

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### **ABUSO SEXUAL: REPRESENTACIONES SOCIALES DE MADRES CON HIJOS ABUSADOS SEXUALMENTE POR UN FAMILIAR O CONOCIDO CERCANO**

Las representaciones sociales son sistemas cognitivos, afectivos y conductuales, que poseen una lógica, lenguaje particular y están destinadas a describir la realidad y ordenarla (Glasser B, Strauss A, 1967).

Toda representación social es representación de algo y de alguien que se constituye en el proceso por el cual se establece la relación entre el mundo y las cosas. Moscovici, S. (1998).

Un estudio de la Unidad de Delitos Sexuales de la Fiscalía Nacional Chilena (2011) concluye que durante el año 2010 hubo aproximadamente 18.000 casos de denuncias por delitos sexuales.

Se indica, que diariamente 38 menores de edad serían violentados sexualmente. (FNC 2011).

Un alto % de los abusos sexuales se realizan dentro de la familia o por personas conocidas. Rutter M, Taylor E, Hersov L. Child and adolescent psychiatry. (2009).

La revelación del abuso sexual por parte de un menor a su madre, o que ésta se entere por un tercero, significa para muchas mujeres el enfrentamiento a una situación crítica, penosa, difícil de afrontar, organizar y elaborar, que puede llegar a ser altamente traumática.

Corresponde a una investigación de carácter cualitativo, para acceder a su subjetividad.

El procedimiento metodológico corresponde al propuesto por Glasser y Strauss: La Teoría Fundamentada Empíricamente o *Grounded Theory*, que opera de manera inductiva y busca desarrollar teoría y proponer modelos explicativos.

Se realizaron entrevistas en las que participó un total de 52 mujeres, habitantes de la comunas de Independencia y Conchalí, cuyas edades fluctuaron entre los 19 y 59 años de edad, incluyendo a madres con hijos abusados sexualmente por un familiar o conocido cercano (30 mujeres), mujeres sin hijos (12) y madres con hijos sin ser abusados (10)

Se codificó: Codificación Abierta, Codificación Relacional y Modelo Hipotético Interpretativo.

Se destaca como hallazgo central de la investigación, el deterioro de la imagen de mujer y del rol materno.

Parece relevante nombrar la presencia de tres elementos que influyen directamente en este deterioro - Factores contextuales, - Factores de Género, - Experiencias en el desarrollo sexual.

Un segundo hallazgo se refiere a las creencias que comienzan a surgir como consecuencia de las experiencias que marcan su historia sexual.

Estas creencias dicen relación con pensar que al ser el bebe masculino no podrá ser víctima de abuso sexual durante su historia de vida y la creencia secundaria que si el bebe es femenino tampoco sufrirá ni pasará por lo mismo, porque ya sucedió en ellas.

Se aprecia como estas creencias y pensamientos tienen un papel fundamental, ya que actúan como distractor y distorsionador de soluciones efectivas reales y que inciden en la protección.

Más allá de la disfunción familiar que se reitera en otros estudios al referirse a niños abusados, es necesario indagar en los pensamientos, asunciones, expectativas y creencias de estas madres.

Un tercer hallazgo permite la identificación de cierta característica intersubjetiva que hace que estas mujeres distinguen claramente al abusador sexual acercándose a la víctima.

Da la impresión que ellas, aparentemente por lo que les ha tocado vivir desde lo sexual, pueden decodificar las señales de aproximación de los abusadores, y así presentar un posible abuso en sus hijos y en otras personas. Es más, incluso le advierten al abusador que no debe abusar de su hijo (a).

**RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA**

**SINDROME (MAQUILLAJE) DE KABUKI. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO EN 6 PACIENTES**

Dra. Bertrán Faúndez, Macarena; Dra. Avaria Benapres, María de los Ángeles; Dra. Kleinsteuber Saa, Karin; Dra. Villaseca Garretón, Cecilia; Dr. Faúndez Loyola, Juan Carlos.

**INTRODUCCION:** El Síndrome de Kabuki (SK) fue descrito en 1981 por Niikawa en pacientes con dismorfias faciales y dermatoglíficas características, discapacidad intelectual (DI), alteraciones esqueléticas y talla baja. El diagnóstico es clínico, sin consenso aun en criterios diagnósticos. En alrededor del 55 a 80% se detectan mutaciones MLL2 (Histone-lysine N-methyltransferase) en locus 12q13.12.

**OBJETIVO:** Analizar las características clínicas, motivo de consulta, malformaciones asociadas y claves orientadoras del diagnóstico en pacientes chilenos con SK.

**MÉTODO:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizó el historial clínico de 6 pacientes en control neurológico por SK, con diagnóstico corroborado por genetista.

**RESULTADOS:** 4 casos hombres. Edad promedio al diagnóstico: 5,1 años, (8 meses- 12 años). El motivo de consulta en 5 pacientes fue retraso del desarrollo psicomotor (RDSM), 4 de ellos actualmente presentan DI, y el sexto paciente consultó por trastorno del aprendizaje escolar. En 2 existía antecedente de hipotonía en periodo recién nacido y lactante. En todos los casos, la sospecha diagnóstica se basó en dismorfias faciales y dermatoglíficas. Un paciente presenta cardiopatía congénita (comunicación interauricular), uno compromiso esquelético (escoliosis congénita), y uno talla baja. Adicionalmente, uno de los pacientes presenta Diabetes Mellitus tipo 1, comorbilidad que no ha sido descrita en la literatura.

**CONCLUSIONES:** El SK es considerado poco frecuente en población caucásica, pero el reconocer las dismorfias faciales en pacientes que consultan por RDSM, DI, dificultades escolares o síndrome hipotónico, permite hacer un diagnóstico precoz, buscar condiciones asociadas al síndrome, anticiparse a las complicaciones y evitar estudios innecesarios.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### **PERTINENCIA DE LA DERIVACION DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MACROCEFALIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A NEUROPEDIATRIA**

Vacarisas Aguirre, Paola: Castro Villablanca, Felipe; Franco Muñoz, Daniela; Kleinsteuber Saa, Karin; Avaria Benapres, María de los Ángeles.

Unidad Neurología Hospital Dr. Roberto del Río. Dpto. Pediatría Campus Norte U de Chile

La medida del Perímetro Craneano (PC) refleja el crecimiento del cerebro. Un crecimiento exagerado puede asociarse a multitud de condiciones, como hidrocefalia, edema cerebral, lesiones ocupantes de espacio, acumulación de líquido subdural, o megalencefalia, ésta con causas estructurales y metabólicas. Por esto se incorporó la medición del PC en control niño sano y derivación a especialista tanto de micro como macrocefalia, definida como  $PC > p95$  usando curva NCHS/2000.

Determinar si los pacientes derivados con diagnóstico de Macrocefalia desde APS, son confirmados en evaluación neurológica y si ésta permite establecer oportunamente patologías asociadas.

Se revisaron 2066 fichas electrónicas códigos CIE-10 Q75.3(Macrocefalia), Z76.1(lactante sano) y Z76.2(niño sano), entre julio 2010 a julio 2012, pesquisándose 222 pacientes derivados desde APS con diagnóstico Macrocefalia, evaluados por especialista. Se consigna datos demográficos, condiciones asociadas, PC progenitores, estudio y diagnóstico al final del período evaluado.

De 222 niños referidos, 50% fue considerado con  $PC < 2DS$  (curva Nellhaus) y desarrollo psicomotor normal en evaluación neurológica. En 50% se confirma macrocefalia, 80,2% con examen neurológico y de neurodesarrollo normal. De 22 pacientes restantes, 15 presentan RDSM/RM, 5 TEL, 3 Epilepsia, 1 malformación huesos craneanos, 1 Sturge-Weber.

Se demuestra discordancia de diagnóstico macrocefalia entre APS y especialidad. Podría explicarse por diferencias en técnica medición, curvas utilizadas y/o valores de corte de normalidad: Para NCHSS-2000 el valor de corte es  $p97$  (la norma chilena vigente refiere 95). Un factor a considerar corresponde a los recursos asociados a la atención de salud utilizados. El hallazgo de alteraciones en 10% de niños derivados justifica mantener norma, uniformando criterios de referencia.

RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

**COMPLEJO DE ESCLEROSIS TUBEROSA: EL INICIO TEMPRANO DE LA EPILEPSIA PREDICE UN MAL PRONÓSTICO COGNITIVO.**

Varela Ximena, Castro Felipe, Alvarado S. Daniela, Grez Juan Eduardo  
Hospital de Niños Roberto del Río, Departamento de Pediatría Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**Introducción:** El complejo esclerosis tuberosa (CET) es un desorden cuyas manifestaciones neurológicas más importantes son la epilepsia, déficit cognitivo, retraso del desarrollo psicomotor (RDSM) y autismo. La epilepsia y el retraso mental profundo se presenta en un 96% y 30 % de los casos respectivamente.

**Objetivo:** Evaluar si el inicio temprano de la epilepsia condiciona un mal pronóstico cognitivo

**Materiales y métodos:** Se revisaron fichas clínicas de pacientes con diagnóstico CET controlados en Hospital de Niños Roberto del Río entre 2009 y 2012. Se obtuvieron historias clínicas 11 de 17 pacientes, con controles en policlínico de neurología de los cuales se analizaron edad de diagnóstico de CET, edad de debut de la epilepsia, control de crisis y evolución del desarrollo.

**Resultados:** Resultados: De los 11 pacientes evaluados 5 varones, edad promedio 10 años(1-19), edad diagnostico 2,6 años (1 meses y 8 años). Motivo de derivación 4 por crisis, 3 por tumores cardíacos, 2 por antecedentes familiares , 1 por compromiso cutáneo y 1 por compromiso renal. Con respecto a la epilepsia 9 casos cuyo debut fue a los 2,8 años (3 meses – 7,5 años), 4 tuvieron espasmos en su evolución y 2 persisten con epilepsia refractaria. En el ámbito del desarrollo psicomotor los 5 pacientes con epilepsia antes de los 2 años tienen RDSM. De los pacientes con epilepsia refractaria (2) presentan un RDSM.

**Conclusiones:** El inicio precoz de la epilepsia en nuestros pacientes se asocia a una mayor prevalencia de retraso en el desarrollo psicomotor.

**RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA**

**EVOLUCIÓN CLÍNICA, NEURORADIOLÓGICA Y NEUROPSICOLÓGICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.**

Dra. Vilches Arratia, Loreto.; Dra. Schlatter Vieira, Andrea; Dra. Cortés Zepeda, Rocío; Dra. Orellana Pineda, Patricia; Ps. Conejero Sandoval, Jennifer; Ps. Peillard Mercado, Roxana. Unidad de Neurología Hospital de Niños Roberto del Río; Facultad de Medicina; Universidad de Chile.

**Introducción:** Esclerosis Múltiple (EM) pediátrica es una patología de diagnóstico creciente, 3-10% se inicia antes de los 18 años. La mayoría de los estudios describe curso recurrente remitente, patrón neuroimagenológico variable y deterioro neuropsicológico en la evolución.

**Objetivos:** Describir características clínicas, radiológicas, neuropsicológicas y tratamiento en una serie de EM pediátrica.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de la presentación y evolución de 4 pacientes con EM controlados y tratados en el Hospital Roberto del Río.

**Resultados:** 4 pacientes (3 hombres). Edad diagnóstica promedio 12 años (10-14 años); síntomas neurológicos transitorios previos al diagnóstico en todos; manifestaciones al diagnóstico: síndrome vertiginoso periférico (2), síndrome bulbar(1) y trastorno de la marcha (1). Bandas oligoclonales positivas en todos; potenciales evocados visuales alterados (1). Seguimiento 23,5 meses (11-34 meses). Recaída clínica (2). Tratamiento con  $\beta$ -interferón-1A en todos desde el diagnóstico, sin efectos adversos. Evaluación neuropsicológica: coeficiente intelectual inicial normal-superior en todos; en 3/4 (con 2 evaluaciones) : no hay deterioro intelectual ni de funciones superiores, con persistencia de indicadores de depresión. Todos cumplen con criterios de EM (McDonald, 2005) en neuroimágenes, 2/4 presentan nuevas lesiones, 1 de ellos sin recaída clínica asociada.

**Conclusiones:** En esta serie de EM pediátrica, los síntomas iniciales fueron inespecíficos, requiriendo alto grado de sospecha diagnóstica. 50 % presentó recaída clínica y nuevas lesiones en las neuroimágenes. La mayoría no presentó deterioro neuropsicológico durante el seguimiento, difiriendo de los descrito en la literatura. Diagnóstico y tratamiento precoces podrían contribuir a evolución positiva requiriendo más tiempo de seguimiento.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### **EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESCLEROSIS MULTIPLE Y SU CORRELACION CON LA DISTRIBUCION DE LA CARGA LESIONAL -**

Dra. Schlatter Vieira, Andrea; Dra. Cortés Zepeda, Rocío; Dra. Orellana Pineda, Patricia; Ps. Conejero Sandoval, Jennifer; Dra. Vilches Arratia, Loreto.

Unidad de Neurología Hospital de Niños Roberto del Río; Facultad de Medicina; Universidad de Chile. Clínica Santa María.

**Introducción:** La esclerosis múltiple (EM) en edad pediátrica es una patología de diagnóstico creciente. Provoca síntomas motores, sensitivos, alteraciones cognitivas y emocionales que son más frecuentes e iniciales en pacientes pediátricos que en adultos o en otras patologías neurológicas con similar incapacidad física. Los hallazgos radiológicos (ubicación de las lesiones, cantidad y características) han sido asociados a fallas en áreas neuropsicológicas específicas, no siempre diagnosticadas en controles clínicos habituales.

**Objetivos:** Analizar la relación entre los hallazgos neuropsicológicos y radiológicos en los pacientes con diagnóstico de EM en control en el Hospital Roberto del Río, a Agosto de 2011.

**Metodología:** Evaluación inicial neuropsicológica de 3 pacientes con EM en control en policlínico y análisis por neuro-radiólogo de la distribución de la carga lesional en la Resonancia Magnética (RM) cerebral de los pacientes.

**Resultados:** Muestra de 3 pacientes (2 hombres), edad diagnóstico promedio 10,5 años; con examen neurológico sin focalidad. Todos los pacientes fueron evaluados con pruebas neuropsicológicas estandarizadas y evaluación emocional. Al analizar el coeficiente intelectual (WISC-R) de estos pacientes, todos quedaron en categorías normal - normal superior, sólo uno de ellos presentó disarmonías acordes a sus lesiones. Al analizar las funciones superiores, podemos ver que las habilidades más notoriamente afectadas son la atención y la función ejecutiva. En la evaluación emocional los 3 pacientes mostraron indicadores de depresión. En las neuroimágenes todos cumplen con criterios de EM (McDonald,2005), presentando mayor carga lesional en áreas frontales.

**Conclusiones:** Según nuestros hallazgos las áreas cognitivas más afectadas en los pacientes con EM son la velocidad del procesamiento de la información, la atención y las funciones ejecutivas, asociado además a sintomatología depresiva, lo cual es concordante con lo descrito en la literatura. Existe relación entre los hallazgos neuroradiológicos (distribución de la carga lesional), con predominante compromiso en áreas frontales, y las alteraciones neuropsicológicas presentes en estos niños.

RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

**LA HEMISFEROTOMÍA ES IGUAL DE EFECTIVA QUE LA HEMISFERECTOMÍA SELECTIVA EN LA REDUCCIÓN DE CRISIS EN EPILEPSIA REFRACTARIA**

Juan Eduardo Grez, Lilian Cuadra, Felipe Castro, Arturo Zuleta  
Instituto de Neurocirugía- Hospital Roberto del Río

**Introducción:** La Hemisferectomía Total y luego Hemisferectomía Selectiva fue hasta el año 2004 la cirugía de elección para ciertas epilepsias refractarias. Posteriormente se implementa la Hemisferotomía, con menor tasa de complicaciones quirúrgicas y similares resultados en control de crisis.

**Objetivos:** Comprobar la similitud de ambas técnicas en cuanto a control de crisis

**Metodología:** Se analizaron todos los pacientes sometidos a ambos tipos de cirugía en el INCA y los resultados en control de crisis en ambas técnicas. Además, se evaluó: etiología, frecuencia y tipo de crisis, EEG pre-quirúrgico y discapacidad cognitiva. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para el análisis estadístico.

**Resultados:** se analizaron 31 pacientes, 13 (41%) sometidos a Hemisferectomía selectiva y 17 (59%) a Hemisferotomía. Ambos grupos tuvieron control de crisis mayor a 50%. 83.3% de pacientes sometidos a Hemisferectomía selectiva y 82,4% sometidos a hemisferotomía tuvieron control total de crisis, sin diferencia significativa entre ambas técnicas. Los pacientes sometidos a hemisferectomía presentaron 76,9% de complicaciones contra 66,7% de pacientes con Hemisferotomías, resultado sin significancia estadística

**Conclusiones:** Ambas técnicas son comparables en cuanto al control de crisis, sin que en algún grupo de pacientes una técnica sea superior a otra. Es necesario contar con mayor número de pacientes para evaluar la tasa de complicaciones en ambas técnicas.

**RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA**

**SINDROME DE ANDERSEN TAWIL: VARIANTE DE PARÁLISIS PERIÓDICA CON COMPROMISO CARDIACO**

Karin Kleinsteuber S., Juan Eduardo Grez L., María de los Ángeles Avaria B., Dpto. de Pediatría y Cirugía Infantil Campus Norte, Universidad de Chile. Unidad de Neurología Hospital Roberto del Río.

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome Andersen-Tawil (SAT) es la variante de parálisis periódica (PP) más recientemente caracterizada y única entre éstas por compromiso multitisular, definiéndose por la tríada: dismorfias, Parálisis periodica potasio sensible y arritmia ventricular (desde QT largo asintomático a taquicardia ventricular fatal), autosómico dominante, causado por mutación en gen KCNJ2 del canal de potasio Kir2.1.

**OBJETIVOS:** Analizar formas de presentación, características al examen y evolución en 3 pacientes con SAT con énfasis en manifestaciones neurológicas.

**PACIENTES Y MÉTODO:**

Caso1: Niña, 14 años diagnosticada a los 9 por calambres de extremidades episódicos, no invalidantes, de años de evolución, con episodio de debilidad generalizada (normokalémica) a los 4, catalogado como S.Guillain Barré (SGB). ECG:QT prolongado. Dismorfias características. Evolución: mialgias episódicas, episodios de debilidad focal, sin nuevos de debilidad generalizada.

Caso2: Hombre de 40 años (padre caso1): debilidad focal, mialgias episódicas de larga data, sin diagnóstico previo, en control esporádico por "arritmia ventricular". Dismorfias, talla baja y semejante evolución a 4 años.

Caso 3: Niña de 22 años, 2 episodios de parálisis a 1 y 13 años catalogados como SGB. Evaluada en episodio: dismorfias, normokalemia y extrasistolía ventricular. Seguimiento 9 años: episodios de debilidad focal sin repercusión funcional.

**CONCLUSIONES:** Las manifestaciones neurológicas episódicas con síntomas positivos (calambres, parestesias) y negativos (debilidad focal o generalizada) hacen que el SAT deba incluirse en el diagnóstico diferencial de los trastornos paroxísticos no epilépticos como también el de las parálisis flácidas. La búsqueda de dismorfias, detección de arritmias, y tratamiento cardiológico son mandatorios. Normokalemia no descarta el diagnóstico.



RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

**SEGUIMIENTO NEUROLOGICO DE PACIENTES CON ENCEFALOPATIA HIPOXICO-ISQUEMICA TRATADOS CON HIPOTERMIA CORPORAL TOTAL EN SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL SAN JOSE.**

Vargas Leal, Carmen Paz<sup>1,3</sup>, Lindemann Tappert, Christina.<sup>2-3</sup>, Navarro F, Francisco<sup>2</sup>; Avaria Benapres, María de los Ángeles.<sup>1-3</sup>; Conejeros Alvarado, Jeniffer<sup>2</sup>; Mulhaussen Muñoz, Germán<sup>2-3</sup>.

1. Unidad Neurología Pediátrica, Hospital Roberto Del Río, 2. Servicio Neonatología, Hospital San José 3 Dpto. Pediatría Campus Norte U Chile.

**Introducción:** La Encefalopatía Hipóxico-Isquémica (EHI) neonatal tiene elevada morbimortalidad, que se reduce con uso de hipotermia precoz. En Chile no existen estudios de seguimiento de EHI sometidos a Protocolo Hipotermia Corporal Total (PHCT), se presenta la evolución de grupo tratado en Hospital San José.

**Objetivos:** Describir características materno-fetales en 24 neonatos sometidos a PHCT, evolución clínica y neurodesarrollo.

**Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo, pacientes sometidos a PHCT años 2008 hasta la fecha. Evaluación mediante examen neurológico y neurodesarrollo protocolizados y Denver II.

**Resultados:** 24 recién nacidos sometidos a PHCT. Edad promedio madre: 28 años, 13 primigestas, sufrimiento fetal agudo 20, cesáreas urgencia 12. Neonatos:(Valores promedios) EG 39 semanas, Peso 3575 gr, cráneo 35,2 cm. EHI II 17 y III 7. Destaca que 20 mantenían Apgar  $\leq$  5 a los 5 minutos. Crisis epilépticas: 20. Fallecen 5, todos EHI III. Sobreviven 19, edad actual: 7 meses - 4 años. Seguimiento a 16 pacientes: De 2 pacientes EHI III vivos: 1 Parálisis cerebral con Epilepsia y 1 Hipotonía central leve (7 meses de edad). De 14 pacientes con EHI GII: 1 Parálisis cerebral con Epilepsia e Hipoacusia, 12 examen físico neurológico normal y 1 Microcefalia. Destacan 2 Denver II Anormal  $\geq$  2 áreas, 1 dudoso Area social y 7 Anormal solo área lenguaje.

**Conclusiones:** PHCT Sobrevivida al alta: 79,1%, muerte o discapacidad severa: 29.1%, similar a descrito en literatura protocolos de hipotermia, contrastando con lo reportado en niños no tratados (62%). Neurodesarrollo de sobrevivientes destaca mayoría normal o retraso de lenguaje. Tratamiento con PHCT demuestra beneficios en esta serie.

**RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA**

**RETRASO DEL LENGUAJE EN PREESCOLARES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y EVOLUCIÓN EN CONTROL EN POLICLÍNICO DE NEUROLOGÍA.**

Vargas Leal, Carmen Paz.<sup>1,2</sup> Gurab Leiva, Eliana<sup>3</sup>, Avaria Benapres, María de los Ángeles<sup>1,2</sup>

1 Unidad de Neurología Hospital de Niños Roberto del Río, 2 Departamento de Pediatría Campus Norte Universidad de Chile. 3 Fonoaudióloga HRRIO.

**INTRODUCCION:** El retraso del lenguaje es a menudo catalogado como “retraso simple”, y manejado sin evaluación por especialista, aun cuando existe evidencia que puede ser el primer signo de trastorno generalizado del desarrollo. discapacidad cognitiva, o hipoacusia. Se considera además un factor de riesgo de trastorno de aprendizaje (TEA), existiendo escasa información en nuestro país en este aspecto.

**OBJETIVO:** Demostrar la importancia de la evaluación neurológica en niño con RL en pesquisa de otros trastornos. Evaluar evolución de lenguaje y aparición de otros trastornos del desarrollo, con seguimiento a 4 años.

**MATERIALES Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo descriptivo, piloto para proyecto de investigación prospectivo. Se pesquisan niños de 3 /4 años con diagnóstico Trastorno desarrollo Habla y Lenguaje (CIE10:F80) el año 2007. Se obtuvieron 69 pacientes, logrando revisar 51 fichas, extrayendo datos en formulario protocolizado.

**RESULTADOS:** La muestra está formada por 35 hombres /16 mujeres.( 2,2: 1) Se diagnosticaron 2 niños con parálisis cerebral, 5 retraso grave global del desarrollo, excluyéndolos del análisis. En 44 niños restantes en 29% se diagnosticó otro trastorno: 3 niños espectro autista, 1 Hipoacusia, 1 mutismo electivo, 1 Esclerosis tuberosa. En el seguimiento: 6 niños con discapacidad cognitiva (14%). De 32 niños sin otra patología, 14 mejoran lenguaje, pero 9 presentan TEA y/o TDAH.

**CONCLUSIONES:** Se demuestra la importancia de la evaluación neurológica en la detección de otros trastornos del desarrollo o enfermedades específicas en niños con retraso de lenguaje. Aunque cerca de la mitad de los niños recupera lenguaje, un tercio continua controles por TEA.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### PRESENTACIÓN CLÍNICA DE TUMORES PRIMARIOS DE ENCÉFALO EN PEDIATRÍA

Lipchak M., M<sup>a</sup> Raquel 1; Cortés Zepeda, Rocío 1,3; Campbell B. Myriam 2,3; Espinoza S. Ximena 2; Avaria B. M<sup>a</sup> de los Ángeles 1,3.

1 Unidad de Neurología; 2 Servicio de Oncología; 3 Departamento de Pediatría Campus Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**Introducción:** Los tumores del sistema nervioso central son la segunda neoplasia más frecuente en pediatría. La presentación clínica de los Tumores del Encéfalo (TE) es variable, dependiendo de la edad, tipo histológico y ubicación, lo que puede retrasar la sospecha diagnóstica y por ende el tratamiento.

**Objetivos:** 1. Determinar el motivo de consulta y los signos al examen neurológico inicial en pacientes con TE primarios. 2. Cuantificar la Latencia en la Consulta (LC) y en el Diagnóstico (LD).

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, en pacientes con TE diagnosticados entre 01/2011 y 07/2012, controlados en Hospital Roberto de Río.

**Resultados:** Se obtiene un total de 27 pacientes, 16 de lo cuales eran mujeres. La edad promedio al diagnóstico fue de 7 años 10 meses (rango de 1,5 a 14,75 años); 11 de ellos fueron supratentoriales y 16 infratentoriales. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: vómitos en 13 pacientes, cefalea en 11, trastorno de la marcha en 9, trastorno visual en 7, compromiso de conciencia en 5 y crisis epilépticas 5; con cefalea y vómitos como asociación más frecuente en 9 pacientes, seguido de vómitos y trastorno de la marcha en 5 pacientes, existiendo en varios casos más de 2 síntomas que motivaron la consulta. 2 pacientes presentaban diagnóstico de neurofibromatosis, y no presentaron sintomatología en relación al tumor, realizándose el diagnóstico durante el seguimiento clínico-imagenológico. Dentro de los signos en el examen neurológico fueron predominantes: las anormalidades de pares craneanos en 7 pacientes y ataxia en 6; 5 no tuvieron hallazgos. El promedio en la consulta fue de 27 días, con una mediana de 7, y un rango entre 0 a 150 días; el promedio en realizar el diagnóstico fue de 67 días, con una mediana de 0 y rango entre 0 a 1095.

**Conclusión:** La cefalea es un síntoma frecuente de presentación en este grupo de pacientes, asociada en todos los casos a otros síntomas y/o a alteraciones en el examen neurológico. La prolongada latencia en la consulta de algunos pacientes podría asociarse a la poca especificidad de sus síntomas. Es destacable la prontitud del diagnóstico, que en la mayoría de los pacientes ocurre en la primera consulta, sugiriendo una alta sospecha clínica por parte de los profesionales médicos.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### HIPSARRITMIA TÍPICA VERSUS HIPSARRITMIA MODIFICADA

Dra. Lipchak, M<sup>a</sup> Raquel; Dra. Cortés, Rocío; Dra. Varela, Ximena; Dr. Castro, Felipe; Dr. Adlerstein, León; Dra. Avaria, M<sup>a</sup> de los Ángeles.  
Hospital Roberto del Río, Unidad Neurología. Dpto. Pediatría Campus Norte U. de Chile.

**Introducción:** La hipsarritmia es un patrón electroencefalográfico frecuentemente asociado a los espasmos infantiles. Se han descrito variantes de este tipo de trazado cuyo valor pronóstico no se ha establecido.

**Objetivo:** Determinar si las características clínicas y evolución son distintos en pacientes con hipsarritmia típica versus hipsarritmia modificada.

**Métodos:** Se seleccionan, del registro de Electroencefalografía, entre los años 2002 y 2008 los pacientes con los siguientes diagnósticos de derivación: Hipsarritmia, Síndrome de West, Espasmos, Esclerosis Tuberosa y Lennox-Gastaut. De 113 pacientes obtenidos, 40 presentaron hipsarritmia, accediendo a 26 fichas, para obtener los antecedentes. Según el patrón de EEG, se dividieron en hipsarritmia típica y modificada.

**Resultados:** 16 de los 26 presentaron hipsarritmia típica y 10 modificada. La edad promedio de inicio de crisis fue de 5 meses para el grupo de hipsarritmia típica y 4 meses para el segundo grupo. 13/16 de las hipsarritmias típicas y 9/10 de las modificadas tuvieron espasmos. Algunos pacientes presentaron otro tipo de crisis previas o concomitantes a los espasmos: 4/13 (hipsarritmia típica) y 8/9 (hipsarritmia modificada) ( $p=0.01$ ). Respecto a las etiologías en el grupo con patrón típico: 3 fueron idiopáticos, 3 criptogénicos y 10 sintomáticos. En el grupo de hipsarritmia modificada: 1 paciente presentó origen criptogénico y 9 sintomáticos. En relación al tratamiento con corticoides, éste se utilizó en 13 pacientes del primer grupo y 6 del segundo. Por último al revisar la evolución se evidencia que a) los pacientes con etiología idiopática presentaron buena respuesta y desarrollo; b) de los criptogénicos 2/3 evolucionan a epilepsia refractaria y todos con déficit cognitivo; c) de los pacientes con origen sintomático e hipsarritmia típica 7/10 presentaron epilepsia refractaria y 9/10 déficit cognitivo; mientras que en los con hipsarritmia modificada, 7/10 evolucionan con epilepsia refractaria, todos con déficit cognitivo y 3 fallecen.

**Conclusión:** Los pacientes cuyo patrón electroencefalográfico fue de hipsarritmia modificada, presentaron con mayor frecuencia otro tipo de crisis previo o concomitante a los espasmos, sin haber diferencias estadísticamente significativa en el desarrollo cognitivo posterior ni en la prevalencia de epilepsia refractaria. Se desconocen algunos antecedentes en relación a los pacientes fallecidos por lo que no se puede concluir que este desenlace esté en directa relación con la hipsarritmia modificada.

---

**RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA**

**RESPUESTA DE QUELOIDES AL TRATAMIENTO CON TRIAMCINOLONA ACETÓNIDO**

Acosta S, Ureta E.

Introducción: El enfrentamiento a un queloide en la actualidad, incluye el uso de diversas modalidades terapéuticas, ninguna de ellas altamente efectiva según describe la literatura. La radioterapia está además contraindicada en los niños por su repercusión en los tejidos en crecimiento. Se decide estudiar la respuesta al uso de la triamcinolona acetónida intralesional, midiendo sus efectos en el volumen de la lesión.

Objetivos o hipótesis: Se pretende estudiar la repuesta al tratamiento intralesional con el corticoide mencionado en niños y analizar si esta respuesta está relacionada con factores como : localización en el cuerpo, antigüedad de la lesión, etiología del queloide y edad del paciente.

Pacientes y método : Estudio clínico prospectivo no randomizado con todos los pacientes entre 1 y 14 años que consultaron en el policlínico de Cirugía Plástica por queloides desde 01 enero de 2008 al 30 junio 2010 que no hubiese recibido ningún tratamiento ( médico o quirúrgico) en los últimos 12 meses.

Al ingreso, se efectuó ecografía de partes blandas para calcular el volumen del queloide y el paciente fue infiltrado intralesionalmente con triamcinolona acetónido. Una nueva ecografía postratamiento cuantificó el cambio de volumen atribuible a la terapia.

Se aplicó test de diferencia de medias y estudio de correlación con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Se enrolaron 21 pacientes con 25 queloides en total, el promedio de edad fue 11.84 años (rango: 8-14),el promedio de infiltraciones requeridas fue 2,25. El volumen de la lesión disminuyó en un 82%, siendo estadísticamente significativo. En cuanto a la localización de la lesión, son más "respondedoras" las ubicadas en el brazo, seguidas del tórax y en tercer lugar las auriculares (  $p=0,045$ ). La correlación entre la edad del paciente y la respuesta fue de  $-0,015$  y entre la antigüedad de la lesión y la disminución de volumen fue  $:-0.049$  (tiende a cero en ambos casos). La causa del queloide mostró diferencia con un valor de  $p: 0.024$ , siendo peor la respuesta en los causados por varicela y mejor los secundarios a heridas y vacunas.

Conclusiones: La triamcinolona acetónida es altamente efectiva en el tratamiento de los queloides en edad pediátrica, existe mayor respuesta en las lesiones ubicadas en el brazo y en las secundarias a vacunación. las secundarias a varicela respondieron significativamente menos. La antigüedad de la lesión y a edad del paciente no tiene una correlación con la respuesta al tratamiento. El agente causal tuvo una importancia significativamente estadística en el número de infiltraciones requeridas para lograr una respuesta adecuada. Este trabajo demuestra que la respuesta esperable en el tratamiento de los queloides está relacionado con la causa y la localización de la lesión por lo que habría que considerar lo ventajosa de su utilización según estos parámetros. Es menos recomendables en queloides secundarios a varicela y aquellos ubicados en la oreja.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### **ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A PERFORACIÓN GÁSTRICA POR TRICOBEOZOAR**

Contreras Rodrigo, Aldunate Margarita, Mora Catalina, Subiabre Maria Jose.

##### Introducción

El tricobezoar corresponde a una masa compacta de pelos, ubicada en estomago o intestino. Su origen está relacionado a la ingesta compulsiva de cabello humano, que permanece en el estómago sin ser digerido. Los bezoares en humanos y animales se han conocido desde la antigüedad y eran considerados antídotos de venenos.

##### Descripción del caso

Paciente con dolor abdominal de larga data y ultrasonografía sugerente de cuerpo extraño en cámara gástrica. Sufre trauma de baja energía sobre región epigástrica. En Servicio de Urgencia se solicita Scanner abdominal que muestra imagen sugerente de Tricobezoar. Durante su observación evoluciona febril, con incremento del dolor abdominal, vómitos y mayor compromiso general. Radiografía abdominal, por deterioro general evidencia pneumoperitoneo. Se lleva a pabellón observándose perforación gástrica pequeña, con salida de líquido turbio amarillento y peritonitis. Se realiza gastrostomía y extracción completa de gran tricobezoar. Ocupaba el 90% de la cámara gástrica. Se instala sonda Nasoyeyunal para alimentación precoz. Evoluciona en forma favorable y se da de alta al 8º día en buenas condiciones. Actualmente en control con Salud Mental.

##### Revisión del tema

Los tricobezoares se producen por tricofagia, asociado a un movimiento peristáltico inefectivo sobre una superficie lisa, de difícil digestión como es el cabello humano. Esto trae consigo la formación de grumos y luego bolas de pelos que son retenidos en la mucosa gástrica. Los tamaños pueden alcanzar grandes dimensiones y ocasionalmente extenderse hacia el duodeno. Son más frecuentes en mujeres entre los 13 y los 20 años, con trastornos del aprendizaje o patología psiquiátrica. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal y vómitos. Al examen se puede palpar una masa epigástrica, signo llamado Lamerton. Se pueden asociar a anemia, hipoalbuminemia y bajo incremento ponderal. Dentro de las principales complicaciones se encuentran la ulceración, obstrucción intestinal o biliopancreática, perforación, peritonitis y pancreatitis.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### **¿EXISTE UN ROL PARA LA CIRUGÍA EN LAS INFECCIONES MICÓTICAS PULMONARES EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDOS?**

Contreras Rodrigo, Aldunate Margarita, Martínez Andrés.

##### **Introducción**

El aumento del número de pacientes inmunocoprometidos, independiente de su etiología, ha generado un incremento en las infecciones micóticas pulmonares. La neutropenia severa que enfrentan condicionaría la invasión por fúngica, generando sepsis pulmonar o sistémica. La presentación clínica es habitualmente aguda o subaguda, poniendo en riesgo la vida de estos pacientes. El objetivo del trabajo es revisar el apoyo quirúrgico y la acción terapéutica que podemos ofrecer a estos enfermos.

##### **Pacientes y método**

Revisión retrospectiva de los datos clínicos, imágenes y protocolos operatorios de 2 pacientes intervenidos en nuestro hospital en forma reciente; ambos portadores de severo compromiso inmunológico. El primero de ellos, paciente de 3 años, portador de Leucemia Mieloide, en riesgo alto. El segundo, de 14 años, portador de aplasia medular, sin donante de médula ósea; en espera de su tratamiento con tiroglubulina.

##### **Resultados**

El primer paciente desarrolla múltiples infecciones bacterianas y micóticas, dentro de los que destaca un hemocultivo positivo con *Fusarium*, a pesar de estar en tratamiento con Anfotericina y Voriconazol. Ingres a pabellón con la intensidad de desfocar el segmento de pulmón comprometido y de reducir carga séptica. Se realiza resección del lóbulo medio y del segmento basal anterior del superior. El segundo paciente desarrolla una neumonía fúngica por *aspergillus* en pulmón derecho y evoluciona con un rápido y progresivo deterioro general a pesar del tratamiento médico. Requiere cirugía de urgencia con resección completa de lóbulos medio y superior. Ambos evolucionan con regresión de parámetros inflamatorios, curva febril y notable mejoría del estado general. Después de 2 meses de evolución de la cirugía ambos viven, pero en tratamiento con cada una de sus patologías de base.

##### **Conclusión/discusión**

El manejo quirúrgico puede ser de gran apoyo para el manejo de aquellas infecciones de difícil tratamiento y en aquellas en que se han agotado otras alternativas de tratamiento. Las decisiones deben tomarse en equipo y estudiar cada caso en particular. Además de contar con el apoyo quirúrgico e intensivo para un adecuado manejo de la patología.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### **CURVAS DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO CHILENAS EVALUACION ESTADISTICA**

Franzini Villanueva Francesca (1), Cortes Diaz Maria Antonieta(1), Moreno Salinas Rodrigo (2).  
(1) Interna Medicina Universidad Diego Portales, (2) Hospital Regional Rancagua, e ICBM, Facultad de Medicina - Universidad de Chile.

**Introducción** Existe una necesidad razonable de contar con curvas de crecimiento intrauterino chilenas (CCI), adecuadas para nuestra población. Las críticas a estas CCI han sido en cuanto a metodología en su confección y aplicación clínica. Hemos identificado cuatro CCI. Sin embargo, no hemos podido realizar análisis estadísticos más clásicos como la diferencias de promedios o varianzas de las muestras o para cada edad de gestación, por no haberse publicado los datos brutos, para cada una de las CCI publicadas. Luego, nos parece pertinente comparar en su defecto, la consistencia interna de estas CCI, evaluando la simetría de la curva dada por la diferencia entre el valor del peso en el percentil 90 y el percentil 10 ( $DT = p90 - p10$ ) dividido por diferencia entre la mitad de la distancia, esto puede ser de percentil 50 a p10 en su lado inferior ( $DI = p50 - p10$ ) o a p90 en su lado superior ( $DS = p90 - p50$ ). En una curva normal, existe un correlato estadístico entre el percentil y la desviación estándar al promedio y la curva es simétrica. Luego, DT debería ser el doble DI o DS. En este estudio se presenta el sorprendente comportamiento del porcentaje de error al DT esperado, que llamaremos error de simetría (ES), para cuatro CCI.

**Material y Método** Se calcula y gráfica para cada edad de gestación (EG), entre las semanas 26 y 42, el ES de las CCI publicadas por Juez y col. (Rev Chil Ped 1989; 60(4): 198), González y col. (Rev Med Chil 2004; 132:1155), Lagos y col. (Rev Chil Obstet Ginecol 2009; 74(4): 209) y Milad y col. (Rev Chil Ped 2010; 81(3): 264). No nos parece adecuado docimar estadísticamente el porcentaje de una proporción, por lo que la discusión se centrará en las magnitudes (promedio y valores inferior y superior) que por espacio del resumen limitaremos al DI y las curvas obtenidas para cada publicación identificada por el primer autor, solo se comentaran.

**Resultados** Los valores de ES para DI, son expresados en la siguiente tabla:

	CCI Juez	CCI González	CCI Lagos	CCI Milad
Promedio	10,2%	3,6%	5,6%	1,1%
Valor inferior	1,8%	-2,5%	0,7%	-5,7%
Valor superior	20,9%	9,8%	7,0%	6,4%

Son valores de ES de todas las EG, los valores obtenidos de DS, son similares en signo pero algo distintos en magnitud. Las gráficas de las curvas entre DI y DS son semejantes en forma y difieren en magnitud para cada CCI, siendo entre ellas distintas para cada CCI. En CCI Juez parece una curva normal desplazada hacia los prematuros, en CCI González parece bimodal en EG extremas, en CCI Lagos es paralela en 5% en casi todo su trayecto y en CCI Milad es sinusoidal.

**Conclusiones** No podemos saber si las diferencias entre la CCI son debidas a los programas de ajuste de los valores o a algún otro ajuste estadístico. La CCI Lagos sugiere un error sistemático. Nos preocupa el uso de valores clínicos de CCI cuyo comportamiento interno estadístico es tan disímil, o que reflejan la conducta del desarrollo intrauterino de poblaciones distintas.



### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### COMPARACION CLINICA DE TRES CURVAS DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO CHILENAS

Cortes Díaz Maria Antonieta(1), Franzini Villanueva Francesca(1), Moreno Salinas Rodrigo (2).  
(1) Interna Medicina - Universidad Diego Portales, (2) Hospital Regional Rancagua, e ICBM, Facultad de Medicina - Universidad de Chile.

**Introducción:** La utilización de curvas de crecimiento intrauterinas (CCI) debe ser adecuada a cada población, por ello han surgido CCI chilenas, cuya metodología en la confección pueden hacer variar el resultado en su aplicación en la identificación de recién nacidos de riesgo en la práctica clínica. Se comparan en este trabajo la utilización de tres CCI chilenas en la definición de nacimientos bajo percentil 10 (p10) y sobre percentil 90 (p90) del Hospital Regional Rancagua (HRR).

**Material y Método:** De los 8635 nacimientos en el HRR los años 2010 y 2011, se pudieron utilizar 98% y 95% respectivamente, en este estudio por pérdida de información. Luego, 8317 nacimientos entre 26 y 42 semanas de gestación fueron clasificados en p10 y p90 de las CCI publicadas por Juez y col. (Rev Chil Ped 1989; 60(4): 198), González y col. (Rev Med Chil 2004; 132:1155), y Milad y col. (Rev Chil Ped 2010; 81(3): 264), todas de población chilena, en adelante identificadas por la inicial del primer autor J, G y M, respectivamente. Se compararon estadísticamente los porcentajes obtenidos del total y además de los p10, entre las 26 y 34 semanas gestación (prematuros). Se obtuvo el valor de significancia estadística (SE) para la prueba de proporciones de cada comparación.

**Resultados:** En p90 hubo 79 casos, 0,95% del estudio, según J 89,9%, G 83,5% y M 78,4%, solo es SE al comparar J&M = 1,96 y  $p < 0,05$ . En p10 hubo 366 casos, 4,4% del estudio, según J 90,4%, G 66,1% y M 98,9%, todas las comparaciones tienen SE J&G = 11,67, J&M = 5,10 y G&M = 7,97 con  $p < 0,0001$ . En p10 en prematuros hubo 255 casos, 3,07% de la muestra y 69,67% de los p10, según J 38,4%, G 22,3% y M 47,1%, %, todas las comparaciones tienen SE, pero para J&G = 3,94, y G&M = 5,86 con  $p < 0,0001$ , y para J&M = 1,96 con  $p < 0,05$ .

**Conclusiones:** La aplicación de las diferentes CCI en nacimientos del HRR estudiados evidencia mayores diferencias y nivel de significancia en su aplicación en el p10 que en el p90. Siendo la CCI de Milad y col. menos exigente en p90 y más exigente que las otras dos en p10 y prematuros. La CCI de González y col. es la menos exigente en p10 y menos aún en prematuros. Si consideramos que la condición de estar bajo el p10 condiciona un mayor riesgo clínico en el prematuro, nos parece más adecuado recomendar el uso de la CCI de Milad y col. y no considerar la de CCI de González y col.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### **EVOLUCION DE LA APENDICECTOMIA CON CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN CLINICA DAVILA: ¿QUE HEMOS APRENDIDO?**

Contador Mónica, Gac Karol, Mora Catalina, Aguilar Thelma, Catoia Bruno, Ibáñez Tomás, Cerda Jaime.

Clínica Dávila, Santiago, Chile.

Cada vez más la cirugía mínimamente invasiva (CMI) tiene mayor indicación en la resolución de patología pediátrica. Ha demostrado ventajas en cuanto al dolor, estadía postoperatoria y estética. Existen distintas técnicas descritas y su indicación depende de múltiples factores como disponibilidad, tipo de patología y costos.

El objetivo de este trabajo es compartir nuestra experiencia en CMI en manejo de patología apendicular pediátrica.

Se realizó una revisión retrospectiva (2003-2011) de pacientes sometidos a CMI para manejo de apendicitis aguda y peritonitis apendicular en nuestro centro. Se recolectaron datos demográficos, clínica de presentación, detalles intraoperatorios y seguimiento.

Se realizaron 222 apendicectomías por CMI de un total de 2104 apendicectomías. Se descartaron 3 que tenían otro diagnóstico principal. De las 219 restantes: 47% correspondieron a hombres con edad promedio de 10 años. Modificaciones en la técnica determinaron 3 períodos: **A** (2003-2005: 7 pacientes) en que se utilizaban 3 ports de trabajo y predominaba la apendicectomía intracorpórea (5/7); **B** (2005-2009: 76 pacientes) se comienza a utilizar 2 ports (37%), y predomina la apendicectomía extracorpórea (EC) (72%); y, **C** (2009-2011: 136 pacientes) se caracteriza por el uso de la técnica de incisión única, en un 57% de las apendicectomías y el 78% fueron EC. Se analizan las razones para utilizar mayor número de ports durante este último periodo. Se convirtió 1 caso por falta de visualización del apéndice. La mediana del tiempo quirúrgico fue disminuyendo con 95, 60 y 45 min. en cada periodo ( $p < 0,05$ ). Las complicaciones a largo plazo correspondieron a dos casos de dehiscencia parcial de la sutura umbilical, dos casos de cicatriz hipertrófica umbilical y un caso de absceso residual en una peritonitis apendicular. El uso de la CMI aumentó progresivamente en los 3 periodos en relación a las apendicectomías totales (A:1,2%, B:6,7% y C:32% ).

La CMI es una realidad en nuestro medio. Nuestro grupo, ha logrado su implementación de manera exitosa, gracias a la mayor disponibilidad y a la adquisición de la habilidad necesaria. Además, el mayor conocimiento de esta técnica de abordaje por parte la población general, ha aumentado su demanda, y esto sumado a costos menores ha determinado un aumento en su realización. Esto ha permitido ampliar las indicaciones de la laparoscopia, adecuando la técnica a cada caso en particular.

**RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA**

**SECUESTRO PULMONAR EXTRALOBAR: RESECCIÓN TORACOSCÓPICA CON HEM-O-LOCK®**

Valenzuela Marco, Ibáñez Ricardo, Mora Catalina.  
Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.

Las técnicas de cirugía mínimamente invasiva han ganado terreno en cirugía infantil, en la medida que han demostrado ser eficaces y seguras en la resolución de patología pediátrica. En cuanto a la cirugía de resección de malformaciones pulmonares, las principales ventajas del acceso toracoscópico son la menor duración de la hospitalización y de días con tubo pleural.

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 2 años y 6 meses de edad, con diagnóstico antenatal de malformación pulmonar. Durante el período lactante cursa con múltiples episodios de neumonías y síndrome bronquial obstructivo, de manejo ambulatorio. Se estudia con TC de tórax, sugerente de secuestro pulmonar extralobar basal izquierdo con vaso nutricio tributario de la aorta abdominal. Se decide abordaje toracoscópico electivo.

Se describe la técnica quirúrgica: paciente bajo anestesia general y en decúbito lateral derecho, se aborda el tórax con un primer trócar de 5 mm en 5° izquierdo, L.A.M., con neumo a 4mmHg. Al inspeccionar la cavidad se visualiza secuestro extralobar a nivel de seno costofrénico posterior. Se instalan otros dos trócares de 5 mm en 5° EIC LAA y en 6° EIC LAA. Se liberan bandas pleurales con hook y se disecciona el pedículo vascular corto. Se colocan Hem-o-lock® y se extrae pieza por toracotomía mínima en 5° EIC LAM, sin incidentes. Se asea la cavidad y se instala drenaje pleural.

Al segundo día postoperatorio se retira el tubo pleural y se da el alta. Evoluciona en forma favorable, y se encuentra asintomática en los controles quirúrgicos.

La resección de secuestro pulmonar extralobar es factible y seguro de realizar de manera toracoscópica con esta técnica, con favorable evolución clínica.

**RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA**

**QUISTE BRONCOGÉNICO DE MEDIASTINO POSTERIOR: RESECCIÓN TORACOSCÓPICA CON HEM-O-LOCK® Y LIGASURE®**

Valenzuela Marco, Ibáñez Ricardo, Mora Catalina.  
Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.

Las técnicas de cirugía mínimamente invasiva han ganando terreno en cirugía infantil, en la medida que han demostrado ser eficaces y seguras en la resolución de patología pediátrica. En cuanto a la resección de malformaciones pulmonares, las principales ventajas del acceso toracoscópico son la menor duración de la hospitalización y de días con tubo pleural.

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 2 años y 9 meses de edad, con masa en mediastino posterior pesquisada incidentalmente mediante ecografía en período neonatal, en estudio de soplo cardíaco. Durante el período lactante cursa con infecciones respiratorias de manejo ambulatorio y una hospitalización por bronquiolitis a los 5 meses. Se estudia con TC de tórax, sugerente de quiste neuroentérico o broncogénico. Se decide abordaje toracoscópico electivo.

Se describe la cirugía efectuada: Paciente en decúbito lateral izquierdo bajo anestesia general. Se aborda el tórax con trócar de 5 mm en 5° EIC derecho, LAM, neumo a 6mmHg. Se visualiza quiste en mediastino posterior, que levanta el cayado de la áigios. Se instalan otros trócares: de 5 mm en 3° EIC LAA y otro de 3mm en 7° EIC LAM. Se disecciona y secciona la áigios tras colocar cuatro Hem-o-lock®. Se disecciona el quiste con hook y Ligasure®, separándolo de la pleura y el esófago, hasta liberarlo completamente. Se extrae pieza por el primer port, sin incidentes. Se aseca la cavidad y se instala drenaje pleural.

Al segundo día postoperatorio se retira el tubo pleural y se da el alta. Evoluciona en forma favorable, y se encuentra asintomático en los controles. La biopsia demostró un quiste broncogénico.

Se concluye que la resección de masas de mediastino es factible de realizar de manera toracoscópica, con favorable evolución clínica.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### 37 CASOS DE SHU: ¿COMO EVOLUCIONAN NUESTROS PACIENTES?

Fariás Cárdenas Rodrigo, Jadue Aliaga Carla, Macchiavello Poblete Cecilia, Díaz Cerna Olivia, Acuña Ávila Mirta.

El síndrome hemolítico urémico (SHU) es una patología sistémica, no inmune, que afecta preferentemente en el periodo estival a niños menores de 3 años, causando graves complicaciones y consecuencias devastadoras a largo plazo.

Su tríada clásica es: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y daño renal agudo, mientras que su etiología más frecuente es *Escherichia coli* enterohemorrágica O157:H7.

El objetivo del presente trabajo es revisar, describir y caracterizar la evolución de los pacientes ingresados con diagnóstico de SHU durante 12 años en el Hospital Roberto del Río (HRR).

Se realizó un estudio descriptivo mediante revisión de fichas clínicas de los pacientes con diagnóstico de SHU entre Enero 2000 – Diciembre 2011.

Durante 12 años se detectaron 37 casos, 62% sexo femenino, 78% menor de 3 años, 22% con patologías crónicas. 92% presentó diarrea, 82% de tipo disintérica y el 57% recibió tratamiento antibiótico previo a la hospitalización siendo la furazolidona el más utilizado.

El 73% fue hospitalizado en la unidad de paciente crítico, el promedio de días de hospitalización fue de 13 y la mortalidad de 3%.

En el 51% de los casos se realizó coprocultivo, 16% positivo para *Escherichia coli*.

56% presentó leucocitosis, el promedio del menor valor de Hb fue de 6,78 (4-11,6) gr/dL, el promedio del menor valor de plaquetas fue de 40.264 (7.000 – 149.000) x mm<sup>3</sup>, mientras que el promedio del mayor valor de Nitrógeno ureico en sangre fue de 68,12 (15,7 – 173) mg/dl y de Creatinina plasmática de 2,77 (0,39-7,99) mg/dl.

89% sufrió por lo menos una complicación, entre las cuales se encuentran: hemorragia, cuadro infeccioso no diarreico e Hipertensión arterial (HTA). El 49% requirió peritoneo diálisis.

75% luego del alta fue controlado por nefrología, con un promedio de 4,14 (1-12) controles, un 18% evolucionó con HTA secundaria, 3% con microalbuminuria persistente y ninguno con insuficiencia renal crónica.

El SHU sigue siendo una patología de gran importancia en nuestro país, por lo tanto es indispensable que el equipo de salud tenga la capacidad de realizar un diagnóstico precoz e instaurar un manejo hospitalario adecuado, con el fin de controlar y prevenir las posibles complicaciones tanto a corto como a largo plazo.

RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

**EVALUACION Y DIAGNOSTICO GENETICO DE PACIENTES CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y RETRASO MENTAL, HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RIO. 2011.**

Pérez Nuñez Carmen Paz<sup>1,2</sup>, Casto Villablanca Felipe<sup>2</sup>, Villaseca Garretón Cecilia<sup>3</sup>  
Avaria Benapres M. Angeles<sup>1,2</sup>

Hospital Roberto del Río, Unidad Neurología<sup>1</sup>. Dpto. Pediatría Campus Norte U. de Chile.<sup>2</sup> Unidad Genética<sup>3</sup>

El diagnóstico precoz y específico de etiología genética en niños con retraso del desarrollo es fundamental para lograr información clínica útil tanto para el clínico como la familia, en cuanto a evolución, comorbilidades, pronóstico, riesgo de recurrencia, terapia disponible y asesoría genética.

**Objetivo:** Evaluar aporte del examen clínico genético, cariograma y exámenes específicos en diagnóstico genético específico en niños con retraso global del desarrollo psicomotor (**RGDPM**) y retraso mental (**RM**).

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se revisaron fichas de pacientes referidos a genética entre enero/marzo 2011, con diagnósticos RM o RGDPM. Se recopilaron: edad de derivación, antecedentes personales/familiares, diagnóstico clínico genético, exámenes solicitados y diagnóstico final.

**Resultados:** Total pacientes 45. RM: 55,6%(RM leve 80%), RGDPM: 44,4%, Sexo masculino: 77,8%, edad derivación: 7,9 años (4-12 años), antecedentes familiares: 55,6%, predominando trastornos de aprendizaje (22,2%) RM: hermanos 22,2%, padres 11,1%, consanguinidad padres: 22,2%, DSM: 100% con trastornos del lenguaje, 77,8% con retraso motor. Solo 55,6% con dismorfias al examen (25 pacientes), predominando: alteraciones de boca-mentón-paladar: 55,5%. En 8 pacientes (18%) se planteó síndrome específico: Down mosaico: 4, Prader Willi: 2, Turner: 2 pacientes. En 17 pacientes: origen genético no sindrómico. Se realizó Cariograma a todos los pacientes (100% normales). Fish en 5 pacientes (11,1%).

**Conclusiones:** La consulta a genetista permite reafirmar la etiología genética en más de la mitad de los pacientes referidos y aporta en sospecha de síndromes específicos. Una mayor facilidad en acceso a exámenes específicos permitiría probablemente ayudar a definir etiología.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### **EVOLUCION Y DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DE PACIENTES CON SINDROME HIPOTONICO REFERIDOS A LA UNIDAD DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROBERTO DEL RIO (HRRIO), 2009-2012.**

Pérez Núñez Carmen Paz<sup>1,2</sup>, Avaria Benapres M. Ángeles<sup>1,2</sup>, Kleinteuber Saá Karin<sup>1,2</sup>

1. Unidad Neurología Hospital Roberto del Río, 2. Dpto. Pediatría Campus Norte U. de Chile.

**Introducción:** La hipotonía es el signo de disfunción neurológica más frecuente en el recién nacido y lactante menor, asociada a trastornos agudos o crónicos a cualquier nivel del sistema nervioso central o periférico. El diagnóstico específico no es siempre evidente, lo que dificulta realizar un pronóstico.

**Objetivos:** Describir evolución clínica y etiología de pacientes referidos a neurología HRRIO con diagnóstico de síndrome hipotónico.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se revisaron fichas de pacientes referidos a neurología, entre 2009 y 2012, con diagnóstico de síndrome hipotónico. Datos recopilados: edad de derivación, unidad de origen, DSM, sospecha clínica, diagnóstico final.

**Resultados:** Total pacientes 60. Referidos desde neonatología y policlínico prematuros: 55,3%, atención primaria 13,2%. Hipotonía central: 88%, periférica: 5%. Edad promedio: 4 meses (12 días - 2 años). Retraso Global del Desarrollo Psicomotor 92%. En 58,1% pacientes se estableció diagnóstico etiológico antes de 18 meses de edad: Prader Willi 8,3%, otras genopatías: confirmadas 13,3%, sospechadas clínicamente 20,2%. Malformación del SNC: 9%, Distrofia Miotónica: 1 paciente, otras: 4%(2). Hipotonía sin otras anomalías: 4 pacientes (7,2%). Al término del periodo de estudio 10 pacientes. (18%) fueron dados de alta, con examen neurológico normal.

**Conclusiones:** En esta serie se estableció diagnóstico etiológico antes de los 18 meses de edad en más de la mitad de los pacientes. Cerca de un cuarto de los pacientes evolucionaron hacia la mejoría, lo que podría corresponder a "hipotonía congénita benigna". Es necesario un seguimiento más prolongado para descartar patología con mayor seguridad.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### **FIJACIÓN DEL TUBO ENDOTRAQUEAL EN PACIENTE CON QUEMADURAS FACIALES EXTENSAS: UNA SOLUCIÓN SIMPLE**

Aldunate, Margarita, Médico Cirujano; Araneda, Luisa, Cirujano Dentista; Covarrubias, Pilar, Médico Cirujano; Ojeda, Angela, Médico Cirujano  
Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Facultad de Odontología.

Los pacientes con quemaduras extensas y compromiso de vía aérea representan un desafío en cuanto a la fijación del tubo endotraqueal y consiguiente seguridad en la mantención de la vía aérea. Tanto en unidades de paciente crítico como en pabellón pueden ocurrir extubaciones accidentales y hay trabajos que demuestran mayor frecuencia de estos eventos en pacientes con quemaduras.

El presente trabajo describe un método mínimamente invasivo de fijación de tubo endotraqueal en pacientes con quemaduras extensas de cara que fue desarrollado recientemente en nuestro hospital frente a la necesidad de resolver este problema.

Se presenta el caso clínico de varón de 8 años con quemadura de vía aérea y lesiones de cara que impiden fijación habitual de tubo endotraqueal con telas. El paciente ingresa con tubo fijo con punto interdentario a las encías pero este se desgarró 5 veces en 7 días por lo que se busca método alternativo. Se interconsulta a cirujano dentista y se evalúa al paciente en conjunto decidiendo aplicar férula de fijación con alambre-composito entre incisivos superiores. El procedimiento se realiza en la cama del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos adaptando el equipamiento y consiguiendo fijar alambre en forma sencilla y firme entre incisivos. A continuación se amarra al alambre el tubo endotraqueal con sutura de seda 2-0. El paciente no requiere nuevos elementos de fijación para el tubo. Al retirar ventilación mecánica el dispositivo se usa posteriormente en las siguientes intubaciones endotraqueales para procedimientos bajo anestesia. Una vez dado de alta el paciente se retira el alambre en el policlínico dental sin inconvenientes y sin ningún tipo de secuela para la dentadura.

El procedimiento se realizó con facilidad y no presentó complicaciones. Fue de tan amplia aceptación por los equipos de UTI, anestesia y cirujanos del equipo de quemados que se empleó de inmediato en el siguiente paciente similar ingresado a la UCI del Hospital. Este segundo paciente se encuentra aún con la férula interdentario puesta y continúa en tratamiento..

El método descrito fue de fácil implementación y de gran seguridad. Evita los desgarros reiterados de las encías con el consiguiente deterioro del periodonto de fijación, dolor y riesgo de bacteremias asociadas. Es más simple y de más bajo costo que otros métodos publicados y permitió no solo asegurar el tubo endotraqueal, sino que además permitió recuperar las encías y facilitar el aseo de la cavidad oral. Por estos motivos creemos que este método debe considerarse de elección para la fijación del tubo endotraqueal en estos casos lo cual se puede realizar en forma electiva en cuanto se pueda interconsultar a un cirujano dentista. En el caso del Hospital Roberto del Río se debe considerar que somos el único centro pediátrico que cuenta con atención dental de urgencia en forma permanente y que continuaremos recibiendo este tipo de paciente ya que somos centro GES de derivación de pacientes quemados.



**RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA**

**DRENAJE VENOSO ANOMALO TOTAL A SENO CORONARIO: UNA PATOLOGIA INFRECUENTE QUE NO HAY QUE OLVIDAR. REVISION DE 10 CASOS CLINICOS EN UN CENTRO CARDIOVASCULAR PEDIATRICO. EXPERIENCIA DE 8 AÑOS**

Dres. Guerrero Carlos, Álvarez Patricia, Alburquenque Marcela, Acevedo Valeria, Aguirre Daniel, Palominos, Gilberto.

Hospital de Niños Roberto del Río, Servicio de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Escuela de Medicina Postgrado Sede Norte – Universidad de Chile.

**OBJETIVOS:** Describir las características clínicas, ecocardiográficas, quirúrgicas, y de seguimiento, en pacientes con Drenaje Venoso Anómalo Total a Seno coronario (DVPAT-SC).

**METODO:** En un periodo de 8 años, se realiza una descripción retrospectiva de los casos clínicos, mediante revisión de fichas clínicas, protocolos operatorios, Informes del Laboratorio de Ecocardiografía.

**RESULTADOS:** De los 10 pacientes con diagnóstico de DVPAT, La edad de presentación fue en promedio 53 días (18 días – 80 días). Las manifestaciones clínicas fueron principalmente respiratorias. La distribución por sexo fue 50% hombres/mujeres. La Radiografía de Tórax reveló cardiomegalia y congestión pulmonar en todos los casos. El Ecocardiograma permitió realizar el diagnóstico en la totalidad de la serie. Los hallazgos Ecocardiográficos fueron: seno coronario dilatado, ausencia de conexión de Venas Pulmonares a Aurícula Izquierda, Cavidades Derechas dilatadas, Comunicación Interauricular con shunt de derecha a Izquierda y hallazgos compatibles con Hipertensión Pulmonar. La corrección quirúrgica se efectuó en 9 pacientes. Dentro de las Complicaciones Postoperatorias: 9/9 cursaron con Hipertensión Arterial pulmonar grave. Arritmias Supraventriculares 3/4 requiriendo medidas Térmicas, farmacológicas y/o Marcapaso transitorio, con respuesta clínica. El apoyo ventilatorio invasivo fue en promedio por 48 horas, el apoyo inotrópico con uso de adrenalina y dopamina fue 96 horas en el Posoperatorio. Falleció 1 paciente durante el acto operatorio. El Rango de seguimiento fue de 6 meses – 6 años, sin presencia de complicaciones, ni presencia de defectos anatómicos residuales.

**CONCLUSIONES:** El DVPAT-SC es una cardiopatía congénita propia de los lactantes, con presencia de manifestaciones clínicas principalmente respiratorias. La Radiografía de Tórax orienta hacia una Cardiopatía Congénita, pero la Herramienta con mayor valor Diagnóstico es la Ecocardiografía. El tratamiento es quirúrgico pero conlleva morbilidad asociada por arritmias principalmente.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### PROTOCOLO DE NUEVO MANEJO PERINATAL DE GASTROSQUISIS.

Valenzuela Aguilera M. , Ibañez , Menchaca P., Gutierrez J. , Gonzalez A. , Muhlhausen G.

**Introducción:** La gastrosquisis es una malformación de la pared abdominal de prevalencia en aumento y etiología no del todo conocido. En los recién nacidos a término, observamos gran edema e inflamación del intestino expuesto, dificultando el cierre primario, produciendo hipomotilidad intestinal con nutrición parenteral y a larga estadía hospitalaria. La detección prenatal, vigilancia ecográfica, la resolución entre 34 y 36 semanas de edad gestacional podrían disminuir la necesidad de silo, nutrición parenteral y estadía hospitalaria

**Objetivo:** Describir un protocolo multidisciplinario de manejo perinatal de gastrosquisis en Hospitales San José y Roberto del Río, con seguimiento ecográfico, maduración pulmonar con corticoides, cesárea electiva a las 34 y 35 semanas, antes de la formación de peel y la reducción de las asas intestinales en la sala de atención inmediata luego de ligar el cordón comparando los resultados con un grupo de recién nacidos llegados a término con su gastrosquisis, con énfasis en el cierre precoz y /o necesidad de instalar un silo.

#### **Material y Métodos**

Estudio de una serie clínica, sometida a un protocolo perinatal, con consejería multidisciplinaria y seguimiento ecográfico, hasta las 34-35 semanas de gestación desde el año 2004 (Grupo I) . Se comparan con los resultados de pacientes desde el año 2004 al 2012, de término con gastrosquisis diagnosticada pre o postnatal, (Grupo II). Se comparan los grupos según sus características, así como sus resultados, especialmente en necesidad de Silo, aspectos respiratorios y motilidad intestinal. Se analizaron los datos de las tablas de 2x2 con Fisher y las variables continuas y discretas con el test U de Mann Whitney.

#### **Resultados**

Se comparan 23 pacientes con gastrosquisis manejados en los últimos 8 años. No existió diferencia en la proporción de los sexos en ambos grupos, ni Cesárea, ni APGAR, ni en el porcentaje de malformaciones asociadas. Grupo I n: 12, grupo II n: 11. En el grupo I . Se practicó cierre primario en 11 casos y cierre diferido con silo de silástico en 1 caso. Necesitaron NPT con una mediana de 14,5 días, lograron alimentación enteral total media de 15 días y la estadía hospitalaria fue de 23,5 días siendo significativamente menor del tiempo del grupo II. Además el grupo I presentó una mediana de 2 días de ventilación mecánica versus 8,5 en el grupo II (p:0,0028) No existió diferencias estadísticamente significativa entre complicaciones precoces y sepsis por catéter.

#### **Discusión:**

El manejo perinatal de gastrosquisis es aún controversial. El nacimiento prematuro previene la formación de peel intestinal y facilita el cierre primario disminuyendo el tiempo para lograr motilidad intestinal normal. Esta nueva estrategia de tratamiento evita la inflamación de las asas intestinales, facilitando su reducción a la cavidad abdominal, mejor tolerancia oral, menos días de alimentación parenteral y menor necesidad de sedación y ventilación mecánica.

RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

**MANEJO DE FÍSTULAS BRONCOPEURALES POR MEDIO DE CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA.**

Valenzuela Aguilar M, Ibañez Gonzalez T, Menchaca Steinfort P, Cuminao M.  
Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile

**Introducción:** La hidatidosis, zoonosis de regiones agrícolas. De localización hepática (50-70%) pulmonar (40%) y otras menos frecuentes. El objetivo de este trabajo es mostrar una técnica quirúrgica innovadora donde se realiza una quistoscopía para cierre de fístulas broncopleurales complicación de un paciente con hidatidosis pulmonar.

**Caso clínico:** Paciente de 11 años que consulta por aumento de volumen en hemitórax derecho, tos seca sin fiebre. Se realiza radiografía de tórax que muestra lesión quística pulmonar derecha con compromiso de 2/3 de la cavidad torácica. Se completa estudio con TAC de tórax, ecografía abdominal y serología, diagnosticándose quiste hidatídico pulmonar derecho unilocular de 15x 13 x 14 cm. Se inicia tratamiento con albendazol. Se realiza toracotomía con destechamiento del quiste y cierre de fístulas broncopleurales. Paciente evoluciona con persistencia de las fístulas sin respuesta a manejo médico.

**Técnica Quirúrgica:** Introducción de toracoport de 5mm, quistoscopía con óptica de 30 grados. Se introduce solución salina a la cavidad evidenciándose dos fístulas broncopleurales de mediano calibre y dos de pequeño calibre. Instalación de segundo toracoport de 5mm a nivel del 3er espacio intercostal línea axilar anterior. Cierre de fístulas de mediano calibre con punto en u de ethibon. Fístulas de menor calibre con tejido circundante friable y de difícil manejo por lo que se decide cobertura con surgicel y punto de fijación de monocryl . Se inunda cavidad y no se evidencian signos de fístulas broncopleurales. Pleurodesis con povidona yodada, retiro y cierre de toracoport e instalación de drenaje pleural.

**Discusión:** La cirugía minimamente invasiva presenta múltiples ventajas con respecto a las técnicas convencionales. No solo por la estética, sino además por el menor tiempo de recuperación, dolor postoperatorio y daño a los tejidos. Se propone esta técnica como alternativa la segmentectomía o lobectomía pulmonar frente al manejo de fístulas broncopleurales.

RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

**SIMPATICOLISIS, ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERHIDROSIS RESISTENTE A TRATAMIENTO MÉDICO**

Valenzuela Aguilera M, Benavides F, Ibañez R, Menchaca Steinfort P.  
Hospital Roberto del Río / Hospital San Juan de Dios. Santiago, Chile.

**Introducción :** Hiperhidrosis es la sudoración excesiva mas allá de la necesaria para mantener la termorregulación. Se clasifica en focal y generalizada. Diagnosticada más frecuentemente entre los 14-28 años. Los casos pediátricos presentan mayor asociación familiar y suele ser palmo-plantar. Existen diversos tratamientos tópicos. Los pacientes resistentes a tratamientos médicos pueden requerir de intervención quirúrgica.

Las técnicas más utilizadas son la simpatectomía y la simpaticolisis. Esta última, es la más difundida dado a menor sudoración compensatoria y tasa de éxito de 96% en disminución de sudoración palmar; 98% axilar e incluso disminución de sudoración plantar. Las complicaciones quirúrgicas más frecuentes incluyen : sangrado, neumotórax, Síndrome de Horner (1%), atelectasias, enfisema subcutáneo y sudoración compensatoria (35%).

**Caso Clínico:** Paciente de 15 años con hiperhidrosis resistente a tratamiento médico, a quien se le realiza una simpaticolisis a nivel de T3 y T4 bilateral con resultados exitosos.

**Técnica quirúrgica:**

Consiste en la ablación quirúrgica de la cadena nerviosa simpática. El paciente se posiciona en decúbito supino con Fowler y se realiza en ambos lados una toracoscopia Bilateral. Se Identifica la cadena ganglionar simpática y estructuras vecinas nobles, respetándolas. Sección con bisturí armónico polo cefálico y caudal del 3er y 4to ganglio simpático bilateral. Verificación de variación de temperatura en palmas. Drenaje de pneumotorax con valsalva. Retirando cuando existe reexpansión pulmonar y cese del burbujeo del drenaje. Cierre de ports.

**Resultados y Discusión:**

Paciente con evolución post operatoria favorable, sin complicaciones, alta al segundo día. Presento sudoración transitoria al segundo día post quirúrgico y por 48 horas. Posteriormente exhibe disminución significativa de la sudoración palmar, axilar y plantar, sin sudoración compensatoria. La simpaticolisis T3 y T4 es un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento de la hiperhidrosis focal resistente a tratamiento médico en pediatría.

**RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA**

**ANÁLISIS DEL MANEJO DE QUEMADURAS ELECTRICAS DE BAJO VOLTAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO.**

Ojeda A., Covarrubias P., Broussain V., Caprile I., Correa C.  
Unidad de Plástica y Quemados, Hospital Roberto del Río. Santiago, Chile

**INTRODUCCION:** las quemaduras eléctricas en niños representan menos del 5% del total de quemaduras y se ha descrito que pueden tener complicaciones cardiovasculares severas. Se ha sugerido la evaluación cardiológica inicial con electrocardiografía (ECG) y monitorización cardiaca no invasiva, pero no existe consenso respecto a esto.

**OBJETIVO:** Análisis de manejo actual en el servicio de urgencia, revisión de literatura actualizada y proponer algoritmo de manejo.

**PACIENTES Y METODOS:** Estudio retrospectivo, analizando datos de atención de urgencia y fichas clínicas de los pacientes atendidos por quemaduras eléctricas de bajo voltaje durante el año 2011.

**RESULTADOS:** Se revisaron 604 datos de pacientes atendidos por quemaduras, de los cuales cerca de un 5% correspondieron a quemaduras eléctricas de bajo voltaje. Existe gran diversidad de criterios en el manejo inicial de quemaduras eléctricas. En todos los pacientes a los que se realizó ECG inicial, este fue normal, y durante la monitorización cardiovascular no invasiva ningún paciente presentó complicaciones. En la revisión de fichas se determinó que ninguno de estos pacientes tuvo complicaciones a largo plazo.

**DISCUSION:** Las complicaciones cardiovasculares son poco frecuente en quemaduras de bajo voltaje, pero pueden ser severas. Estudios actuales recomiendan que, en lesiones de bajo voltaje, sin grandes lesiones cutáneas ni compromiso de conciencia, sólo se realice evaluación inicial con ECG, sin necesidad de monitorización posterior.

**CONCLUSIÓN:** El manejo inicial de este tipo de pacientes no se encuentra estandarizado. Se sugiere algoritmo de manejo de pacientes con quemaduras eléctricas de bajo voltaje, considerando las recomendaciones de la literatura actual.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y ESTUDIO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS POR PIELONEFRITIS AGUDA.

González Cecilia<sup>1</sup>; Castro Daniela<sup>2</sup>; González Matías<sup>2</sup>; Hirsch Tamara<sup>1</sup>; Fernández Carlos<sup>1</sup>; Barraza Pamela; Zamorano Juanita<sup>1</sup>. (1) Clínica Santa María, (2) Universidad de los Andes

**Introducción.** La infección urinaria (ITU) es uno de los principales motivos de consulta ambulatoria en la práctica pediátrica, y una de las causas más frecuentes de infección bacteriana en niños con síndrome febril sin foco. Puede manifestarse como una bacteriuria asintomática, infección urinaria baja o pielonefritis, entidades que presentan impactos clínicos diferentes. La mayoría son de curso benigno y evolución favorable; en la edad pediátrica pueden ser secundarias a una anomalía anatómica o funcional del tracto urinario y por lo tanto puede requerir un enfoque terapéutico médico o médico-quirúrgico específico. **Objetivo:** describir las características de los pacientes que se hospitalizaron en el Servicio de Pediatría de la Clínica Santa María con diagnóstico de pielonefritis aguda (PNA) o ITU. **Material y método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, se revisaron fichas clínicas de pacientes que se hospitalizaron durante el año 2010, y cuyo diagnóstico de egreso fue PNA o bien ITU. **Resultados:** Durante el 2010 se hospitalizaron 2.137 pacientes en el Servicio de Pediatría, 116 (5,4%) presentaron como diagnóstico de egreso Nefritis túbulo intersticial (N10X, del CIE 10) o Infección de las vías urinarias, sitio no especificado (N390, del CIE 10). El 53,4% (62 casos) correspondió a mujeres, las edades fluctuaron desde los 18 días de vida hasta los 12 años. El 73% de los casos se presentó en menores de 1 año, siendo el 43% menor de 6 meses. El principal motivo de consulta correspondió a fiebre como síntoma único en el 61,2% de los casos. El diagnóstico de ingreso realizado en el servicio de urgencia, fue PNA en el 70,6% de los casos, seguido de síndrome febril en el 16,3% del total. El recuento promedio de leucocitos fue de 19.398 (rango de 5.300 a 46.000), 48 pacientes (41,3%) presentaron leucocitosis mayor a 20.000 en el hemograma de ingreso. Se realizó PCR a 103 pacientes, siendo el promedio de 107 mg/dl (rango de 1 a 359 mg/dl). En todos los pacientes se realizó examen de orina completa, que resultó alterado en 104 niños (90%). De los 104 exámenes de orina alterados, 98 (94%) presentaron un urocultivo positivo, el principal agente aislado fue *E. coli*, en el 81% del total, seguido por *Enterococcus spp* (3,4%) y *Klebsiella* (2,6%), se reportaron 2 casos de *E. coli* BLEE (+). En el antibiograma destaca sensibilidad de 100% a amikacina en todos los microorganismos aislados, y 12% de resistencia a cefadroxilo. Se realizaron 111 cintigramas renales, en 104 niños (94%) resultó ser concordante con PNA, mientras que en 5 fue normal (4,5%). En cuanto a la evolución de la fiebre durante la hospitalización ésta duró menos de 2 días en el 86,2% de los casos. El tratamiento antibiótico más utilizado fue cefotaxima en 69,8% de los niños, seguido de ceftriaxona en 17,2% del total. Del seguimiento con exámenes de laboratorio e imágenes posterior al alta, en 64 pacientes se realizó UCG, que en 70,9% resultó ser normal y en 27,3% (17 niños) se detectó la presencia de RVU. **Conclusiones:** En la serie presentada destaca que más de 2/3 de los hospitalizados por PNA eran < 1 año, el diagnóstico se realizó principalmente en el contexto de un síndrome febril sin foco, hecho que puede motivar la alta frecuencia de hospitalización de ese grupo etario. Destaca el 100% de sensibilidad de *E. coli* a amikacina, y un 12% de resistencia a cefadroxilo. Pensamos que es posible plantear cambios en los esquemas de tratamiento inicial de la ITU.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### PREVALENCIA DE PATÓGENOS BACTERIANOS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA DURANTE EL OTOÑO 2012.

Bozzo Rodrigo, González Cecilia, Palomino M Angélica, Parra M Genoveva.

**Introducción:** La Fibrosis Quística es la enfermedad hereditaria más frecuente en raza blanca con resultado letal. La mutación en el gen ubicado en el cromosoma 7, se transmite de manera autosómica recesiva. Se han encontrado más de 1.400 mutaciones asociadas, siendo la más común la  $\Delta F508$ . El defecto de la proteína produce una alteración del transporte de cloro y sodio, generando el espesamiento de las secreciones, siendo el pulmón, páncreas, hígado, la piel, el aparato reproductor masculino los principales órganos afectados. La expresión fenotípica de la Fibrosis Quística varía ampliamente, y depende de la mutación o mutaciones presentes. En Chile, se estima entre 40 y 50 casos nuevos anuales. **Objetivos:** Describir la prevalencia de microorganismos en secreción traqueal durante el periodo de otoño 2012 en pacientes con Fibrosis Quística controlados en el Hospital Roberto del Río. **Material y Método:** Estudio descriptivo, observacional de los microorganismos aislados de cultivos cuantitativos de secreción traqueal obtenidos por técnica de esputo inducido. De la base de datos del Policlínico de Fibrosis Quística se obtuvo el sexo, edad, procedencia, estudio genético de los pacientes. De los cultivos cuantitativo de secreción traqueal obtenidos durante el control realizado entre Marzo y Junio de 2012 se consignó la fecha, cantidad de UFC/ml, microorganismo(s) aislado(s) y sensibilidad. **Resultados:** En el policlínico de Fibrosis Quística se controlan 32 pacientes, 23 (71,8%) de ellos son hombres. El 50% (16) de los pacientes pertenecen al grupo etario de 2 y 7 años, y 8 (25%) tienen más de 12 años. De los 32 pacientes, diecisiete (53%) son de la Región Metropolitana, 12 (37,5%) de la IV región y los otros 3 de la V región. El 71,8% (23) de los pacientes tiene estudio genético, 15 (46,8%) presentan la mutación  $\Delta F508$  y 6 (18,7%) son homocigotos para la misma. Durante la temporada de otoño 2012, 29 pacientes acudieron a control, se les tomó cultivo de secreción traqueal por esputo inducido, procedimiento realizado por kinesiólogo. El 100% de las muestras se procesaron como cultivo cuantitativo, 18 muestras (62%) cumplieron con el requisito de tener  $<10$  células epiteliales y 8 (27,6%) además tenían  $> 25$  neutrófilos. El *S.aureus*, se detectó en 20 (68,9%) de los pacientes analizados, hubo 2 cepas resistentes a meticilina, 1 cultivo positivo a *Haemophilus parainfluenzae*, y se aisló un *E.coli* BLEE (+), en 7 (24%) pacientes se aisló flora comensal. En 8 (27,5%) cultivos se aisló más de un microorganismos, en todos ellos hubo *S. aureus*, en 3 casos se asoció a *S. maltophilia*, 1 de estas cepas es resistente a cotrimoxazol, en 2 casos se encontró *P.aeruginosa* y en 1 caso candida parapsilosis resistente a fluconazol. En pacientes el cultivo mostró la presencia de flora comensal. **Conclusiones:** En nuestros pacientes con Fibrosis Quística se observa el predominio de *S.aureus* como agente colonizador o asociado a exacerbaciones pulmonares, destaca una baja frecuencia de *S.aureus* Meticilino Resistente. Llama la atención un número menor de casos asociados a *P.aeruginosa* en esta serie.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### HIDATIDOSIS: REVISIÓN DE 12 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEDIATRICO

Acuña Mirta, Benadof Dona, Galaz M Isabel, González Cecilia, Greppi Claudia, Jadue Carla, Skarmeta Marcos, Topelberg Santiago.

**Introducción:** zoonosis parasitaria producida por *Echinococcus granulosus*, hospedero intermediario el ganado y humanos, que desarrollan quistes, las localizaciones más frecuentes son hígado y pulmón. Suele ser asintomático, los síntomas son variables de acuerdo al órgano afectado. El diagnóstico es por técnicas anátomo-patológicas (biopsia) y serología (ELISA y Western blot). La opción es quirúrgica en todos los quistes pulmonares y todos los hepáticos mayores de 5cm, junto con Albendazol, que podría asociarse a Prazicuantel para efecto sinérgico. En Chile, desde el 2006 hay una tendencia a la disminución de la incidencia, en el 2010 una tasa de 1.4 por 100.000 habitantes. **Objetivos:** Describir las características poblacionales y clínicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hidatidosis, entre el 01 de Enero de 2000 hasta 31 de Mayo de 2012, en el Hospital de niños Roberto del Río. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo. Se analizaron las fichas de todos los pacientes menores de 15 años, hospitalizados por Hidatidosis con diagnóstico confirmado por Serología o Biopsia, identificándose características demográficas, clínicas, tratamiento y evolución. **Resultados:** 24 pacientes cumplían los criterios diagnósticos de Hidatidosis, se excluyeron 3 por no disponer de sus fichas. De los 21 analizados, 14 (66.6%) eran de sexo masculino, 18 (85.7%) habían nacido y 17 (80.9%) vivían al momento del diagnóstico en zonas rurales. Se encontraron, 13 (44.8%) quistes pulmonares, 6 (20.6%) hepáticos, 2 (6.8%) esplénicos, 2 (6.8%) paravesicales y 6 (20.6%) en otras localizaciones (Mesenterio, útero, cerebro, vertebral, renal y cardíaco). Seis (28.5%) pacientes tenían quistes en más de una localización y 2 (15.3%) de los pulmonares eran bilaterales. Todos los pacientes presentaron síntomas, y sus características estaban en relación a la localización, los pulmonares, 4 (30.7%) se presentaron como neumonía, 2 (15.3%) sólo tos, 4 (30.7%) dolor torácico, 1 (7.6%) neumotórax, una (7.6%) como hemoptisis y vómica, uno (7.6%) con aumento de volumen torácico y tos. De los quistes hepáticos, 2 presentaron dolor abdominal, 2 con aumento de volumen abdominal, 1 con ictericia y dolor, 1 fue un hallazgo del estudio por quiste hidatídico en otra localización. Los 2 quistes esplénicos fueron hallazgos del estudio. De los paravesicales, uno presentó dolor abdominal y el otro insuficiencia renal. El quiste de localización cardíaca manifestó dolor torácico y disnea, el quiste cerebral cefalea, y el cervical como fístula. Hubo 7 (24.5%) quistes que estaban sobreinfectados. En cuanto al tratamiento, todos recibieron al menos 1 ciclo de Albendazol, con un máximo de 10 ciclos. Se realizó quistectomía en 20 (95.2%) pacientes, de al menos un quiste, en 14 (70%), se utilizó solución salina hipertónica. Once (55%) pacientes presentaron alguna complicaciones postoperatoria (abscesos, fistulas, neumotórax, atelectasia) y uno recidivó. **Conclusiones:** Hidatidosis, es una zoonosis de baja incidencia, el antecedente de ruralidad fue importante en nuestros pacientes. Todos los pacientes presentaron síntomas, de gran variabilidad de acuerdo a su ubicación. Principales localizaciones: pulmonar (44,8%) seguido de hepática (20,6%) y ubicaciones raras de baja frecuencia igual a lo descrito en otras series, El tratamiento fue asociado, cirugía y albendazol en prácticamente todos los pacientes, sin embargo no existe un esquema de tratamiento en común, esto sugiere la importancia de un protocolo estandarizado que permita obtener mejores resultados.



### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### VIGILANCIA DE LABORATORIO DE *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* PRE Y POST VACUNACION UNIVERSAL EN HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RÍO.

Acuña Mirta, Benadof Dona, Galaz M Isabel, González Cecilia, Skarmeta Marcos, Topelberg Santiago.

**Antecedentes:** *S. pneumoniae* es uno de los patógenos más frecuentes en la edad pediátrica siendo el causante de enfermedades tales como otitis media aguda, neumonía, bacteriemia, sepsis y meningitis. Desde el año 2010 se implementó en Chile la vacunación universal contra neumococo. **Objetivos:** describir las características epidemiológicas y diagnósticos clínicos de todos los aislamientos de *S. pneumoniae*, desde 1 de julio de 2010 a 30 de junio 2012. **Material y método:** recopilamos todos los cultivos de *S. pneumoniae* de líquidos estériles ocurridos entre julio de 2010 y junio de 2012, analizamos los datos epidemiológicos de los pacientes, se obtuvo sexo, edad, mes de aislamiento, diagnóstico clínico, sensibilidad a antimicrobianos. **Resultados:** entre julio de 2010 y junio de 2012 se aisló *S. pneumoniae* de 99 cultivos, 89 aislamientos fueron de hemocultivos, 6 de líquido pleural, 3 de líquido ceforraquídeo, y 1 de líquido peritoneal, correspondientes a 67 pacientes. Para el análisis de la información se dividió en periodos de 6 meses, entre julio-diciembre 2010 hubo 24 pacientes con cultivos positivos a *S. pneumoniae*, 15(62%) eran menores de 2 años, durante enero-junio 2011 de detecto cultivos positivos en 18 pacientes, 9(50%) eran lactantes menores de 2 años; entre julio-diciembre 2011 hubo aislamiento *S. pneumoniae* en 14 pacientes, 9(64%) de ellos eran menores de 2 años, y en el periodo de enero-junio 2012 hubo cultivos positivos en 11 pacientes, 3 (27%) menores de 2 años, y 7(63%) tenían entre 2 y 6 años. Los meses en que se aislaron mas cultivos positivos fueron marzo, julio y noviembre (8). Dentro de las características de esta serie de 67 pacientes destaca que el 35 (52%) de ellos son hombres, 36 (53%) menores de 2 años, 23 (34%) entre 2 y 6 años y 8 (12%) mayores de 7 años. En cuanto a los diagnósticos más frecuentes, el 25% (17) fue neumonía adquirida en la comunidad, 13% (9) correspondió a bacteriemia, el 10% (7) fueron pleuroneumonías, en este periodo hubo 3 meningitis. En relación con la susceptibilidad *S. pneumoniae* a los antimicrobianos, todos los aislamientos fueron sensibles a penicilina y cefotaxima utilizando los criterios actualizados del CLSI. **Conclusiones:** en la vigilancia descrita se observa una disminución gradual en el número de niños afectados por *S. pneumoniae* desde el segundo semestre de 2010 a primer semestre de 2012, en este último periodo se aprecia además una tendencia a desplazamiento de la enfermedad hacia grupos etarios no vacunados.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### **S. PYOGENES RESISTENTE A MACRÓLIDOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD.**

Acuña Mirta, Benadof Dona, Galaz M Isabel, González Cecilia, Skarmeta Marcos, Topelberg Santiago.

Introducción: *S. pyogenes* se ha mantenido susceptible a concentraciones muy bajas de penicilina a lo largo del tiempo, siendo la penicilina sódica el antimicrobiano de elección desde hace más de 50 años, y hasta ahora no se han descrito cepas resistentes. En el año 1974 en Japón se aislaron las primeras cepas resistentes a macrólidos y desde esa fecha han sido ampliamente descritas en la literatura, y ha permanecido en rango de baja frecuencia de resistencia en la mayoría de las áreas geográficas, pero en España y Finlandia ha alcanzado porcentajes > al 30%, que se ha correlacionado con un mayor uso de macrólidos. En Chile se han aislado cepas resistentes a macrólidos desde los años 90, entre 1990 y 1998 se aislaron 594 cepas de *S. pyogenes* en el Laboratorio Clínico de la Pontificia Universidad Católica encontrándose 32 cepas (7,2%) resistentes. Entre 1996 y 2000 se aislaron 477 cepas en el Laboratorio Clínico Integramédica encontrándose 29 cepas (6,1%) resistentes. Objetivos: describir el tipo de pacientes y el origen de la muestra que resultaron tener cultivos positivos a *S. pyogenes* y evaluar la resistencia a macrólidos en un hospital pediátrico de alta complejidad. Material y método: se analiza la bases de datos del Laboratorio de Microbiología del hospital desde el 1 de julio de 2011 hasta el 31 de junio de 2012, consignamos antecedentes epidemiológicos como sexo, edad; además se recolectaron los datos del tipo de muestra y servicio clínico de procedencia, sensibilidad a penicilina y macrólidos. Resultados: durante los 2 años analizados hubo 72 cultivos positivos a *S. pyogenes*, que corresponden a 60 pacientes, 36 (60%) hombres y 24 (40%) mujeres, las edades fluctuaron entre los 30 días y 14 años, con un promedio de 6 años, siendo la mediana de 5 años. De las 72 muestras estudiadas 24 correspondieron a piel (31,6%) y 26 a secreción faríngea (33,3%), lo que constituye el 69,4% de la serie y 10 cultivos fueron obtenidos de sitios estériles: 8 hemocultivos, 1 líquido pleural y 1 líquido articular. Del total de muestras 21(29%) procedían del Servicio de Urgencia, 20 (28%) de pacientes hospitalizados en las Unidades de Pediatría, 8 (11%) de las Unidades de Pacientes Críticos (UPCP y UCIC). De las 72 muestras analizadas el 100% fue sensible a penicilina, hubo 16 aislamientos que fueron resistentes a macrólidos, lo que corresponde al 22% del total, 7 de ellas de cultivos faríngeos, 5 de cultivos de piel. De los 10 cultivos de sitios estériles 9 fueron multisensibles, siendo el cultivo de líquido articular resistente a macrólidos. Comentarios: El problema de *S. pyogenes* tiene relación con la susceptibilidad a macrólidos, desde 1990 se ha descrito este patrón de resistencia en nuestro país, en la serie descrita pesquisamos una resistencia mayor a la publicada previamente en Chile. Por otro lado parece necesario recordar la sensibilidad de *S. pyogenes* a Penicilina y a la luz de la resistencia descrita, en nuestro hospital el uso de macrólidos se justifica solo en condiciones muy extraordinarias.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES CON AISLAMIENTOS DE STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD.

Acuña Mirta, Benadof Dona, Galaz M Isabel, González Cecilia, Skarmeta Marcos, Topelberg Santiago.

Antecedentes: *S. maltophilia* es un microorganismo multiresistente a drogas (MRD) de distribución global, aislado de fuentes asociadas con agua dentro y fuera del hospital. Los aislamientos clínicos tienen una alta tasa de mutación comparados con los de origen ambiental. Se ha reportado principalmente como infección nosocomial, con mayor frecuencia en inmunocomprometidos como: portadores de fibrosis quística, pacientes sometidos a quimioterapia, hospitalización prolongada, en unidades de cuidados intensivos o neonatología. Factores de riesgo para su adquisición es el uso de antimicrobianos de amplio espectro y en tratamientos prolongados, principalmente carbapenémicos, quinolonas y cefalosporinas. El antibiótico de elección es el cotrimoxazol, con una susceptibilidad de más de 90 %, pero se ha reportada resistencia de un 3,8% en estudios de vigilancia en Europa, América del Norte y Latinoamérica. Objetivos: describir y caracterizar a los pacientes del Hospital Roberto del Río que en el periodo comprendido entre julio de 2010 y junio de 2012 tuvieron cultivo positivo a *S. maltophilia* y evaluar su sensibilidad a Cotrimoxazol. Material y método: se revisó la base de datos del Laboratorio de Microbiología, se consignaron los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico, unidad de hospitalización, tipo de muestra, sensibilidad a cotrimoxazol, antecedente se uso previo de Carbapenémicos. Resultados: en los 2 años analizados se aislaron 108 cultivos positivos a *S. maltophilia*, correspondientes a 54 pacientes, 26 mujeres y 28 hombres, cuyas edades fluctuaron entre los 30 días y 16 años, el promedio de edad fue 42 meses (3 años 6 meses). El número de cultivos positivos por paciente varió entre 1 y 9. Dentro de los diagnósticos las cardiopatías congénitas fueron las más frecuentes, presente en 23 (42,5%) pacientes, seguido de bronconeumonía en 10 pacientes (18,5%), y hubo 5 (9,2%) pacientes portadores de Fibrosis Quística, a estos corresponden 13 (12%) cultivos del total. Hubo 79 (72%) cultivos de pacientes hospitalizados en las Unidades de Paciente Crítico Pediátrico y Cuidados Intensivos Cardiológicos (UPCP y UCIC). De las muestras estudiadas 53 (49%) fueron respiratorias, incluyendo 5 de lavado bronquioalveolar, 41 (38%) de origen traqueobronquial; 8 fueron hemocultivos, 5 de estos obtenidos de CVC. En 5 (4,6%) cultivos se aisló *S. maltophilia* resistentes a Cotrimoxazol, 4 eran cultivos de expectoración y 1 lavado bronquioalveolar, correspondiendo los 5 aislamientos a 2 pacientes portadores de Fibrosis Quística. En 12 (22%) pacientes se obtuvo el antecedente de uso de antibióticos carbapenémicos previo al aislamiento de *S. maltophilia*. Conclusiones: en esta serie más del 50% de los pacientes con cultivo positivo a *S. maltophilia* tenían patología crónica, como cardiopatía congénita y Fibrosis Quística. La mayoría de los cultivos eran provenientes de pacientes hospitalizados en unidades de pacientes críticos. En 22% de los pacientes existía el antecedente de uso de Carbapenémicos previo al aislamiento de *S. maltophilia*. En esta serie se reporta una resistencia de 4,6% a Cotrimoxazol que es mayor a la descrita en vigilancias internacionales.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LAS HOSPITALIZACIONES POR INFLUENZA 2012 EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO. INFORME PRELIMINAR

González Cecilia, Galaz María Isabel, Benadof Dona, Skarmeta Marcos, Topelberg Santiago, Acuña Mirta

Hospital de Niños Roberto Del Río, Facultad de Medicina Universidad de Chile

**Introducción:** El virus influenza sigue siendo una de las etiologías importantes en las patologías respiratorias, y su morbilidad aumenta en grupos de riesgo, entre ellos los niños, en especial los menores de 24 meses, por ello hace unos años se ha implementado la vacunación programática anual contra influenza en este último grupo. **Objetivos:** Describir epidemiológica y clínicamente a los pacientes hospitalizados con identificación de virus influenza desde el 01 de enero del 2012 al 13 de Julio del 2012. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital de Niños Roberto Del Río. Se obtuvieron los datos de todos los pacientes cuya inmunofluorescencia de aspirado nasofaríngeo fue positiva para virus influenza. Luego se revisaron los registros de atención en intranet para obtener las variables clínicas y epidemiológicas. El laboratorio de microbiología de nuestro hospital realiza inmunofluorescencia directa en aspirado nasofaríngeo para la detección de antígenos del virus influenza A y del B. **Resultados:** Durante este período hubo 59 pacientes hospitalizados con detección de virus influenza, todos fueron A, el 92% fueron tratados con antiviral y sólo el 66% fue notificado. 8% de los casos correspondió a una infección asociada a la atención de salud. Las edades fluctuaron entre 0 y 183 meses, con un promedio de 41,23 meses. En el grupo etario de menores de 6 meses se registraron 18 casos (30%), en el de 6 a 23 meses 13 casos (22%) y en el de mayores de 23 meses 28 casos (47%). 64% género masculino. La duración de la hospitalización tuvo un rango de 1-94 días con un promedio de 9,71. El diagnóstico de hospitalización más frecuente fue neumonía (54%), seguido de bronquiolitis, crisis asmática, laringitis y rinofaringitis, cada una con un 5% de los casos. El 52% tenía patología de base. El único paciente que falleció, tenía patología crónica respiratoria y neurológica, más de 23 meses de edad y no había recibido la vacuna antiinfluenza 2012. Según grupos etarios: menores de 6 meses, entre 6 y 23 meses, y mayores de 23 meses, la duración de la hospitalización en días fue de 5,7 (1-18); 17,2 (4-94); y 8,4 (1-57) respectivamente. Los menores de 6 meses y los entre 6 y 23 meses, presentaban patología de base en un 23 y un 20% respectivamente. Sin embargo el grupo de mayores de 23 meses presentaba patología de base en un 72% de los casos. En este grupo etario con patología de base sólo el 66% tenía registrado su estado vaccinal y en el 83% de éstos no estaban vacunados. **Conclusiones:** En nuestro estudio, casi la mitad de los pacientes hospitalizados corresponde al grupo etario de mayores de 23 meses, dónde también se concentran las patologías de base asociadas. Esta situación probablemente refleja el énfasis en la vacunación contra influenza en los menores de 24 meses, pero la postergación u omisión de la vacunación en el grupo de pacientes pediátricos con patología crónica, y es en este grupo donde se concentra actualmente la morbimortalidad. Lo cual debe hacernos pensar en reforzar el programa de vacunación contra influenza en esta población con el objeto de disminuir la morbimortalidad. El segundo grupo etario en frecuencia fue el de menos de 6 meses, que no están incluidos en el programa de vacunación por su edad, sin embargo tal vez también debemos replantearnos la necesidad de estrategias de vacunación a los contactos intradomiciliarios de este grupo para minimizar la morbilidad en ellos. En este grupo la duración de la hospitalización fue menor que en los otros probablemente por criterios de hospitalización más sensibles, y la necesidad de observación, en particular en los menores de 3 meses.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### **S. AUREUS METICILINA RESISTENTE ASOCIADO A LA COMUNIDAD (SAMR-AC) PANTON VALENTIN NEGATIVO. REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO.**

Acuña Mirta, González Cecilia, Galaz María Isabel, Topelberg Santiago, Skarmeta Marcos, Benadof Dona, Hormábal Juan Carlos, Greppi Claudia, Jadue Carla. Hospital de Niños Roberto Del Río, Facultad de Medicina Universidad de Chile

**Introducción:** El *S. aureus* meticilino resistente asociado a la comunidad fue descrito por primera vez en la década de los 90s en Australia, posteriormente en Estados Unidos y Europa. En muchos casos se detecta la presencia del gen Panton Valentin que le confiere mayor virulencia. El 2006 se describen los primeros casos en Chile y desde entonces el ISP mantiene vigilancia de estos casos, siendo hasta mayo del 2012 todos los casos confirmados Pantone Valantine positivo.

**Objetivos:** Describir el primer caso detectado de SAMR-AC Pantone Valentin negativo. **Material y métodos:** Diseño de caso descriptivo, desarrollado en el Hospital de Niños Roberto Del Río. La obtención de los datos clínicos fue realizada en forma prospectiva. El laboratorio de microbiología de nuestro hospital realiza los cultivos corrientes y se identifican las bacterias y se determina su sensibilidad según la normativa de la CLSI, además las cepas aisladas SAMR-AC deben ser enviadas al ISP para su confirmación y estudio, según la normativa vigente, lo cual realizamos con el caso detectado. El ISP por técnicas moleculares determina algunos genes marcadores de *S. aureus* y de su resistencia. **Resultados:** Paciente de sexo femenino de 10 años de edad sin enfermedades crónicas, sin antecedentes de hospitalizaciones los últimos 3 años. Consulta el 23 de Mayo del 2012 por dolor en rodilla derecha, con el antecedente de caída a nivel hace una semana. Sin historia de fiebre. Al examen físico febril, eritema, dolor y aumento de calor local en rodilla derecha, impotencia funcional, dolor a la movilización y a la palpación de la metafisis proximal de la tibia derecha. El hemograma muestra leucocitosis con desviación a izquierda, PCR >270 mg/L y VHS=101. Ese mismo día se realiza aseo quirúrgico, instalación de drenajes y toma de cultivo de secreción y de muestra de la cortical. Se inicia cloxacilina 185 mg/k/día. El 26 de mayo se informa aislamiento de *S. aureus* en 2 hemocultivos periféricos y del absceso subperióstico. Continúa febril, se realiza un segundo aseo quirúrgico y el 28 de mayo se informa la sensibilidad del agente aislado: resistente a meticilina, sensible a ciprofloxacino, clindamicina, cotrimoxazol, eritromicina, gentamicina, rifampicina, tetraciclina y vancomicina, Ese día se cambia esquema antibiótico a vancomicina. Persistió febril hasta el 12 de junio y se realizaron múltiples aseos quirúrgicos, cultivos continuaron positivos hasta el 7 de junio. Niveles de vancomicina adecuados. Desde el 5 de junio PCR va en progresivo descenso hasta normalizarse. El 15 de junio se cambia esquema antibiótico a clindamicina por exantema urticarial, manteniendo evolución favorable. Estudio de focos secundarios fueron negativos. Completó 56 días de tratamiento antibiótico efectivo. El ISP informa *mecA* positivo, *femA* positivo, PVL negativo, CIM vancomicina 1 mcg/ml. Se realizó estudio de portación nasal en la familia y se encontró a la madre portadora de SAMR. El padre y la hermana portaban *S. aureus* meticilina sensible. **Conclusiones:** Nuestra paciente cursó con una infección por SAMR-AC, definido por la falta de exposición al hospital, de concordante presentación clínica y evolución tórpida y más agresiva como lo descrito en la literatura para estos agentes. Sin embargo, en nuestra paciente la agresividad de la osteomielitis no estuvo relacionada a la presencia de PVL, hecho que por primera vez objetiva el ISP en nuestro país. Esta situación se ha descrito en otros países y se han identificado distintos factores de virulencia que pueden estar asociados al SAMR-AC.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIARREA SANGUINOLENTA EN CHILE

Olivia Díaz C.<sup>2</sup>, Carla Jadue A.<sup>1</sup>, Rodrigo Farías C.<sup>2</sup>, Cecilia Macchiavello P.<sup>2</sup>, Mirta Acuña A.<sup>3</sup>

1.Becada Pediatría, Universidad de Chile Sede Norte, Roberto del Río; 2.Interno(a) de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 3.Pediatra Infectólogo, Unidad de Infectología, Hospital Roberto del Río.

**Introducción:** La diarrea sanguinolenta es una importante causa de morbilidad en niños, a pesar de ser poco frecuente. En menores de 5 años, se estima que corresponde al 20-25% de los episodios de diarrea a nivel mundial, y se asocia a mayores complicaciones. En Chile los agentes más frecuentemente asociados a diarrea con sangre son *Escherichia coli* enterohemorrágica, *Shigella flexneri*, *E. coli* enteroagregativa y *Salmonella enteritidis*. Sin embargo, a pesar de ser estos los enteropatógenos más comúnmente aislados, persiste un porcentaje de alrededor del 39% de coprocultivos en el cual no es posible encontrar ningún microorganismo. **Objetivo:** Describir los agentes etiológicos implicados en diarrea sanguinolenta en pacientes pediátricos que acuden a la Unidad de Emergencia con diarrea sanguinolenta en el Hospital de Niños Roberto del Río; y describir las características epidemiológicas de estos. **Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes que consultaron con diarrea sanguinolenta a la Unidad de Emergencia del Hospital de Niños Roberto del Río entre Junio de 2011 y Febrero de 2012. Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de una encuesta al momento de la consulta. Los coprocultivos solicitados fueron analizados en el laboratorio de microbiología del hospital, buscando los géneros *Salmonella*, *Shigella* y *Yersinia*. La búsqueda de *Campylobacter* se restringió a determinados casos. **Resultados:** Se registraron 121 casos. 76 (62,3%) casos correspondían a sexo masculino. Rango etario desde 2 meses a 14 años, promedio de 48 meses. A 96 (79,3%) pacientes se les solicitó coprocultivo en la Unidad de Emergencia; de estos 18 (14,8%) resultaron positivos. Los agentes aislados fueron *Salmonella* 15 (15,6%), *Shigella* 2 (2%) y *Campylobacter* 1 (1%). Las comunas con más pacientes afectados fueron Recoleta 30 (24,7%) de una población de 100.668 personas inscritas, Conchalí 25 (19,8%) de una población de 109.396 personas inscritas, Quilicura 15 (12,3%) de una población de 109.661 personas inscritas. **Conclusiones:** La tasa de coprocultivos positivos fue menor a lo descrito en otros trabajos, lo que puede deberse a las limitantes de nuestro laboratorio en la identificación de patógenos reconocidamente importantes como etiología en diarreas sanguinolentas y a la falta de rigurosidad de la toma de coprocultivos en todos los pacientes que consultan por este cuadro. Además el agente más frecuentemente aislado fue *Salmonella*, lo que también difiere con datos entregados en otras publicaciones, pudiendo corresponder a las limitaciones ya descritas o a situaciones epidemiológicas distintas. Llama la atención que no se realizara coprocultivo en todos los casos, sobre todo existiendo una normativa en la Unidad de Emergencia que así lo indica. Por otra parte, llama la atención el número de pacientes con inicio de tratamiento antibiótico, tomando en cuenta que dependiendo del patógeno implicado el tratamiento antibiótico puede ser innecesario. Creemos que es necesario contar con un mayor número de casos, la motivación de los clínicos en búsqueda de las etiologías de este cuadro y más recursos en el laboratorio de microbiología, para realizar un análisis más detallado a futuro.

**RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA**

**SINDROME DE SHOCK TOXICO EN NIÑOS QUEMADOS**

Autores: Doctores Caprile Italia, Covarrubias Pilar, Correa Carolina, Broussein Valentina, Osorio Mauricio,  
Plástica y Quemados.

Unidad de Quemados del Hospital Roberto del Río, Santiago. Chile.

Introducción: Se presentan 13 casos de Síndrome de Shock Tóxico (SST) en niños en el contexto de fiebre y rash cutáneo asociado a quemaduras. Se diferencian de las llamadas Escarlatinas Quirúrgicas por su evolución a un grave SIRS potencialmente mortal. Producto de la revisión bibliográfica, se entregan elementos de diagnóstico y pautas de tratamiento como emergencia médica.

Objetivos:

- Distinguir el SST de una Escarlatina.
- Identificar los grupos de riesgo.
- Propuesta de un protocolo de manejo inmediato.

Pacientes y Método: De 534 niños quemados egresados entre el 1 de Abril del 2010 y el 31 de Mayo del 2012, 26 meses, se analizan 28 casos de fiebre y rash escarlatiniforme extrayendo datos demográficos, clínicos y de laboratorio. Se calculan las incidencias de escarlatina y de SST en este periodo y la relación entre ambos. Se identifica el grupo de riesgo para SST el cual coincide con la literatura.

Resultados: De 28 pacientes con fiebre y rash cutáneo asociado a quemaduras, 13 corresponden a SST (46%) y 15 a Escarlatina (54%). Las incidencias en el periodo son 2,4% para SST con un fallecimiento (7%) y 2,8% para escarlatina sin mortalidad. El grupo de riesgo identificado es: sexo masculino, < dos años, 2° día de quemadura y SCQ < 10%

Conclusión:

El SST en niños quemados es prácticamente desconocido en Chile. Suele ser confundido con Shock Séptico. El tratamiento es similar pero el SST requiere además de inmunización pasiva lo cual podría evitar la falla multisistémica y la muerte. Una paciente de la serie falleció al retrasarse la aplicación del protocolo propuesto.

Por ello quisimos difundir nuestra experiencia junto con la propuesta de un algoritmo para identificarlo y tratarlo eficazmente.

### RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### QUEMADURA ESOFÁGICA POR INGESTIÓN DE LECHE CALIENTE: REPORTE DE UN CASO

Lazcano, Geraldine, Dra<sup>(1)</sup>; Covarrubias, Pilar, Dra<sup>(2)</sup>; Caprile, Italia, Dra<sup>(2)</sup>; Broussain, Valentina, Dra<sup>(2)</sup>; Correa, Carolina, Dra<sup>(2)</sup>; Rostion, Carmen Gloria, Dra<sup>(3)</sup>

(1) Unidad Quemados Hospital Roberto del Río, Santiago de Chile

(2) Cirugía Pediátrica y Endoscopia Infantil, Hospital Roberto del Río, Santiago de Chile

Las quemaduras esofágicas causadas por alimentos son una entidad poco frecuente.

Ante una historia de ingesta de líquidos calientes en un niño, la presencia a o no de lesiones faciales no apoya ni descarta la posibilidad de quemaduras esofágicas importantes. La sintomatología asociada y la adecuada sospecha clínica son la base de un adecuado diagnóstico.

El uso no supervisado del microondas puede resultar en quemaduras accidentales de niños en diferentes grados. Se presenta el caso de un lactante mayor que resulta con quemadura facial y esofágica tras el uso no supervisado del microondas en su hogar.

Lactante mayor, 1 año 11 meses sin mórbidos conocidos es traído por sus padres al Servicio de Urgencias del Hospital Roberto del Río tras sufrir quemadura AB-A periorificial en boca, mentón, lengua y paladar. Clínicamente se descarta quemadura de vía aérea. Destaca la sialorrea y negación a ingesta de alimentos, condición que se mantuvo durante los primeros días de hospitalización. Se decide nutrición parenteral, protección gástrica y aporte de fluidos adecuados hasta la realización de Endoscopia Digestiva Alta. En ésta se objetiva quemadura esofágica grado 2 del tercio medio del esófago. Se mantienen las medidas de reposo digestivo hasta endoscopia control que demuestra mejora de la lesión, con disminución del edema y sin signos de complicación. Se reinicia alimentación progresiva. Se planifica tránsito intestinal control para descartar estenosis posterior en forma ambulatoria.

El microondas al calentar los alimentos en forma irregular puede causar quemaduras graves.

La lesión del esófago por líquidos y/o alimentos calientes en niños es rara, pero puede resultar graves y causar serias complicaciones secuelas.

La quemadura térmica esofágica se manifiesta como hipersalivación, odinofagia, disfagia y dolor pre esternal. Puede asociarse a quemaduras en boca, lengua, epiglotis y nasofaringe y laringe. Las lesiones del esófago distal en niños son raras, debido a los mecanismos protectores de la deglución y a la expulsión brusca del alimento desde la boca. En todo niño que presenta este tipo de lesiones debe descartarse el maltrato físico.

La sialorrea está dada por el reflejo esofagosalival, en el que se estimula la secreción de saliva cuando existen problemas de deglución, como un mecanismo de "lubricación" para facilitar el paso de los alimentos.

El hallazgo más característico bajo visión endoscópica alta son bandas alternantes de pseudomembrana y eritema lineal, que simula el aspecto de un caramelo, esto se define mucho más cuando el examen se realiza días después de producida la lesión. También se puede encontrar solamente una pseudomembrana en todo el perímetro del esófago lesionado; esto dependiendo del tiempo transcurrido tras la quemadura.

La clasificación del daño esofágico hecha por endoscopia puede ayudar a determinar el riesgo de la formación de estenosis.



**RESUMENES XLVII JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA**

**USO DE SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA EN EL TRATAMIENTO DE LACTANTE HOSPITALIZADOS POR BRONQUIOLITIS.**

Bozzo Henríquez, Rodrigo; Acevedo Guerra, Lorena; Ahumada Gómez, Daniela; Rivera Knigth, Natalia; Capdepont Castro, Nathalia; Ubilla Pérez, Carlos.

Introducción: Las infecciones respiratorias bajas en lactantes son un problema a nivel mundial. Existe evidencia que sugiere que el uso de solución salina hipertónica al 3% nebulizada, en pacientes con bronquiolitis, disminuiría la estadía hospitalaria. Objetivo: Evaluar en nuestro medio si la adición de un régimen de nebulizaciones con solución salina hipertónica al tratamiento habitual de la bronquiolitis en lactantes hospitalizados disminuye la estadía hospitalaria y de uso de oxígeno. Métodos: Se realizó un ensayo prospectivo, doble ciego, randomizado, controlado con placebo, entre Mayo de 2009 y septiembre de 2011 en el servicio de pediatría del Hospital Roberto del Río. Se incluyeron lactantes menores de un año previamente sanos, hospitalizados con diagnóstico de bronquiolitis. Se randomizaron al ingreso en 2 grupos: asignándose a uno tratamiento con solución salina hipertónica 3% y al otro, placebo (solución salina 0,9%). Se nebulizó desde el ingreso cada 4 horas, con 4cc de solución (o placebo), lo que se mantuvo hasta el alta. El uso de broncodilatadores fue a criterio del médico tratante. Se registraron las horas de hospitalización y de requerimiento de oxígeno. Se calculó mediana, rango y cuartiles para horas de hospitalización y oxigenoterapia, se usó test de Wilcoxon para calcular significancia estadística, considerando significativo una  $p < 0,05$ . Resultados: Se reclutaron 126 pacientes y se determinó que no había diferencia significativa en las horas de hospitalización ( $p=0,35$ ) ni las de uso de oxígeno ( $p=0,99$ ). Conclusión: En el grupo estudiado no se observó beneficio con el uso de solución salina hipertónica al 3%.