivos. Más frecuente en madres de edad avanzada; es un síndrome polimórfico, caracterizado por anomalías congénitas múltiples. La supervivencia media de pacientes con este síndrome es inferior a un mes, sólo 5-10% sobreviven durante el primer año. Las causas principales de muerte suelen ser: cardiopatías congénitas, apnea central y neumonía. **Descripción del Caso Clínico:** RNpT/PEG de 36 semanas, por cesárea; madre de 32 años, 4 gestaciones previas; Apgar 7/8, pesó 1,420grs, talla 38cm, PC: 28cm, quedó con dificultad respiratoria e ingresó a UCIN. Examen físico: Hipotrófica, fontanelas y suturas amplias, occipucio y frente prominentes, implantación baja de orejas, manos empuñadas, superposición de dedos, pies en mecedora, dedos de ambos pies gruesos y cortos, hipotonía generalizada. Soplo sistólico en foco tricuspídeo. Se toma muestra de sangre para estudio de cariotipo. Durante su estancia recibió asistencia respiratoria; antibióticoterapia de amplio espectro por sepsis neonatal e IACS. Se diagnosticó por ecocardiografía: CIV de repercusión hemodinámica por hiperflujo pulmonar, cámara cardiaca dilatada. Ecoencefalograma: formaciones quísticas en surcos caudotalamicos de etiología a determinar y HIV grado III. Se recibió informe de genética de una trisomía: cariotipo 48 XX+18. Su evolución fue en constante inestabilidad: con varios lapsos de manejo ventilatorio e infecciosos, recibió varias trasfusiones, retornó CMV+ (post-transfusional), recibió Ganciclovir; requirió NPT, soporte hemodinámico, desarrolló displasia broncopulmonar y pobre ganancia ponderal. Salió de alta con aporte enteral pleno, succionando más vitaminas. Sobreviviendo por 6 meses. **Comentario:** Se reporta el caso de una paciente con una inusual sobrevida de 6 meses. Se desconocen los factores que contribuyen a la

supervivencia prolongada. Los problemas más frecuentes en pacientes con larga supervivencia son: dependencia en actividades diarias, deficiencia intelectual severa, retraso psicomotor e infecciones respiratorias a repetición. No hemos encontrado estudios ni reportes de casos que evalúen el impacto del tratamiento integral de rehabilitación sobre la supervivencia de pacientes con este síndrome, sin embargo, hay estudios relacionados con el beneficio de la terapia física en estos pacientes como la estimulación motora y sensorial y ejercicios respiratorios, los cuales tienen la finalidad de prevenir complicaciones y ampliar la supervivencia.

88. Síndrome por Zika congénito. A propósito de un caso

Ayala L, Leiva L.
Hospital Nacional de Itauguá. Servicio de Neonatología.

Introducción: El 27 de noviembre de 2015, en Paraguay se notificaron 6 casos confirmados por laboratorio infección por el virus Zika en la ciudad de Pedro Caballero (OPS). El diagnóstico fue realizado en el laboratorio central a través de la técnica de reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa (RT-PCR). El CZS presenta un patrón reconocible de anomalías estructurales y discapacidades funcionales por daño del sistema nervioso central y probablemente también del periférico. Hay 5 características que son únicas: microcefalia grave con cráneo parcialmente colapsado; corteza cerebral delgada con calcificaciones subcorticales; cicatrices maculares y moteado pigmentario focal de la retina; contracturas congénitas; e hipertonía temprana marcada y síntomas de afectación extrapiramidal; estas características se agrupan bajo el Síndrome de Zika congénito (CZS).Los componentes funcionales están relacionados con el deterioro neurológico. **Descripción del Caso Clínico:** Madre de 23 años procedente de Guarambaré, con gesta 0, rotura prematura de membrana, patología materna infección de las vías urinarias tratada, niega fiebre u otros síntomas durante el embarazo. Parto institucional, terminación vaginal. Nace neonato de sexo femenino. Medidas antropométricas con percentil menor a 10 %. Edad gestacional de 33 semanas. Apgar 6/8. Se constata múltiples malformaciones: microcefalia, microoftalmía, manos rígidas con ausencia de pulgares, pie bot bilateral, microcnatia, imposibilidad de la apertura de la boca. Se toman muestras enviadas a laboratorio central que a sus 22 días de vida confirma diagnóstico de zika IgM positivo en suero de la madre y neonato. Se completan estudios. **Comentario:** Aún no se ha determinado el espectro completo de las alteraciones causadas por la infección pero ha surgido un fenotipo distintivo. El reconocimiento de este fenotipo por parte de los médicos que asisten lactantes y niños puede ayudar a asegurar una evaluación etiológica apropiada y dirigir el seguimiento con orientación especializada.

89. Recién Nacidos de Muy Bajo Peso al Nacer Pequeños para la Edad Gestacional Comparado con Adecuados para Edad Gestacional

Borgi J, Genes L, Mir R, Lacarrubba J, Céspedes E, Mendieta E.
Departamento de Neonatología Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: El beneficio propuesto de la clasificación de recién nacidos (RN) en pequeños (PEG) y adecuados para la edad gestacional (AEG) se centra en la posibilidad de identificar factores de riesgo en un grupo determinado, además se sabe que PEG conlleva aumento de la morbimortalidad y repercute en su evolución. **Objetivos:** Determinar la incidencia y la morbimortalidad del PEG comparado con el AEG entre RNMBPN. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de cohorte, se incluyeron recién nacidos muy bajo peso al nacer, menores de 1500 gramos (RMBPN) ingresados a la unidad desde enero 2013 a diciembre 2015, excluidos RN malformados, trastornos genéticos, trasladados, fallecidos antes 24hs de vida, grandes para la edad gestacional (GEG). Se estratificaron en PEG y AEG con la tabla de Pittaluga-Alarcon. Variables: corticoides prenatal (CP), hipertensión materna (HTA), doppler alterado (DA), restricción crecimiento intrauterino (RCIU), tipo de parto, peso al nacer, edad gestacional (EG), Apgar, síndrome de distres respiratorio (SDR), broncodisplasia pulmonar (BDP), soporte respiratorio, sepsis, hemorragia intraventricular (HIV), retinopatía del prematuro (ROP), enterocolitis necrosante (ECN), ductus arterioso persistente (DAP) y mortalidad. Significación estadística p0,05 e intervalo de confianza (IC) 95%. **Resultados:** De 8374 nacimientos, 165 RMBPN (incidencia 1,97%), 101 PEG (incidencia 1,2%), cumplieron criterios: 125 RN

(67,2% PEG y 32,8% AEG). EG en AEG 28,3 semanas ±1,7 y PEG 31,2±1,9 (p 0,001); en PEG encontramos asociación de HTA 53,6% (p 0,004), DA 21,4% (p 0,001), RCIU 48,8% (p0,001); AEG fueron partos espontáneos 43,9% (p 0,022), Apgar 1 y 5 minutos fue ≤ 5 en 43,9% (p 0,038), SDR 82,9% (p 0,009), BDP 54% (p 0,018), asistencia respiratoria mecánica (ARM) 82,9% (p 0,003). No hallamos diferencias significativas en cuanto a utilización de CP (p 0,555), días de utilización de oxigeno (p 0,475), HIV (p 0,125), ROP (p 0,802) días de internación (p 0,175) y mortalidad (p 0,134). **Conclusión:** Se observó una incidencia de 1,2% PEG y asociados a este grupo HTA materna, doppler alterado y RCIU, mientras que los AEG presentaban en promedio menor EG lo que explicaría mayor relación con un menor Apgar, SDR, BDP, requerimiento ARM, sin embargo no encontramos diferencias significativas con días de internación y mortalidad.

NEUROLOGÍA

90. Características clínicas en pacientes con trastornos del espectro autista

Morales G, Benítez S.
Departamento de Salud Mental y Neurología Infantil. Cátedra y Servicio de Pediatra. FCM-UNA.

Introducción: El autismo es un conjunto de alteraciones heterogéneas a nivel del neurodesarrollo que inicia en la infancia y permanece durante toda la vida. Implica alteraciones en la comunicación e interacción social y en los comportamientos, los intereses y las actividades. La prevalencia mundial está alrededor del 1%. Se da más frecuentemente en hombres que en mujeres, en una relación 4:1. **Objetivos:** 1. Determinar la edad promedio en la cual se realizó el diagnóstico de TEA. 2. Describir las características demográficas de los pacientes incluidos en el estudio, como edad, género y procedencia. 3. Conocer quiénes son los cuidadores de la población estudiada. 4. Identificar el tratamiento que reciben. 5. Determinar la frecuencia de presentación de pacientes con diagnóstico de TEA, durante el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2016. **Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva, observacional descriptiva, de corte transversal de los expedientes clínicos de pacientes pediátricos, se utilizaron fichas de pacientes de ambos sexos, de 18 meses a 17 años de edad, con diagnóstico de TEA, que consultaron en el departamento de salud mental y neurología infantil, de la Cátedra y Servicio de Pediatría FCM-UNA desde enero del 2015 a diciembre del 2016. **Resultados:** Se encontró 80 pacientes con diagnóstico de TEA (2%). Edad media de diagnóstico de TEA: 5,6 años. En el 51% se realizó el diagnóstico entre los 18 meses y los 5 años. Relación 3:1 (masculino-femenino). La totalidad, recibe soporte psicológico. **Conclusión:** El total de paciente que consultaron en el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2016, fue de 2831. Lo que representa un 2% del total de pacientes. Con respecto a la procedencia, el 80% es urbana y un 20% de procedencia rural. Se vio que la totalidad de los pacientes recibe soporte psicológico y 43% además recibe tratamiento farmacológico. Con relación a los cuidadores, el mayor porcentaje queda al cuidado de los padres, que corresponde a un 58%.

91. Caracterización de Escolares con diagnóstico de Epilepsia atendida en el Consultorio de Neurología Pediátrica y efectividad del tratamiento, en el Hospital Nacional de Itaugua

Cantero R, Aldana A, Ortiz L.
Hospital Nacional de Itaugua. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Campus Guaira.

Introducción: La epilepsia es un motivo frecuente de consulta en pediatría y neurología. **Objetivo:** Determinar las características de los pacientes escolares con diagnóstico de epilepsia que acudieron al consultorio de neurología pediátrica y la efectividad del tratamiento, en el Hospital Nacional de Itaugua de enero a diciembre del 2015. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte trasverso. Se incluyeron 122 pacientes escolares con diagnóstico de epilepsia, cuyos datos fueron obtenidos mediante las fichas clínicas. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes del estudio fue de 7,6 años, la del inicio de síntomas de la enfermedad fue de 5,7 años y la del diagnóstico de la enfermedad fue a los 6,5 años; 67 pacientes (55%) son del sexo masculino, 63 pacientes

(52%) procedieron de áreas urbana, la mayoría de los pacientes 77 (63%) debutaron con crisis parciales. Del total de pacientes, 119 contaban con EEG, de los cuales 75 (62%) presentaron alteración en el mismo. De 98 pacientes, 50 (51%) presentaron alteraciones en las neuroimágenes. Del total, 116 pacientes (95%) iniciaron tratamiento monoterápico y 6 pacientes (5%) recibieron tratamiento politerápico. La efectividad global del tratamiento a los 6 meses fue del 55% y al año del 82%. **Conclusión:** La edad promedio de inicio de las crisis fue a los 5,7 años y la del diagnóstico fue a los 6,5 años, lo que implica un promedio de 9,6 meses entre el inicio del cuadro y la consulta diagnóstica, la mayor parte fueron del sexo masculino procedentes de áreas urbanas, con crisis parciales al inicio de la enfermedad con un alto porcentaje de alteración en el EEG y/o Neuroimágenes, aunque no todos. Predomina el inicio de tratamiento monoterápico, con respuesta del 55% de los casos a los 6 meses, pero al año con aumento considerable de la misma.

92. Craneosinostosis: sugerencias para la detección precoz y tratamiento quirúrgico temprano

Moguilner G, Díaz D, Rivas M, Frutos F.
Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: La craneosinostosis es la distorsión craneal causada por la fusión prematura de una o más suturas. **Objetivos:** Presentar una guía práctica de manejo de la craneosinostosis. **Materiales y Métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos. **Resultados:** Las craneosinostosis se clasifican en aisladas o sindrómicas, simples o compuestas, primarias o secundarias. El hábito de fumar, hipertiroidismo, raquitismo, edad avanzada de la madre, macrosomía fetal, presentación de nalgas, oligohidramnios, embarazo múltiple y ciertos fármacos, son factores de riesgo para los casos no sindrómicos. La escafocefalia, compromete la sutura sagital y causa un cráneo largo y estrecho. La plagiocefalia anterior, secundario al cierre prematuro de la sutura coronal unilateral, se manifiesta con asimetrías faciales; la braquicefalia, sinostosis de la sutura coronal bilateral, con una disminución de la longitud antero posterior. La trigonocefalia, se caracteriza por una prominencia triangular de la frente, hipertelorismo y estrechamiento de la fosa craneal anterior. La craneosinostosis puede estar presente al nacimiento pero no suele evidenciarse hasta meses después. Las consecuencias pueden ser estéticas o funcionales y pueden deberse a un aumento de la presión intracraneana o a alteraciones en las estructuras encefálicas. Se recomienda la cirugía entre los 6 y 9 meses con resolución temprana del aumento de la PIC, prevención de complicaciones funcionales, mejores resultados cosméticos y menores complicaciones postoperatorias. **Conclusiones:** El momento adecuado de la intervención es crítico, por lo que el diagnóstico a tiempo es la base del éxito. Luego de un análisis de la literatura revisada llegamos a las siguientes conclusiones que las expresamos como sugerencias: Exploración física dirigida a todos los RN con factores de riesgo. Derivar a Neurocirugía ante la sospecha inicial sin estudio de imagen. En pacientes con sinostosis coronal, evaluación por genetista. Se recomienda el tratamiento quirúrgico entre los 6 y 9 meses. El diagnóstico precoz de la craneosinostosis, resultando en un tratamiento temprano, evita complicaciones neurológicas, mejora los resultados estéticos y disminuye los costos.

93. Diferenciación Osteoblástica del craneofaringioma: una evolución probable

Moguilner G, Díaz D, Rivas M, Frutos F.
Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: Los craneofaringiomas son tumores histológicamente benignos con un comportamiento agresivo. Puede presentar microcalcificaciones, y recientemente se descubrió la existencia de ciertas proteínas expresadas exclusivamente en estructuras dentales y óseas que se encuentran en estos tumores aumentando el grado de calcificación. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente del sexo femenino, de 1 año de edad, es traída por la madre al percatarse que la niña no veía los objetos que estaban frente a ella (defecto de campo visual bitemporal). Se realizó TAC de cráneo en la cual se observó proceso expansivo selar y supra – selar quístico, con hiperdensidadades puntiformes en la periferia. La paciente abandona el seguimiento sin tratamiento. Cuatro años después la paciente regresa con amaurosis izquierda, visión bulto derecho, Diabetes Insípida Central e Hipotiroidismo en tratamiento. En la TAC de cráneo se observa proceso expansivo en región selar, supraselar, y en tercer ventrículo de aspecto sólido, hiperdenso, homogéneo, compatible con tumor completamente calcificado. **Comentarios:** Los craneofaringiomas son tumores neuroepiteliales benignos provenientes de un remanente embrionario

de células del epitelio escamoso del ducto cranefaringeo primitivo. Tienden a invadir estructuras de la región selar / supraselar. En los adamantinomatosos a menudo se observan microcalcificaciones e infrecuentemente pueden progresar a metaplasia ósea. Pueden manifestarse con signos de HTEC, alteraciones visuales, trastornos hormonales del eje hipotálamo - hipofisario. El tratamiento de elección es la exeresis, con la mayor resección posible respetando las estructuras nobles. La radioterapia y la colocación de un catéter intraquístico permitiendo la descompresión del quiste y la inyección de la sustancia esclerosante bleomicina son otras posibilidades. Es un tumor que debe ser manejado a tiempo y por un equipo multidisciplinario. Sin tratamiento, por sus características invasivas y efectos compresivos en una zona con estructuras anatómicas funcionalmente importantes, puede tener consecuencias nefastas. Los hallazgos recientes de proteínas expresadas exclusivamente en estructuras dentales y óseas presentes en los craneofaringiomas podría explicar la atípica evolución de este caso.

94. Enfermedad de Menkes. Reporte de un caso
Rodríguez L, Arredondo P, Franco C.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: Enfermedad metabólica por mala distribución de cobre en el organismo. Causada por mutaciones en el gen ATP7A localizado en el cromosoma X y que codifica una ATPasa transportadora de cobre. Incidencia 1/40.000-300.000 nacidos vivos. De afectación multisistémica grave destacándose las alteraciones neurológicas, cutáneas y anexiales. El tratamiento es paliativo y el pronóstico desfavorable determinado por el deterioro neurológico progresivo. **Descripción del Caso Clínico:** Lactante de 3 meses, masculino, hijo único, procedente de Villa Elisa, sin antecedentes perinatales y familiares de interés. Ingresa al servicio por convulsiones generalizadas desde los 2 meses de edad, refractarias al tratamiento. Presentó varias internaciones en otros centros por la misma causa. Examen físico: Poco contacto visual. Irritable. Piel muy blanca. Cabello seco y escaso. Fontanela normotensa. Perímetro Cefálico normal. Hipotonía generalizada. Reflejos Osteotendinosos normales. Lactante con retraso madurativo severo. Laboratorio: Hemograma con anemia moderada. Medio interno sin alteraciones. CPK normal. Screening metabólico básico normal. Serología para TORCHS negativos. Ecoencefalografía: normal. Electroencefalograma: Ondas lentas y agudas frontotemporales de predominio izquierdo. Resonancia magnética de cráneo: discreta hiperseñal y aumento de talla del hipocampo izquierdo. Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral: hipoacusia moderada bilateral. Potenciales Evocados Visuales: normal. Con la sospecha de enfermedad metabólica de origen a determinar, se solicitan estudios metabólicos más complejos. Presenta varias internaciones posteriores en nuestro servicio por convulsiones, infecciones respiratorias y progresivo deterioro neurológico. A los 10 meses acude al Hospital Garrahan-Argentina para realizar los estudios solicitados, donde se diagnóstica Enfermedad de Menkes por dosaje de cobre y ceruloplasmina en sangre. Le indican tratamiento sintomático e histidinato de cobre parenteral. Va al Hospital San Juan de Dios-España para iniciar tratamiento con histidinato de Cobre con evolución desfavorable, falleciendo a los 15 meses de edad. **Comentario:** No se tiene información que en nuestro medio se hayan reportado casos, por lo que la epilepsia de inicio precoz refractario al tratamiento, precisa de un alto índice de sospecha de enfermedad metabólica, debiéndose incluir la enfermedad de Menkes en el diagnóstico diferencial, para así poder informar sobre el pronóstico, tratamiento disponible, asesoramiento genético, y de esa manera brindar una mejor calidad de vida al paciente y la familia

95. Enfermedad de Pompe Infantil y Juvenil. Reporte de dos casos
Paredes M, Casartelli M.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: La enfermedad de Pompe o glucogenosis de tipo II es una enfermedad de depósito lisosomal, rara, hereditaria, multisistémica producida por acumulación de glucógeno en los lisosomas por deficiencia de la enzima αglucosidasa acida (GAA). Actualmente se agrupan dos tipos, la infantil y de inicio tardío, según edad de comienzo y gravedad del cuadro clínico. El tratamiento de reemplazo enzimático (TRE) es el único tratamiento específico. **Descripción de los Casos Clínicos: Caso 1**. Paciente de sexo femenino, 4 meses de edad, consulta por dificultad para ganancia de peso, cansancio en la succión, hipotonía severa, retraso del desarrollo. Radiografía de tórax con cardiomegalia. Ecocardiografía con miocardiopatía hipertrófica

biventricular. Se sospecha E. de Pompe por lo que se envía gota seca en papel de filtro para análisis, se recibe informe con el diagnóstico confirmado. Se inicia goteo de TRE a los 6 meses de edad. Se planifica segundo goteo a las 2 semanas y antes del mismo presenta paro cardiorespiratorio sin respuesta a maniobras de reanimación. **Caso 2**. Paciente de sexo femenino, de 15 meses de edad, consulta por perdida de la deambulación de 2 semanas de evolución. Neurodesarrollo: sedestación a los 7 meses, marcha con apoyo a los 12 meses. Desde el inicio CK elevadas (>1000 U/l), problemas respiratorios recurrentes, sin compromiso cardiovascular. Se solicita dosaje de enzima en papel de filtro donde confirman diagnóstico de E. de Pompe. Actualmente 38 meses de edad, internada en UCIP, ARM por traqueostomía, recibe goteo de TRE cada dos semanas, recibiendo seis hasta la fecha. **Comentario:** La enfermedad de Pompe es una enfermedad neuromuscular progresiva, debilitante, a menudo fatal debida a deficiencia de la enzima GAA. La posibilidad de alterar el curso natural de esta enfermedad progresiva y degenerativa hace que el diagnóstico e intervención temprana sean críticos. La TRE es el único tratamiento específico y su objetivo es revertir, estabilizar, o enlentecer la progresión de la enfermedad. Un óptimo beneficio es posible cuando el tratamiento es iniciado temprano en el curso de la enfermedad y antes del daño muscular irreversible.

96. Estigmas cutáneos de espina bífida oculta y su importancia en el diagnóstico precoz de médula anclada

Díaz D, Moguilner G, Rivas M, Frutos F.
Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: El disrafismo espinal oculto es la segunda anomalía congénita más frecuente después de las malformaciones cardiacas. Se caracteriza por un defecto espinal cubierto por piel, que puede tener estigmas cutáneos superficiales que alerten el diagnóstico. **Objetivos:** Presentar la asociación entre estigmas cutáneos en región lumbar y espina bífida oculta para promover el diagnóstico precoz evitando consecuencias neurológicas en el niño. **Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos y libros de Neurocirugía en inglés y español sobre estigmas cutáneos de espina bífida oculta, espina bífida, médula anclada. **Resultados**: La espina bífida oculta (EBO) es un defecto en la fusión del arco neural de la vértebra afectada sin desplazamiento hacia afuera del contenido espinal, con o sin estigmas cutáneos en la piel que cubre el defecto. Las manifestaciones cutáneas se presentan en un 80-90% y pueden ser lipomas, mechones, hoyuelos, nevus, hemangioma cutáneo, neurofibromas múltiples, mancha mongólica, apéndice cutáneo. El 80 a 90 % de los pacientes que tienen EBO tienen estigmas cutáneos, sin embargo solo el 7,2 y 4% de los pacientes con estigmas cutáneos tienen en la ecografía y en la RMN respectivamente imágenes compatibles con EBO. Requieren cirugía quienes presentan deterioro urológico o síntomas neurológicos, lipoma del filum terminal, lesiones lipomatosas grandes. Puede estar asociado el Síndrome de médula anclada el cual se caracteriza por una fijación anormal de la médula espinal a la columna vertebral que impide el ascenso del cono a su posición habitual, la resonancia magnética es la modalidad radiológica de elección para el diagnóstico y por lo general es de resorte quirúrgico erradicando el anclamiento antes del deterioro neurológico. **Conclusión:** Los estigmas cutáneos asociados a espina bífida pueden ser la única evidencia de médula anclada antes de que las complicaciones neurológicas se manifiesten, por ello consideramos de suma importancia la identificación de los mismos y su manejo adecuado permitiendo un tratamiento precoz, mejorando el pronóstico de estos pacientes.

97. Lesión axonal difusa postraumática. Reporte de un caso

López W, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: Las contusiones, laceraciones, hemorragias intracraneales y la lesión axonal difusa constituyen lesiones primarias ya que ocurren en el mismo momento del traumatismo. Las lesiones secundarias se producen por complicación de los procesos que se inician en el momento de la lesión, pero no son directamente atribuibles al impacto. La lesión axonal difusa es responsable de la mayoría de las alteraciones de atención, memoria, velocidad de procesamiento y alteraciones ejecutivas en los TCE moderados y graves. **Descripción del Caso Clínico**: Adolescente de 13 años de edad, masculino, que consulta posterior a accidente de tránsito en motocicleta por traumatismo de cráneo, con pérdida

de conocimiento por aproximadamente una hora, por tal motivo queda internado en el Hospital de Curuguaty. Se realiza TAC de cráneo que informa una colección subdural izquierda leve y es dado de alta. A los 10 días consulta al Hospital del Trauma, por temblor de manos, hipertonía de miembros superiores y lenguaje incoherente, se decide su internación, recibe medicación con risperidona y ácido valproico, sin mejoría, por lo que lo derivan a nuestro servicio para valoración neurológica. El paciente ingresa al servicio consciente, vigil, hipoactivo, agresivo por momentos, no responde a preguntas. Al examen físico: temblor fino e hipertonía de miembros superiores, marcha y control de esfínteres conservados. Resto normal, Se realiza EEG: en que llama la atención atenuación global de actividad cerebral de base encefalopática. RMN: se constata a nivel del rodete del cuerpo calloso, lesión axonal difusa, no hemorrágica y lesión a nivel sub cortical frontal derecho, hemorrágica. Se inició tratamiento con Ácido Valproico y citicolina. Actualmente el paciente se encuentra, activo por momentos orientado en tiempo espacio y persona, miembros superiores hipertónicos, con temblor fino en las manos, disminuidos en intensidad. Alta con indicación de fisioterapia y seguir medicación indicada. **Comentario:** En los traumatismos de cráneo por accidentes de tránsito en motocicleta, siempre debemos tener en cuenta la posibilidad de que pueda presentar una afectación del cuerpo calloso y lesión axonal difusa, debido al efecto de la velocidad (mecanismo de aceleración y desaceleración) en el momento del impacto.

98. Pseudotumor cerebral en pacientes pediátricos. A propósito de dos casos

Ferreira J, Martínez G, Mesquita M.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: El Pseudotumor cerebral se define como un conjunto de signos y síntomas caracterizado por hipertensión endocraneal con examen neurológico, estudios de neuroimagen y citoquímico de LCR normal. Para establecer el diagnóstico es necesaria la normalidad de la neuroimagen. El signo cardinal es el edema de papila. Esta patología es poco frecuente en pacientes pediátricos y en la mayoría de los casos no hay etiología identificable. **Descripción de los Casos Clínicos: Caso 1:** Varón de 10 años, con historia prehospitalaria de cefalea de 2 semanas, en región frontal de moderada intensidad que se acompaña de visión borrosa. Presentó súbitamente desviación nasal de la mirada del ojo izquierdo de 4 días de evolución. Antecedente de vómitos y deposiciones liquidas 15 días antes del ingreso tratado ambulatoriamente como gastroenteritis aguda. Examen Físico: desviación nasal ojo izquierdo. Resto normal. Evaluación oftalmológica: edema de papila bilateral y parálisis del VI par bilateral. Laboratorios: Cultivo y citoquímico de LCR: normal. Imágenes: TAC y RMN: normal. Por lo que se realiza medición de presión intracraneana obteniéndose valor de 45 cmH2O (aumentada). Posteriormente retorna resultado de panel viral de LCR positivo a enterovirus. Manejado inicialmente con corticoides y acetazolamida. Ante no resolución de la hipertensión endocraneana se realizó punción lumbar evacuadora, drenándose 20cc, con presión de apertura de LCR de 17 cmH2O (en rango). Actualmente continúa en seguimiento. **Caso 2:** Varón de 9 años acude por visión borrosa de 12 horas. Antecedente de cefalea de 20 días de predominio matutino acompañado de fotofobia, y vómitos de 10 días de evolución. Evaluación: Examen neurológico normal, con desviación ocular nasal derecha. Evaluación oftalmológica: edema de papila bilateral con parálisis del VI par craneal derecho. Exámenes: TAC Y RMN craneal: normal. Cultivo y citoquímico de LCR normal. Tratamiento: Acetazolamida, corticoides. Presentando mejoría clínica y oftalmológica. **Comentario:** Al ser una patología poco frecuente en pediatría, tras descartar lesión ocupativa en los estudios de imágenes, LCR normal junto con la clínica, los diagnosticados con esta dolencia deben tratarse inmediatamente, de lo contrario podrían experimentar pérdida visual progresiva. Más del 90% de niños diagnosticados tendrá afectación visual y de no ser manejado precozmente el daño podría ser irreversible.

99. Siringomielia como forma de presentación de proceso expansivo de Bulbo Raquídeo. A propósito de un caso

Bogado J, Escurra C, Rodríguez D, Santos C, Luraschi N.
Hospital Regional de Encarnación, Servicio de Pediatría.

Introducción: La siringomielia es un trastorno degenerativo esporádico, consistente en la presencia

de una cavidad en el interior de la médula espinal o el bulbo. Desde el punto de vista clínico cursa con debilidad muscular y trastornos de la sensibilidad. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente de 9 años de edad, con dolor cervical de 15 días que irradia a espalda, miembros inferiores, mareos y dificultad para la deambulación a expensa de paraplejía y parestesia. Niega fiebre y otro síntoma. Examen físico: vigil, G15/15 adopta en el lecho el decúbito dorsal obligado a expensa de parestesia de miembros inferiores hasta la cadera y plejía de miembros inferiores y miembro superior derecho, ROT abolidos en miembros inferiores. Resto del examen normal. GB: 5541mm3, N: 50%, L: 21%. GR: 4461000mm3, Hb: 11,8gr%, Hto:36,4%, PCR:-, Perfil Hepático y Renal: Normal. STORCH: negativo. PL: liquido xantocromico, P: 449, Globulina:+++ Glucosa:18mg/dl. L:0-1/campo mononuclear Hematíes: no se observan. Ante la sospecha de síndrome compresivo medular se solicita RMN de medula cervical que informa: Extensa alteración heterogénea de la señal intramedular, con iso/hiposeñal T1 e hiperseñal T2 que ensancha el cordón con mala delimitación de sus márgenes en algunos segmentos, los cambios de la señal se extienden desde la unión bulbo-medular hasta el límite inferior del campo de exploración visible. Tras a inyección de contraste se visualiza realce predominante periférico con algunas proyecciones internas. Conclusión**:** proceso expansivo medular a corroborar con estudio espinal completo con equipo de alto campo. **Comentario:** La alteración asociada con más frecuencia a Chiari tipo I es la siringomielia. Se admite que el 40-75% de las malformaciones de Chiari tipo I se asocian con siringomielia. A la inversa, casi el 90% de las siringomielias se asocian con malformación de Chiari. La incidencia de siringomielia es 8,4 casos/año/100.000 personas, siendo más frecuente en adultos. Se presenta este caso por la baja frecuencia de siringomielia secundaria a proceso expansivo neoplásico en la edad pediátrica.

NUTRICIÓN Y GASTROENTEROLOGÍA

100. Anemia Grave Multicarencial: déficit de vitamina B12

Cano E, Brizuela S, Mattio I, Cuella R, **Pereira S.**
Servicio de Pediatría, Hospital General Barrio Obrero. Postgrado de Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

Introducción: La Anemia Grave Multicarencial (por déficit de vitamina B12) resulta de la combinación de múltiples factores etiológicos. Entre las causas inmediatas de esta carencia destacan la baja ingesta de alimentos ricos en ésta vitamina, tales como: leche, huevo, pescado, hígado y carnes rojas. Además, puede deberse a trastornos en la absorción, déficit de factor intrínseco congénito, falta de la proteína transportadora y trastornos del metabolismo intracelular de la cobalamina. Las anemias nutricionales son las más prevalentes en la población pediátrica y fundamentalmente en países de escasos recursos. **Descripción del Caso Clínico**: Lactante menor, femenino, remitida a nuestro Servicio del Hospital Distrital de Caaguazú, con antecedente de deposiciones liquidas de 4 días, edema de miembros inferiores de 3 días, palidez de piel de 3 días y fiebre de 2 días de evolución, no graduada, en varias oportunidades. Alimentación diaria: (sólo panificados, mandioca, infusiones). Examen Físico: Extrema palidez de piel y mucosas, llanto sin lágrimas, lengua saburral, taquicardia, soplo poli focal, no megalias. Ingresa con diagnóstico de Anemia Grave Descompensada en estudio. Hemograma: Hto:9%, Hb:2,7, GB:9800, N:58%, L:25%, Eo:17%, Plaq:285000, VCM:67,5, HCM:20,1, VHCM:30. TG:***519*** Col VLDL: ***104*** Lípidos totales:***1280*** Vitamina B12:***<83*** Transferrina***:414*** Reticulocitos Corregidos:***1*** IgG e IgM para Toxoplasma(-) Rk39(-) H. Simples: Giardia L. Test de Guayaco (-) Test de Coombs(-). Al ingreso recibe expansión con suero fisiológico, 2 transfusiones de GRC. Es dada de alta con Vitamina B12 1000ugr/día IM por 5 días. Luego 1 dosis semanal por 4 semanas, posteriormente 1 dosis mensual con controles laboratoriales y sulfato ferroso 3mg/kp/dosis. **Comentarios:** Se presenta el caso de una paciente que en el contexto de una muy deficiente alimentación; pobre en vitaminas y nutrientes llega a una Anemia Grave Multicarencial, que de no ser tratada, tendría una evolución a complicaciones como deficiencias en el desarrollo cognitivo, habilidades motrices, y de socialización.

101. Disfagia de etiología infrecuente. A propósito de un caso

Heyn J, Villagra J, Renna P.
Departamento de Cirugía Pediátrica. Catedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

Introducción: Disfagia se define como cualquier dificultad o anormalidad de la deglución. En niños, se ve frecuentemente en pacientes con problemas neurológicos y puede desencadenar importantes complicaciones. Otras causas frecuentes implican la inflamación del tracto oro-gástrico y, por causas externas como cuerpos extraños o ingestión de cáusticos. **Descripción del Caso Clínico**: BG, adolescente, masculino, 13 años, procedente de Luque, seguimiento en SENADIS por RDSM de tipo principalmente cognoscitivo leve. Antecedente de 8 meses de evolución de disfagia a sólidos que la madre refiere como dificultad para tragar; náuseas posterior a ingesta de sólidos, pérdida de peso de 5 kg; niega sialorrea, odinofagia, tos o atragantamiento. Niega cuadros infecciosos a repetición, principalmente cuadros respiratorios. Antecedente neonatal de Asfixia moderada, RCIU. A los 2 meses, internación por MBA sin germen aislado. Examen Físico: talla baja, miembro superior izquierdo más corto que el contralateral a expensas de fracción distal del mismo, alteración de la marcha, miembros superiores e inferiores izquierdos aumento leve del tono y ROT aumentados, retraso cognitivo leve aparente. Laboratorio: perfil celiaco y tiroideo normales. Estudio contrastado EGD: concluye imagen de muesca en tercio superior esófago, disminución del calibre a ese nivel, RGE. EDA: que informa compresión extrínseca en esófago superior. ECG y Ecocardiografía normales. TAC de tórax con contraste informa Aorta derecha circunfleja con Subclavia izquierda aberrante con divertículo. Diagnósticos: Disfagia de probable etiología extrínseca: Malformación vascular, Desnutrición crónica, Déficit Cognitivo leve, Hemiparesia izquierda compensada braquio-crural. **Comentario**: La disfagia es causada infrecuentemente por anillos vasculares, que son variantes anatómicas del arco aórtico que comprimen la tráquea, el esófago o ambos, y causa dificultades en la respiración o en la deglución. La valoración correcta del paciente permite confirmar el diagnóstico en tiempo oportuno, y así diseñar el plan terapéutico adecuado a cada caso y evitar complicaciones como la desnutrición crónica.

102. Enfermedad de orina olor a Jarabe de Arce. Primer caso clínico en un Hospital de Referencia

Sanabria M, **González M,** Lezcano M, Aldana A.
Unidad de Nutrición Pediátrica. Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

Introducción: Los errores innatos del metabolismo son enfermedades raras, en su mayoría de herencia autosómica recesiva. El sistema nervioso central suele ser el más afectado. Alrededor del 50 % se presenta en la etapa neonatal, con manifestaciones clínicas inespecíficas. Su importancia radica en realizar un diagnóstico oportuno para ofrecer una mejor calidad de vida a los niños afectados y sus familias. **Descripción del Caso Clínico**: AR, procedente de Caaguazú. Antecedentes personales: Nacimiento vía cesárea por toxemia del embarazo, EG 41 semanas, Apgar 9/9, peso 3.5 kg, alta a los 2 días de vida. Alimentación: pecho materno y suplemento con fórmula de inicio por succión débil desde la segunda semana de vida. 3 meses: no tiene sostén cefálico, no fija la mirada, inicia seguimiento con neurología. 6 meses: EEG normal. RMN de encéfalo con aumento de la intensidad de la sustancia blanca en forma difusa y de los ganglios de la base. Remitido a Nutrición para estudios metabólicos. Consulta en Nutrición con 1 año 10 meses: vigil, reactivo, hipotónico, con sostén cefálico, poco sostén de tronco, balbucea sílabas, sonrisa social. Niega internaciones por hipoglicemia o acidosis metabólica. Embarazo con controles prenatales suficientes. Vacunas completas para la edad. Hijo único de padres no consanguíneos, sin antecedentes de abortos. Niega retraso mental y antecedentes de muertes súbitas o prematuras en la familia. Perfil de aminoácidos y acilcarnitinas retorna con niveles elevados de leucina y valina. Se repite el examen en 3 oportunidades, lo que confirma el diagnóstico de enfermedad de la orina olor a jarabe de arce. Inicia alimentación con fórmula especial sin valina, isoleucina y leucina y dieta libre de proteínas de origen animal; además de fisioterapia y estimulación. Tras un año de tratamiento logra un mejor desarrollo cognoscitivo y motor. **Comentario**: El nombre de esta enfermedad se debe a que la orina de los pacientes tiene un olor característico a jarabe de arce. En este trastorno se produce una deficiencia del complejo multienzimático deshidrogenasa de los alfa-cetoácidos ramificados, bioquímicamente se caracteriza por un incremento en todos los fluidos corporales de los aminoácidos ramificados (leucina, isoleucina, valina) y sus metabolitos, asociados a neurotoxicidad.

103. Estado nutricional y hábitos alimentarios de niños y adolescentes que se encuentran en proceso de desvinculación de sustancias psicoactivas (SPA), del Centro de Convivencia Ñemity

Burgos S, Sanabria M, Ayala F.
Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: El uso de SPA es un problema de salud pública que afecta a diversos grupos etarios, en especial a adolescentes y a adultos jóvenes. El estado nutricional es uno de los principales puntos de deterioro durante el consumo. **Objetivo:** Determinar el estado nutricional y hábitos alimentarios de niños y adolescentes que se encuentran en proceso de desvinculación de SPA. **Materiales y Métodos:** Diseño observacional, trasversal. Ingresaron 35 niños y adolescentes del centro convivencia Ñemity (agosto a septiembre 2016). Se realizaron mediciones antropométricas según estándares nacionales (peso, talla). Variables: edad, sexo, Índice de masa corporal, consumo de SPA, consumo de alimentos. Se realizó una encuesta alimentaria de frecuencia de consumo. Estadística: medidas paramétricas y no paramétricas. **Resultados:** Ingresaron 35 sujetos. Mediana edad: 13 años (8-17). Masculino 91%. Edad que iniciaron consumo de sustancias psicoactivas: 12 años (9-15 años). Estado nutricional: adecuado 62,8 %, desnutrición 8,5 %, riesgo de desnutrición 2,8 %, sobrepeso 17,1 % y obesidad 8,5 %. Talla baja 8,5 %. Riesgo de talla baja 28,5 %. Las SPA más consumidas fueron: marihuana 100 %, cola de zapatero 91,4 %, cigarrillos 65,7 %, crack 65,7 %. Grupos de alimentos consumidos por frecuencia semanal: Cereales 94,3 %, Carnes 88,6 %, Azúcares 77%, Aceites y grasas 100%. Bajo consumo de lácteos, frutas y verduras (2,9 %). **Conclusiones:** Se observa malnutrición por déficit y por exceso en niños en proceso de desvinculación de SPA. Muy bajo consumo de lácteos, frutas y verduras.

104. Evolución nutricional de niños menores de cinco años de edad durante la estancia Hospitalaria

Peralta L, Sanabria M.
Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

Introducción: La desnutrición en niños hospitalizados es una causa frecuente de morbimortalidad. La prevalencia de desnutrición hospitalaria pediátrica en América Latina es del 11 % en promedio (rango de 6% a 35 %). **Objetivo:** Determinar la evolución nutricional de niños menores de cinco años de edad durante la estadía en la Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. UNA. **Materiales y Métodos:** Diseño observacional, descriptivo, prospectivo, longitudinal. Variables: edad, sexo, procedencia, peso al nacer, edad gestacional, peso al ingreso y al alta, talla, lactancia materna, lactancia materna exclusiva, inicio de alimentación complementaria, escolaridad y ocupación materna, patología de base, diagnóstico de ingreso, complicaciones, días de internación, alimentación enteral y/o parenteral, días de ayuno, evolución. Tamaño muestral: 361 pacientes menores de cinco años de edad. Se evaluó el estado nutricional por zPeso/Edad, zPeso/Talla., zTalla/Edad) (OMS 2006, Programa ANTHRO). Estadística: medidas paramétricas y no paramétricas. T Student. Significancia: $p<0,05$. **Resultados:** Ingresaron 361 niños, 51,5% Masculino, Edad media: 15 meses (1-59 meses) Grupos: 56 % lactantes menores, 21% lactantes mayores y 23% preescolares, 87% de procedencia urbana. 42% de los pacientes con bajo peso al nacer presentaron desnutrición global al ingreso y 31,6% desnutrición crónica. 87,8% recibió lactancia materna (59,3% durante menos de 6 meses, 23,9% presentó algún grado de desnutrición y 12,8% desnutrición crónica). 40,2% de los pacientes presentaba alguna comorbilidad (39,3% con algún grado de desnutrición y 15,9% con desnutrición crónica). La prevalencia de desnutrición global al ingreso fue de 26,6%; desnutrición crónica: 10,5%; desnutrición al alta: 22,6%. Desnutrición durante la estancia hospitalaria: 8,2%. La asociación de uso de alimentación enteral y ganancia de peso fue significativa ($p=0,02$). Ningún niño presentó kwashiorkor. Ningún óbito fue registrado. **Conclusión:** La prevalencia de desnutrición durante la hospitalización en niños menores de cinco años de edad es del 8,2 % en un hospital de referencia, menor al promedio en hospitales de América Latina.

105. Factores que influyen en la adherencia a la dieta libre de gluten en niños y adolescentes con Enfermedad Celiaca

Fretes B, Garcete L, Zacur M, Ortiz L, Cabrera N.
Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: La Enfermedad Celíaca (EC) es una patología de corte autoinmune cuya prevalencia va en aumento y que puede tener múltiples complicaciones a largo plazo. La adherencia a una dieta libre de glu-

ten (DLG) sigue siendo la mejor opción como tratamiento efectivo para la EC. Al momento del diagnóstico, se indican al paciente pautas dietéticas, seguimiento regular por gastroenterología y pruebas serológicas de control. La adherencia a dicha dieta podría estar determinada por factores socioeconómicos, el nivel cultural, el acceso a alimentos indicados y al correcto asesoramiento y la educación terapéutica por parte del médico gastroenterólogo, razón por la cual consideramos de interés realizar una investigación sobre la situación local en cuanto a la adherencia a la DLG en la edad pediátrica. **Objetivo**: Determinar los factores que influyen en la adherencia a la DLG en niños y adolescentes con diagnóstico confirmado de EC. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal y de tipo encuesta a niños con edades comprendidas entre 12 y 18 años y a padres de niños menores de 18 años con diagnóstico de EC. **Resultados:** Se evaluaron 32 niños con diagnostico confirmado de EC, 15 niños entre 12-18 años y 17 padres de niños <18 años. El 68,8%(22/32) de los pacientes fue de sexo femenino. En relación a la adherencia a la DLG, el 82,4%(14/17) de los padres refiere que sus hijos siguen la dieta indicada, en cambio al analizar a los adolescentes el: 46,7%(7/15) refiere que transgreden la dieta indicada. El 70%(12/17) de los padres considera difícil el acceso a los alimentos sin gluten, y del total de los encuestados el 94%(30/32) encuentra estos alimentos de alto costo económico. En cuanto al motivo de la trasgresión alimentaria 10/32 (31,2 %) respondieron que desconocía que ese alimento contenía gluten, 5/32 (15,6 %) refirieron que son más agradables al paladar y 1/32 (3,12 %) paciente respondió que lo consumió porque no tenía otra alternativa. **Conclusiones:** El motivo más común de trasgresión alimentaria fue el desconocimiento del contenido de gluten del alimento, seguido de la mejor palatabilidad de los alimentos con gluten. Los factores que dificultan el cumplimiento de la dieta fueron el alto costo de los alimentos sin gluten y el acceso a este tipo de alimentos.

106. Herramientas de valoración de riesgo nutricional de pacientes pediátricos con Leucemia Linfoblástica Aguda en tratamiento de quimioterapia: Antropometría y Screening Nutricional

Meza J, Sanabria M, Aguilar G.

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Universidad Nacional de Caaguazú.

Introducción: Los niños con leucemia linfoblástica aguda y en tratamiento de quimioterapia, presentan frecuentemente algún grado de desnutrición o riesgo de desnutrición por lo que se precisa aplicar herramientas de valoración nutricional que permitan identificar los problemas precozmente. **Objetivos:** Evaluar el riesgo nutricional en niños con leucemia linfoblástica aguda en tratamiento de inducción de quimioterapia utilizando las herramientas de valoración de riesgo nutricional por medio de antropometría y screening nutricional: Valoración Global Subjetiva (VGS), Sermet y Strong Kids. **Materiales y Métodos:** Diseño descriptivo observacional de corte transversal. Se estudiaron 20 pacientes pediátricos, internados en el Departamento de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, desde junio a setiembre del 2014.Variables: edad, sexo, peso, talla, presencia de edema, vómitos, dolor, pérdida de peso, disminución de masa grasa y masa muscular, cambios en la dieta. **Resultados:** Ingresaron 20 pacientes. Masculino (N: 11). Edad promedio 4 años + 3,7 (2-14). Estado nutricional por antropometría: Desnutrición grave (15%), Riesgo desnutrir (35%), Adecuado (35%), Sobrepeso (15%). Pérdida de peso > 10 % en 8 pacientes (40%). Dieta insuficiente (45%). Estado nutricional por screening a) VGS: Bien nutrido (30%), Moderadamente desnutrido (55%), Desnutrido severo (15%). b) Por Sermet: Alto riesgo nutricional (75%), riesgo moderado (25%) y por c) Strong Kids: Alto riesgo nutricional (50%), Riesgo moderado (50%). La comparación de la antropometría con la valoración global subjetiva demostrando un coeficiente de kappa de 0,63, con Sermet 0 y con Strong Kids un valor de kappa de 0,06. **Conclusiones:** Las herramientas de valoración nutricional (antropometría y screening nutricional) pueden complementarse para identificar más precozmente a los pacientes con alto riesgo nutricional.

107. Ingestión de cáusticos en pacientes pediátricos internados en un Hospital de tercer nivel

Semidei V, Blaires M, Ojeda L, Garcete J, Garcete L, Meza R.

Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción. La ingestión de cáusticos en la infancia constituye un problema de salud pública y en su ocurrencia inciden factores socioeconómicos, hábitos

culturales y aspectos legislativos. **Objetivos:** Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes internados por ingestión de cáusticos durante el período 2013 – 2017, en la Cátedra y Servicio de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de tipo observacional, descriptivo. Se incluyó a pacientes internados con antecedente de ingestión de sustancias cáusticas y se registró el tipo de sustancia ingerida, las manifestaciones clínicas presentadas, el manejo efectuado, y la frecuencia y tipo de complicaciones. **Resultados:** Fueron incluidos en el estudio 13 pacientes. La mayoría eran menores de 4 años de edad (92%, n=12; mediana: 1,8 años, IQR 1,5 a 2,7 años, límites: 0,6 y 15 años); predominaron el sexo masculino (61,5%) y la ingestión accidental (92%). Sólo uno de los pacientes manifestó ingesta de manera intencional. Los signos y síntomas predominantes fueron: eritema en labios (46%), sialorrea (38%), tumefacción de labios o lengua (38%), dolor en labios y boca (31%), vómitos (23%), otras lesiones en labios: erosión (15%), úlcera (8%) y sangrado (8%,). El manejo hospitalario incluyó administración de corticoides y antibioticoterapia en el 77% de los casos. Sólo a uno de los pacientes, se le instaló una sonda nasogástrica. Todos recibieron protector gástrico. Ninguno requirió cirugía durante la internación. Las sustancias cáusticas más frecuentemente ingeridas fueron los álcalis. De los siete pacientes que fueron evaluados por vía endoscópica, cinco no presentaron lesiones y dos (2/7; 28,5%) mostraron lesiones de grado IIA según la clasificación de Zargar (15,8%). Ninguno volvió a consultar para seguimiento y evaluación de complicaciones a largo plazo. **Conclusiones:** La prevención primaria a través de la educación constituye el pilar fundamental para evitar las intoxicaciones por cáusticos y sus complicaciones. Esto va estrechamente relacionado al nivel educativo y socioeconómico de los padres y cuidadores de los niños, así como al interés de las autoridades pertinentes con respecto a las exigencias en cuanto al envasado y etiquetado de productos corrosivos usados en el hogar.

108. Nutrición Parenteral Domiciliaria. Reporte del primer caso pediátrico

Sanabria M, **Medina C**, López M, Bécker D.

Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: La Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD) consiste en la infusión de nutrientes por una vía central en el domicilio del paciente, es una práctica con ventajas para el paciente y el sistema de salud. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente masculino, Producto de la 2da. gestación, con controles prenatales suficientes. Sin patologías durante la gestación. .Recién nacido de término, por vía Cesárea APGAR 08/09, 39,7 semanas por Capurro, Peso: 3.060 grs., Talla: 48 cm, PC: 35 cm. En las primeras horas de vida presentó vómitos e ingresó a Unidad de Cuidados Neonatales con abdomen distendido, RHA presentes., en ayunas, por lo cual inicia Nutrición Parenteral (NP). A los 6 DDV presenta abdomen distendido, sin RHA, con diagnóstico de Obstrucción Intestinal ingresa a Cirugía, y se constata segmento colónico atrésico. Se realiza resección de dicho segmento (15 cm) con ostomía a lo Santulli. A los 9 DDV ya con tránsito por ostomía, inició aporte enteral con leche materna (LM) extraída con buena tolerancia y NP en descenso. A los 19 DDV Alta con LM con buena tolerancia y en buen estado. A los 25 DDV reingresa por el servicio de Urgencias con antecedentes de vómitos, llanto inconsolable y distensión abdominal. Al examen físico: pálido, reticulado, con signos de choque, recibe tratamiento para choque. Radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos, ingresa a quirófano y se constata segmento ileal volvulado, se realiza resección de 15cm y ostomía en caño de escopeta en FII. A los 32 DDV presenta salida de materia fecal por heridas operatorias, reingresa a cirugía con hallazgo de necrosis y perforación del intestino delgado, se reseca y se realiza anastomosis término terminal, quedando aproximadamente 30 cm de asas delgadas. Se diagnostica Síndrome de Intestino Corto y se traslada al Hospital de niños Sor Ludovica, Argentina, consulta con equipo de insuficiencia intestinal, inicia NPD con entrenamiento a los padres en manejo. Regresa a Asunción, donde continúa NP domiciliaria por cinco meses. Antropometría y desarrollo acorde a edad y sexo. Alimentación actual: Leche materna + alimentación complementaria y NPT cíclica domiciliaria. **Comentario**: La NP domiciliaria tiene beneficios para la familia y el paciente y el sistema de salud. Se precisa mayor inversión en salud para garantizar el derecho a la alimentación de los niños con insuficiencia intestinal. Peso al Alta: 4,750 kg (07/03/17) Peso Actual: 8,12 kg (14/06/17).

109. Nutrición Parenteral en Prematuros y complicaciones relacionadas

Blaires M, Semidei V, Ojeda L, Garcete L, Sanabria M.
Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: La nutrición adecuada constituye un pilar fundamental para la supervivencia y calidad de vida de los recién nacidos prematuros, para lo cual gran parte requiere alimentarse por vía parenteral. **Objetivos:** Comparar las complicaciones asociadas a la nutrición parenteral en recién nacidos prematuros durante el período 2013 – 2015, en el Departamento de Neonatología de la Cátedra y Servicio de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. **Materiales y Métodos:** Retrospectivo, observacional, con componente analítico. Se incluyó a recién nacidos prematuros que recibieron nutrición parenteral durante su internación. Se registraron las características demográficas, antropométricas, las indicaciones de nutrición parenteral y la aparición de complicaciones. Se clasificó a los sujetos en dos grupos con respecto al peso al nacer: A) menor de 1.500 g y B ≥1.500 g y se comparó la frecuencia porcentual de complicaciones entre ellos. **Resultados:** Requirieron alimentación parenteral 138 recién nacidos prematuros, el 73% (n=101) pesó menos de 1500 g. Las indicaciones más frecuentes de nutrición parenteral fueron el peso al nacer menor a 1.500 g y la intolerancia alimentaria por vía oral. El 67,3% presentó complicaciones durante la administración de alimentación parenteral. Las complicaciones de tipo metabólico fueron las más frecuentes (60,6%), resaltando entre ellas la hiponatremia y la hiperglicemia, seguidas por las infecciosas (30,4%), siendo más común entre ellas la flebitis; y luego las mecánicas (7,9%), como la oclusión del catéter venoso. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en el desarrollo de complicaciones en el grupo A, con menor peso al nacer (X2, p =0,009 OR 2,59 IC 1,18 a 5,66). **Conclusiones:** Las complicaciones relacionadas a la NP son más frecuentes en recién nacidos con peso menor a 1.500 g y las más frecuentes son las metabólicas y las infecciosas. Recomendaciones: Es de importancia el estricto cumplimiento de protocolos de nutrición parenteral, de modo a disminuir la morbilidad de los recién nacidos prematuros, tanto a corto como a largo plazo.

110. Perfil nutricional y función pulmonar de niños con Fibrosis Quística

Ortiz Paranza L, **Sanabria M**, González L, Ascurra M.
Programa Nacional de Detección Neonatal, MSP y BS. Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: El estado nutricional adecuado resulta fundamental en los pacientes con Fibrosis Quística (FQ) debido a que incide sobre la función pulmonar y la mortalidad de los mismos. **Objetivo:** Caracterizar el estado nutricional de los niños y adolescentes con FQ que acuden al Programa Nacional de Detección Neonatal, sub Programa Fibrosis Quística, MSP y BS. **Materiales y Métodos:** Diseño observacional, trasversal, descriptivo con componente analítico. Variables sociodemográficas (sexo, edad al diagnóstico, edad actual y procedencia), forma clínica al diagnóstico y presencia de suficiencia pancreática, variables antropométricas y el estado nutricional, variables bioquímicas, dietéticas y de función pulmonar (VEF1). **Resultados:** Se analizaron 84 fichas clínicas de pacientes con FQ confirmada (56% Femenino). Edad promedio 7,5±4,7 años. El 64% diagnosticado ≤ 6 meses de vida. El 41% presentó forma clínica mixta al diagnóstico y 22% fue por detección neonatal. En < 2 años, 11% presentó desnutrición aguda moderada. En los ≥ 2 años (n=75), 60% tuvo estado nutricional adecuado, 11% sobrepeso y 3% obesidad. El 17,3% del total evidenció talla baja (Talla/Edad) y 42% cumplió con la meta nutricional en FQ. El 41% presentó colonización crónica por Pseudomona *Aeruginosa*. La función pulmonar media (VEF 1) fue 77,8%, el 58,1% presentó algún grado de afectación pulmonar, siendo los más comprometidos aquellos que se encontraban con desnutrición o en riesgo (p=0,0266, *Test t Student*). Los niños/adolescentes que presentaron *Pseudomona Aeruginosa* tuvieron z IMC significativamente más bajo que los que no presentaban (*p=0,0324, Test t Student)* y los que tuvieron z IMC más bajo presentaron menor función pulmonar (correlación de Pearson positiva y significativa p= 0,001). **Conclusión:** En los niños mayores de 2 años, 6 de cada 10 presentan un estado nutricional adecuado. Un 14% presenta malnutrición por exceso. La función pulmonar está más comprometida en los niños con desnutrición o riesgo de desnutrición.

111. Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes de Coronel Oviedo, Paraguay

Centurión P, Alló N, Battaglia S, Castro H, Gonzalez M.
Servicio de Pediatría, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Hospital Regional IPS Coronel Oviedo.

Introducción: El estado nutricional es el reflejo del estado de salud, por lo cual su evaluación constituye un área fundamental. La desnutrición continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública en el país junto con la obesidad infantil que además de una enfermedad es un factor de riesgo para el desarrollo de patologías crónicas no transmisibles. **Objetivo:** Determinar el estado nutricional y prevalencias de desnutrición y sobrepeso en pacientes pediátricos de consultorio ambulatorio. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal en pacientes que acudieron a consulta ambulatoria pediátrica en el Hospital Regional-IPS de Coronel Oviedo, entre el 1ro de marzo de 2017 al 30 de abril de 2017. Se tomaron los siguientes datos: edad, sexo, peso y perímetro craneano. Para la evaluación antropométrica se utilizaron tablas estándares de la OMS. **Resultados:** Acudieron a la consulta ambulatoria en el periodo de estudio un total de 350 pacientes de los cuales 185(52.8%) eran del sexo femenino, el rango etario predominante fue el de escolares 117 (33,4%) preescolares 89 (25,4%) seguido por los, adolescentes 68 (19%), lactantes menores 35 (10%), lactantes mayores 31 (8,9%) y neonatos 10 (3,5%). En el grupo de menores de 2 años el 97,7% presentó Peso/Edad adecuado, Talla/Edad adecuado (77%) y Perímetro Craneal/Edad normal (75.5%); sólo un paciente con talla muy baja; y 5 niños con Perímetro Craneal/Edad mayor a +2DE (11%). En el grupo de 2 a 5 años el 58% de los niños se encontraba con Peso/Edad adecuado, 21,3% en sobrepeso, 12% obesos, 5% en riesgo de desnutrición, 1% desnutrido moderado y 1% desnutrido severo. En mayores de 5 años, se constató un IMC normal en 100 niños (54%), sobrepeso 40 (21.3%) y obesos 25 (13%), riesgo de desnutrición 15 (8,1%) y desnutrición 5 (2,7%). **Conclusión:** Se observó un alto porcentaje de niños con adecuado estado nutricional principalmente en los menores de 2 años, sin embargo existe un porcentaje considerable de niños en riesgo de desnutrición y de sobrepeso por lo que sigue siendo clave una intervención nutricional temprana para atenuar sus consecuencias graves en la salud de los niños.

PEDIATRÍA GENERAL

112. A propósito de un caso clínico. Pancreatitis aguda en Paciente Pediátrica con Lupus Eritematoso Sistémico

Godoy Y.
Hospital Nacional de Itauguá.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad de afectación multiorgánica en la que los síntomas gastrointestinales son frecuentes, especialmente el dolor abdominal. La pancreatitis aguda afecta a un 0,7 a 4% de los pacientes pediátricos. Los pacientes con LES tienen mayor riesgo de pancreatitis grave que aquellos sin lupus, especialmente en las formas de inicio infantil, ya que la severidad viene determinada por los factores pronósticos generales de la pancreatitis como por la actividad del lupus. **Descripción del Caso clínico**: Paciente de 5 años femenino con debut de lupus eritematoso sistémico (síndrome febril prolongado, lesiones en piel, caída de cabello y rash periocular e inmunología positiva) con amilasa 116 y lipasa 250 y con control posterior de amilasa 88 lipasa 524, se realiza ecografía abdominal donde se descartó litiasis vesicular, páncreas aumentado de tamaño, colesterol total 297 y triglicéridos 1098 inicia goteo de insulina x la hipertrigliceridemia, el cual recibió 6 días mejorando hasta cifras de amilasa 46 lipasa 53 colesterol total 242 y triglicéridos 281. **Comentario:** La etiopatogenia de la pancreatitis aguda asociada a LES es desconocida, es una de las manifestaciones más raras. Se ha relacionado con múltiples factores, principalmente con el grado de actividad del LES, se ha asociado a fenómenos de vasculitis, depósito de inmunocomplejos y fenómenos tromboembólicos.

113. A propósito de un caso: divertículo esofágico

Morel A.
Hospital Nacional de Itaugua.

Introducción: Los divertículos esofágicos constituyen una patología poco frecuente. Según su localización anatómica se clasifican en faringo-

esofágicos, medio esofágicos y epifrénicos. En relación a su mecanismo fisiopatológico, se distinguen dos diferentes tipos: divertículos por tracción, debido a un proceso inflamatorio que involucra al esófago, o por pulsión, asociados a un trastorno de motilidad concomitante. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente de 1 años 5 meses de edad, masculino, con antecedentes de dificultad para la ingestión a sólidos de 6 meses de evolución. Se realizan estudios de imagen con ingesta de contraste: en los que se observa imagen compatible con divertículo en tercio medio de esofágico poco habitual por lo que se complementa con tomografía y resonancia magnética de tórax. Se observa importante infiltrado inflamatorio en pared esofágica asociado de C3 a D 6. En planes de ingreso a quirófano en el transcurso de la segunda semana de septiembre para corrección quirúrgica. **Comentario:** La mayoría de los divertículos son asintomáticos, pocos casos pueden ser sintomáticos, siendo la disfagia una de las manifestaciones preponderantes debido a las dimensiones del divertículo y las alteraciones de la motilidad concomitantes. Las complicaciones como ulceraciones y sangrado, son poco frecuentes en la actualidad. No obstante, y en particular los localizados en el esófago medio, presentan una elevada prevalencia de aspiración así como un considerable potencial de complicaciones pulmonares que pueden amenazar la vida del paciente.

114. Alteraciones bucofaciales en respiradores bucales con hipertrofia adenoidea y/o amigdalina

Moreno E, Solís H, Brítez M, Giménez S, **Mora G**.
Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología, FCM-UNA.

Introducción: La respiración bucal en pacientes con hipertrofia adenoamigdalina es causante de numerosas alteraciones bucofaciales por lo que se debe tener en cuenta el impacto que tiene la falta de abordaje precoz, pudiendo ocasionar cambios con graves consecuencias morfológicas, faciales, bucales, esqueléticas y fisiológicas, insuficiencia respiratoria, trastornos del sueño desde leves hasta producir apnea obstructiva del sueño. **Objetivo:** Determinar las alteraciones bucofaciales en respiradores bucales con hipertrofia adenoidea y/o amigdalina. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte trasversal. La población enfocada fueron pacientes menores de 12 años con hipertrofia adenoidea y/o amigdalina que presentaban respiración bucal, atendidos en el consultorio de Otorrinolaringología de la FCM-UNA entre los meses de abril a diciembre 2016. Los datos fueron recolectados mediante la revisión de 31 fichas otorrinolaringológicas, fonoaudiológicas y odontológicas de pacientes respiradores bucales con hipertrofia adenoidea y/o amigdalina. **Resultados:** De un total de 40 niños con diagnóstico de respirador bucal e hipertrofia adenoidea y/o amigdalina, 31 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión para el presente trabajo. La totalidad de los pacientes evaluados en este estudio presentó algún tipo de alteración bucofacial observados durante la evaluación otorrinolaringológica, odontológica y fonoaudiológica. El 100% de los pacientes presentaba al menos algún tipo de alteración bucofacial, siendo más frecuentes las alteraciones en la oclusión. Del total de 31 pacientes evaluados, 29 pacientes tenían algún tipo de alteración en la oclusión, con mayor frecuencia de hipotonía de labios (64,5%) y la presencia de paladar ojival (61%) Se observó que 28 (90%) pacientes presentaba algún tipo de alteración estructural y se hallaron alteraciones funcionales en 26 (83%) pacientes. Solo se encontraron 5 (6,5%) pacientes con mordida abierta, 27 (87%) pacientes presentaron alteraciones en la deglución. Se reportaron 88% de alteraciones en la masticación. **Conclusión:** Teniendo en cuenta los hallazgos de este estudio queda en evidencia la importancia del trabajo en equipo del pediatra, otorrinolaringólogo, odontólogo y fonoaudiólogo ya que esta es la única forma de brindar un tratamiento integral al paciente respirador bucal.

115. Anafilaxia inducida por ejercicio. Reporte de un caso

Meza R, **Miño S**.
Cátedra y Servicio de Pediatría, Hospital de Clínicas, FCM-UNA.

Introducción: La prevalencia de la anafilaxia pediátrica está subestimada, dado que los casos leves y moderados a veces no se diagnostican como anafilaxia. En la población general se estima una prevalencia del 0,05 al 2%. La mortalidad por anafilaxia es poco frecuente, aunque dadas las dificultades en su reconocimiento, es posible que no esté correctamente evaluada. Se trata pues de una patología subdiagnosticada y por lo tanto

infratratada. Respecto a las causas, los alimentos son la primera causa (66% de los casos), seguidos de himenópteros (19%) y medicamentos (5%). **Descripción del Caso Clínico:** Adolescente de 12 años de edad, masculino en seguimiento por Alergia. febrero-2017 acude a consulta por presentar Urticaria Post-Ejercicio, la madre refiere consumo de alimentos previos a la actividad física, en junio-2017 presenta dificultad respiratoria, urticaria, mareos, angioedema e hipotensión posterior a la práctica de fútbol habiendo ingerido alimentos 30 minutos antes, fue llevado al Hospital de su localidad donde recibió tratamiento con: Adrenalina intramuscular, Hidrocortisona y Clorfeniramina por vía endovenosa, habiendo remitido los síntomas fue dado de alta posterior monitoreo en Sala de Urgencias. Laboratorio: IgE sérica total: 408 UI/mL (V:R: inferior a 87 UI/mL), RAST para Gluten: Positivo. **Comentario:** Respecto a cofactores en anafilaxia pediátrica, se ha descrito la actividad física (implicada en el 21,3% de los episodios), siendo más infrecuentes los medicamentos. La anafilaxia inducida por ejercicio posee una prevalencia estimada entre adolescentes (11-15 años) del 0,048%. Se suele asociar a historia personal de atopia, y en algún caso herencia familiar autosómica dominante asociada al HLA A3B8DR3 28. En muchos casos de anafilaxia este es un cofactor necesario para su aparición. En el 30-50% de los casos el paciente ha ingerido en horas previas un alimento al que está sensibilizado (anafilaxia inducida por ejercicio dependiente de alimento específico o no específico).

116. Conocimiento y aplicación de la técnica correcta del lavado de manos del personal de enfermería de Urgencias Pediátricas de un Hospital General

Domínguez S, Rolón P.
Universidad San Lorenzo.

Introducción: Las Infecciones Asociadas a la Atención de los Servicios de Salud (IAAS) son complicaciones del acto sanitario, y en la actualidad es considerada como un problema de salud pública, la OMS realiza una campaña constante sobre la importancia del lavado de manos a fin de evitar las IAAS. La canalización de vía venosa periférica es un procedimiento que se realiza frecuentemente en las salas de urgencia. **Objetivo:** Determinar el nivel de Conocimiento y aplicación de la técnica correcta del lavado de manos según la OMS antes y después de la canalización de vía venosa periférica, por parte del personal de enfermería del área de Urgencias Pediátricas del Hospital General Barrio Obrero de Asunción. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional de corte transversal. Realizado en el Hospital General Barrio Obrero de Asunción, servicio de Urgencias pediátricas entre 1ro de diciembre de 2016 a 31 de marzo de 2017. Se realizó en 2 etapas. En la primera el personal de enfermería completo un cuestionario anónimo pero codificado sobre conocimientos y prácticas del lavado de manos. En la segunda etapa estos profesionales fueron observados durante la realización del lavado de manos antes y después de la canalización de una vía venosa periférica en 3 oportunidades cada uno. Se incluyeron 13 de 14 profesionales que trabajan en esta área. **Resultados:** El 61% del personal conoce la técnica correcta de lavado de manos según las normativas de la OMS. El 92% de los encuestados refiere que se lava las manos siempre antes del procedimiento. El 54% de los observados se lava las manos antes del procedimiento. Tan solo el 28% de los que se lavaron las manos utiliza la técnica correcta para lavado de manos según la OMS. El 61% de los observados se lava las manos después del procedimiento. El 31% no se lava las manos ni antes ni después del procedimiento. **Conclusiones:** No todo el personal de enfermería conoce la técnica correcta de lavado de manos, la mitad de los observados se lavan las manos antes del procedimiento, y de estos un bajo porcentaje lo realiza con la técnica correcta.

117. Cumplimiento de las indicaciones médicas en la consulta pediátrica en el Hospital Regional de Encarnación, julio-agosto 2017

Núñez G, Ruiz J, Bogado José, Luraschi N, Santos C.
Hospital Regional de Encarnación, Servicio de Pediatría. Posgrado de Pediatría FM – UNI.

Introducción: El cumplimiento terapéutico es un concepto amplio que se refiere al grado en que el paciente sigue el compromiso o pacto establecido con los profesionales de la salud, en relación a los medicamentos que debe tomar, al seguimiento de una dieta o cambios en la vida en general. Un medicamento podría proporcionar su máxima eficacia si se administra correctamente. **Objetivo:** Caracterizar a los pacientes que acuden a las consultas pediátricas del Hospital Regional de Encarnación y determinar el cumplimiento de las

indicaciones médicas. **Material y Métodos:** Diseño observacional, descriptivo y longitudinal, a través de la aplicación de encuestas estructuradas a padres o encargados de pacientes pediátricos que acudieron al consultorio de pediatría del Hospital Regional de Encarnación de julio a agosto del 2017. **Resultados:** Fueron encuestados 70 padres/encargados. La patología más frecuente hallada fue Síndrome Bronquial Obstructivo (33%) seguido de Resfrío común y crisis asmática (26% ambas). Solo el 24% de los pacientes acudió con la indicación médica anterior. El 79% aseguro haber entendido las indicaciones. Quien con más frecuencia se encargó de la administración de la medicación fue la Madre (74%) seguida de abuelos (18%) y 7% otros. EL 58% refiere haber cumplido con las indicaciones establecidas. Del 42% de los que no cumplieron, el 62% refiere no haber podido comprar la medicación indicada, 31% no entendió la letra y el 7% refirió temer a medicación. El 80% de quienes cumplieron con las indicaciones refiere haber presentado mejoría del cuadro. **Discusión:** Autor argentino informa haber hallado que un 90% de los encuestados fueron madres, 67% cumplieron las indicaciones, el 80,9% le quedo claro la indicación, coincidentes estos valores a nuestro hallazgo. No se cuenta con registros nacionales con datos similares. **Conclusión:** El médico tratante debe mejorar la caligrafía, y explicar de una mejor manera las indicaciones, para mejor adherencia al tratamiento.

118. Epifisiólisis de la Cabeza Femoral en Adolescente. Relato de Caso

Guerreiro S, Gaspar A, Bredt F, Vasconcelos E, **Segovia P**, Silva R, Futagami P, Rover M, Erdmann K., Cristovam M.

Hospital Universitario del Oeste de Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil.

Introducción: La epifisiolisis de la cabeza femoral (ECF) es la patología de cadera más frecuente en adolescentes, se describe como el desplazamiento de la epífisis (cabeza femoral) respecto a la metáfisis (cuello) a través de la fisis, el cual incide en ambos sexos, con ligero predominio en niños, de 10 a 15 años de edad. El paciente típico normalmente es obeso. La etiología es desconocida, pero algunas patologías endócrinas y sistémicas pueden debilitar la fisis femoral, predisponiendo a ECF, bien como factores mecánicos. Los signos y síntomas incluyen historia de claudicación y dolor referida en área inguinal y/o rodilla. El tratamiento consiste en la fijación de la epífisis femoral con tornillo o perno, siendo la complicación más frecuente la osteoartrosis. El objetivo de este trabajo fue relatar un caso de ECF atendido en el Hospital Universitario del Oeste del Paraná, además de una breve revisión de la literatura. **Descripción del Caso Clínico:** Adolescente de 12 años de edad, sexo femenino, con cuadro de claudicación de miembro inferior izquierdo, de inicio 15 días atrás, acompañado de dolor en cara medial del muslo del mismo lado, con aumento progresivo del dolor. Al examen físico: Señales vitales estables. Peso: 62 Kg (por clasificación OMS: sobrepeso), Estatura: 1,68 m, Presión arterial: 110/60 mmHg, claudicación y limitación de la abducción y rotación interna del muslo. Realizado radiografías de pelvis y rodilla, las cuales evidenciaron epifisiólisis de la cabeza femoral izquierda, siendo inmediatamente prescrito reposo y tratamiento quirúrgico. **Comentario:** Este caso relatado en una niña denota la importancia en considerar este diagnóstico en pacientes de sexo femenino a pesar de su baja incidencia en este subgrupo. En los antecedentes no había historia de trauma, la adolescente presentaba sobrepeso, siendo la franja etaria y el exceso de peso los factores de riesgo para el desenvolvimiento de la ECF. A pesar de la presentación clásica, este caso corrobora la importancia de la avaluación del muslo de niños y adolescentes con queja de dolor en rodilla y área inguinal, visando un diagnóstico e intervención precoz, lo que mejora el pronóstico.

119. Factores de riesgo prenatales y su asociación a malformaciones congénitas. FCM-UNA 2014-2016

Ojeda L, Semidei V, Blaires M, Lacarruba J, Benítez Leite S.

Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

Introducción: Las malformaciones congénitas constituyen la segunda causa de mortalidad infantil en América del Sur según datos de la OMS. **Objetivos**: Determinar la asociación entre los factores de riesgo prenatales y las malformaciones congénitas de pacientes internados en la Cátedra y Servicio de Pediatría (FCM- UNA) desde Octubre del 2014 hasta Abril del 2016. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo de caso-control, fuente primaria, en pacientes internados desde octubre 2014 a 0ctubre 2015 que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión como *caso*. y en pacientes

ambulatorios que cumplieron criterios de inclusión y exclusión como *control*. Con pareo 1:1 por edad y sexo. Instrumento: encuesta estructurada. Tamaño de muestra con variable cualitativa, valor de Z: 1,9, P: 4% (Porcentaje en población general 2 a 5%) de la variable principal, valor de D: 95%, que define intervalo de confianza del 95% y el valor de p de 0,05, resultando N: 60 por grupo. **Resultados:** Se consideró 66 casos y 66 controles pareados por edad y sexo; con edad comprendidas de 1 mes a 15 años, con una media de 2 años (DE: 2,63), masculino 61%. Grupo Casos provenían el 41% (27) del Interior del País y en el Grupo Controles correspondía a 11% (7). Las malformaciones más frecuentes fueron las del sistema nervioso central 29% (19/66) seguidas de las cardíacas 23% (15/66). El diagnóstico prenatal por ecografía obstétrica en 33% de los casos (21/66). Se realizó regresión logística multivariada resultando asociación estadísticamente significativa de malformaciones congénitas con las variables; antecedentes de malformaciones en la familia (OR 20,8, 95% CI 2,66- 162,2), antecedente de un hijo previo con síndrome genético (OR 8,84, 95% CI 1,35-73,86) y la falta de uso de ácido fólico antes o durante el embarazo (OR 3,44, 95% CI 1,49- 8,33) distancia de la vivienda menor a 1 km (OR 3,75, 95% CI 0,98-14,31) y exposición materna directa a plaguicidas (OR 4,51, 95% CI 1,77- 11,46). Los demás factores de riesgo conocidos para malformaciones no tuvieron significancia estadística. **Conclusión:** La falta de uso de ácido fólico y la exposición materna a agrotóxicos tuvieron asociación estadística significativa. Se plantea probable sesgo de la falta de pareo por Procedencia.

120. Hipertensión arterial en bronquiolitis asociada a corticoesteroides, en la Terapia de Niños del Hospital Juan
Max Boettner, 2014-2015
Alfonso M, Cantero M, Chávez A, Brizuela S.
Posgrado en Pediatría Clínica. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Servicio de Pediatría. Hospital de Barrio Obrero. **Unidad de Terapia Intensiva del INERAM.**

Introducción: La bronquiolitis es una enfermedad frecuente en la infancia, siendo la principal causa de ingreso hospitalario por infección del tracto respiratorio inferior en los menores de 2 años en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Objetivo:** determinar la incidencia de Hipertensión arterial (HTA) en pacientes internados en la terapia de niños del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM), con el diagnóstico de bronquiolitis asociada al uso de corticoides en el periodo 2014-2015. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, de pacientes ingresados con diagnóstico de bronquiolitis aguda en la UCIP del INERAM, complicados con HTA, en el periodo comprendido entre los años 2014 a 2015. **Resultados**: Durante el periodo de estudio fueron ingresados 424 pacientes, de los cuales 30 con el diagnóstico de Bronquiolitis Aguda (BAG), que representa el 7% del total. El 23% presentaron hipertensión arterial. El 43% de los casos de BAG recibieron corticoides, observándose hipertensión arterial en el 54% de estos. **Conclusión**: El 54% de los pacientes con bronquiolitis en tratamiento con corticoides presentó una presión arterial por encima del percentil en el rango superior para la edad. Los corticoides no deberían ser utilizados de manera rutinaria en los pacientes con bronquiolitis. La revisión de múltiples estudios demuestra que no existe mejoría en los parámetros clínicos y que existe asociación entre corticoides e HTA. A pesar de la frecuencia de esta enfermedad, aún existen grandes controversias en cuanto al protocolo terapéutico más adecuado. Por esta razón, la base del tratamiento continúa siendo de soporte, incluyendo suplementación de oxígeno cuando sea necesario, una adecuada hidratación y alimentación.

121. Miositis osificante. A propósito de un caso
Heyn J, Samaniego P, Lezcano R.
Departamento de Cirugía Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas, FCM-UNA.

Introducción: La Miositis osificante progresiva también conocida como fibrodisplasia osificante progresiva, es una causa rara de Miositis en la infancia. Se forma tras un único traumatismo o tras repetidos traumatismos continuos, se produce un hematoma muscular y del periostio, con una calcificación posterior del mismo en un periodo que oscila entre 1 a 3 semanas, formándose hueso de forma heterotópica. **Descripción del Caso Clínico**: Preescolar femenino, 2 años 6 meses, procedente de Luque, previamente sana. Antecedente de 30 días de evolución de dolor de hombro, posterior a caída de 60cm de altura, con impotencia funcional y tumefacción gradual, sin otros síntomas inflamatorios; fiebre de 10 días en

varias oportunidades. Consulta previamente con Traumatólogo infantil. Ecografía del ingreso: derrame articular compatible con artritis séptica. Radiografía de hombro derecho: reacción perióstica de húmero derecho. Se realiza drenaje quirúrgico, se constata escasa secreción de líquido intraarticular, sinovial hipertrofiada, abundantes signos inflamatorios locales, cultivo negativo; recibe antibioticoterapia con Clindamicina. Posterior a drenaje, en primeros días de internación se palpa tumoración en región axilar, consistencia pétrea de 4x3 cm aproximadamente. Radiografía: tumoración con calcificación periférica en relación con parrilla costal y húmero derecho. RMN: Masa en región axilar de paredes parcialmente calcificadas, 44x33x55mm, en contacto con el húmero, paquete vascular y pared torácica, causa probable neoplásica; extensa reacción perióstica en húmero y derrame articular glenohumeral derechos. Se realiza biopsia de tumor, retorna hallazgo compatible con Miositis osificante. Se realiza tratamiento con bolos de Metilprednisolona, con controles semanales ambulatorios. En seguimiento por Traumatología infantil y Hemato-oncologia Pediátrica. **Comentario**: La Miositis osificante progresiva es una enfermedad rara con menos de 1 000 casos descritos. Las técnicas de imagen pueden llevarnos a confusión y no es infrecuente que el diagnóstico definitivo requiera una biopsia de la lesión para descartar malignidad. El tratamiento es generalmente conservador. La cirugía en fases precoces está contraindicada ya que el riesgo de recidiva es alto. Como alternativa de tratamiento se recomienda metilprednisolona por sus efectos inmunosupresores y antiinflamatorios.

122. Poliangeitis con Granulomatosis (Granulomatosis De Wegener) en un Lactante: Presentación de un caso clínico

Ocampos N, Aguilera C, Castro H, Morel Z.
Servicio de Pediatría. Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

Introducción: La Poliangeitis con granulomatosis (PAG) (Granulomatosis de Wegener) es un desorden multisistémico autoinmune, caracterizado por inflamación granulomatosa necrotizante, necrosis de tejidos y grados variables de vasculitis. El patrón clínico clásico es una triada que involucra las vías aéreas superiores, pulmones y riñones; sin embargo, la PAG es actualmente reconocida como una enfermedad sistémica altamente polimorfa que puede afectar cualquier órgano, pudiendo estar asociada a positividad de ANCA. **Descripción del Caso clínico:** Lactante mayor de 1 año 4 meses, masculino, con antecedentes de retraso del desarrollo, sospecha de Reflujo gastroesofágico e internaciones a repetición por neumonía recurrente. Ingresó por fiebre, tos, rinorrea y dificultad respiratoria de 48 horas de evolución. Examen físico: estable, sin aleteo, con tiraje subcostal bajo bilateral, a la auscultación: sibilancias y subcrepitantes difusos. Laboratorio: HMG con leucocitosis y neutrofilia. Radiografía de tórax: revela infiltrado intersticio alveolar bilateral y opacidad de límites bien definidos en campo medio derecho con tendencia a la condensación. Ingresa como Neumonía Adquirida en la Comunidad y recibe tratamiento según protocolo. Durante la internación, requirió cuidados intensivos y múltiples esquemas de antibióticos por crecimiento de gérmenes intrahospitalarios. Inicia tratamiento anti bacilar por sospecha de TBC en contexto de antecedentes mencionados, a pesar de frotis, cultivos, Genexpert y PPD negativos. Se realiza fibrobroncoscopia con hallazgo de secuestro purulento. Biopsia: informa formación nodular parenquimatosa con engrosamiento de las paredes alveolares, granuloma no caseificante y marcado infiltrado crónico intersticial. ANTI PR3 (ANCA C) + 62 U/ml (VR: ≤20), ANTI MPO (ANCA P) + 23 unidades (VR: ≤20). Por tanto, se cataloga como un caso de Poliangeitis con Granulomatosis en base a: 1. Compromiso pulmonar, 2. estenosis bronquial, 3. ANCA positivo, 4. Histopatología compatible. Se inició tratamiento con corticoides y ciclofosfamida, con mejoría clínica y posterior alta. **Comentario:** la PAG puede ser interpretada como una infección respiratoria en su etapa inicial, donde los hallazgos de imágenes, positividad de los ANCA y biopsias constituyen puntos de apoyo esenciales en el diagnóstico diferencial, permitiendo un tratamiento precoz.

123. Poliarteritis Nodosa en un Escolar. Presentación de un caso clínico

Méndez K, Marecos M, Ruiz Díaz M, Aguilera C, Morel Z.
Servicio de Pediatría. Hospital Central del IPS.

Introducción: La Poliarteritis Nodosa (PAN) es una vasculitis que se caracteriza por la inflamación y necrosis de vasos de pequeño y mediano calibre. Constituye una patología crónica y recidivante, con

base autoinmune, que puede afectar cualquier órgano y sistema, siendo la forma cutánea la más frecuente en la edad pediátrica. **Descripción del Caso Clínico:** Adolescente masculino de 13 años de edad, previamente sano, acude por historia de una semana de evolución de artralgias y mialgias, además de edema de miembros inferiores, con sensación febril más lesiones petequiales generalizadas. Ingresa delicado, taquicárdico, taquipneico, pálido, afebril, con mucosas secas, con lesiones equimóticas generalizadas, edema (Godet ++) en MMII izquierdo, tenso, normotérmico, pulso pedio izquierdo disminuido. Se plantea sepsis de foco cutáneo e inicia amplia cobertura antibiótica, además se sospecha de trombosis Venosa Profunda, con EcoDoppler de MMII que informa presencia de signos indirectos de trombosis Venosa Profunda en poplíteo y gemelar izquierdo por lo que inicia Heparina de Bajo Peso Molecular. Al 6to día de internación presenta isquemia a nivel de dedo pulgar izquierdo por lo que inicia tratamiento con Pentoxifilina. Se realiza laboratorio GB: 12.990/mm3, N: 80%, Plt.: 256.000, Hb: 9,6gr%, Hto: 29%, PCR: + 96mg/L, VSG: 80mm, TP: 50%, INR: 1,65, TTPA: 61, Fibrinógeno: 565, Dimero D menor a 5, GPT: 159, GOT: 126, FA: 514, CK total: 1.378, LDH: 775, Aldolasa: 19,00 (VR hasta 7.5), Alb: 2,9, ANA: negativo, AntiDNA: negativo, C3: 242, C4: 40,7, perfil inmunológico normal; Biopsia de lesiones en piel: informa Vasculitis Leucocitoclástica + Trombosis en arteriolas. PAMO normal; Por tanto, se cataloga como un caso de Poliarteritis nodosa infantil en base a: 1. Oclusión de arterias medianas y biopsia con vasculitis necrotizante, 2. Compromiso cutáneo (infartos), 3. Miositis. Se inició tratamiento con corticoides, IGIV y ciclofosfamida, con mejoría clínica y posterior alta. **Comentario:** La variabilidad de la presentación clínica de la PAN y su baja incidencia en la población pediátrica, representa un desafío para el diagnóstico precoz de la patología, lo que retrasa el tratamiento y aumenta las secuelas.

124. Prevalencia de sensibilización a Aero alérgenos en pacientes Pediátricos que acuden al Consultorio de Alergia

Stanley R, Galeano C, Buró MN.
Instituto de Previsión Social, Hospital General de Luque.

Introducción: Las Enfermedades Alérgicas constituyen un problema de Salud Pública a nivel mundial, cuya prevalencia no cesa de aumentar, estimándose que 30 a 40 % de la población mundial se encuentran afectadas por Asma y Rinitis que afectan la calidad de vida de los individuos que la padecen y de sus familiares, además generan impacto negativo en el bienestar socioeconómico de la sociedad la sociedad convirtiéndose las enfermedades alérgicas en una verdadera Epidemia del Siglo. Es importante identificar los agentes que comúnmente sensibilizan a la población en especial a los niños lo que permite planificar medidas de prevención y contribuir al mejor control de las enfermedades**. Materiales y Métodos**: Diseño Observacional de Corte Transverso. Pruebas Cutáneas realizadas a niños por remisión facultativa al consultorio de especialidad de Alergia desde Enero a Julio 2017 con el Dx probable enfermedad Alérgica. De las 277 Historias Clínicas revisadas se recabaron datos Demográficos y se registraron las siguientes variables: Edad, sexo, procedencia, motivo de consultas, diagnósticos, dosaje de inmunoglobulina total (Igett) y Pruebas Cutáneas realizadas por la técnica de punción única. Prick Test para determinar el perfil de sensibilización. Los datos fueron consignados, en planillas Excel. Los extractos Alergénicos son del Laboratorio Diater Argentina. **Resultados:** De los 277 Pacientes estudiados 57 % sexo masculino, 43 % sexo femenino, Edad: 1 -4 años 12 %, 5 A 10 años. 53 %, 11 a 15 años 30 %, 16 a 19 años 6 %. Procedencia: la población estudiada procede de Asunción y Departamento Central 70 A 80 %. Los síntomas fueron: Rinorrea, congestión nasal 51 %, Chillido de pecho 3o%, Tos 10%. Pruebas Cutáneas Prick Test se realizaron a los 277 pacientes dando, Positivo 65 % , Negativo 35 % Ácaros ptreronyssimus, farinae y blomia 58 % positivos, Hongos Mayores alternaría, cladosporiun y aspergillus positivos 25%. **Conclusión:** Los Aero alérgenos identificados frecuentemente fueron los Ácaros seguidos de Hongos mayores; La Prevalencia elevada de las Pruebas Cutáneas positivas se debe a que son pacientes de consultorio de especialidad por remisión facultativa.

125. Prácticas de Lactancia en una población de Lactantes Menores en Coronel Oviedo, Paraguay

Alló N, Centurión P, Castro H, González M, Battaglia S.
Servicio de Pediatría-Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Hospital regional IPS Coronel Oviedo.

Introducción: La lactancia materna durante el primer año de vida es la intervención preventiva con

mayor potencial para salvar vidas ya que puede prevenir el 13% de las muertes en menores de 5 años en todo el mundo. La OMS recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, a nivel mundial menos del 40% de la población cumple estas recomendaciones y en nuestro país, la lactancia materna exclusiva con la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre tuvo un aumento del 21% al 31% en las últimas encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados del 2016. **Objetivo**: Conocer las prácticas de la lactancia en los primeros 6 meses de vida en Coronel Oviedo, Paraguay. **Materiales y Métodos**: Estudio descriptivo, transversal de lactantes menores de hasta 6 meses de vida que acudieron a consulta ambulatoria pediátrica en el Hospital Regional-IPS de Coronel Oviedo, entre el 1ro de marzo de 2017 al 30 de abril de 2017. Se tomaron datos como la edad, sexo, peso, talla y se interrogó a los padres y/o tutores sobre el tipo de lactancia practicada en la actualidad. **Resultados:** De un total de 32 lactantes incluidos en el estudio que acudieron a consulta ambulatoria de pediatría, 18 (56%) eran del sexo masculino; el grupo etario más frecuente fue el de 1 a 3 meses(12/32), en cuanto al estado nutricional el 96,8% tenía un P/E adecuado, los lactantes que practicaban lactancia materna exclusiva fueron 18 (56%) seguidos de los lactantes con lactancia mixta: 9 (28%) y los lactantes alimentados sólo con leche de fórmula:2 (6.2%), en 3 lactantes no se pudo obtener la información por desconocerla los tutores. **Conclusión:** Este estudio encontró a la lactancia materna exclusiva como la principal práctica alimentaria en los niños de hasta 6 meses de edad de Coronel Oviedo y con adecuado peso para la edad en el momento de la consulta. Es imprescindible seguir estimulando las óptimas prácticas de alimentación en la infancia temprana ya que asegura que los niños alcancen y desarrollen todo su potencial.

126. Prevalencia y factores asociados al abandono de lactancia materna exclusiva en el menor de 6 meses

Rolon P, **Morínigo R**, Chirico M.
Consultorio de Neonatología. Catedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

Introducción: En Paraguay, sólo 1 de cada 4 bebés recibe lactancia materna exclusiva durante sus primeros 6 meses de vida. "Lactancia materna exclusiva" significa que el niño recibe solamente leche materna durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua. **Objetivo.** Conocer la prevalencia de lactancia materna exclusiva e identificar factores asociados al abandono de la misma antes de los 6 meses de vida. **Materiales y Métodos**. Estudio prospectivo, descriptivo realizado entre noviembre de 2016 y julio de 2017. Los datos se obtuvieron por entrevista personal y seguimiento telefónico al mes, a los 3 meses y a los 6 meses, a las madres cuyos bebes consultaron entre noviembre y diciembre de 2016. Se utilizó un cuestionario pre-estructurado. **Resultados.** Se completó el seguimiento a 156 madres, el promedio de lactancia materna exclusiva fue de 89% (139) al mes de vida, a los 3 meses 83% (130) y a los 6 meses 32%. (50) si bien permanecieron con lactancia materna predominante el 67% (105) a los 6 meses. La edad al momento de la primera consulta era en promedio de 14.8 días (3-45dias), entre los motivos de introducción de leche complementaria antes de los 6 meses, el 15% consideraba que no tenía suficiente leche, el 20% refirió que le indicaron debido al bajo peso del paciente, el 30% inicio papillas por recomendación de familiares y el 35% debido a que debía volver al trabajo. El 92% refirió haber recibido algún tipo de información sobre la importancia de la lactancia materna antes del nacimiento del bebe. Y el 100% recibió información después del nacimiento. **Conclusiones:** Prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses: 32%. Causa de abandono predomínate la re-incorporación al trabajo.

127. Síndrome de Marfan. A propósito de un caso

Vázquez C, **Mora G,** Desvars P, Amarilla N, Pereira V, Escobar C.
Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.

Introducción: El síndrome de Marfan (SM) es un desorden hereditario y sistémico del tejido conectivo en el que la talla alta y la excesiva longitud de las extremidades y dedos se asocian con anormalidades cardiovasculares, esqueléticas y oculares. Trastorno causado por mutaciones en la fibrilina 1, siendo 90% de las mutaciones de tipo único y se transmiten de manera autosómica dominante, 20% de los individuos no heredan las mutaciones, y se interpretan como nuevas. La incidencia es de 2 a 3 casos por 10.000; el diagnóstico de síndrome de Marfan (SM) es problemático debido a la extrema variabilidad en su presentación clínica, ausencia de características

patognomónicas. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y genéticos denominados nosología de Ghent. **Descripción del Caso Clínico:** Escolar de sexo femenino de 10 años de edad con cefalea, artralgias y palpitaciones. Consulta desde los 3 años, tratada de manera sintomática por 2 años siendo derivada a Oftalmología por cefalea. El especialista, ante subluxación del cristalino, sugiere al pediatra que podría ser un SM, quien lo descarta, por ausencia de antecedentes familiares y por ecocardiografía normal. A los 9 años es nuevamente evaluada y derivada por rasgos fenotípicos a la Catedra de Pediatría para seguimiento multidisciplinario. Al examen físico talla alta (T/E >3 DE), aracnodactilia, pectus carinatum, cifosis torácica, genu recurvatum, signo del pulgar, de Adams y de la muñeca presentes. Se constata dilatación aórtica en nuevo ecocardiograma. **Conclusión**: Se presenta a la paciente para ilustrar acerca del SM y el retardo en el diagnóstico por desconocimiento de los criterios, no siendo necesario la presentación de todos para el diagnóstico precoz y brindar así mejor calidad de vida.

128. Tumor abdominal en paciente con Síndrome de Down. Reporte de un caso

Cabrera M, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: Se estima que aproximadamente el 50% de las afecciones oncológicas en pediatría son sólidas, y de estas 20% se localizan en abdomen, asientan con mayor frecuencia en el retroperitoneo (90%), siendo el teratoma el tumor retroperitoneal más común y, en su mayoría de carácter benigno. Son tumores que usualmente cursan con una clínica inespecífica, e incluso, pueden ser asintomáticos, con una baja incidencia en el síndrome de Down. **Descripción del Caso Clínico**: Paciente de 18 años de edad, portador de síndrome de Down sin cardiopatía, ingresa con historia de tumoración abdominal desde el nacimiento, de crecimiento progresivo, doloroso en ocasiones, niega otros síntomas. Examen físico: tumoración en hipocondrio izquierdo de dimensiones 15 x 10cm, bordes regulares de consistencia dura, inmóvil e indolora, sin signos inflamatorios. Laboratorio: Glóbulos blancos: 5430/mm3(N:55 L:32 M:3%) ; HB:14,6 HTO:43,5, Plaquetas (290.000/mm3), alfafetoproteína 3,57ng/ml, gonadotropina coriónica humana fracción beta: menor a 1,2mUI/ml. Ecografía abdominal: entre el bazo y riñón izquierdo se visualiza gran formación sólida hipoecogénica, heterogénea, con fina cápsula que mide 140 x 120mm, adherida a la misma, siendo difícil de determinar si forma parte del mismo, se observa imagen líquida, hipoecogénica que mide 66x52x49mm. TAC abdominal contrastada: lesión tumoral intraabdominal izquierda de 20cm de diámetro mayor, de bordes netos, contenido mixto, alternándose áreas de densidad sólida, con extensas áreas de contenido graso, con calcificaciones asociadas, se extiende desde el espacio subfrénico y desciende por delante del riñón izquierdo y del colon descendente, hallazgos compatibles con teratoma. Tratamiento: tumorectomía. Anatomía patológica: teratoma quístico maduro. Alta médica. **Comentario:** La mayoría de las masas abdominales en la edad pediátrica corresponden a organomegalias (57%) y a masas tumorales en menor proporción, la manifestación clínica de los tumores retroperitoneales primarios como los teratomas suele ser tardío y de pronóstico generalmente bueno que depende directamente de su grado de diferenciación; y presentan muy baja incidencia en pacientes con síndrome de Down reportándose pocos casos en la literatura mundial.

129. Tumor abdominal. Adenocarcinoma de Colon en paciente adolescente

González L, Camperchioli R.
Hospital General Pediátrico Niños De Acosta Ñu.

Introducción: El cáncer de colon en pediatría es una patología neoplásica rara, con una incidencia estimada de 0,3 a 1,5 casos por millón de habitantes. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente masculino de 15 años de edad que consulta por: pérdida de peso de 1 mes de evolución, dolor abdominal y torácico de 3 semanas de evolución, vómitos de 15 días, fiebre de 3 días, detención de heces de 2 días. Refiere traumatismo abdominal importante hace 1 mes. Ingresa pálido, caquéctico, mucosas semisecas, abdomen plano, poco depresible, doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos disminuidos. Valores de laboratorio normales. Radiografía de abdomen: niveles hidroaéreos. En la ultrasonografía abdominal se observó (10/05/17) formación mixta hipoecogénica en hipocondrio izquierdo. Se establece el diagnóstico de hematoma mesentérico por el antecedente de traumatismo abdominal. Internado por 10 días y dado de alta con mejoría clínica y eco abdominal sin cambios. Reingresa al 5to día por dolor abdominal y vómitos. Ecografía (25/05/17) epigastrio ligeramente desviado a la izquierda, formación sólida ovalada por delante de la aorta y por debajo del

páncreas, bordes lobulados, hipoecogénico, presencia de gas en región central, vascularizada al Doppler color. TAC de abdomen: marcada dilatación de asas delgadas y del colon ascendente, en el ángulo hepático se observa lesión intraluminal de 8 cm de diámetro. Fue sometido a cirugía, se realiza resección de tumoración en colon transverso de 15cm longitud con anastomosis término- terminal, previa cobertura antibiótica. Anatomía patológica: adenocarcinoma moderadamente diferenciado GII in situ. **Comentario**: dada la baja incidencia de adenocarcinoma en niños, el diagnóstico es generalmente tardío, lo que contribuye a la progresión y al peor pronóstico. En el caso del paciente se intervino oportunamente lo que contribuyó a un pronóstico favorable. El tratamiento se basa en la resección quirúrgica y quimioterapia adyuvante posterior. El pronóstico final depende de la extensión de la enfermedad al momento del diagnóstico y la estirpe celular del tumor.

130. Tumor de Frantz Gruber. A propósito de un caso

Azucas R, Galeano L, Domínguez J, Esquivel I.
Cátedra y Servicio de Pediatría Clínica del Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: El tumor de Frantz es una masa sólida pseudopapilar del páncreas, poco frecuente, maligno de bajo potencial metastásico, descripto por Virginia Frantz en 1959. Predomina en mujeres jóvenes entre la tercera y cuarta décadas de la vida. Los síntomas se dan por el efecto de masa y se caracterizan por la sensación de plenitud, vómitos y saciedad precoz; con mayor rareza por dolor abdominal. El diagnóstico por imágenes incluye la Ecografía, Tomografía computarizada con contraste o la Resonancia Magnética. La Anatomía Patológica confirma la sospecha diagnóstica. El tratamiento es quirúrgico, consiste en la resección total del tumor con la porción pancreática afecta. Las metástasis ocurren en menos del 15% de los casos y la supervivencia es mayor al 90% a los 5 años. **Descripción del Caso Clínico:** Presentamos el caso de una adolescente de 14 años de edad con antecedente de traumatismo cerrado de abdomen 6 meses previos a la consulta ambulatoria (requirió monitoreo en UCIP por 2 semanas por el Diagnóstico de Hematoma pancreático secundario a Traumatismo cerrado de abdomen); acude sin sintomatología con ecografía de control (por hematoma remanente) donde se constata imagen sólida redondeada inhomogénea en cola de páncreas de etiología a determinar, que luego fue corroborada con TAC contrastada y RMN. Se realizó intervención quirúrgica sin complicaciones y con buena evolución clínica posterior. El informe histológico confirma sospecha diagnóstica y concluye tumor sólido pseudopapilar de páncreas (Tumor de Frantz). **Comentario:** El caso constituye un hallazgo casual y particular debido a que la paciente no pertenece al grupo etario frecuente de presentación (mujeres de 20 a 30años) Revisiones internacionales revelan no más de 1000 casos registrados, aunque no se descarta haya sido subdiagnosticado en los 90 al atribuirse a otras variedades histológicas. En Paraguay se encuentran registrados 5 casos en los últimos 7 años en mujeres adultas jóvenes.

131. Tumor Epulis en niños. Descripción de un caso

Verón G, **Insaurralde C,** Cuevas J, Benítez S.
Cátedra y Servicio de Pediatría Clínica del Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: El épulis es un tumor pedunculado benigno poco frecuente de la boca del infante que puede tener diversos tamaños; ocupa la cavidad oral y en algunos casos puede interferir con la vía aérea y la alimentación. Consiste en una reacción de los tejidos bucales a traumatismos de larga duración que producen irritación crónica local. Se localiza normalmente en el margen gingival o en las papilas de la parte anterior de la boca. Histológicamente muestra células largas con citoplasma granular y células espinosas semejantes a fibroblastos. Es de consistencia firme y tamaño variable. Su diagnóstico clínico es sencillo y, aunque la regresión espontánea ha sido descrita, el tratamiento actual consiste en la exéresis quirúrgica y el control de los factores etiológicos irritativos. No está descrita malignidad del tumor, aún con escisión incompleta. **Descripción de Caso Clínico:** JR, 4 años 11 meses, proviene de San Pedro. Peso: 15,5 Kg, crecimiento adecuado para la edad. Refiere asimetría facial a expensas de masa tumoral en boca, de crecimiento progresivo de 1 mes de evolución, consistencia sólida elástica, dolorosa, extendiéndose desde la zona anterior del reborde alveolar mandibular derecho. Con dimensiones de 8 cm x 5 cm x 4 cm que dificultan la alimentación. Antecedente de caries dental en la zona afecta. Se constataron piezas dentarias en mal estado. No se refirieron casos similares anteriores en la familia. Se

realizó la resección quirúrgica y se envió material para estudio anátomo-patológico. **Comentario:** El pediatra debe de estar capacitado en el diagnóstico, control y seguimiento de afecciones de la cavidad oral del niño y para el diagnóstico diferencial con procesos de apariencia similar a esta edad como hemangioma, fibroma, granuloma y hamartoma leiomiomatoso.

PEDIATRÍA SOCIAL

132. Criptorquidia en la adolescencia. Presentación de caso

Leguizamón V, Román L, Bordón J, Duarte H, Verón G, Benítez S.
Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.

Introducción: Criptorquidia significa testículo oculto y se refiere a un testículo no descendido o mal descendido. La falta de descenso de un testículo es el trastorno de diferenciación sexual más frecuente en los niños. Al nacer 4,5% de los niños presenta criptorquidia unilateral y bilateral 10% de los casos. **Descripción del Caso Clínico**: Adolescente, sexo masculino, consulta por tumoración en región inguinal derecha, con antecedente de criptorquidia desde los 6 meses de edad con aparente seguimiento por especialista, tres meses previos a la consulta refiere aumento de tamaño y se acompaña de dolor. Examen físico: región inguinal derecha , tumoración de consistencia solida-elástica de 2cm x 2cm, móvil, doloroso a la palpación; en bolsa escrotal derecha, tumoración blanda de 6cm x 4cm, reductible, incoercible, correspondiendo a una hernia, bolsa escrotal izquierda vacía. Ecografía testicular: testículo derecho en canal inguinal y en bolsa escrotal derecha, se visualiza líquido con imagen ecogénica móvil con el esfuerzo; el testículo izquierdo se encuentra adyacente a la vejiga. **Comentario:** La criptorquidia congénita, debe tratarse quirúrgicamente a partir de los 6 meses de edad por medio de una orquidopexia. El tratamiento hormonal se emplea en pocas ocasiones. Las consecuencias de la criptorquidia no tratada: infertilidad, tumores testiculares malignos, hernias asociadas, torsión del testículo criptorquídico y los posibles efectos psicológicos del escroto vacío .Además en los casos que recibieron tratamiento según lo establecido se describen: orquidopexia unilateral 85% son fértiles y bilateral 50-65% lo son. Los tumores testiculares son menos frecuentes si la cirugía se realiza antes de los 10 años de vida, incidencia entre los 15 y 45 años de edad. Las hernias inguinales indirectas suelen acompañar a los testículos criptorquídicos congénitos; torsión e infarto son menos frecuentes.

133. Depresión y suicidio en Adolescentes de la Ciudad de Encarnación

Ortiz P, Bogado J, Araujo C, Núñez G.
Hospital Regional de Encarnación, Consultorio de Salud Adolescente. Posgrado de Pediatría FM – UNI.

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha categorizado a la depresión entre los diagnósticos clínicos más discapacitantes y se estima que en el año 2020 será la 2da causa de enfermedad en el mundo; advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida. La adolescencia es la etapa vital en la que se dan los mayores cambios psíquicos, físicos y sociales y la delgada línea entre la salud y la patología queda aún más difusa en esta etapa, las expresiones del existir adolescente no siempre son comprendidas. Los adolescentes experimentan ansiedad y depresión en sus vidas al igual que los adultos. No se cuenta con registros de estudios similares en adolescentes de la ciudad. **Objetivo:** Prevalencia de depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de la ciudad de Encarnación. **Materiales y Métodos:** Diseño observacional, descriptivo y longitudinal, a través de la aplicación de encuestas estructuradas (Test de Hamilton) a adolescentes colegiales de la ciudad de Encarnación de Enero a Agosto del 2017. **Resultados:** Fueron encuestados 135 adolescentes, con una edad entre 12 a 17años, de los cuales 54% eran mujeres y 46% varones. El 30% de los encuestados presentó algún grado de depresión, de los cuales el 18% correspondió a criterios de depresión mayor. **Conclusión:** La edad promedio y la prevalencia de síntomas de depresión en este trabajo coincide con varios estudios realizados en el país y los referidos por autores latinoamericanos, el sexo femenino se ve afectado en mayor porcentaje como en la mayoría de las descripciones. A todos los adolescentes con criterios positivos se les sugirió consulta médico-psicológica.

134. Prevalencia de Síndrome de Burnout en Residentes de Pediatría. Un estudio multicéntrico

Martínez G, Godoy L, Rodas N, **Brizuela B.**
Hospital General Niños de Acosta Ñu.

Introducción: El Síndrome de Burnout (SB) o desgaste profesional es un problema de salud cada vez más frecuente en médicos y especialmente en los que se encuentran en etapa de formación como son los residentes. Es importante conocer el grado de incidencia de este síndrome en ellos, debido a las repercusiones directas que puede tener, tanto en su formación, como en su salud y en la atención a los pacientes. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de SB en residentes de pediatría en distintos centros de formación. **Materiales y Métodos:** estudio observacional, descriptivo, prospectivo, multicéntrico, de corte transversal. Población: residentes de Pediatría de diferentes centros de formación de Asunción y Departamento Central. Se aplicó el cuestionario MBI (Maslasch Burnout Inventory) durante el mes de noviembre de 2016. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, componentes del SB: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, SB por MBI. Los datos fueron analizados en el sistema SPSSv21 utilizando estadística descriptiva. La encuesta fue anónima y se solicitó consentimiento informado por escrito a los participantes. **Resultados:** Fueron incluidas 116 encuestas de 4 centros de formación de Asunción y Departamento Central: 16/25 del Centro A, 29/45 del Centro B, 25/45 del Centro C, 46/47 del Centro D. La media de edad fue de 27±2,1 años, con predominio del sexo femenino 69%. Teniendo en cuenta los componentes del SB: Agotamiento emocional: Alto en 66,3% (77/116); Despersonalización: Alto en 63,7% (74/116); Realización personal: Baja en 50%(58/116). La prevalencia de SB por MBI fue de 33,6%. Centro A: 31%(5/16); Centro B: 17% (5/29); Centro C: 48%(12/25) y Centro D: 37%(17/46). **Conclusiones**: La prevalencia global de SB fue de 33,6%, el Centro de formación C fue el de mayor afectación. Poco más de la mitad de los residentes tiene un alto agotamiento emocional y alta despersonalización, en tanto que la mitad baja realización personal.

135. Uso de anticonceptivos para la prevención del embarazo subsecuente en Adolescentes

Núñez G, Bogado J, Araujo C, Luraschi N.
Hospital Regional de Encarnación, Servicio de Pediatría. Posgrado de Pediatría FM – UNI.

Introducción: El embarazo durante la adolescencia representa un problema de salud pública prevalente en los países en vías de desarrollo. El embarazo y la maternidad en la adolescencia suelen llevar al abandono escolar pérdida en la capacidad de contribuir con independencia económica. No existen datos en el país que hablen sobre el uso de los métodos anticonceptivos prescrito post evento obstétrico y su relación con la prevención del embarazo subsecuente en adolescentes. **Objetivo:** Conocer el uso del método anticonceptivos prescrito post evento obstétrico y su relación con la prevención del embarazo subsecuente en adolescentes; **Materiales y Métodos:** Diseño observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal, a través de la aplicación de encuestas estructuradas a adolescentes cuyo parto o cesárea fue atendido en el Hospital Regional de Encarnación de Enero a Julio 2016. **Resultados**: El número total de pacientes atendidas fue de 210, de las cuales 40 accedieron a la encuesta. La edad promedio fue de 17 (± 1) años, con un número de 1 (± 1) hijos; 70% procedencia urbana; 50% cuenta con nivel educativo secundario. El 60% se encuentra en unión libre. 62,5% de los partos fueron de tipo cesárea. El método de anticoncepción prescripta al alta: 25 optaron por DEPO, 8 pastillas, 4 DIU y 3 inyectable; del primer grupo solo 5 cambiaron de método en el transcurso del año. No se registraron nuevos embarazos en las mismas. **Discusión:** La edad promedio, procedencia urbana y estado civil encontrados coinciden con lo referido por autores latinoamericanos. Entre los métodos anticonceptivos prescriptos al alta el 62,5% opto por DEPO, el 100% accedió a un método y no se registró embarazo subsecuente en este grupo de estudio, en comparación con el trabajo de Cisneros L, con una tasa de embarazo subsecuente de 9 de cada 10 pacientes y un 73,5% que no empleo ningún método anticonceptivo al alta.

136. Citomegalovirus postransfusional en un paciente lactante menor internado en UTIP. A propósito de un caso

Báez L, Gómez A, Pereira S, Chávez A, Sosa O, González G.
Hospital General Barrio Obrero. MSP y BS. Postgrado Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

Introducción: La infección por citomegalovirus (CMV) ha ganado en importancia en la medicina moderna. Las infecciones adquiridas, frecuentemente son asintomáticas. El síndrome pos-transfusional se presenta de 2 a 4 semanas después de una transfusión. Esto puede evitarse estudiando en el paciente y en los posibles donadores la presencia de anticuerpos contra CMV. **Descripción del Caso Clínico:** RN de término, de Madre de 28 años de edad con controles prenatales suficientes, sin complicaciones. Peso: 3.200g. Apgar 8/9. Ingresa a UCIP al mes de edad, con los Diagnósticos de Insuficiencia Respiratoria Aguda por Bronquiolitis. Requirió ventilación mecánica prolongada, soporte hemodinámico, cobertura antibiótica, correcciones del medio interno; y múltiples trasfusiones (por anemia severa). A los 37 días de internación, presentó ictericia progresiva, hepatograma alterado, por lo que se solicita estudio para STORCH, el cual retorna CMV positivo; requiriendo tratamiento con Ganciclovir por 15 días, con respuesta clínica favorable y seguimiento de anticuerpos en disminución. Al 5° mes, reaparece la ictericia con alteraciones de la funcionalidad hepática, con retorno de valores de anticuerpos anti CMV aumentados, por lo que se reinicia tratamiento con Ganciclovir por 4 semanas. Actualmente se encuentra en sus 373 días de internación, traqueostomizado, dependiente de ventilación mecánica por EPOC. Controles mensuales de funcional hepático y renal normales, dosaje de Ac anti CMV estabilizados, en disminución. **Comentario:** La infección por CMV adquirida por la transfusión de sangre infectada puede producir importantes complicaciones. El riesgo de infección es más elevado cuanto mayor son el número de unidades de sangre transfundidas y el número de donantes. El fármaco más utilizado ha sido Ganciclovir intravenoso, en 2 dosis durante al menos 2 semanas. El tratamiento produce un descenso acusado de la bilirrubina y de las transaminasas, aunque se han descrito recaídas y el tratamiento antiviral no parece prevenir la progresión a hepatopatía crónica. Se publica este caso con el objetivo de protocolizar el uso de hemoderivados leucodeplecionados (Concentrado de hematíes filtrado con solución aditiva), como práctica habitual y universal, ya que constituye una medida efectiva en la prevención de la infección por CMV.

137. Comportamiento de la bronquiolitis en los pacientes ingresados en la Terapia de niños del Hospital Juan Max Boettner en el periodo 2014-2015

Cantero M, Alfonso M, Chávez A, Brizuela S.
Posgrado en Pediatría Clínica. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Servicio de Pediatría. Hospital de Barrio Obrero.

Introducción: La bronquiolitis como otras infecciones respiratorias agudas bajas constituye un problema sanitario y un reto terapéutico para los pediatras de todo el mundo. Los ingresos en la UCIP por bronquiolitis grave se distribuyen según un patrón claramente estacional predominante en los meses de otoño e invierno, generando saturación de los servicios de salud ambulatorios como hospitalarios. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Revisión del historial médico de los pacientes ingresados con diagnóstico de bronquiolitis aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM), en el periodo comprendido entre los años 2014 a 2015. **Resultados:** Durante el periodo de estudio fueron ingresados 424 pacientes, de los cuales 30 con el diagnostico de Bronquiolitis Aguda, que representa el 7% del total, 87 % fueron lactantes menores, de los cuales 50% son menores de **6** meses, con predominio del sexo masculino en 60%, 53% con procedencia del interior del país, 43% de los ingresos fueron en la época de otoño, 40% de los pacientes requirió asistencia respiratoria mecánica, 86% de los pacientes presentaron complicaciones, 46% presentó sobre infecciones, con neutrofilia mayor al 80%, seguido por 26% de atelectasias y un 13 % de IRA, 53% tuvo una estadía mayor a 7 días, 70% fue trasladado a sala, la mortalidad global fue baja 3%. **Conclusión:** En nuestra casuística hemos

corroborado que la prevalencia de Bronquiolitis Aguda en la UCIP fue del 7% y los lactantes menores fueron los más afectados. Existe una clara prevalencia del desarrollo de esta patología en el sexo masculino. El mayor porcentaje de complicación fue a causa de la sobreinfección. La mortalidad fue del 3%.

138. Infección nosocomial en una Unidad Polivalente de Cuidados Intensivos Pediátricos

Samudio-D GC, Chávez A, **Centurión I,** González G.
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente. MSP y BS. Universidad Católica de Asunción.

Introducción: En los últimos años se ha observado un aumento en la ocurrencia de las infecciones nosocomiales en pacientes internados en terapia intensiva. Este tipo de infecciones pueden ser graves e incluso fatales. Las causas más frecuentes son las relacionadas a ventilación mecánica, catéteres venosos y sondas vesicales. **Objetivo:** Describir el perfil epidemiológico de pacientes internados en UCIP con diagnóstico clínico y laboratorial de sepsis nosocomial. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de prevalencias. Se incluyeron todos los pacientes de 0 a 15 años internados en la UCIP en un hospital de 3er nivel. Se tomaron hemograma y reactantes de fase aguda, hemocultivo, secreción traqueal, orina y otros según la localización de la infección. Los cultivos fueron en aerobiosis. El periodo de estudio fue de enero a diciembre del 2016. **Resultados:** Los 562 pacientes ingresados, 37(6,5%) presentaron de sepsis nosocomial. Los pacientes de 0 a 3 meses 59%, los restantes fueron lactantes mayores y menores. En 73% se encontró leucocitosis y plaquetopenia en 19%. Retorno en hemocultivo fue de 5% y en catéter venoso 13%. La infección más frecuente en menores de 3 meses es la NAV (Neumonía Asociada al Ventilador). Los gérmenes asilados fueron *Acinetobacter*, SAM, Klebsiela BLEE 8%, *Pseudomonas* y *E.Coli* 13%, *Cándida* y *Klebsiella* no BLEE 10%. Falleció el 22% de los pacientes. En el 27% de los casos el diagnóstico se hizo el día 8 de internación. **Conclusión:** Los pacientes más afectados fueron los menores de 3 meses y lactantes. Los gérmenes aislados con más frecuencia son relacionados con ambientes húmedos, la mortalidad fue elevada y retorno bacteriológico fue bajo.

139. Infecciones relacionadas con Dispositivos Invasivos post Cirugía Cardiaca, Terapia Intensiva Cardiovascular Pediátrica, año 2016

Riquelme I, Gaona N, Jarolin J, Pitta N, Martínez de Cuellar C.
Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

Introducción: El riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en los pacientes pediátricos sometidos a cirugía cardiaca es alto y proporcional a los días de estancia hospitalaria, principalmente en las unidades de cuidados intensivos. **Objetivos:** Determinar la incidencia de las infecciones relacionadas con dispositivos e identificar los microorganismos más frecuentes. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Los datos de infecciones fueron extraídos de la planilla de vigilancia de IAAS del año 2016. Para de definición de IAAS fueron utilizados criterios estandarizados del programa nacional de vigilancia de las IAAS. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía cardiaca ≥ 24 hs pos operado y se excluyeron a los pacientes fallecidos las primeras 24 horas después de operados. **Resultados:** 26% (20/77) de los pacientes sometidos a cirugía cardiaca y expuestos a dispositivos invasivos presentaron IAAS, de estos 3 pacientes padecieron más de una infección. Las edades de los pacientes fueron en <1 año (80%) y en > de 1 año 20%, siendo más frecuentes en el sexo masculino (70%). El tiempo de exposición a catéter venoso central para el desarrollo de las IAAS fue de 0 a 7 días (28%); 8 a 14 días (15%); ≥15 (57%); el tiempo de exposición a la ventilación mecánica fue en ≤ a 5 días (37%), ≥ 6 días 63%. Las tasas de incidencia fueron: 27,4/1.000 de neumonía asociada a ventilación mecánica; 6,5/1000 de bacteriemia relacionada catéter venoso central y 4,4/1000 de infección del tracto urinario asociada a catéter urinario permanente. Los microorganismos más frecuentes fueron: *Pseudomonas aeruginosa* 2/15(13,3%), *Stenotrophomonas maltophilia* 2/15(13,3%), *Enterobacter cloacae* 1/15(6,6%), cultivos (-) 5/15(33,3%), *Elizabetkingia* 1/15(6,6%), *Staphylococcus aureus MR* 1/15(6,6%), Sin cultivo 3/15(20%)NAV; *Staphylococcus epidermidis* 2/6(33,3%), *A. baumannii complex1/6*(16,6%), *Acinetobacter iwofii* 1/6(16,6%), *Elizabetkingia* 1/6(16,6%), *Candida parapsilosis* 1/6(16,6%)BAC/CVC; 1/7(14%); *E.coli* 1/2(50%), *K pneumoniae* 1/2(50%)ITU/CUP. **Conclusiones:** Las infecciones con mayor incidencia fueron las NAV y los microorganismos más frecuentemente aislados los Gram negativos. Con estos resultados se realizó la implementación de paquetes de medidas de preven-

ción a fin de disminuir al mínimo posible las infecciones asociadas a dispositivos invasivos.

140. Rehabilitación motora precoz en la Polineuropatía del paciente crítico

Núñez D, Martínez J, Bracho C, Giménez G.
Hospital de Clínicas. San Lorenzo. Paraguay.

Introducción: La Polineuropatía del paciente crítico (PPC), se define como una degeneración axonal primaria de las fibras motoras y sensitivas que se acompaña de degeneración de las fibras musculares como resultado de la denervación aguda que sufren. Esta patología se encuentra incluida dentro del grupo denominado Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. **Descripción del Caso Clínico:** Escolar de sexo masculino de 8 años de edad que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por Insuficiencia respiratoria con los siguientes diagnósticos: Neumonía adquirida en la comunidad con derrame pleural bilateral, Crisis asmática severa, Obesidad, Neutropenia Cíclica. Durante su estadía en la UCIP desarrolla las siguientes complicaciones: Falla Multiorgánica, Shock séptico de foco pulmonar, SDRA, Neumonía nosocomial, infección asociada a catéter urinario, celulitis abscesada de MID, Insuficiencia renal aguda, enfisema subcutáneo, ulcera en MSI por quemaduras químicas, transtorno adaptativo de la conducta con síntomas depresivos. Se constata debilidad simétrica de las extremidades y los músculos respiratorios con ausencia de reflejos osteotendinosos. Tras la compensación sistémica del paciente se inicia fisioterapia motora y respiratoria con los objetivos de apoyar el proceso de destete y mejorar la fuerza muscular global. Después de 58 días de internación en UCIP el paciente es trasladado a sala con respiración espontánea y sin soporte de oxígeno. **Comentarios:** Las manifestaciones clínicas de la PPC incluyen demora en el retiro del respirador, debilidad muscular y fase de inmovilización prolongada. Es importante el inicio adecuado de la fisioterapia teniendo en cuenta el estado crítico primario del paciente. Las actividades de sedestación y bipedestación precoz, sumado a los ejercicios respiratorios específicos mejoran los volúmenes pulmonares, el flujo pico de la tos y la fuerza de muscular global, evitando de este modo la reintubación o traqueostomía por mal manejo de secreciones o atelectasia repetitivas. Además la movilización precoz evita la disminución de los rangos articulares.

141. Virus de Influenza como causa de Infección Respiratoria Aguda Grave en una Terapia Pediátrica Polivalente de Referencia

Gaona E, Mesquita M, Godoy L.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

Introducción: La Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en el mundo y son principalmente causadas por infecciones virales durante el primer año de vida. **Objetivos:** Determinar la prevalencia y características clínicas de los pacientes con IRAG por influenza ingresados en la UCIP del Hospital General Pediátrico. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal con componente analítico. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados a UCIP desde enero a diciembre del 2016. Variables: edad, sexo, procedencia, comorbilidad, tipos de comorbilidad, manifestaciones clínicas, método de identificación de virus, virus identificados, estado de vacunación contra influenza, tratamiento inicial, complicaciones, tipos de complicaciones, estado de alta. Los datos se analizaron en SPSSv-21, utilizando estadísticas descriptivas y analíticas (Test de Fisher y Chi Cuadrado), se consideró un error alfa < 0,05. **Resultados:** En el periodo de estudio ingresaron 99 pacientes, la prevalencia de Influenza como causa de IRAG fue del 11 % (11/99), la mayoría fueron lactantes menores de 12 meses 72% (77/99), predominio de sexo masculino 55% (55/99), la mayoría procedían del departamento central 64% (64/99). Se encontró una comorbilidad del 40% (40/99) y la más frecuente fue la cardiopatía congénita 50% (20/40), el virus más frecuentemente aislado fue VSR 47% (47/99) y el de mayor mortalidad Influenza 54% (6/11). La complicación más frecuente fue la neumonía 36% (22/60), pero la más letal fue la Falla Orgánica Múltiple 21% (13/60). La mortalidad fue del 22% (22/99) asociada a cardiopatía congénita. **Conclusión:** La prevalencia de influenza como causa de IRAG fue del 11%, la mayoría de los pacientes fueron lactantes menores de ahí que el virus predominante fue el VSR. La mortalidad se asoció a la presencia de comorbilidades (cardiopatía congénita). El virus de mayor letalidad fue influenza.

142. Mortalidad en pacientes críticos con trastornos nutricionales en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, IPS

Maciel G, Franco O, Cantero J, Aguirre G.
Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Instituto de Previsión Social.

Introducción: Los trastornos nutricionales forman parte importante en la evolución del paciente, y favorece al aumento de morbimortalidad asociada. La obesidad es una patología multifactorial que implica varios mecanismos fisiopatológicos, pero aun así la desnutrición es el trastorno nutricional más frecuente y más común entre niños críticamente enfermos, confirmando que dichos pacientes desnutridos empeoran durante su estancia en la UTIP, incrementando sus días de hospitalización. **Objetivo:** Determinar la mortalidad en pacientes menores de 16 años, que ingresan con trastornos nutricionales a la UTIP del Hospital Central del IPS, en un periodo entre enero del 2015 a enero del 2016. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en menores de 16 años con trastornos nutricionales previo a su ingreso a la UTIP del Hospital Central del IPS, en el periodo entre enero del 2015 a enero del 2016. **Resultados:** De 290 pacientes en la UTIP en el 2015, 118 presentaban diferentes trastornos nutricionales previos a su ingreso. Predominan los niños menores de 1 años de edad; 52% es de sexo masculino y 39% presenta desnutrición severa, 25% desnutrición moderada, 19% riesgo de desnutrición, 7% obesidad, 6% sobrepeso y 4% desnutrición leve. Entre las causas de ingreso a UTIP: 31% fue por problemas respiratorios, 27% por causas quirúrgicas, el resto se dividen entre trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, renales, neurológicos y falla múltiple de órganos. El 76% presentó comorbilidades, predominó en 25% las enfermedades neurológicas, y fueron menores, los casos respiratorios, cardiovasculares entre otros. Referente a la mortalidad, se encontró que el 61% de los fallecidos presentó algún trastorno nutricional: De éstos, el 50% presentó desnutrición severa, 22% desnutrición moderada, 6% desnutrición leve, 8% obesidad, 11% riesgo de desnutrición y 3% sobrepeso. **Conclusión:** La desnutrición en los niños, es una condición de riesgo en los niños, previo a su ingreso a las unidades de terapia intensiva. El sobrepeso y obesidad, también tienen una alta frecuencia pero los niños desnutridos presentan mayor riesgo de óbito, lo que prioriza que las intervenciones deberían concentrarse en dichos niños.

143. Residencia de pediatría: valoración de las actividades docentes desde la perspectiva de los residentes

Godoy L, Martínez G, Ibarra B, **Rodríguez L.**
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: El sistema de educación de posgrado debe contar con evaluación periódica, con el objeto de reorientar su actuación en búsqueda de la excelencia. **Objetivo general:** Analizar la valoración de las actividades docentes, desde la perspectiva de los residentes. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal por encuestas anónimas a residentes de pediatría del Hospital General Pediátrico (HGP), en octubre de 2016. Variables: Servicio de rotación, tutoría, sesiones clínicas en la rotación, labor asistencial, investigación/ética, comité de docencia, sesiones clínicas generales, urgencias, biblioteca/archivo. Para la valoración se utilizó la escala de Likert (buena, muy buena, suficiente, deficiente y mala). Los datos fueron analizados en SPSS v.21 utilizando estadística descriptiva; se consideró un error alfa < 0.05. **Resultados:** Participaron 47 residentes de los tres años de residencia, R1: 17, R2: 16, R3: 14. La valoración del servicio de rotación fue buena/muy buena (B/MB) en 70.2%. Tutoría: El 63.8% no tuvieron entrevistas periódicas con el tutor, cuya tarea se consideró satisfactoria en el 40.4%. Las sesiones clínicas en la rotación: B/MB en el 42.5%. Supervisión de la labor asistencial B/MB: 59.6%. Investigación/ética: el 51.1% participa en proyectos de investigación. Trato con los pacientes B/MB en el 76%. Labor del comité de docencia: B/MB en el 59.6%, Se entregó el programa al 93%. Sesiones clínicas generales B/MB en el 83%. Supervisión de las guardias de urgencias: B/MB 93.2%. Se consideró la biblioteca como B/MB en el 65.9%. El 97.9% (46/47) volvería a elegir el HGP para formarse. **Conclusiones:** Las actividades docentes mejor valoradas fueron las guardias de urgencias, las sesiones clínicas gene rales y los servicios de rotación. Existen puntos a mejorar como la tutoría, las sesiones clínicas durante la rotación y el área de investigación