

JORNADAS DE RESIDENTES INTERDISCIPLINARIAS E INTRAHOSPITALARIAS 2022.

POSTERS PRESENTADOS COMO TRABAJOS LIBRES - Índice -

ORDEN	TIPO	INÉDITO	RESIDENCIA	TÍTULO
1 A	Trabajo original	No	Bioquímica	Aplicación de indicadores de calidad de la etapa preanalítica: experiencia de un laboratorio pediátrico.
2 A	Trabajo original	No	Bioquímica	Comparación de dos inmunoensayos para la determinación del factor de crecimiento similar insulina 1 (IGF-1) y la proteína 3 de unión al factor de crecimiento similar insulina (IGFBP-3)
3 A	Trabajo original	No	Bioquímica	Comparación de parámetros de medida cuantitativos, entre dos contadores hematológicos.
4 A	Trabajo original	Si	Bioquímica	Comparación de dos métodos para la determinación de Ceruloplasmina en un hospital pediátrico.
5 A	Caso clínico	Si	Genética	Importancia del diagnóstico precoz en el Síndrome de Turner: A propósito de un caso.
6 A	Caso clínico	Si	Genética	Importancia del asesoramiento genético familiar: a propósito de un caso de una anomalía cromosómica heredada.
7 A	Caso clínico	No	Genética	Anomalías cromosómicas heredadas: descripción de una familia con inversión y recombinante de cromosoma 4.
8 A	Relato de experiencia	Si	Odontopediatría	Urgencia en odontopediatría en niño con compromiso médico y social. Abordaje interdisciplinario.
9 A	Relato de experiencia	Si	Odontopediatría	Contención del paciente en sus consultas intrahospitalarias: relato de un caso.
10 B	Relato de experiencia	No	Psicología	Clínica del desamparo e intervenciones posibles en la guardia.
11 B	Relato de experiencia	Si	Psiquiatría	Rotación por el dispositivo de internación en Salud Mental 2021-2022.
12 B	Caso clínico	No	Psiquiatría	Presentaciones clínicas de la Encefalitis Autoinmune AntiNMDA en la población infantojuvenil. A propósito de 2 casos clínicos.
13 B	Relato de experiencia	Si	Psiquiatría	Dispositivo de Interconsulta en Salud Mental.
14 B	Caso clínico	No	Psiquiatría	Catatonía infantojuvenil, a propósito de un caso.
15 B	Trabajo original	No	Psiquiatría	¿Es la clozapina un fármaco seguro para su uso en la población infantojuvenil?
16 B	Trabajo original	Si	Bioquímica	Diagnóstico de Covid-19 en pediatría: ¿Es útil el aspirado traqueal?

ORDEN	TIPO	INÉDITO	RESIDENCIA	TÍTULO
17 B	Trabajo original	Si	Bioquímica	Evaluación de las colonizaciones por bacterias productoras de carbapenemasas en un hospital pediátrico.
18 B	Trabajo original	Si	Bioquímica	Efecto de la pandemia COVID-19 en la circulación de virus respiratorios en Pacientes pediátricos.
19 A	Serie de caso	No	Pediatría	Trastornos hidroelectrolíticos en post operados de tumores cerebrales: a propósito de 4 Casos.
20 A	Proyecto de investigación	Si	Kinesiología	Valoración Kinésica de la Capacidad Funcional en pacientes con Artritis Idiopática Juvenil Oligoarticular en dos Hospitales Pediátricos de Argentina.
21 A	Trabajo original	No	Toxicología	Registro de pacientes intoxicados con monóxido de carbono
22 A		No	Toxicología	A propósito de 4 casos: ingesta accidental de preparados con cannabis en población Pediátrica.
23 A	Serie de casos	No	Inmunología	Ataxia-Telangiectasia: manifestaciones clínicas iniciales. A Propósito de 9 casos clínicos.
24 A	Serie de casos	Si	Trabajo social	Intentos de autoeliminación y conductas autolesivas en niños, niñas y adolescentes en el HIAEP "Sor María Ludovica" de La Plata.
25 A	Proyecto de investigación	No	Toxicología	A propósito de 2 casos: intoxicación crónica por digoxina en lactantes.
26 A	Caso clínico	Si	Inmunología	Dermatitis atópica como manifestación clínica de errores innatos de la inmunidad, casos clínicos.
27 A	Serie de casos	Si	Bioquímica	Evaluación en el tiempo de la seroprevalencia de anticuerpos anti Toxoplasma Gondii en residentes mujeres de un hospital pediátrico.
28 B	Proyecto de investigación	No	Toxicología	A propósito de caso: quemadura por pegamento de uñas postizas.
29 B	Caso clínico	No	Toxicología	Intoxicación por paraquat, reporte de caso.
30 B	Caso clínico	Si	Investigación	Evaluación de la calidad de dieta en niños menores de dos años y su relación con las representaciones sociales y prácticas cotidianas familiares: estudio con metodología mixta.
31 B	Proyecto de investigación	Si	Toxicología/ Trabajo social/ Psiquiatría	Prevalencia de uso de sustancias psicoactivas y determinantes de riesgo en población adolescente atendida en un Hospital Pediátrico de La Plata.
32 B	Proyecto de investigación	No	Toxicología	Alcohol en la adolescencia. Serie de Casos
33 B	Serie de casos	Si	Cirugía pediátrica	Colopatía por Síndrome Urémico Hemolítico. Experiencia en un centro de tercer nivel
34 B	Proyecto de investigación	No	Fisiatría	Trastornos de la seguridad en la alimentación en niños con Parálisis Cerebral
35 B	Trabajo original Caso clínico	No	Toxicología	Reporte de caso: Intoxicación intencional con difenhidramina.
36 B	Caso clínico	No	Toxicología	Intoxicación grave por nafazolina. Reporte de caso.
37 B	Trabajo social	Si	Trabajo social	El juego como herramienta: relato de experiencia de la residencia de Trabajo Social del HIAEP "Sor M.Ludovica".

ORDEN	TIPO	INÉDITO	RESIDENCIA	TÍTULO
39 C	Clínica pediátrica	No	Clínica pediátrica	Tétanos generalizado, enfermedad prevenible con inmunización: A propósito de un caso.
40 C	Infectología	Si	Infectología	Endocarditis Crónica por Candida parapsilosis. Reporte de un caso.
41 C	Caso clínico	No	Clínica pediátrica	A propósito de un caso: trastorno neuropsiquiátrico autoinmune pediátrico asociado a infección por estreptococo (PANDAS).
42 C	Caso Clínico	No	Infectología	Enfermedad fúngica invasora por Exserohilum rostratum en un paciente pediátrico oncohematológico. Reporte de un caso.
43 C	Caso clínico	No	Clínica pediátrica	Neoplasia como forma de presentación de inmunodeficiencia. Reporte de casos.
44 C	Caso clínico	Si	Infectología	Artritis séptica por Nocardia brasiliensis en un paciente pediátrico inmunocompetente.
45 C	Caso clínico	No	Clínica pediátrica	Fungemia por Trichosporon asahii en un paciente pediátrico inmunocomprometido: a propósito de un caso.
46 C	Proyecto de investigación	Si	Clínica pediátrica	Proceso de transición de la atención pediátrica a la atención en centros de adultos de pacientes con enfermedades crónicas en seguimiento en el Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de La Plata.
47 C	Trabajo original	No	Clínica pediátrica	Rescate microbiológico en cultivos de piel de pacientes quemados durante el año 2020
48 A	Caso clínico	Si	Cirugía pediátrica	Presentación rara de leucemia linfoblástica aguda infantil con afectación pancreática al momento del diagnóstico, a propósito de un caso.

Aplicación de indicadores de calidad de la etapa preanalítica: Experiencia de un laboratorio pediátrico.

Shepherd Saifir, M¹; Alcalde, MB¹; Grau, ME¹; Ortigosa, A¹; Latorre, LM¹; Fresina, KN¹; Satarich, GE¹; Alegre, M².
¹ Residencia posgrados de bioquímica con orientación en microbiología, HIAEP Sor María Ludovica. ² Residencia de Bioquímica Clínica, HIAEP Sor María Ludovica.

INTRODUCCIÓN

- La fase preanalítica incluye: la solicitud de examen, la preparación del paciente, la recolección de la muestra primaria y el transporte hacia y dentro del laboratorio.
- Comúnmente parte de estos procedimientos no son realizados por personal del laboratorio, por ello su estandarización y control resultan dificultosos.

OBJETIVO: Evaluar los errores preanalíticos relacionados con la toma de muestras.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron las muestras de hematología ingresadas entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2019 en el laboratorio de guardia.

Se calcularon 5 indicadores de calidad desarrollados por el Grupo de Trabajo de Errores de Laboratorio y Seguridad del Paciente (WG-LEPS) de la IFCC.

Tabla 1. Definición de los indicadores de calidad.

Indicador	Definición
Muestras no recibidas	% de muestras de hematología no recibidas/total de muestras de hematología
Muestras con anticoagulante incorrecto	% de muestras de hematología con anticoagulante incorrecto/total de muestras de hematología
Muestras coaguladas	% de muestras de hematología coaguladas/total de muestras de hematología
Muestras con volúmenes insuficiente	% de muestras de hemogramas con volúmenes insuficientes/total de muestras de hemogramas
Muestras mal envasadas	% de muestras de hemogramas con rotación muestra-anticoagulante incorrecto/total de muestras de hemogramas

Se discriminó entre extracciones realizadas por personal de laboratorio y extracciones realizadas por personal de salas de internación. Los resultados fueron comparados con las especificaciones de calidad del WG-LEPS.

RESULTADOS

- Total muestras: 12.568
- Total errores: 739 (5,45%)
 - 32 (4,33%) personal del laboratorio
 - 707 (95,67%) personal extra-laboratorio

Gráfico 1. Distribución de errores.

Gráfico 2. Porcentaje de muestras coaguladas según la procedencia de la muestra.

Tabla 2. Porcentaje de errores y nivel de desempeño según las especificaciones del WG-LEPS.

Desempeño según WG-LEPS	Tipo de error				
	No recibidas	Anticoagulante incorrecto	Coaguladas	Volúmenes insuficientes	Mal envasadas
%	0,31	0,04	4,3	0,07	1,96
Desempeño según WG-LEPS	INSUFICIENTE	INSUFICIENTE	INACEPTABLE	ÓPTIMO	INACEPTABLE

CONCLUSIONES

- Error más frecuente: muestras coaguladas.
- Mayor porcentaje de errores en las salas de internación, especialmente neonatología.
- Desempeño inaceptable para el porcentaje de muestras coaguladas y mal envasadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Sciaccaveili L, O'Kane M, Skaik YA, et al. Quality indicators in laboratory medicine: from theory to practice. Preliminary data from the IFCC Working Group Project "Laboratory Errors and Patient Safety". Clin Chem Lab Med. 2015;49:833-844.
- Greus DS, Vial DC, Dumitrasco V. Quality indicators in the preanalytical phase of testing in a laboratory. Lab Med. 2014;45(1):74-81
- Plebanzi M, Sciaccaveili L, Alta A, Pelizzo M, Chiozza ML. Performance criteria and quality indicators for the pre-analytical phase. Clin Chem Lab Med. 2015;53(8):948-9
- Hjerppegrén N, Nilsson A, Andersson-Papasidamakis N, Rizmo C, Ygge BM, Nordlund B. Retrospective study showed that blood sampling errors risked children's well-being and safety in a Swedish paediatric tertiary care. Acta Paediatr. 2019;108(3):522-528.



COMPARACION DE PARAMETROS DE MEDIDA CUANTITATIVOS, ENTRE DOS CONTADORES HEMATOLÓGICOS N° 3 A

Satarich, GE¹; Rico, Y¹; Saab, L¹; Horrach Heredia, BB².
¹Residencia de Bioquímica clínica, "Sector de Hematología, Laboratorio Central, Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría (HIAEP) "Sor María Ludovica", Calle 14 Nº 1631, La Plata (1900), Buenos Aires, Argentina. labhemato.ludovica@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Para asegurar la utilidad clínica de los resultados, es indispensable que los laboratorios clínicos produzcan resultados comparables independientemente de los diferentes procedimientos y/o equipamientos de medida utilizados.

La comparación de equipamientos de medida cuantitativos implica la comparación de resultados obtenidos a partir de muestras de pacientes por dos equipos de medida que tienen como uso previsto la medición del mismo componente.

El Laboratorio del HIAEP "Sor María Ludovica" de la ciudad de La Plata cuenta con dos sectores donde se procesan hemogramas, el Sector de Hematología que cuenta con un contador de referencia y la Guardia, donde se introdujo un nuevo contador de 3 diferenciales (equipo de Campo).

OBJETIVO GENERAL
Comparar dos contadores hematológicos: "equipo de Campo" con "equipo de Referencia", para introducir el primero en la Guardia del Laboratorio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Evaluar el comportamiento de los parámetros Concentración de Hemoglobina (Hb) y Recuento de Leucocitos en el rango total de medida (normal y patológico).
Evaluar el comportamiento del Recuento de Plaquetas en el rango de medida patológico.
Evaluar el comportamiento de los parámetros Concentración de Hb, Recuento de Leucocitos y Recuento de plaquetas en los puntos de decisión médica (PDM).

MATERIALES Y MÉTODOS

- Se realizó un estudio comparativo de dos contadores hematológicos utilizando muestras de sangre enteras obtenidas con EDTA K3, de pacientes pediátricos de ambos sexos, ambulatorios e internados del HIAEP "Sor María Ludovica", en el rango etario de 0 a 14 años.
- Los PDM fueron seleccionados teniendo en cuenta la bibliografía recomendada en nuestro hospital.
- Los resultados obtenidos fueron analizados estadísticamente mediante el programa EP Evaluator Alternata (Quantitative Method Comparison 12.3.0.2) por el método de regresión de Deming, considerando las especificaciones de calidad disponibles según CLIA (Clinical Laboratory Improvement Amendments).
- Se procesaron 52 muestras distribuidas dentro del rango analítico para los parámetros de concentración de Hb y Recuento de Leucocitos. Para el Recuento de plaquetas, se procesaron 44 muestras, correspondiente a valores de recuento menores a $150 \times 10^9/L$, debido a los diferentes PDM en la población pediátrica.

RESULTADOS

Recuento de Leucocitos, Concentración de Hb, Recuento de Plaquetas

Tabla 1. Especificaciones de calidad disponibles en términos de error total aceptable (ETEA) según CLIA.

Parámetro	ETEA según CLIA
Concentración de Hb	± 7,7 %
Recuento de Leucocitos	± 15 %
Recuento de Plaquetas	± 25 %

Tabla 2. Error aleatorio aceptable (EPA), Error sistemático proporcional aceptable (ESPA), Error sistemático constante aceptable.

Parámetro	PDM Por método de Referencia (a)	PDM Por método de Campo (b)	Bias Percentual (%) (a-b)/a
Concentración de Hb	7 g/L	7,3 g/L	4,3
Recuento de Leucocitos	5,5 (10,5/L)	5,27	4,7
Recuento de Plaquetas	20 (100/L)	20,3	1,5
Recuento de Plaquetas	20 (100/L)	30,3	33,5
Plaquetas	50 (100/L)	43,3	-13,4
	100 (100/L)	96,3	-3,9

Tabla 3. Análisis de los valores de Concentración de Hb, Recuento de Leucocitos y Recuento de Plaquetas en los PDM calculados con la regresión de Deming por el Método de Campo.

Parámetro	PDM	Por método de Referencia (a)	Por método de Campo (b)	Bias Percentual (%)
Concentración de Hb	7 g/L	7,3 g/L	7,3 g/L	4,3
	7 g/L	7,3 g/L	7,3 g/L	4,3
Recuento de Leucocitos	5,5 (10,5/L)	5,27	5,27	4,7
	5,5 (10,5/L)	5,27	5,27	4,7
Recuento de Plaquetas	20 (100/L)	20,3	20,3	1,5
	20 (100/L)	20,3	20,3	1,5
Plaquetas	50 (100/L)	43,3	43,3	-13,4
	50 (100/L)	43,3	43,3	-13,4

CONCLUSIONES

- Los valores de Recuentos de Leucocitos son comparables entre ambos contadores. Asimismo, no se observaron diferencias significativas en los PDM.
- Los valores de Concentración de Hemoglobina no son comparables entre ambos contadores. Si bien hay una buena distribución de valores ($r = 0,9908$) y un error aleatorio aceptable, existe un error sistemático constante y proporcional significativo. Por otra parte, el Bias porcentual en el PDM considerado fue mayor al 50% del ETEA evidenciando diferencias significativas entre ambos contadores.
- Los valores de Recuentos de Plaquetas no son comparables entre ambos contadores. Existe Error Aleatorio significativo y también se observan diferencias significativas en los PDM.

Por lo expuesto anteriormente, no se aceptó el equipo de Campo para el uso en la Guardia del Laboratorio.

Comparación de dos inmunoensayos para la determinación del factor de crecimiento similar insulina 1 y la proteína 3 de unión al factor de crecimiento similar insulina

Ortigosa, A; Faquini, MS; Martins, E; Tourm, AL.
 Laboratorio Central, Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica", Calle 14 n° 1631, La Plata (1900), Buenos Aires, Argentina. aortigosa2@igfmail.com

INTRODUCCIÓN

En el diagnóstico y seguimiento de pacientes con trastornos del crecimiento, se determinan el factor de crecimiento similar insulina (IGF-1), y su proteína transportadora, la proteína 3 de unión al factor de crecimiento similar insulina (IGFBP-3). Para interpretar sus resultados de forma adecuada es necesario conocer factores inherentes a su propia fisiología y aspectos metodológicos que influyen en su medición. Es por esto importante determinar si ciertas plataformas arrojan resultados equivalentes.

OBJETIVOS: Evaluar correlación y concordancia entre dos inmunoensayos automatizados quimoluminiscentes para la determinación de IGF-1 e IGFBP-3, y determinar si los resultados son relevantes desde el punto de vista clínico utilizando criterios de calidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron 62 muestras con solicitud de IGF-1 e IGFBP-3 de pacientes atendidos en el Hospital Sor María Ludovica de La Plata.

Las determinaciones se realizaron mediante el método Maglum® 600 de Sibe, y el método Immute® 2000 de Siemens.

Para evaluar la normalidad analítica se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis de correlación se utilizó la regresión de Deming y para la concordancia, Bland Altman, en donde se comparó con los requisitos de calidad según variabilidad biológica (VB).

Tabla 1. Requisito de calidad según VB para IGF-1 e IGFBP-3.

Análisis	Coeficiente de Variación	Coeficiente de Correlación
IGF-1	14,8	0,915
IGFBP-3	10,3	0,915

CONCLUSIONES

Los dos análisis estudiados por ambos ensayos presentan buena correlación pero diferencias estadísticamente significativas en la concordancia. Para IGF-1 dichas diferencias no tienen impacto clínico pero sí para IGFBP-3, por lo tanto ambas metodologías pueden utilizarse pero no son intercambiables. Es por esto que para una correcta interpretación de resultados es importante realizar el seguimiento de estos pacientes con la misma plataforma metodológica.

RESULTADOS

Se obtuvo una distribución normal de los datos. En el análisis de IGF-1 el coeficiente de correlación entre ambos inmunoensayos fue 0,954 observándose diferencia estadísticamente significativa a medida que aumenta la concentración de IGF-1. Respecto a la concordancia, el gráfico de Bland Altman mostró error sistemático proporcional. La diferencia media \pm (DM) entre ambas medidas (7,7%) fue menor a la especificación deseable según VB (11,9%) (Westgard).

BIBLIOGRAFÍA

- Granada, M. L. Factores a tener en cuenta en la interpretación de los resultados de la concentración sérica del factor de crecimiento similar insulina tipo 1 (IGF-1). Junio 2014; 10:206.
- Alvarez, M. L., Pineda, N., Schmidt, C., Muñoz, M., Maza, M. Determinación del factor de crecimiento similar insulina en niños tratados con hormona de crecimiento. Centro Privado de Endocrinología Infantil - Avenida Corrientes, 1000 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- López, M., Campanario, C., González, E., y Villar Velasco, J. M. Estudio del paciente con talla baja. L. Edición y elaboración. Vol 15, número 11-12, 2014.

COMPARACIÓN DE 2 MÉTODOS PARA LA DETERMINACIÓN DE CERULOPLASMINA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Grau, ME¹; Procopio, D²; Collini, MB².
¹ Residencia básica de Bioquímica Clínica. ² Sector Metabólicas. Sala Bioquímica Especializada, Laboratorio Central, Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica" de La Plata. Calle 14 n° 1631, La Plata (1900), Buenos Aires, Argentina. emigrau@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La ceruloplasmina es una enzima que utiliza cobre como cofactor. Existen 2 tipos de métodos para determinarla: el método de referencia que mide actividad enzimática y aquellos que miden concentración de la proteína (forma activa e inactiva). En pacientes con enfermedad de Wilson y Menkes la ceruloplasmina se usa como criterio diagnóstico, encontrándose principalmente en su forma inactiva a causa del bajo cobre circulante. Esto hace que los métodos que miden concentración puedan sobrestimar y perder sensibilidad diagnóstica.

OBJETIVO: Evaluar la correlación y concordancia entre el método enzimático de referencia y un método inmunoturbidimétrico para la determinación de Ceruloplasmina.

RESULTADOS

CORRELACIÓN: Gráfico 1: Representación de la dispersión de datos con línea de tendencia central. $r = 0,915$, $R^2 = 0,8367$.

CONCORDANCIA: Gráfico 2: Representación de Bland Altman con línea de tendencia. CV% promedio = 27%.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO: Observacional y analítico.

MUESTRAS: Se analizaron muestras de suero de pacientes atendidos en el Hospital Sor María Ludovica en el periodo Abril 2018 - Marzo 2021. Se excluyeron aquellas muestras con volumen insuficiente para ser procesadas por ambos métodos.

TÉCNICAS: La determinación se realizó mediante el método enzimático de Henry et col, y el método inmunoturbidimétrico Ceru® (Roche, cobas c311).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: **CORRELACIÓN:** Estudio de Pearson ($p < 0,05$) **CONCORDANCIA:** Gráfica de Bland Altman

CONCLUSIONES

Se evidenció buena correlación aunque el análisis de concordancia muestra sesgo positivo. Debido a que en la zona de decisión médica la concordancia es buena, se concluye que ambas metodologías pueden ser intercambiables.

BIBLIOGRAFÍA

- Corizzo AM, editor. Enfermedades metabólicas hereditarias: Bases bioquímicas, moleculares, diagnóstico y tratamiento. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP); 2021.
- Yapur VM, Bustos MF, González AS, Negri GA. Ceruloplasmina: determinación de su actividad ferroxidasa. Acta Bioquímica Clínica Latinoam [Internet]. 2007;41(3):347-51.
- Henry RJ, Chiamoni N, Jacobs SL, Segalove M. Determination of Ceruloplasmin Oxidase in Serum. Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine. 1960;104(4):620-624.



IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN EL SÍNDROME DE TURNER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Juárez, J.M.¹; Rey, V. L.¹; Castro Monsonis, S.M.¹; Damia, A.L.¹
¹Residencia Básica de Genética Médica. Sala de Genética. HIAEP Sor María Ludovica



Introducción

El síndrome de Turner se debe a la ausencia parcial o completa de un cromosoma X. Tiene una prevalencia aproximada de 1/2000 nacidas vivas. El examen físico presenta características propias en cada etapa de la vida. En más del 50% de los casos la derivación al genetista ocurre en la infancia tardía o en la adolescencia. Queremos destacar la importancia de reconocer el fenotipo en la recién nacida para realizar el diagnóstico precoz.

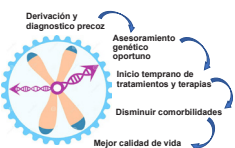
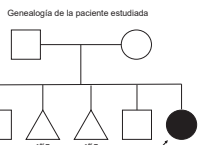


Ejemplo de Cariotipo de Síndrome de Turner

Descripción del caso:

Paciente de 6 días de vida evaluada durante su internación en el servicio de Neonatología, derivada por cardiopatía congénita y dismorfias. Al examen físico se observó: pterigium colli, cuello corto e hipertelorismo mamario. Al interrogatorio no refieren antecedentes familiares de relevancia.

Cariotipo: 45,X[39]/46,X,+mar[11].ish der(X)(DX21+)[9]



Comentario:

La importancia del diagnóstico temprano radica en iniciar los tratamientos y seguimientos en forma oportuna. El rol del pediatra al conocer las características fenotípicas, podrá realizar una derivación y diagnóstico oportunos. De esta manera se pueden pesquisar tempranamente posibles comorbilidades asociadas.

Bibliografía:

NIH. Base de datos en línea. Síndrome de Turner. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554621/>
 NIH. SR KESLER. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2023872/>
 NIH/GARD. <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/12996/sindrome-de-turner>

Contacto: José María Juárez. Tel: (0358) 15479399 – email: juarezjosemaria@gmail.com

Sala de Genética. Tel: (0351) 1546364. Email: genetica@saladegenetica.com.ar



ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS HEREDADAS: DESCRIPCIÓN DE UNA FAMILIA CON INVERSIÓN Y RECOMBINANTE DE CROMOSOMA 4.

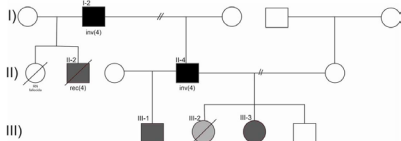
Justoni M.S., V.M. San Rame, A.L. Damia, S.M. Castro Monsonis
 Residencia de Genética Médica - HIAEP Sor María Ludovica, La Plata, Buenos Aires, Argentina. E-mail: marisajustoni@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las anomalías cromosómicas son causa de discapacidad intelectual, dismorfias, malformaciones, abortos espontáneos recurrentes e infertilidad. Los individuos portadores de anomalías cromosómicas estructurales balanceadas pueden generar gametos desbalanceados lo que aumenta el riesgo de descendencia afectada. La importancia de su detección radica en poder realizar un correcto asesoramiento genético familiar. Nos proponemos ilustrar la relevancia de estas anomalías mediante la descripción clínica de una familia con una anomalía cromosómica heredada.

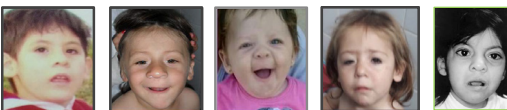
DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una familia con individuos portadores de una inversión en el cromosoma 4 y pacientes con un recombinante de cromosoma 4. Se realizaron historias clínicas detalladas, genealogía ampliada y estudios citogenéticos con técnica convencional, bandejo G y FISH. Motivó la derivación a nuestra especialidad el caso de un niño con discapacidad intelectual y dismorfias. En 2 generaciones distintas se identificaron 4 pacientes con fenotipo similar caracterizado por dismorfias faciales entre las que podemos destacar las hendiduras palpebrales descendentes, el puente nasal ancho, la nariz con punta bulbosa y base ancha, el filtrum piramidal y desdibujado, pabellones auriculares con helix grueso. Presentaban retraso global del desarrollo y mayor frecuencia de infecciones respiratorias. Fueron estudiados citogenéticamente 3 de ellos y en todos se identificó la presencia de un recombinante de cromosoma 4. Los cariotipos paternos de cada uno de los afectados evidenciaron que los mismos eran portadores de una inversión pericéntrica de cromosoma 4.



CARIOTIPO:

I-2: 46,XY,inv(4)(p15.2q35.1)pat. ish inv(4)(p)(subtel4+), WHSCR-[q](WHSCR+, subtel4q-[p]2:46,XY,rec(4)dup(4p)(p15q35)pat. ish rec(4)(p)(WHSCR-[q](WHSCR+))
 II-4: 46,XY,inv(4)(p15.2q35.1)pat. ish inv(4)(p)(subtel4+), WHSCR-[q](WHSCR+, subtel4q-[p]1:46,XY,rec(4)dup(4p)(p15q35)pat. ish rec(4)(p)(WHSCR-[q](WHSCR+))
 III-3: 46,XY,rec(4)dup(4p)(p15q35.1)pat. ish rec(4)(p)(WHSCR-[q](WHSCR+))



García-Heras J, Martín J. A rec(4) dup 4p inherited from a maternal inv(4)(p15q35): case report and review. Am J Med Genet. 2002 May 1;109(3):226-30.

COMENTARIO

Los estudios realizados permitieron establecer el diagnóstico de Síndrome de Duplicación 4p debido a la presencia de un recombinante de cromosoma 4 producto de una inversión en el cromosoma 4 de origen paterno. Se trata de una entidad poco frecuente con escasos reportes publicados. El fenotipo de nuestros pacientes concuerda con el reportado en la literatura. Al identificar individuos en riesgo se logró completar el asesoramiento familiar y establecer un alto riesgo de recurrencia para futuras gestaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- García-Heras J, Martín J. A rec(4) dup 4p inherited from a maternal inv(4)(p15q35): case report and review. Am J Med Genet. 2002 May 1;109(3):226-30.
 - González CH, Sommer A, Meisner LF, Eljaleel BK, Optis JM. The trisomy 4p syndrome: case report and review. Am J Med Genet. 1977;1:121-137-56.
 - Dalipoglu, S., Mastromarco, P.P., Morral, E. and Sommer, A. (1977). Trisomy 4p: five new observations and overview. Clinical Genetics, 12: 344-356.



IMPORTANCIA DEL ASESORAMIENTO GENÉTICO FAMILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO DE UNA ANOMALÍA CROMOSÓMICA HEREDADA

Rey, V. L.; Juárez, J. M.; Castro Monsonis, S. M.; Damia, A. L.
 Residencia Básica de Genética Médica, Sala de Genética. HIAEP Sor María Ludovica

INTRODUCCIÓN

Las anomalías cromosómicas estructurales se caracterizan por el reordenamiento, pérdida o ganancia de material cromosómico. Las translocaciones balanceadas, donde no hay pérdida o ganancia de material, son las más frecuentes. Los portadores presentan un fenotipo inespecífico, pero por esta condición, existe el riesgo de transmitir cromosomas derivados desbalanceados a su descendencia, la cual puede presentar retraso madurativo, malformaciones congénitas o abortos espontáneos. En estos casos la sospecha, el estudio y el asesoramiento genético a toda la familia encuentra un rol fundamental.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

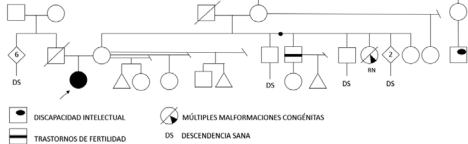
Niña de 12 años derivada por Endocrinología por presentar baja talla, hipogonadismo hipergonadotrófico y dismorfias, con diagnóstico presuntivo de Síndrome de Turner.

De la consulta con Genética Médica se destacan los siguientes antecedentes y cuadro clínico:

- Embarazo no programado (sin intercurencias)
- Parto vaginal (sin intercurencias) e internación y alta conjunta
- RNT / APEG / APGAR 8/9
- 40 semanas



GENEALOGÍA:



ESTUDIOS REALIZADOS:

CARIOTIPOS:

- Paciente: 46,X,der(X)t(X;20)(p11.2;q11.2)
- Madre: 46,X,t(X;20)(p11.2;q11.2)
- Media hermana: 46,X,t(X;20)(p11.2;q11.2)dmata

COMENTARIO

En el presente caso no solo se confirmó el diagnóstico en la paciente, sino que a partir de ello se pudo determinar el origen materno del mismo y detectar, a su vez, el estado de portador en la hermandad, aún en la infancia temprana. Mediante el asesoramiento genético a toda esta familia se ha informado sobre las condiciones heredadas, pronóstico, tratamiento, medidas preventivas y toma autónoma de decisiones en cuanto a conducta reproductiva futura. Se logró en todo el grupo familiar llevar a la práctica acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, pilares fundamentales del asesoramiento genético.

BIBLIOGRAFÍA

NIH (GARD). Trisomía del cromosoma 20. <http://rarediseases.info.nih.gov/guides/3118/define/20-cromosoma-20>
 NIH (GARD). Anomalías Cromosómicas. <https://www.genetics.gov/abnormal-chromosomes/abnormal-chromosomes-conditions/20-trisomy>
 Día. Patricia Vinyes y Dra. María Adela Sánchez. Anomalías estructurales de cromosoma X y su relación clínica. Símbol. Rev. Méd. Hosp. Nac. Niños (Casta Rice) vol 33 n:1-2 San José. Ene. 1998
 Turner syndrome. Genetic Home Reference. January, 2010. <http://ghr.nlm.nih.gov/condition/turner-syndrome>



“Urgencia en odontopediatría en niño con compromiso medico y social. Abordaje interdisciplinario”

Autores Odontólogas residentes: Blanco, Martina; Fernández Leace, Dolores; Krause Martina; Levy, Ana Florencia.; Quiñonez, Karen; Romano, Ana María; Taus, Celeste
 Jefa de servicio: Od. Coscarelli, M. Eugenia.
 SERVICIO DE ODONTOLOGIA, HIAEP SOR MARIA LUDOVICA. La Plata

INTRODUCCION

La identificación de las barreras existentes en el ámbito de la salud nos permite mejorar el acceso de toda la población y reducir las desigualdades sociales existentes
 A raíz de esta situación, se plantea una problemática identificada en el HIAEP Sor María Ludovica

PROPOSITO DE LA EXPERIENCIA

Concientizar a los actores involucrados en los diferentes servicios de salud, sobre las barreras existentes para lograr una cobertura universal con equidad

DESARROLLO

T. de 8 años de edad concurre al servicio de odontología derivado de nefrología por presentar calulitis facial lado izquierdo inferior. Ante el cuadro sintomático sumado al riesgo social que presentaba se decide internar para que reciba medicación endovenosa. Esto generaba un inconveniente en la dinámica familiar, motivo por el se negaba a la internación, ya que se identificaban diferentes barreras (económicas, geográficas y sociales) para su acceso al sistema de salud público. A través del trabajo interdisciplinario entre los diferentes servicios se pudo realizar un abordaje integral del paciente teniendo en cuenta las necesidades particulares de la familia.



Servicio de nefrología

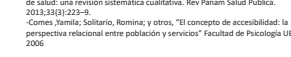
Servicio de odontología

REFLEXION TOTAL

Es de fundamental importancia recordar el enfoque interdisciplinario, manteniendo una fluida y empática comunicación con el grupo familiar, para poder lograr una correcta atención y abordaje teniendo en cuenta las diferentes barreras existentes logrando así un acceso equitativo al sistema de salud.

BIBLIOGRAFIA

Organización Mundial de la Salud "Informe Mundial sobre la Discapacidad" 2011
 Hérmis Adony M, Puffald Angulo L, Jassem Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra, Vega Morales J, Barrera y Facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Pública. 2018;23(3):223-9.
 -Comes Venilla, Solitario, Romina; y otros, "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios" Facultad de Psicología UBA, 2006



“Contención del paciente en sus consultas intrahospitalarias: relato de un caso”

Autores odontólogos residentes: Blanco, Martina; Fernández Lece, Dolores; Krause, Martina; Levy, Ana; Florencia, Quiñones; Karen, Romano; Ana María, Taus; Celeste, Jefa de Servicio; Od. Coscarelli, María E. Servicio de Odontología. Hospital de Niños Especializado en Pediatría Sor María Ludovica. La Plata

INTRODUCCION

El HIAEP Sor María Ludovica es un Hospital de derivación de pacientes de 0 a 14 años, referente de la provincia de Buenos Aires y de otros puntos del país. Las familias que concurren en busca de la atención en las especialidades medicas, muchas veces no conocen la ciudad y tampoco el hospital. Esto genera una complicación, cuando en su primer consulta, reciben múltiples derivaciones a otras especialidades, sin guiar ni contener al grupo familiar. Elegimos ejemplificar esta realidad con el caso de una paciente que fue derivada al Servicio de Odontología, en el contexto de la pandemia del año 2021.

PROPOSITO DE LA EXPERIENCIA

- Reflexionar acerca de la importancia de guiar y contener a el/la paciente y su entorno familiar durante sus consultas en los distintos servicios del hospital
- Trabajo interdisciplinario entre los distintos actores/as del equipo de salud.

DESARROLLO

L. de 11 años de edad fue derivada con una interconsulta por un pediatra de una localidad de la provincia de Bs As a nuestro servicio, por presentar una "tumorcación en la boca". Una vez evaluada la paciente, consideramos realizar interconsultas con los servicios de oncología, cirugía plástica, laboratorio y diagnóstico por imágenes, por lo que se requirió su permanencia en la ciudad de La Plata por varios días. Esto generaba un inconveniente en la dinámica familiar por lo que gestionamos su estadía en la Casa Ludovica, la cual aloja a los y las pacientes y sus acompañantes, que por impedimentos geográficos o económicos no podrían continuar con los estudios y los tratamientos. Obtenidos los resultados, el diagnóstico y posible tratamiento, conjuntamente con el equipo de salud, se tuvo en cuenta las necesidades de la familia y respetando sus individualidades, se derivó a la paciente a otro hospital con la misma complejidad para realizar la cirugía correspondiente.

REFLEXION FINAL

- Establecer la importancia del acompañamiento del equipo de salud para con la familia
- Abordar a los y las pacientes de manera interdisciplinaria tomando decisiones en conjunto.
- Adaptar los tratamientos médicos/odontológicos a las posibilidades y necesidades de cada familia.



Derivación del pediatra Casa Ludovica

BIBLIOGRAFIA

- Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos. Ministerio de Salud de la Nación. 2° edición, Septiembre 2015.
- Estudio APREAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Viana Da Costa, Marcelo y otros. Educación Interprofesional en Salud. Brasil; 2018.

CLÍNICA DEL DESAMPARO E INTERVENCIONES POSIBLES EN LA GUARDIA

Lic. Capuzzi F.; Lic. Chacón Gigena, M L; Lic. De Lillo, L; Lic. Pedalino, R; Lic. Rodríguez Facio, J. Servicio de Salud Mental - Residencia básica de Psicología - HIAEP Sor María Ludovica

INTRODUCCION

El presente trabajo decanta de los interrogantes que surgen a partir de la práctica en la guardia de salud mental como residentes del HIAEP "Sor María Ludovica". Se centrará en casos englobados dentro de la denominada "clínica del desamparo" -desde el psicoanálisis lacaniano-

PROPOSITO DE LA EXPERIENCIA

Sistematizar las posibles intervenciones desde el dispositivo de guardia, frente a presentaciones de la clínica del desamparo. Son presentaciones en las cuales predomina la vulnerabilidad social. Este hecho impacta a los profesionales generando una sensación de impotencia a la hora de intervenir. De allí, surge la pregunta ¿qué intervenciones posibles por guardia frente a estos modos de padecimiento?

DESARROLLO

Se seleccionaron tres viñetas clínicas de la guardia de salud mental. Niños de 8, 10 y 14 años que asisten frecuentemente a este dispositivo, quedando la guardia como única referencia ante situaciones de urgencia subjetiva.

RESULTADOS

Podimos delimitar un posible horizonte de intervenciones desde el dispositivo de guardia, reconociendo los límites para operar desde allí. Dado que, se interviene en un tiempo acotado y la prisa institucional demanda una solución "rápida" y "eficaz", se tiende a querer resolver en una intervención cuestiones que datan de trayectorias invisibilizadas por innumerables actores sociales, que trazan un camino de errancia y dejan traslucir la deriva institucional. En primer lugar, consideramos que las intervenciones deben orientarse por la singularidad de cada niño en pos de dignificar al sujeto.

REFLEXION FINAL

Nos encontramos con la angustia de estos niños, que a su vez nos confronta con nuestra propia angustia, la cual es necesaria poner a trabajar (Mitre, 2014). Es por eso, que en el interior de la residencia contamos con diferentes espacios que nos permiten salir del lugar de testigos del horror y la concomitante impotencia frente al desvastamiento social, para habilitarnos a intervenir allí y crear condiciones de confianza para el sujeto que consulta, que luego puedan suponerse, instaurarse y multiplicarse en otros espacios.

BIBLIOGRAFIA

- Expert, J; Iuale, L; Wanzeck, L. La infancia intervenida. Ciencia clínica y política. 1th ed. Buenos Aires: Lugar; 2019
- Miller, J. A. El Otro que no existe y sus comités de ética. Seminario en colaboración con Eric Laurent. 2th ed. Buenos Aires: Paidós; 1997
- Mitre, J. La adolescencia, esa edad decisiva, una perspectiva clínica desde el psicoanálisis lacaniano. 1th ed. Buenos Aires: Grama; 2014
- Sapiro, L. Adolescencia y pasaje al acto. 4th ed. Buenos Aires: Gramma; 2007

“Presentaciones clínicas de la Encefalitis Autoinmune Anti-NMDA en la población infantojuvenil”

A propósito de 2 casos clínicos

Dra. Aguiro Alejandra - Dra. Balbo Daniele - Dra. Besky Eliza - Dra. Barrolo Angela
Residencia de Psiquiatría Infanto Juvenil - HIAEP "Sor María Ludovica"

Introducción

- La encefalitis anti-receptor de NMDA es una enfermedad inmunológica caracterizada por un complejo síndrome neuropsiquiátrico y la presencia de anticuerpos contra la subunidad GluN1 del NMDAR
- Incidencia 1,5 por millón de habitantes por año
- 40% de los pacientes es menor de 18 años de edad
- Sexo femenino 4:1
- Fue descrita en 2007 como un síndrome paraneoplásico en mujeres adultas asociado con teratomas ováricos. Su relación con cáncer es menos frecuente en niños

Casos clínicos

"1". Paciente femenina de 6 años de edad quien ingresa por presentar crisis convulsivas en contexto de debut epiléptico, vómitos y cambios conductuales de 2 días de evolución. En una sala preoperatoria se realiza evaluación médica de relevancia y comportamiento previo normal. Es evaluada inicialmente por servicio de clínica pediátrica y neurología con la realización de estudios complementarios. Se interpreta el cuadro como "crisis epilépticas en contexto de encefalitis en adultos", a descartar en primer instancia una "encefalitis autoinmune". Paralelamente la paciente presentó manifestaciones psiquiátricas que requirieron de intervenciones por el servicio de psiquiatría. Entre las sintomatologías se observó: crisis de irritabilidad, heterogeneidad, discurso desorganizado, desorientación visual, alteración de la atención, trastornos del sueño, dislexias simples y síntomas compatibles con un síndrome catatónico. La paciente recibió tratamiento farmacológico indicado por neurología y psiquiatría, con control de forma interdisciplinaria regular. Con el transcurso de los días se comienza a observar una mejoría clínica. El día 19º de internación se recibió el panel de anticuerpos con resultado positivo para ANTI-NMDA. La paciente recibe el alta hospitalaria.

"2". Paciente femenina de 12 años de edad derivada por presentar movimientos anormales y desorientación del medio, además sin antecedente médico paraneoplásico de relevancia, riesgo constante de autointerferencia. Se interpreta el cuadro como una presentación compatible con una encefalitis autoinmune. Se destaca en la paciente que 2 meses previos presentó manifestación alimentaria con descenso de peso, aislamiento social, trastornos del lenguaje, movimientos anormales y alteraciones visuales. Al momento del ingreso a este nosocomio se evalúa que la joven presenta un síndrome catatónico ya que la evaluación se describe: flexibilidad cinesa, obediencia automática, regulares, mutismo, ecolalia y pérdida de control esfínteres, por lo que se decide realizar la prueba de trazar y modificar el esquema psicofarmacológico previo. Rápido abordaje interdisciplinario y seguimiento por neurología y psiquiatría. Con el transcurso de los días se comienza a observar una mejoría sintomática con la administración de los tratamientos correspondientes. El día 28º de internación se recibió el panel de anticuerpos con resultado positivo para ANTI-NMDA. La paciente recibe el alta hospitalaria.

Discusión

- El cuadro clínico típico se caracteriza por una fase prodromática de cefalea, fiebre y sintomatología inespecífica gastrointestinal y de las vías respiratorias superiores. A esta fase le sigue un cuadro psicótico con desorientación, alteraciones en la personalidad, confusión, ideas paranoides, alucinaciones y déficit en la memoria. La tercera fase se caracteriza por hiperventilación, letargia, crisis convulsivas, disautonomía y movimientos anormales. En los niños más jóvenes, los síntomas iniciales de la enfermedad suelen ser insomnio, irritabilidad, alteraciones del movimiento o crisis epilépticas, mientras que las alteraciones psiquiátricas son menos frecuentes o reconocibles.
- El diagnóstico se realiza mediante la detección de anticuerpos contra los receptores NMDA en suero y líquido cefalorraquídeo
- El tratamiento de primera línea es combinación de corticoides más inmunoglobulinas intravenosas y de segunda línea es el Rituximab y/o Ciclofosfamida
- La encefalitis anti-R: NMDA es una entidad poco identificada y debido al debut con síntomas psiquiátricos, puede ser manejada como un trastorno psiquiátrico, sin presentar mejoría
- El 77% de los pacientes presentan síntomas psiquiátricos. Las familias refieren cambios en el comportamiento o la personalidad, agresividad y alucinaciones
- La enfermedad psiquiátrica se manifiesta de manera diferente a la de los adultos, con una asociación menos frecuente con neoplasias y con predominio de trastorno del movimiento, alteraciones del comportamiento y convulsiones
- Son más susceptibles a desarrollar un síndrome neurológico milagroso y latencias más cortas. Por lo que se recomienda evitar el uso de antipsicóticos típicos para el tratamiento de síntomas psiquiátricos, se deben utilizar antipsicóticos atípicos y benzodiazepinas como el lorazepam
- En general, los síntomas psiquiátricos mejoran con el tratamiento de base

Bibliografía

- Gamo M, Debraj J. Encefalitis por anticuerpos contra el receptor de NMDA. Med Clin (Barc). 2017.
- W. Travençolo B., Davis C, Zandi C, Zanetti S, Attene C, J. Carraro F, Basso R, Faria J, Coimbra C, A. Olivero, D. S. Lynch, M. D. Rosenfeld, and J. Zanetti. Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor (NMDAR) Encephalitis in Children and Adolescents. American Neurological Association. 2018
- R. A. Gupta, M. J. Coffey, J. J. Connor, J. Fennell, B. L. Janice. Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis: A Review of Diagnostic, Phenotypic, and Management Considerations. A Report of the American Neuropsychiatric Association Committee on Research. Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2018
- Encefalitis autoinmune pediátrica. García-Bertrán C, Bermejo-Pelaez C, Chaves-Rodríguez D, Reyes-Gómez GA, Acas Padua M, et al. J Child Neurol. 2017;32(10):214-219
- Encefalitis Autoinmune de Receptor de N-Metil-D-Aspartato: primera descripción en pediatría. Araoz, Maitín y cols. J Movimientos. 2015.
- Pediatric autoimmune NMDAR receptor encephalitis: a case report of a 16-year-old girl. Barrolo A, Aguiro AL, et al. J Neurosci Res. 2015
- Encefalitis contra los receptores NMDAR: sintomatología un síndrome neurológico milagroso. Parada CO, Aranzabal D, Martínez RHR. Rev Neurol (Madrid). 2014; 15 (8)

Rotación por el dispositivo de internación en Salud Mental 2021-2022

Dra. Besky Eliza - Dra. Barrolo Angela
Residencia de Psiquiatría Infanto Juvenil - HIAEP "Sor María Ludovica"

INTRODUCCION

El equipo de Internación se conforma en el año 2020 y atiende pacientes prevalentemente adolescentes que ingresan por intentos o ideaciones suicidas, episodios psicóticos agudos, aplicaciones psicomotoras, descompensaciones de cuadros psicopatológicos o otro tipo de presentaciones que los lleven a una situación de riesgo cierto e inmediato para sí y/o terceros

PROPOSITO DE LA EXPERIENCIA

- Practicar la utilidad y función de la internación como estrategia de abordaje desde la Salud Mental
- Capacitar en la asistencia con presentaciones psicopatológicas agudas en la infancia y adolescencia
- Fortalecer el trabajo interdisciplinario

DESARROLLO

La rotación por el dispositivo de internación en Salud Mental se realiza en el último año de residencia. Se forman duplas de equipo interdisciplinario con residentes de psicología del mismo año o psicólogos del servicio. Se realiza evaluación y seguimiento de los pacientes, conversación de los casos clínicos con referentes del área y una vez otorgado el alta hospitalaria se cita a controles ambulatorios hasta realizar su derivación

RESULTADOS

Período comprendido entre septiembre 2021 y agosto 2022
TOTAL DE INTERNACIONES: 49 PACIENTES (RESIDENCIA)

SEXO	Nº
FEMENINO	37
MASCULINO	12

REFLEXION FINAL

- Durante el período correspondiente a septiembre 2021 y agosto 2022 se realizó el seguimiento de 49 pacientes por parte de la residencia, el rango etario comprendido fue de 7 a 14 años con un predominio de mujeres (75%) y los motivos de internación más frecuentes fueron las ideaciones de contenido autolítico e intentos de autolesión
- Se consideró la internación en Salud Mental como el último recurso por utilizar si se pueden usar otros. Cuando en la indicación, se decide debe ser lo más breve posible.
- Se debe utilizar cuando hay riesgo cierto e inminente para sí y/o para terceros, o cuando se produce una descompensación de una enfermedad mental de base que hace que la persona no se pueda cuidar de sí misma y no cuenta con la red apropiada para hacerlo
- La rotación por este dispositivo permite al residente tomar conocimiento de las presentaciones de salud mental infantojuvenil más prevalentes, propiciar el intercambio y abordaje de manera interdisciplinaria y fomentar la actualización clínica-psicofarmacológica de las patologías mentales
- El objetivo de la medida de internación es resguardar la integridad psicofísica del paciente, llevar a cabo un proceso de evaluación interdisciplinaria (psiquiatría, psiquiatría, pediatría y trabajo social) para arribar a un diagnóstico clínico/ situacional y tomar las medidas terapéuticas pertinentes según el caso

BIBLIOGRAFIA

- Ley Nacional de Salud Mental N°26.627
- Guía de atención de crisis y urgencias por motivos de salud mental y consumo problemáticos. Provincia de Buenos Aires 2022
- Lineamientos para la atención de las urgencias en salud mental. Ministerio de Salud de la Nación 2015
- Atención de las urgencias en salud mental. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación 2019

Evaluación de las colonizaciones por bacterias productoras de carbapenemasas en un hospital pediátrico.

Shepherd Safar, M¹; Oderiz, S²; Vescina, C²; Ortigosa, A²; Satarich, G¹; Gil, M.F.²
¹Residencia posbásica de bioquímica con orientación en microbiología, HIAEP Sor María Ludovica. ²Sala de microbiología, laboratorio central, HIAEP Sor María Ludovica. ³Residencia de Bioquímica Clínica, HIAEP Sor María Ludovica.

INTRODUCCIÓN

- El aumento de los aislamientos de bacterias productoras de carbapenemasas (BPC) constituye un importante problema de salud pública.
- Las BPC causan infecciones con elevados porcentajes de morbilidad y limitadas opciones terapéuticas.
- La vigilancia epidemiológica constituye una herramienta para el control de la diseminación.

OBJETIVOS: Evaluar el porcentaje de colonizaciones por BPC y su correlación con aislamientos de muestras clínicas en pacientes hospitalizados en el HIAEP Sor María Ludovica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo-retrospectivo de las colonizaciones y muestras clínicas con aislamientos de BPC registrados en la sala de Microbiología entre enero y septiembre del 2022.

Se incluyeron las primeras muestras de hisopos rectales para el estudio de vigilancia de colonización de BPC y los aislamientos de BPC provenientes de muestras clínicas de pacientes internados.

RESULTADOS

Aislamientos de BPC en hisopos rectales de vigilancia:
 Se procesaron 711 hisopos rectales para la búsqueda de BPC obteniéndose un 4,78% (34/711) de positividad.

Gráfico 1. Porcentaje de hisopos rectales positivos para la búsqueda de carbapenemasas por trimestre.

Gráfico 2. Distribución mensual de carbapenemasas (KPC o MBL) en cultivos de vigilancia.

Gráfico 3. Distribución de BPC en muestras clínicas: gráfico 3. Distribución de carbapenemasas en distintas muestras clínicas.

Gráfico 4. Distribución mensual de carbapenemasas (KPC, MBL u OXA) en aislamientos de muestras clínicas.

CONCLUSIONES

- ↑ del porcentaje de colonizaciones por BPC a lo largo del año.
- ↑ de los aislamientos de BPC en muestras clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Asensio A, Cantero M, Shaw E, Vergara-López S. Control strategies for carbapenemase-producing Enterobacteriaceae at different levels of the healthcare system. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2014;32:61-6.
- Calderaro A, Buttrini M, Martinelli M, Montecchi S, Covari S, Ruggeri A, et al. Active surveillance for carbapenemase-producing Klebsiella pneumoniae and correlation with infection in subjects attending an Italian tertiary care hospital: a 7-year retrospective study. *BMC Open*. 2021;1(4):e042290.
- Abramovic L, Gerard M, Marigny D, Dellinger M, De Wils S, Konopinski D. Infections due to carbapenemase-producing bacteria: clinical burden, and impact of screening strategies on outcome. *Medicine and Maladies Infectieuses*. 2020;50(8):658-64.

CAMBIOS EN LOS PATRONES DE CIRCULACIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Ortígosa, A¹; Grau, ME¹; Shepherd Safar, M¹; Fortunato, ER²; Eguiguren, MP²; Treviño, N²; Vescina, CM²; Palau, MJ²
¹Residencia de Bioquímica Clínica. ²Residencia Postbásica de Bioquímica con Orientación en Microbiología. ³Servicio de Área Programática y Admisión. ⁴Sala de Microbiología, Laboratorio Central.
 Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica. La Plata, Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN

El comienzo de la pandemia COVID-19 y las medidas de confinamiento produjeron una variación en la circulación estacional de los virus respiratorios habituales.

OBJETIVO: Describir el impacto de la pandemia COVID-19 en los casos de bronquiolitis y los patrones de circulación de virus causantes de infección respiratoria aguda baja (IRAB) en nuestro medio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre los casos de IRAB en el HIAEP Sor María Ludovica. Se incluyeron datos de las semanas epidemiológicas (SE) 1-53 del 2019 y 2020, y las SE 1-30 del 2022.

RESULTADOS

En el año 2020 disminuyeron 92% los casos de bronquiolitis respecto al 2019. Entre las SE 1-30 del 2022 se observó una disminución del 71% de los casos de bronquiolitis respecto de las mismas SE del 2019. Los picos de incidencia en 2019 y 2022 coincidieron entre las SE 21-25.

Gráfico 1. Distribución de casos de bronquiolitis en los años 2019, 2020 y 2022.

Gráfico 2. Distribución de casos de bronquiolitis y su correlación con el mes de inicio según semana epidemiológica.

Gráfico 3. Distribución de casos de bronquiolitis y su correlación con el mes de inicio según semana epidemiológica.

Tabla 2. Coincidencias virales 2019 y 2022

COINCIDENCIAS VIRALES			
2019		2022	
12	VSR + FluA	12	VSR + SARS-CoV-2
8	VSR + PI3	4	MPV + SARS-CoV-2
27	OTRAS	4	FluA + SARS-CoV-2
		4	OTRAS
TOTAL	47		24

CONCLUSIONES

Desde el 2020 se observó una disminución significativa de las interacciones por bronquiolitis probablemente asociado a las medidas de confinamiento para la contención de la pandemia. Hasta la SE 30 del 2022 se observaron cambios en los patrones de circulación viral, con un predominio de MPV en los meses Mayo-Junio que coincide con el pico de bronquiolitis.

BIBLIOGRAFÍA

- Licón MF, Juárez M, Páez M, Ordoñez AS, et al. Impacto del COVID-19 en la circulación de virus respiratorios en un hospital pediátrico: una encuesta retrospectiva. *Arch Argent Pediatr*. 2022;120(2):105-105.
- León MB, Fort DA, Fernández Benegas AM, Ordoñez HA, et al. Prevalencia de virus respiratorios habituales en pacientes pediátricos hospitalizados en un área de cuidados de pacientes COVID-19. *Arch Argent Pediatr*. 2022;120(2):244-248.
- Bernardini de Zanone MS, Casillas PL, Raposo MB, Fernández S, Vignati AP. Influencia de la pandemia COVID-19 en la epidemiología de la bronquiolitis aguda. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2022;50(8):658-64.
- Taylor A, Whitaker E. The changing epidemiology of respiratory viruses in children during the COVID-19 pandemic: a review in a COVID time. *Current in COVID time. Pediatr Infect Dis J*. [Internet]. 2022;61(4):e4-8.

Trastornos hidroelectrolíticos en post operados de tumores cerebrales: a propósito de 4 casos.

AUTORES: Maskevich G, Orazi A, Flecha A.
 Residencia de Clínica pediátrica, HIAEP Sor María Ludovica, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

Entre las complicaciones que pueden aparecer en el postoperatorio inmediato de los tumores cerebrales destacan los trastornos hidroelectrolíticos, diabetes insípida, síndrome pierde sal y síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH). Es importante su diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir los posibles efectos negativos que pueden tener sobre el propio sistema nervioso central (SNC).

Objetivos:

Describir las características clínicas y de laboratorio de cuatro pacientes que cursaron trastornos hidroelectrolíticos en su postoperatorio inmediato de tumores cerebrales en nuestro centro.

Descripción:

Caso 1: Paciente masculino de 2 años con diagnóstico de craneofaringioma quístico en región selar y paraselar. Se realiza resección parcial. En las primeras 24 hs presenta poliuria, constatándose Nap 152 meq/Lt y Nau 73 mmol/Lt. Ante el diagnóstico de diabetes insípida, se inicia tratamiento con desmopresina EV.

Caso 2: Paciente femenina de 11 años con diagnóstico de craneofaringioma en región selar. Se realiza resección parcial transfenoidal. En las primeras 24 hs presenta poliuria, objetivando Nap 160 meq/Lt y Nau 30 mmol/Lt, con diagnóstico presuntivo de diabetes insípida se indica tratamiento con desmopresina EV.

Caso 3: Paciente femenina de 11 años con diagnóstico de meduloblastoma en fosa posterior. Se realiza resección parcial. Presenta a las 72 hs convulsión tónico-clónica generalizada, se constata Nap 113 meq/Lt y Nau 230 mmol/Lt, con diagnóstico presuntivo de síndrome pierde sal cerebral, se indica corrección con CLNa 3% y mantenimiento con solución fisiológica.

Caso 4: Paciente masculino de 4 años con diagnóstico de meningioma de fosa posterior. En las primeras 24 hs presenta poliuria, constatándose Nap 124 meq/Lt y Nau 173 mmol/Lt. Se diagnostica síndrome pierde sal cerebral, se indica corrección con CLNa 3% y mantenimiento con solución fisiológica.

Discusión:

El posoperatorio inmediato de tumores de sistema nervioso central requiere un estrecho control del balance hídrico, ritmo diurético y monitorización del sodio plasmático y urinario para la pesquisa y tratamiento precoz de complicaciones hidroelectrolíticas como DBT insípida, SPSC y SIADH.

Bibliografía

- Segura Matute, M. Balaguer Gargallo, FJ, Cambra Lasaosa, S, Zambudio Sert, JM, Martín Rodrigo y A. Palomeque Rico. Trastornos hidroelectrolíticos en postoperatorio de tumores cerebrales. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67(3):225-30
- Jesús Salvador Sánchez-Díaz, * Karla Gabriela Peniche-Moguel, * Enrique Antonio Martínez-Rodríguez, Oriando Rubén Pérez-Nieto, Eder Iván Zamarrón-López, Enrique Monarés-Zepeda. Disaritmias: un enfoque preciso, macizo y conciso. *Med Crit*. 2021;35(6):342-353

VALORACIÓN KINÉSICA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL OLIGOARTICULAR EN DOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA.

Ramírez Mercedes¹, Veytes Julieta¹, Toyos María Clara¹, Serrano María Paula² Hospital General de Niños Pedro Elizalde de CABA¹ y H.I.A.E.P Sor María Ludovica de la Plata².

Proyecto no financiado. Presentado a CIRPI para su aprobación.

INTRODUCCIÓN. La artritis idiopática juvenil (AIJ) es definida como un proceso inflamatorio de una o más articulaciones, de comienzo habitual entre el año y los tres años de vida, que persiste durante 6 semanas. No constituye una entidad "única" sino un grupo heterogéneo de enfermedades o trastornos inflamatorios. La escala CAPFUN (capacidad funcional) es una herramienta que permite objetivar la evolución longitudinal de los pacientes, observar su comportamiento y brinda información relevante de la evolución del paciente.

OBJETIVO. Describir la capacidad funcional de los pacientes con AIJ en el momento del ingreso al servicio de Kinesiología de dos hospitales pediátricos públicos de la provincia de Buenos Aires y CABA.

MATERIALES Y METODOS. Se llevará a cabo un estudio multicéntrico observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. Se analizarán historias clínicas de 33 pacientes con AIJ de tipo oligoarticular, que hayan ingresado a los servicios de kinesiología del Hospital General de Niños Pedro Elizalde de CABA y H.I.A.E.P Sor María Ludovica de la Plata, en los periodos correspondiente entre 2010 a 2021.

Fig. 1 Escala de evaluación de la Capacidad Funcional CAPFUN

ASSESSMENT OF FUNCTIONAL ABILITY FOR JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS PATIENTS

Name and Surname	MRB	DATE
1. WALK		
2. WALK ON HEELS		
3. TIPOE		
4. GO UP AND DOWN THE STAIRS	UD	
5. STAND ON ONE LEG		
6. SIT ON THE FLOOR AND STAND UP		
7. SIT DOWN LEGLESS		
8. BE IN A FOUR LEG POSITION		
9. SQUAT		
10. SNEEL DOWN LEAN A FOOT FORWARD	LR	
11. JOINTS OVER THE HEAD	SUBTOTAL 1	
12. PUT HANDS ON THE SHIRT	LR	
13. PUT HANDS ON THE BACK	LR	
14. PUT HANDS ON THE ELBOW	LR	
15. PUT HANDS ON THE THIGHS	LR	
16. JOINTS UNDER THE BODY	LR	
17. CLIMB STAIRS	LR	
18. GRIP STRENGTH OF THE DOMINANT HAND	(VALOR)	
19. TOUCH THE FOOT WITH BOTH HANDS	LR	
20. EXHAKE THE HEAD	LR	
	SUBTOTAL 2	
	TOTAL	
	CAPFUN INDEX	

REFERENCIAS:

- It is well performed.
- It is scarcely performed or with difficulty.
- It cannot be performed.

CRITERIOS

Inclusión: Niños con diagnóstico de AIJ de tipo oligoarticular, con edad igual o mayor de 5 años hasta 18 años inclusive, que se les haya realizado la escala CAPFUN en la primera consulta de kinesiología.

Exclusión: Historias clínicas con algún dominio incompleto en la escala CAPFUN.

VARIABLES

Principal: Escala de capacidad funcional, CAPFUN. (Fig. 1).

Secundarias: sexo y edad; tratamiento farmacológico; tiempo transcurrido hasta la consulta; tipo de artritis oligoarticular.

RESULTADOS PRELIMINARES

La mediana del índice CAPFUN fue de 1,72. La mediana de edad fue de 8 años, 23 pertenecían al sexo femenino. 75% de los pacientes pertenecían a AIJ oligoarticular de tipo persistente.

INTOXICACIÓN CRÓNICA POR DIGOXINA EN LACTANTES. REPORTES DE CASOS

Lufrano Zappitelli, Nicolás M; Popity, Agustina; Dozorzet, Daniel; Céliz Aguirre, Adriana I.

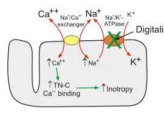
Servicio de Toxicología
Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Supera Sor María Ludovica". Calle 14 n° 1361, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina. Tel: 0221-4515555.
lufranozappitelli@med.unlp.edu.ar

INTRODUCCIÓN

• La digoxina (DG) es un glucósido cardiotónico con margen terapéutico estrecho y con riesgo de intoxicación aguda o crónica.
• Las intoxicaciones severas tienen una tasa de mortalidad del 20%. Se expone una serie de casos de intoxicación crónica.

CASOS CLÍNICOS

1. Paciente de 5 meses con cardiopatía congénita (CC). Ingresa por crisis broncoobstructiva y descompensación de su CC. Inicia tratamiento con DG y a los 14 días presenta vómitos incoercibles y somnolencia por aumento en la frecuencia de administración, con dosaje de 6 ng/ml con 12 hs de latencia y K⁺ de 5,7 mmol/l, con evolución favorable tras la suspensión de DG.
2. Paciente de 4 meses con CC en tratamiento con DG. Ingresa por neumonía e insuficiencia cardíaca descompensada. Se realiza ajuste de dosis y al 5° día, por falta de formulación en suspensión, se administran frascos de comprimidos. A las 48 hs presenta vómitos, rechazo del alimento, irritabilidad y deshidratación, con desmejoría progresiva y bradicardia a las 96 hs. Con evolución favorable tras la suspensión de DG. Dosaje a las 48 hs posteriores a la suspensión: 2,9 ng/ml y a las 72 hs 0,96 ng/ml.



CASOS CLÍNICOS

• La Digoxina actúa bloqueando la bomba Na⁺-K⁺ATPasa.
• En exceso lleva a despolariación temprana, irritabilidad miocárdica y arritmias con bradicardia, pudiendo evolucionar a paro cardíaco.
• La hiperkalemia es un signo de mal pronóstico y la hipokalemia se asocia a arritmias tempranas.
• Los signos de intoxicación más frecuentes y tempranos en lactantes son náuseas, vómitos, anorexia y somnolencia, pudiendo ser confundidos con efectos adversos, además de dolor abdominal, letargia y bradicardia.
• En el ECG puede hallarse depresión del segmento ST, bloques auriculoventriculares y arritmias.
• El tratamiento se basa en el manejo de sostén y de las complicaciones.
• La bradicardia leve solo requiere monitoreo y rehidratación.
• Los cuadros severos pueden ser tratados con anticuerpos Fab antidigoxina, recurso no disponible en nuestro medio.
• La atropina es el antiarrítmico más utilizado, reportándose también el uso de fletoína y lidocaína.

CONCLUSIONES

La presencia de alteraciones en el ECG, síntomas gastrointestinales y/o neurológicos deben hacer pensar en intoxicación, su reconocimiento rápido permite un diagnóstico y tratamiento temprano.

Evaluación en el tiempo de la seroprevalencia de anticuerpos anti Toxoplasma gondii en residentes mujeres de un hospital pediátrico

Pessina, LM¹; Gelpi, P²; Grau, ME¹; Cabassi, MV³; González, MS³

Residencia Básica de Biología Clínica.
Residencia Proboscidea de Inmunología.
State de Inmunología, Servicio de Laboratorio Central

Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica". Calle 14 n° 1361, La Plata (1900), Buenos Aires, Argentina.
lufranozappitelli@med.unlp.edu.ar

ESTADO DEL PROYECTO Y FINANCIAMIENTO

Diseño y recolección de datos. En Proceso de envío al comité de ética. No requiere de financiación.

INTRODUCCIÓN

La toxoplasmosis es una zoonosis causada por el protozoo Toxoplasma gondii, cuyo ciclo involucra a los felinos como hospedador definitivo y variedad de mamíferos como hospedadores intermedios. La infección se adquiere por la ingesta de alimentos y agua contaminada, principalmente carne semicruda. Otra vía de infección es la transmisión vertical. Esta enfermedad es de gran importancia para la salud pública, principalmente la toxoplasmosis congénita, la cual puede producir secuelas en el recién nacido tales como: coriorinitis, calcificaciones intracraniales e hidrocefalia. En aquellos niños asintomáticos al nacer y no tratados, las secuelas pueden presentarse años después del nacimiento, por lo tanto, resulta relevante la detección de anticuerpos en mujeres en edad fértil. Con respecto a los datos mundiales de prevalencia, se sabe que se encuentra en descenso en las últimas décadas. Por esta razón, es importante conocer dicha variable en el tiempo en nuestro medio.

MATERIALES Y MÉTODOS

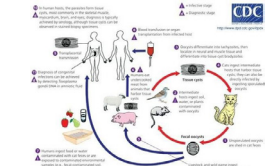
• Se realizará un estudio retrospectivo, observacional y de corte transversal, utilizando los resultados de las serologías IgG anti T.gondii de las mujeres residentes ingresantes al HIAEP Sor María Ludovica de La Plata, realizadas en el marco de análisis serológicos preoperatorios.
• Se analizarán los datos correspondientes a un número de muestras similar al estudiado en el período 1998-2002 en la misma población y se compararán los resultados obtenidos mediante el test chi cuadrado (p<0.05).
• Se llevará a cabo una encuesta estructurada con el fin de conocer la relación entre los factores de riesgo y la seroprevalencia.
Las serologías se realizaron mediante inmunoenálisis quimioluminiscente de micropartículas (ARCHITECT Toxo IgG, Abbott) y sus resultados se obtendrán del sistema informático del laboratorio.

RESULTADOS PRELIMINARES

El trabajo realizado en el año 2003 y con el cual queremos comparar la seroprevalencia, estudió 91 mujeres residentes con un promedio de edad de 27,6 años (24-35), durante el período agosto de 1998-enero de 2002. En ese trabajo la seroprevalencia observada fue de 12,1% (11/91).

BIBLIOGRAFÍA

1. Robinson E, de Valk Henriette, Villesa Isabelle, Le Strat Yann, Tournian Mathieu. National perinatal survey demonstrates a decreasing seroprevalence of Toxoplasma gondii infection among pregnant women in France, 1998 to 2016: impact for screening policy. Euro Surveill. 2021;26(5):pii=190070. https://doi.org/10.2807/15657917.2021.26.5.190070.
2. Duthon R, Freuter C, Messina M, Freire H, González Ayala S, Veronera MC, et al. Consenso Argentino de seroprevalencia congénita 2020. MEDICINA (Buenos Aires) 2021;81:257-268.
3. Rahamanov V, Rahamanov K, Jahnovi AS, Bokale S. Seroprevalence of toxoplasma gondii infection: An umbrella review of updated systematic reviews and meta-analyses. J Family Med Prim Care 2020;9:3845-51.
4. MATIAS T, MESSINA M, VANESSA SCHNEIDER I, LILIANA CARRAL I, ESTELA DUTRA S, MARCELA PARI I, MONICA RODRIGUEZ I, JAVIER DAGLIARTI I, GUSTAVO G. AMADIA I, CRISTINA FREULER I, FEDERICO KAUFER. Prevalencia de anticuerpos anti-toxoplasma gondii en embarazadas en siete hospitales de Buenos Aires. Comparación entre 2003 y 2017. MEDICINA (Buenos Aires) 2019; 79: 433-437.
5. González MS, Lasserre P, González Ayala S. Seroprevalencia de anticuerpos anti-toxoplasma en personal hospitalario. 2003 ACTUALIZACIONES EN CLINICA PEDIATRICA III Y JORNADAS INTERNACIONALES DE INVESTIGACION CLINICA, EPIDEMIOLOGIA Y CALIDAD DE ATENCION EN PEDIATRIA Y FERNATOLÓGICAS. La Plata 30 y 31 de mayo de 2003.



OBJETIVO

• Determinar la seroprevalencia de anticuerpos anti T.gondii en mujeres residentes del HIAEP Sor María Ludovica de La Plata de los últimos años y comparar los resultados con los obtenidos en el período agosto 1998-enero 2002.
• Evaluar, en el nuevo grupo, la relación entre seroprevalencia y factores de riesgo.

DERMATITIS ATOPICA COMO MANIFESTACION CLINICA DE ERRORES INNATOS DE LA INMUNIDAD, CASOS CLINICOS

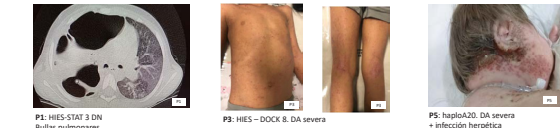
Schellnast Faure, Astrid (1); Tarquini, Lucía (1); Cabanillas, Diana (2), Regairaz, Lorena (2)
1-Residencia de Inmunología. Hospital de niños "Sor María Ludovica", La Plata.
2-Unidad de Inmunología. Hospital de niños "Sor María Ludovica", La Plata

Introducción: La dermatitis atópica (DA) es un motivo de consulta frecuente para el pediatra. A su vez el hallazgo de la Inmunoglobulina E (IgE) elevada es un motivo de consulta frecuente en el consultorio de inmunología.

Objetivo: reportar las características clínicas de 5 pacientes con diagnóstico de diferentes errores innatos de la inmunidad (EII) que se presentaron con DA asociado a IgE elevada

Resultados						
P	Sexo	Edad inicio	Manifestaciones clínicas	IgE (UI/ml)	Diagnóstico	Mutación
1	F	2 m	DA severa, abscesos fríos. Infecciones respiratorias recurrentes	83,7	HIES	STAT3 DN
2	M	0,3 m	DA severa, Diabetes neonatal, hipotiroidismo autoinmune, enteritis autoinmune	1130	IPEX	FOXP3
3	M	72 m	DA severa, infecciones recurrentes, alergias alimentarias múltiples	7181	HIES	DOCK8
4	M	3 m	Petequias, deposiciones con sangre, plaquetopenia, microplaquetas.	2180	Wiskott Aldrich	WAS
5	M	3 m	DA severa, infecciones recurrentes, hemofagocitosis	3480	Haploinsuficiencia A20	TNFAIP3

Figura 1. Características de los pacientes



Conclusiones

La DA puede ser una manifestación inicial de EII. Los antecedentes familiares, el comienzo precoz y la asociación con infecciones recurrentes (neumonías, abscesos, otitis media aguda supurada), eventos de autoinmunidad deben alertar al pediatra para derivación a inmunología, que permita un diagnóstico precoz.

A propósito de caso: quemadura por pegamento de uñas postizas

Popity, Agustina¹; Dozorzet, Daniel¹; Lufrano Zappitelli, Nicolás M¹; Céliz Aguirre, Adriana I.

Servicio de Toxicología
Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Supera Sor María Ludovica". Calle 14 n° 1361, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina. Tel: 0221-4515555.
popityagustina@gmail.com

INTRODUCCIÓN

• Cianacrilato es el nombre genérico de los adhesivos de "acción rápida" a base de cianoacrilato, como el 2-cianoacrilato de metilo y el 2-cianoacrilato de etilo, utilizados actualmente en la industria de la belleza como pegamentos de uñas postizas. La exposición dérmica simple, usualmente no representa riesgos, ante exposiciones repetidas se describen dermatitis, paroniquia irritativa o onicólisis alérgica.
• Cuando entra en contacto con prendas de fibras naturales como algodón o lana, genera una reacción exotérmica rápida e intensa, con el potencial de generar quemaduras en piel.



CASO CLÍNICO

• Paciente de 2 años de edad sin antecedentes relevantes que ingresa traída por su madre por lesión en rodilla derecha de 1 hora de evolución, posterior al volcado de pegamento para uñas postizas sobre el pantalón de jeans. Presenta una lesión de aproximadamente 7 cm por 7 cm, de bordes irregulares, pálidos, no dolorosa, compatible con quemadura tipo A/B/8. Se realiza limpieza con abundante agua y jabón, se realiza curación con Plastsol[®] y se coloca un vendaje oclusivo, con seguimiento posterior por cirugía plástica.

DISCUSIÓN

• Los acrilatos son monómeros que presentan polimerización exotérmica rápida en presencia de iones de hidrógeno (-OH), formando cadenas largas y fuertes que unen las superficies unidas y solidifican rápidamente, en menos de un minuto, con una unión estable en cerca de dos horas. Se usan frecuentemente en la práctica clínica y cuando se aplican a la piel se provocan una reacción térmica mínima. Sin embargo, en presencia de fibras de algodón, que poseen gran cantidad de grupos hidroxilo (-OH), la polimerización exotérmica se acelera, llevando a una acumulación de calor con potencial daño por quemaduras térmicas cuando entra en contacto directo con la piel subyacente.

• Se recomienda la limpieza con agua jabonosa tibia, de forma precoz y profusa, con el fin de ablandar el pegamento. Se plantea que la adición de vinagre frío puede ser de utilidad. La acetona, suaviza el cianoacrilato al debilitar sus enlaces y se puede frotar directamente sólo sobre áreas intactas, por el riesgo de irritación química.
• Se contraindica el uso de hisopos de algodón o gasas ya que pueden reaccionar violentamente con el cianoacrilato. Una vez seca la zona se puede utilizar una lima de uñas para retirar el pegamento, con cuidado de no quitar la piel. Alternativamente, se puede usar una piedra pómez en agua tibia, las bajas temperaturas hacen que el cianoacrilato seque se vuelva quebradizo, por lo que se pueden utilizar objetos congelados para debilitar las uniones adhesivas de cianoacrilato.
• Se describe, además, que la aplicación de aceite mineral, como aceite de bebé o aceite vegetal, ayuda a lubricar la resina de cianoacrilato de la superficie de la piel. Las quemaduras deben ser tratadas de igual forma que otras quemaduras.

CONCLUSIONES

• Pensar en acrilatos ante quemaduras de diversa gravedad, de localización limitada, en áreas cubiertas por fibras naturales como algodón y lana, posterior al contacto con pegamentos. En este caso consideramos que la acción rápida de los padres condiciona la gravedad de la lesión.

CONTRIBUCIÓN:
1. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 2. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 3. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 4. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 5. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 6. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 7. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 8. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 9. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 10. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 11. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 12. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 13. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 14. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 15. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 16. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 17. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 18. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 19. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 20. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 21. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 22. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 23. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 24. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 25. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 26. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 27. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 28. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 29. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 30. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 31. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 32. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 33. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 34. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 35. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 36. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 37. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 38. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 39. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 40. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 41. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 42. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 43. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 44. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 45. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 46. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 47. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 48. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 49. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 50. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 51. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 52. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 53. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 54. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 55. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 56. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 57. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 58. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 59. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 60. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 61. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 62. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 63. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 64. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 65. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 66. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 67. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 68. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 69. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 70. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 71. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 72. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 73. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 74. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 75. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 76. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 77. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 78. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 79. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 80. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 81. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 82. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 83. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 84. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 85. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 86. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 87. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 88. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 89. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 90. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 91. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 92. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 93. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 94. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 95. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 96. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 97. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 98. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 99. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 100. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 101. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 102. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 103. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 104. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 105. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 106. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 107. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 108. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 109. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 110. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 111. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 112. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 113. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 114. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 115. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 116. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 117. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 118. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 119. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 120. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 121. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 122. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 123. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 124. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 125. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 126. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 127. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 128. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 129. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 130. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 131. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 132. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 133. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 134. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 135. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 136. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 137. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 138. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 139. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 140. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 141. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 142. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 143. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 144. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 145. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 146. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 147. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 148. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 149. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 150. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 151. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 152. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 153. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 154. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 155. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 156. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 157. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 158. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 159. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 160. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 161. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 162. Autor principal. Fue responsable de la recolección de datos, el análisis de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión final. 163. Autor principal. Fue responsable de la

Intoxicación por paraquat, reporte de caso

Popity Agostina: Lufrano Zappitelli, Nicolás M; Dozoretz, Daniel; Céliz Aguirre, Adriana I.

Servicio de Toxicología Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Superior Sor María Ludovica", Calle 14 nº 1361, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina. Tel: 0221-4515555. popityagostina@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El paraquat es uno de los plaguicidas disponibles en nuestro país más peligrosos para el ser humano. Se presenta el caso de una paciente con ingesta accidental.

CASO CLÍNICO

Paciente de 18 meses que ingresa tras haber ingerido una cantidad desconocida de Paraquat, con una latencia de 10 horas. Ingesta con vómitos a repetición, lesiones en comisuras labiales y depauperación de la lengua. Se constata por test colorimétrico con ditonito de sodio en orina, resultado positivo. Se administra bentonita, N-Acetilcisteína por sonda nasogástrica, ciclofosfamida, asociado a MESNA y dexametasona. Con evolución favorable, egresando luego de 14 días de observación en sala.

DISCUSIÓN

El Paraquat es un plaguicida con alta toxicidad y rápida absorción, carente de antidoto específico, siendo letales ingestas de tan solo 10 a 20 ml de solución al 20%, con una mortalidad entre el 50% y 90%. Se concentra, principalmente en pulmón y riñón, donde experimenta ciclos de oxid-reducción con la producción de especies reactivas de oxígeno que dañan las membranas lipídicas, induciendo daño y muerte celular. De esta manera se produce una peroxidación sistémica de las membranas lipídicas, con afectación de mitocondrias, ribosomas y lisosomas. Esto resulta en citotoxicidad y necrosis celular.

En la toxicidad severa o fulminante, la muerte suele sobrevenir en horas o pocos días luego de la exposición principalmente debido a falla multiorgánica, con síndrome de distrés respiratorio agudo, edema cerebral y necrosis miocárdica, sumado a la probable perforación de vísceras del tubo digestivo de la vía aérea como presentación inicial.

Para su tratamiento se sugiere la restitución del sistema antioxidante, por medio de la terapia inmunosupresora para disminuir la respuesta inflamatoria en el tejido pulmonar. El uso de medidas extracorpóreas está indicadas ante falla renal, durante las primeras horas.

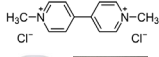
Debido a la absorción rápida del paraquat, el uso de bentonita, carbón activado o lavado gástrico (de no contar con los anteriores), debe realizarse a la brevedad, con posterior instauración de terapia inmunosupresora y antioxidante. El esquema más comúnmente utilizado en la bibliografía revisada es metiprednisolona y dexametasona, ciclofosfamida, asociado a MESNA, N-Acetilcisteína y vitamina E, con el fin de disminuir el daño oxidativo e inflamatorio principalmente en pulmón y riñón.

El corticoide de preferencia para iniciar el tratamiento sería la metiprednisolona por su inicio de acción rápido.

El uso de vitamina C resulta controversial por asociarse a aumento del daño por estrés oxidativo. Se ha propuesto el uso de hemodialisis y hemoperfusión. Si bien no se ha demostrado que modifiquen la mortalidad, su beneficio tuvo relevancia en insuficiencia renal.

CONCLUSIONES

Consideramos de fundamental importancia el conocimiento de esta intoxicación para asegurar su abordaje precoz y efectivo, con el fin de evitar complicaciones fatales y disminuir secuelas.



“Evaluación de la calidad de dieta en niños menores de dos años y su relación con las representaciones sociales y prácticas cotidianas familiares: estudio con metodología mixta.”

Estado del proyecto y financiación: Rotación curricular del segundo año de la residencia básica de Epidemiología, sin financiamiento. Aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación del Hospital Sor María Ludovica.

Autores/Afilación: Musciatti Y¹, Sapienza C², Méndez G IA³, Ballett AI, Jaureguiberry G⁴
¹Región Sanitaria XI, ²Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas, Hospital "Sor María Ludovica", ³Universidad Nacional de La Plata.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- Período entre el nacimiento y los primeros dos años de vida: "ventana crítica".
- Las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria adecuadas a las necesidades de cada etapa son fundamentales para promover la salud, el crecimiento y desarrollo conductual.
- Existen guías elaboradas por organismos nacionales e internacionales, indicadores para evaluarlas.
- Los hábitos alimentarios están influenciados por el medio natural, social y cultural.
- **Objetivo:** analizar las representaciones sociales y prácticas cotidianas de alimentación en relación a la calidad de dieta en menores de dos años que concurren actualmente al control de salud en un hospital público de La Plata.

METODOLOGÍA

- Estudio mixto cuali-cuantitativo, observacional, de corte transversal.
- Población de estudio: familias con hijos menores de dos años que realizan su control de salud en el Observatorio Materno Infantil.
- Unidad de análisis: diada familiar-niño.
- Datos cualitativos: grupos focales.
- Datos cuantitativos: cuestionario estructurado con preguntas cerradas sobre lactancia materna, alimentación mixta, consumo de líquidos y alimentos sólidos, semisólidos y blandos (indicadores de patrones de alimentación de la Organización Mundial de la Salud).

RESULTADOS PRELIMINARES

Tabla 1. Descripción de muestra para metodología cuantitativa (n=90)

Total	n
%	100
Sexo	
♀	100
♂	0
Edad niños	
MeSES (Medio)	
0-6 meses (%)	41,1
6-12 meses (%)	33,3
12-24 meses (%)	25,6

Tabla 2. Cumplimiento de indicadores (n=90)

INDICADOR	%
Prácticas de lactancia materna y alimentación mixta:	
Niños que fueron amamantados alguna vez	96,7
Inicio lactancia de lactancia materna:	
Lactancia materna exclusiva en los primeros dos días después del nacimiento	64,4
Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses	41,2
Lactancia materna mixta en menores de 6 meses	58,8
Lactancia materna continua a los 12 a 23 meses	69,9
Calidad de alimentación de los menores de 2 años:	
Inclusión de alimentos sólidos o semisólidos o blandos en niños de 6 a 8 meses	92,3
Diversidad de dieta mínima	66,6
Frecuencia mínima de comidas en niños de 6 a 23 meses	92,6
Frecuencia mínima alimentación por lacte en niños no amamantados de 6 a 23 meses	100,0
Dieta mínima aceptable	58,8
Consumo de huevo y/o carne en niños de 6 a 23 meses	84,9
Consumo de bebidas dulces en niños de 6 a 23 meses	59,5
Consumo de alimentos no saludables en niños de 6 a 23 meses	58,8
Consumo de carne de vegetales y frutas en niños de 6 a 23 meses	9,4

Tabla 3. Descripción de muestra para metodología cualitativa (n=8)

Total	n
%	100
Sexo	
♀	100
♂	0
Edad (media)	3,3
Nacionalidad	
Argentina	50,0
Boliviana	12,5
Paraguaya	37,5
Ladina de Materna	%
Amamantando	62,5
No amamantando	37,5
Encontrada de elaboración de alimentos	100
SI	100
NO	0
Encontrada de compra de alimentos	100
SI	87,5
NO	12,5
Colaboración para compra/colaboración de alimentos	100
SI	100
NO	0
Nivel Educativo Alcanzado	
Primario Incompleto	12,5
Secundario Incompleto	62,5
Terciario Incompleto	12,5
Universitario Incompleto	12,5
El niño realiza comidas fuera de casa	100
SI	100
NO	0

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. Infant and young child nutrition: guiding countries for setting child and young child feeding practices. Ginebra, 2015.
2. Organización Mundial de la Salud. Alimentación infantil y lactancia materna. Ginebra, 2015.
3. Organización Mundial de la Salud. Alimentación infantil y lactancia materna. Ginebra, 2015.
4. Organización Mundial de la Salud. Alimentación infantil y lactancia materna. Ginebra, 2015.
5. Organización Mundial de la Salud. Alimentación infantil y lactancia materna. Ginebra, 2015.
6. WHO. Infant, Young Child and Adolescent Health and Aging. Guiding principles for healthy and healthy aging. Ginebra, 2015.
7. Zappitelli L, Popity A, Musciatti Y, Sapienza C, Méndez G, Ballett A, Jaureguiberry G. Evolución de la nutrición en niños menores de dos años con intoxicación por paraquat. Rev Argent Pediatr. 2021;116(1):10-15.
8. Organización Mundial de la Salud. Alimentación infantil y lactancia materna. Ginebra, 2015.

Prevalencia de uso de sustancias psicoactivas y determinantes de riesgo en población adolescente atendida en un Hospital Pediátrico de La Plata. Proyecto de investigación presentado en Becas Julieta Lanteri 2022

Popity Agostina: Lufrano Zappitelli Nicolás¹; Pezzimenti Estefanía²; Agüero Alejandra³; Dozoretz Daniel⁴.
¹Residente de Pediatría H.I.A.E.P. Sor María Ludovica, ²Residente de Trabajo Social H.I.A.E.P. Sor María Ludovica, ³Residente de Psiquiatría Infantil Hospital H.I.A.E.P. Sor María Ludovica, ⁴Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Superior Sor María Ludovica", Calle 14 nº 1361, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina. Tel: 0221-4515555. popityagostina@gmail.com

INTRODUCCIÓN

- A lo largo de los años se ha ido observando mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en gente joven, con edades de inicio cercanas a los 11 años y múltiples determinantes de riesgo.
- Cualquier uso de sustancias psicoactivas en adolescentes se considera un comportamiento con alto riesgo de sufrir efectos nocivos para la salud y el aumento de la probabilidad de desarrollar abuso o dependencia durante la vida adulta.
- Actualmente, no se cuenta con datos de prevalencia de determinantes de riesgo y uso de sustancias psicoactivas en la población adolescente asistida en el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría (HIAEP), "Sup. Sor María Ludovica" de La Plata.

PROPÓSITO

• Se plantea realizar un estudio transversal, observacional, analítico, cuali-cuantitativo, con el objetivo de conocer la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas y los determinantes de riesgo específicamente: edad de inicio, prevalencia de consumo de cada sustancia, frecuencia de uso, factores asociados de protección y riesgo, asistencia escolar, herramientas socioafectivas, antecedentes familiares de consumo de sustancias, accesibilidad y percepción de riesgo.

DESARROLLO

- Se llevará a cabo en la población de 10 a 14 años, asistida en salas de internación de nuestra institución, durante el período comprendido entre diciembre de 2022 y septiembre de 2023.
- Se realizará una encuesta estructurada a todos los adolescentes con criterios de inclusión y se realizarán entrevistas semiestructuradas para aportar datos de calidad cualitativos.
- Criterios de inclusión
 - Pacientes que se encuentren cursando internación por cualquier tipo de patología aguda en salas de internación de clínica pediátrica, quirúrgicas de menor complejidad y de especialidad (salas n° 3, 4, 5, 21 y 25), infectología (Sala 5) y Neumología (sala 7).
 - Adolescentes de 10 a 14 años de edad.
- Criterios de inclusión
 - Pacientes que cumplan con los criterios de inclusión del enfoque cuantitativo
 - Pacientes en quienes se detecte historial de uso de sustancias psicoactivas a través de la encuesta estructurada realizada en el marco del enfoque cuantitativo.
- Criterios de exclusión:
 - Pacientes en tratamientos crónicos con internaciones prolongadas (mayor a 1 mes).
 - Pacientes con reinternación durante el estudio.
 - Pacientes derivados de otro Hospital.
 - Pacientes con déficit cognitivos que no comprendan la encuesta.

CONCLUSIONES

- Consideramos que el proyecto aporta información específica, desde una perspectiva integradora y multidisciplinaria, con enfoque desde la toxicología, la salud mental y el trabajo social.
- Esperamos que contribuya al mejoramiento de la salud global de los adolescentes, dando además información y datos para la toma de decisiones que luego podrán servir para implementar políticas de salud pública.

Alcohol en la adolescencia

Popity Agostina; Dozoretz, Daniel; Lufrano Zappitelli, Nicolás M; Céliz Aguirre, Adriana I.

Servicio de Toxicología Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Superior Sor María Ludovica", Calle 14 nº 1361, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina. Tel: 0221-4515555. popityagostina@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período fundamental en el neurodesarrollo. El alcohol es la sustancia psicoactiva (SPA) más frecuentemente consumida. Se expone una serie de pacientes asistidos en el servicio de emergencias por cuadros asociados a consumo de alcohol, con el objetivo de exponer características, factores de riesgo y consecuencias, respecto al consumo de alcohol.

CASO CLÍNICO

- Caso 1:** Paciente de sexo femenino de 14 años, ingresa por politraumatismo secundario a accidente vial, en contexto de Intoxicación Alcohólica Aguda (IAA). Antecedentes de Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA) desde los 13 años, en compañía de amigos, asociado a consumo experimental de marihuana y cocaína. No escolarizada. Sin percepción de riesgo. Relaciones sexuales de riesgo. Egresó luego de 3 días.
- Caso 2:** Paciente de sexo femenino de 14 años, ingresa desde vía pública, por cuadro de IAA, con amnesia del episodio. Antecedentes de consumo regular de alcohol con familiares. Inicio de consumo a los 13 años. Escolarizada, con regular desempeño y mala adherencia a normas. Egresó luego de 5 días, sin complicaciones ni alteración en estudios complementarios. Presenta regular adherencia al seguimiento multidisciplinario posterior a la internación.
- Caso 3:** Paciente de 13 años, de sexo masculino. Ingesta por politraumatismo, secundario a accidente vial, en contexto de consumo excesivo de alcohol asociado a medicamentos sin prescripción. Antecedentes de consumo de alcohol desde los 12 años y consumo ocasional de Marihuana. Sin percepción de riesgo. Escasa red de contención familiar. Egresó luego de 4 días, sin complicaciones ni alteraciones en estudios complementarios. Presenta regular adherencia al seguimiento multidisciplinario posterior a la internación.

DISCUSIÓN

La adolescencia es un período de cambios tanto físicos, como psíquicos y sociales, fundamental en el neurodesarrollo. El alcohol es la SPA más frecuentemente consumida. Según la encuesta sobre consumo de alcohol en niñas, niños y adolescentes, entre 12 y 18 años de edad, de la ciudad de La Plata y gran La Plata, elaborada en el año 2019, por el "Observatorio de adicciones y consumo problemáticos, de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires", el 89 % de los encuestados inició su consumo entre los 12 y los 15 años de edad y el 20,2 % tuvo su primera experiencia de consumo a los 12 años. El 20,3% manifestó tener acceso a las bebidas alcohólicas en su hogar y el 29,8% las compra personalmente en comercios. Respecto a la presencia de personas cercanas con consumo problemático de alcohol, 29,8% refirió presencia de amigos, 52,1% de un familiar y 17,7% de un vecino. El 22,4% declaró realizar CEEA. Respecto a la percepción de riesgo, 53,1% de los menores de 17 años, piensa que el consumo de alcohol es menos peligroso que otras SPA y el 22,2% declaró no haber recibido información sobre las consecuencias físicas que produce en el organismo el consumo de SPA. Se describe que aquellos que inician su consumo antes de los 15 años, tienen 6,5 veces más probabilidades de desarrollar trastornos por consumo de SPA respecto a los que inician luego de los 21 años.

El CEEA está determinado por un patrón de consumo intermitente, intenso, con ingestas de 5 o más bebidas, en pocas horas y que suele terminar en cuadros de IAA. Se relaciona no solo con el mayor riesgo de accidente, situaciones de violencia, prácticas sexuales de riesgo, problemas sociales y legales, sino también con alteraciones cognitivas. Durante el desarrollo normal del cerebro adolescente, se genera un proceso de eliminación de sinapsis no utilizadas y consolidación de sinapsis útiles, que lleva a una mayor eficacia del funcionamiento del sistema nervioso central. Este proceso es altamente vulnerable al alcohol. Por otra parte, se describe que en adolescentes en edad escolar, las áreas que componen el sistema mesolímbico, relacionadas con la dopamina e implicadas en el mecanismo de recompensa y placer, maduran antes que las áreas prefrontales, relacionadas con funciones cognitivas y conductuales. Esto se relaciona con un control inhibitorio limitado, que aumenta la vulnerabilidad hacia comportamientos de riesgo.

Entre los factores de riesgo se describe la facilidad de acceso al alcohol y otras SPA, el abandono escolar, el entorno familiar y de pares con consumo problemático y antecedentes de situaciones en las cuales estuvieron expuestos a una oferta concreta o donde tuvieron la posibilidad de probar. Se describe una asociación clara entre consumo y entorno, más aun cuando se trata de familiares o pares con consumo

CONCLUSIONES

Se remarca la importancia de la identificación temprana de factores de riesgo y la implementación de medidas orientadas a la prevención del consumo con el objetivo de evitar situaciones de riesgo y el desarrollo de trastornos por consumo.

BIBLIOGRAFIA
 1. Association With Initiation Of Substance Use And Prediction Of Future Use Disorders. Drug Alcohol Depend 2015 Jan 20.
 2. Schuckit D. The ABCDEF Study: Alcohol-Related Behavior in Normal Brain Function. Arch Psychol Psychiatry. 2018; 2018.
 3. Squeglia LM. Alcohol And Drug Use And The Developing Brain. Psychiatry Res. 2015.
 4. Swan M, Gray, What You Eat And Drink Affects Adolescent Brain. Psychol Today. 2018 June.
 5. Swan M, et al. Alcohol Use Disorders in Adolescents. Pediatr Clin N Am 68 (2019) 1059-1074.
 6. American Society on Addictions. Alcohol, Risk, & Addiction: Overview of Alcohol and Substance Use Disorders. 2019.
 7. Organización Mundial de la Salud. Alimentación infantil y lactancia materna. Ginebra, 2015.

EL JUEGO COMO HERRAMIENTA: RELATO DE EXPERIENCIA DE LA RESIDENCIA DE TRABAJO SOCIAL DEL HIAEP "SOR M. LUDOVICA"

Autoras: Lic. Barrios, A.; Lic. Dubini, F.; Lic. Giovannone, B.; Lic. Hecker, C.; Lic. Mariscotti, S.; Lic. Renzo, J. Pezzimenti, E.
Coordinación docente: Lic. Herrera, A. Trabajo Social - HIAEP "Sor M. Ludovica" de La Plata. Residencia Básica de Trabajo Social, HIAEP "Sor M. Ludovica" de La Plata
 Correspondencia: estrabajosocialudovica@gmail.com

Introducción

Comprendiendo al juego como un derecho y recuperando experiencias de intervención de la Residencia de Trabajo Social - en las diversas rotaciones curriculares, dentro y fuera de este hospital- consideramos que es fundamental promover su incorporación al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de Niñas, Niños y adolescentes (NNYA).

Propósito

Problematicar y generar intercambios interdisciplinarios respecto de la importancia de habilitar espacios lúdicos en salud.

Desarrollo

Las interacciones y la atención de la salud suelen cancelar la experiencia lúdica, restándole importancia y reduciéndose a decisiones individuales. Desde una perspectiva integral de la salud, lo lúdico es una herramienta que permite incorporar la mirada de NNYA, sus saberes, deseos, intereses, ya que promueve la participación desde lógicas no adultocéntricas utilizando mecanismos alternativos a la palabra como único recurso.
 En el transcurso del último año, nos hemos vinculado con NNYA a través del juego, generando espacios colectivos, tales como Jornada Integral de Niñez, Posta de Niñez en el marco de la APS, talleres de ESI en escuelas, Jornada de visibilización en el marco del Día Internacional de la Mujer "Juntas por la igualdad", proyecto "El mundo es nuestro laboratorio", y otras actividades de promoción y atención de NNYA.

Reflexión final

Consideramos que el juego es un favorecedor del vínculo con NNYA, por ello, nos parece fundamental la implementación de lo lúdico como herramienta ya que nos permite conocer su vida cotidiana, abordando diversos aspectos en el marco de la intervención profesional.

Endocarditis Crónica por *Candida parapsilosis*. - Reporte de un caso -

AUTORES

Pichinella MI, Maydana MI, Regalado A, Sormani MI, Fagnani MI, Torre VI, Lagala YI, Alancay AI, Esposto SI, Lovano FJ, Krywezieta LI, Uriarte VI, García M, Iliosa MF, Irujo M, Maluender MF, Zamarán MA, Gares MTB, Morone J, et al. SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, HIAEP SOR MARIA LUDOVICA DE LA PLATA. 2. RESIDENCIA CLÍNICA PEDIÁTRICA, HIAEP SOR MARIA LUDOVICA DE LA PLATA. 3. FEDRATRS SALA 3 DE CLÍNICA PEDIÁTRICA, HIAEP SOR MARIA LUDOVICA DE LA PLATA.

INTRODUCCIÓN

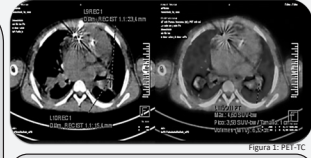
La endocarditis infecciosa (EI) debida a especies de *Candida* spp. es una entidad infrecuente con elevada mortalidad. Se presenta el caso clínico de un paciente con cardiopatía congénita (CC) corregida con material protésico y El Crónico por *Candida parapsilosis*.

CASO CLÍNICO

Niño de 11 años con CC corregida al año de vida, con recambio de material protésico en 2017. Ingresa por hepatoesplenomegalia en estudio de 2 año de evolución. Como antecedente refiere múltiples episodios febriles asociados a cuadros respiratorios. Durante su internación presenta un cuadro de neumonía, presentado hemocultivos (HMC) positivos para *Candida parapsilosis*.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Tratamiento con Anidulafungina y Anfotericina.
 Recambio de material protésico. Cultivos de prótesis y tejido cardíaco positivos para *Candida parapsilosis*.
 Completa 8 semanas de tratamiento EV y continua con fluconazol vía oral.
 Evolución clínica favorable.



IMÁGENES
 PET-TC: hipercaptación a nivel de tubo de conexión protésico y áreas hipercaptantes en ambos pulmones (embolias sépticas). Figura 1

DISCUSIÓN

La endocarditis infecciosa fúngica (EF) es una entidad poco frecuente y representa solo el 1-2% de todos los casos de EI. *Candida albicans* representa la principal etiología de la EF y *Candida parapsilosis* es la especie no albicans más frecuente. No existe consenso sobre el tipo y la duración de la terapia antimicótica. Nuestro paciente realizó terapia combinada con resolución de la cardiopatía y buena evolución clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guo R, He Y, Fan R, Wu Z, Chen Y, Huang Y, et al. A case series of medically managed *Candida parapsilosis* complex prosthetic valve endocarditis. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* [Internet]. 2021;20(1).
2. Iqbalov P, Vokobratov M, Mladenovic V, Pajovic M, Mladenovic S, Samardic C, Galicinski D. *Candida parapsilosis* endocarditis. Report of cases and review of the literature. *Cases*. 2020;36:e138323-2020.
3. Martinez Pedro Antonio, Guerrero Martín, Santos José Fát, Hernández María Santos, Mercedés Mónica Cecilia. Experiencia clínica pediátrica en endocarditis infecciosa por *Candida* spp. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2016; 33(5): 533-539.

TETANOS GENERALIZADO, ENFERMEDAD PREVENIBLE CON INMUNIZACIÓN: Reporte de caso

AUTORES: Sepeeluk, F.; Bottino, M¹; Bouchoux, M¹; Ferreyra, M¹; Alancay, A²; Lovano, F³; Lagala, Y³; Morales, J³.

1-Residencia Básica en Pediatría, HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata-Bs. As.
 2-Residencia Post Básica en Infectología Pediátrica, HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata-Bs. As.
 3-Servicio de Enfermedades Infecciosas, HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata-Bs. As.

INTRODUCCIÓN

El tétanos es una enfermedad aguda, tóxico-infecciosa, causada por la neurotoxina que produce el *Clostridium tetani* en una herida contaminada. Se manifiesta por tres formas clínicas: generalizada, localizada y cefálica. No existe transmisión interhumana y es prevenible a través de una adecuada profilaxis primaria y secundaria. Se caracteriza por la presencia de espasmos musculares intensos e intermitentes con rigidez generalizada y trismus, agravada por estímulos externos.

OBJETIVO

Reportar las características clínicas de un paciente pediátrico con tétanos generalizado (TG)

DESCRIPCIÓN

Masculino de 3 años con deterioro agudo del sensorio de 24hs de evolución.

A su ingreso se encuentra despierto, hiporreactivo, mirada fija y pupilas fotoreactivas, con rigidez generalizada, trismus y movimientos distónicos constantes, en opistótonos.

Presenta lesión cortante, en mano derecha de 10 días de evolución, a la cual se le había realizado sutura y antibioterapia sin realizar la profilaxis antitetánica correspondiente.

Posee calendario de vacunación hasta los 3 meses de vida, refiriendo dificultad para realizar controles de salud.

Se indican medidas iniciales y se administra dosis de lorazepam con cese parcial de los síntomas.

Debido a no poder descartarse inicialmente encefalitis se realiza TAC de encéfalo y citofisiológico de LCR, sin hallazgos de relevancia.

Se interpreta el cuadro como crisis convulsivas, se administra dosis de fenitoína y antibioterapia empírica con Ceftriaxona y Aciclovir.

Por persistencia de sintomatología descrita, ingresa a UTIP para AVM e infusión continua de Midazolam. Con cultivos y FilmArray de LCR negativos se suspende antibioterapia.

Se sospecha TG por clínica y antecedentes, iniciando tratamiento con gammaglobulina antitetánica específica 100 UI/Kg y Metronidazol.

Se realiza la notificación del evento.



Opistótonos. Sir Charles Bell 1809

CONCLUSIÓN

En Argentina, aún se registran casos en adultos asociados a heridas y accidentes.

Es una enfermedad de diagnóstico clínico. En los últimos años y acentuado por la pandemia de COVID 19 se registra un descenso en la cobertura de vacunación dando lugar a la reaparición de enfermedades controladas y eliminadas.

Debe hacer énfasis en la intervención oportuna a través de la profilaxis primaria y secundaria de las heridas, claves para lograr el control de la enfermedad.

A PROPÓSITO DE UN CASO: trastorno neuropsiquiátrico autoinmune pediátrico asociado a infección por estreptococo (PANDAS)

Bouchoux M.M (Residencia básica de Clínica Pediátrica), Lascano N.J (Residencia posbásica de Neurología Pediátrica), Armendariz F (Sala 4 de Clínica Pediátrica), Roche M (Sala 4 de Clínica Pediátrica) y Ceraci M (Sala 4 de Clínica Pediátrica) Gaita M (Residencia básica de Clínica Pediátrica), López Molina A (Residencia básica de Clínica Pediátrica) y Prieto P. (Posgrado de Pediatría UNLP).

INTRODUCCIÓN

El trastorno neuropsiquiátrico autoinmune pediátrico asociado a infección por estreptococo (PANDAS) es un desorden de probable causa autoinmune poco frecuente en pediatría. Se caracteriza por la aparición súbita de cuadros obsesivo-compulsivos, tics, trastornos de la conducta alimentaria, anomalías neurológicas, alteraciones conductuales y/o emocionales o concomitante a infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A. Se censuraron los criterios diagnósticos en el año 2013 y existe escasa bibliografía en español al respecto.

DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 10 años que consulta por alteración en la conducta. Su madre refiere efusividad, labilidad emocional, olvidos, obsesiones, compulsiones, tics motores, ecolalia, conductas estereotipadas, dispraxias y alteraciones en la memoria reciente de 5 días de evolución. Presenta como antecedente faringoamigdalitis febril 11 días antes del inicio del cuadro neuropsiquiátrico con test rápido positivo para estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) y tratamiento incompleto con penicilina V por 5 días. Se solicitaron estudios complementarios para descartar otras entidades neurológicas (análisis sanguíneo, análisis toxicológico, RNM de encéfalo, EEG en vigilia, electrocardiograma, fondo de ojo con lámpara de hendidura). Se confirmó con curva de ASTO y cultivo de fauces infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A. Fue evaluada por especialistas en pediatría, neurología, infectología, psiquiatría y reumatología. Por sospecha de PANDAS se medicó con Penicilina G sódica durante 14 días e inmunoglobulina con respuesta favorable. Se otorgó egreso hospitalario y continuó en seguimiento ambulatorio por neurología y psiquiatría.

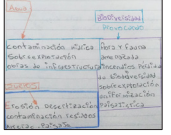


Imagen 1: escritura de la niña antes de la patología.
 Imagen 2: se le solicitó a la niña que copie los dibujos.

COMENTARIO

Hemos descrito las características clínicas de una niña con PANDAS, la cual es una patología poco frecuente recientemente descrita. El bajo grado de sospecha por parte de profesionales de salud confiere infradiagnóstico y limita la oportunidad de tratamiento a los niños afectados. La presencia en niños de tics, obsesiones, compulsiones y/o alteraciones neurológicas de inicio abrupto asociado a la infección presente o reciente por estreptococo debería inducir la sospecha de PANDAS. El trabajo interdisciplinario es imprescindible para su manejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Swaddell, S. E. (1986). Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated With Streptococcal Infections: Clinical Description of Five New Cases. *Ann Clin Psychiatry*, 1(2)(2), 266-271. <https://doi.org/10.1177/1043124X8601200266>
2. Cheng, K., Finkelstein, I., Capovilla, M., Cunningham, M. W., Laxton, M. L., Swamy, K. A., Finkelstein, M., Thompson, M., Williams, K., Walker, L. A., & Swales, S. D. (2015). Clinical Evaluation of Youth with Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Syndrome (PANDAS). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. <https://doi.org/10.1177/1745019914558484>
3. O'Brien, A., Werneburg, L. C., Bhat, S. R., Hershfield, M., Werneburg, M., & Barnea, M. E. (2017). Association of Streptococcal Throat Infections with Pediatric Obsessive Compulsive Disorder. *JAMA Psychiatry*, 174(7), 740. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1995>
4. Finkelstein, S. E. (2015). Clinical features and the natural history of pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections (PANDAS). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511848/>
5. Finkelstein, S. E. (2016). Clinical features and the natural history of pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections (PANDAS). https://doi.org/10.1007/978-1-4939-9842-6_14
6. Cunningham, M., Murphy, T., Laxton, K., O'Brien, A., Krasnowski, C., O'Brien, S., Cheng, K., Liu, L. A., Swales, S. D. (2015). Clinical Management of Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Syndrome (PANDAS) and Related Neuropsychiatric Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(1), 146-172. <https://doi.org/10.1089/cap.2014.0045>
7. Cunningham, M., Murphy, T., Laxton, K., O'Brien, A., Krasnowski, C., O'Brien, S., Cheng, K., Liu, L. A., Swales, S. D. (2015). Clinical Management of Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Syndrome (PANDAS) and Related Neuropsychiatric Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(1), 146-172. <https://doi.org/10.1089/cap.2014.0045>
8. Cunningham, M., Swales, S. D., Finkelstein, S. E., Murphy, T. A., & Liu, L. A. (2013). Clinical Management of Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Syndrome (PANDAS) and Related Neuropsychiatric Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(1), 146-172. <https://doi.org/10.1089/cap.2014.0045>

Enfermedad fúngica invasora por *Exserohilum rostratum* en un paciente pediátrico oncohematológico. - Reporte de un caso -

Regalado A (1), Sornani M (1), Fagnani M (1), Torre V (1), Lagala Y (1), Alancay A (1), Maydana M (1), Esposto S (1), Lovano F (1), Krywezenia L (1), Uriarte V (1), García M (1), Sosa M (1), Vnusa M (1), Pichinchen M (1), Guzzetti L (2), López Guareño T (3), Morales JC (1), (1)Servicio de Enfermedades Infecciosas, HIAEP "Sor María Ludovica" de la Plata (2)Servicio de Micología HIAEP SML (3)Servicio de Hematología HIAEP SML.

INTRODUCCIÓN

El género *Exserohilum* corresponde a hongos dematiáceos, fitopatógenos, productor de infecciones localizadas y sistémicas en pacientes inmunosuprimidos como inmunocompetentes.

CASO CLÍNICO

Niño de 8 años con diagnóstico de LLA-B en reinducción. Consulta por dolor y lesión en rodilla izquierda de 24 horas de evolución (figura 1).



Figura 1: Lesión de rodilla izquierda.

MICROBIOLOGÍA

Examen directo hifas pigmentadas y septadas.

Cultivo: hongo dematiáceo.

Tipificación por secuenciación del ADN *Exserohilum rostratum*.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Desbridamiento quirúrgico de la lesión.

Búsqueda de focos profundos: foco secundario en tomografía computarizada de tórax.

Anfotericina liposomal y terbinafina 28 días ev. Continuo con voriconazol vo.

Evolución clínica favorable.

DISCUSIÓN

La infección cutánea por *Exserohilum rostratum* puede presentarse como una placa eritematosa, purpúrica y evolucionar a una úlcera necrótica. Su tratamiento depende del estado inmunitario del paciente. Este caso destaca la importancia de detectar oportunamente una infección fúngica invasora en un paciente inmunocomprometido, para establecer un tratamiento adecuado, siendo fundamental la toma de cultivo de lesiones en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Chowdhary A, Meis JF, Guarni J, et al. ESCMID and ECMM joint clinical guidelines for the diagnosis and management of systemic phaeoconidiales: diseases caused by black fungi. Clin Microbiol Infect. 2019;20(Suppl 3):S7-75.
- Ferrández-Pulido C, Martín-Gómez MT, Repiso T, et al. Cutaneous infections by dematiaceous opportunistic fungi: Diagnosis and management in 11 solid organ transplant recipients. Mycoses. 2018;61(2):121-127.
- Ahmed SA, Desbois N, Quid D, et al. Phaeoconidiales Caused by a Novel Species, *Pseudothraustothraena martiniellii*. J Clin Microbiol. 2015;53(9):2927-2934.
- Pastor FJ, Guarni J. Alternaria infections: laboratory diagnosis and relevant clinical features. Clin Microbiol Infect. 2008;14(8):734-746.

Artritis séptica por *Nocardia brasiliensis* en un paciente pediátrico inmunocompetente. - Reporte de un caso -

Alancay A (1), Maydana M (1), Regalado A (2), Fagnani M (1), Pichinchen M (1), Torre V (1), Lagala Y (1), Krywezenia L (1), Lovano F (1), Grau ME (2), Fresina K (2), Ortigosa A (2), Pessina L (2), Satarich G (2), Guzzetti L (4), Bettini M (4), Prieto M (5), Morales JC (1), (1)Servicio de Infectología HIAEP SML, (2)Residentes en la especialidad Biología Clínica HIAEP SML, (3)Bacteriología especial ANLIS Malbrán (4)Sala de Microbiología HIAEP SML

INTRODUCCIÓN

Los microorganismos del género *Nocardia* son una causa infrecuente de infecciones osteoarticulares (IOA) en pediatría. Se presenta el caso de un paciente pediátrico inmunocompetente con diagnóstico de artritis séptica (AS) por *Nocardia brasiliensis*.

CASO CLÍNICO

Niño de 3 años, que ingresa por fiebre asociado a gonalgia de rodilla izquierda.

Antecedente de traumatismo en dicha rodilla.

Al examen físico presenta una lesión excavada con eritema perilesional, tumefacción y limitación a la flexión. Se interpreta el cuadro como AS, inicia tratamiento empírico con clindamicina y ceftriaxona.



Fig 1: Lesión de rodilla.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Artrocentesis y artrotomía

Cultivo

Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para *Staphylococcus aureus*.

TIPIFICACIÓN

Cultivo líquido articular: Bacilos grampositivos ramificados. *Nocardia spp.* Identificación por MALDI-TOF: *Nocardia brasiliensis*.

Tratamiento: trimetoprima sulfametoxazol 4 semanas.

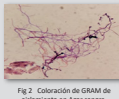


Fig 2: Colaboración de GRAM de aislamiento en Agar sangre.

DISCUSIÓN

Las infecciones por *Nocardia* representan una causa infrecuente de AS en niños inmunocompetentes. La rodilla es una de las articulaciones más frecuentemente afectada en las IOA. Resulta fundamental el drenaje articular diagnóstico y terapéutico. El pronóstico es generalmente favorable con una combinación de tratamiento quirúrgico y antibiótico.

BIBLIOGRAFÍA

- Fazili T, Bamsal E, Garner D, Bajwa V, Vasudeva S. Septic arthritis due to Nocardia: Case report and literature review. Am J Med Sci. 2022 Jul;364(1):88-91.
- Chausseide H, Lebeaux D, Gras G, Catherine E, Rammstein B, Poiree S, Lecuyer H, Zeller V, Bernard L, Lortholary O. Nocardia Arthritis: 3 Cases and Literature Review. Medicine (Baltimore). 2015; Oct;94(42):e1671.
- Wilson JW. Nocardiosis: updates and clinical overview. Mayo Clin Proc. 2012 Apr;87(4):403-7. doi: 10.1016/j.mayocp.2011.11.016.
- Torres D, Perillo L, Galazka J, Pichón T, Giachetto G. Nocardiosis Infecciosa en una niña sana, a propósito de un caso clínico. Arch Pediatr Urug [Internet]. 2019 [citado el 15 de noviembre de 2022];90(2):78-82.
- Bonifaz A, Ibarra G, Saúl A, Paredes-Solis V, Carrasco-Gerard E, Fierro-Anis L. Mycetoma in children: experience with 15 cases. Pediatr Infect Dis J [Internet]. 2007;26(1):50-2.

NEOPLASIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE INMUNODEFICIENCIA Reporte de casos

AUTORES: Szepeluk, F¹; Martínez, B²; Mulreedy, L¹; Meis, L¹
1-Residencia Básica en Pediatría, HIAEP "Sup. María Ludovica", La Plata-Bs. As.

INTRODUCCIÓN

Las inmunodeficiencias primarias (IDP) son enfermedades genéticas con alteración de los mecanismos de la respuesta inmune. Disponen a infecciones, fenómenos autoinmunes, autoinflamatorios y neoplasias. Se manifiestan durante la infancia. Los síndromes de inestabilidad cromosómica pertenecen al grupo de IDP asociadas a síndromes genéticos, dentro de estos se distingue el Síndrome de Nijmegen (NBS). Las características clínicas incluyen microcefalia, talla baja, fascie peculiar (cara de pájaro), inmunodeficiencia, retraso en el desarrollo y una alta susceptibilidad al desarrollo de neoplasias linforeticulares.

OBJETIVO: Describir las características clínicas y de laboratorio de 2p con diagnóstico de neoplasia linforeticular que conducen a la sospecha de NBS.

CASO N°1

Masculino de 11 años, producto de consanguinidad 1^a, inmunización completa, sin antecedentes de relevancia, con diagnóstico de LLA-B. Al examen físico presenta microcefalia (PC -2DE), desnitración (IMC 16), máculas "café con leche" en tronco y miembros, hepatomegalia, fascie peculiar. Por múltiples infecciones y mala respuesta a la quimioterapia se sospecha inmunodeficiencia.

CASO N°2

Masculino de 15 años, con antecedente de Síndrome Nefrótico corticodependiente, diagnosticado con Linfoma de Hodgkin Clásico a raíz de masa abdominal. Al examen físico presenta microcefalia (PC -4DE), máculas hiperocrómicas en miembros inferiores, fascie peculiar, retraso madurativo y voz fina. En estudios muestra INMUNODEFICIENCIA COMBINADA

CASO N°2

-Linfopenia Global
-Poblaciones Linfocitarias: CD3 75%, CD4 44%, CD8 31%, LB 8%, NK 17%
-Dosaje de IgG 16.3 gr/L, IgA 1.46 gr/L, IgM 0.47 gr/L
-DEFICIENCIA IgM

-Deficiencia IgA.
-Test de Dihidrodiamina (DHR): Normal



CONCLUSIÓN

Reportamos 2p que debutan con neoplasia hematológica, cuyas características sindrómicas permitieron una sospecha precoz de inmunodeficiencia subyacente. Este diagnóstico permite brindar un tratamiento apropiado de la neoplasia e instaurar medidas para la prevención de infecciones. Las IDP representan un desafío permanente para el pediatra. Es importante conocer sus características para tener una alta sospecha clínica y derivar al especialista oportunamente.

FUNGEMIA POR TRICHOSPORON ASAHII EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPROMETIDO: Reporte de caso

AUTORES: Szepeluk, F¹; Gaita, M²; Amado Cattáneo, M³; Sivilla Sosa, L³; Goyeneche MB³; Marín J³; Moles MP³; Maffia SA³

1-Residencia Básica en Pediatría, HIAEP "Sup. María Ludovica", La Plata-Bs. As.
2-Sala de Inmunocomprometidos, HIAEP "Sup. María Ludovica", La Plata-Bs. As.
3-Coordinación Docente, Residencia en Pediatría, HIAEP "Sup. María Ludovica", La Plata-Bs. As.

INTRODUCCIÓN

El *Trichosporon asahii* es una levadura oportunista descrita como un patógeno emergente en infecciones diseminadas y nosocomiales. La presentación clínica de este microorganismo suele ser inespecífica y de mal pronóstico, afectando mayormente a pacientes inmunocomprometidos con neutropenias prolongadas, en especial con neoplasias hematológicas.

OBJETIVO: Describir un caso de infección micótica por *Trichosporon asahii* en un paciente pediátrico con neoplasia hematológica no controlada.

DESCRIPCION

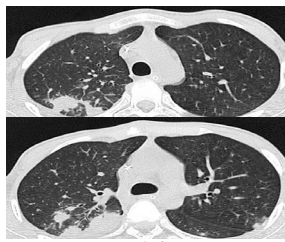
Masculino de 15 años, con diagnóstico de LLA-B de alto riesgo, hiperleucocitaria con mala respuesta al tratamiento inicial (70% de infiltración en médula ósea al día 33).

Presentó múltiples intercurencias infecciosas por enfermedad de base.

Durante la internación presenta lesiones a nivel de palmas y plantas de tipo ampollar estechadas, descamativas con colgajos y posterior a ello erupción eritemato maculo papular purpúrica extensa, pruriginosa, en dorso, tórax y abdomen.

Es evaluado por el Servicio de Dermatología, solicitándose serologías para Mycoplasma, Epstein Barr, Parvovirus B19 y SARS Cov-2, con informes negativos. Por cuadro de dificultad respiratoria, se realiza TAC de tórax evidenciándose afectación parenquimatosa pulmonar y pleural bilateral, con lesiones nodulares con signo de halo; se inicia tratamiento con Anfotericina B ante sospecha de Efi. Se realiza lavado broncoalveolar, con toma de muestra para cultivos.

Persiste pancitopénico febril con detección de galactomananos en sangre y aislamiento en hemocultivos de elementos micóticos filamentosos. Presenta desmejoría de parámetros vitales, lo que ocasiona su óbito. Se identifica al *Trichosporon asahii* como agente etiológico.



TAC de Tórax

Observación directa por MO de agente etiológico

CONCLUSIÓN

En pacientes inmunocomprometidos que cursan con neutropenias febriles prolongadas, debemos pensar en infecciones fúngicas ante la falta de respuesta a los tratamientos instaurados y presencia de síntomas habitualmente inespecíficos. Realizar controles seriados de este tipo de microorganismos, tener alta sospecha clínica para tomar las muestras necesarias a fin de detectarlas e instaurar el tratamiento oportuno mejoran la morbi-mortalidad de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

Proceso de transición de la atención pediátrica a la atención en centros de adultos de pacientes con enfermedades crónicas en seguimiento en el Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de La Plata
Lafferriere, Gimena (1); Ramos, Danitza (2); Garmendia, Clara (3); Cabanillas, Diana (4)

- 1-Residencia de Pediatría. Hospital de niños "Sor María Ludovica", La Plata.
- 2-Residencia de Terapia Intensiva Pediátrica. Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata.
- 3-Residente de Trabajo Social Hospital de niños "Sor María Ludovica", La Plata
- 4-Unidad de Inmunología. Hospital de niños "Sor María Ludovica", La Plata

Estado del proyecto y financiación: Aprobado por CIRPI.
SELECCIONADO para becas JULIETA LANTERI.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de transición, que permite a un niño o niña adquirir responsabilidad progresiva sobre los cuidados de su salud para finalmente encontrarse en condiciones de ser atendido en un centro de adultos, se lleva a cabo de forma heterogénea en diversos servicios que atienden pacientes con enfermedades crónicas en nuestro centro. Del éxito de este proceso depende, en la mayoría de los casos, la adherencia al tratamiento posterior, y la calidad de vida de los pacientes afectados.

Objetivo:
- Describir el estado de situación del proceso de transición a centros de adultos de pacientes con diferentes enfermedades crónicas en el Hospital de Niños "Sor María Ludovica".

PACIENTES Y MÉTODOS

Para caracterizar el estado actual del proceso de transición se llevará adelante un trabajo transversal y descriptivo, con enfoque cuantitativo y cualitativo. Se realizará de Noviembre 2022 a Noviembre 2023.

En un primer momento se realizarán encuestas estructuradas, previa firma de consentimiento informado, a referentes de los servicios del hospital que cuenten con pacientes con enfermedades crónicas que requieran proceso de transición.

En un segundo tiempo se realizarán entrevistas semi-estructuradas, al menos a 10 familias atendidas en diferentes servicios, y no más de 2 familias de 1 mismo servicio.

Criterios de inclusión:

1. Profesionales de la salud a cargo de servicios/unidades del hospital que realicen seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.
2. Padres, madres o cuidadores de niños o niñas entre 13 y 18 años que estén transitando o hayan transitado un proceso de transición desde nuestro hospital a centros de adultos.
3. Niñas o niños de 13 a 18 años que estén transitando o hayan transitado un proceso de transición desde nuestro centro a hospitales de adultos.

Criterios de exclusión:

1. Se excluirán del análisis aquellas encuestas o entrevistas en la que los datos brindados sean incompletos por cualquier motivo.

RESULTADOS ESPERADOS

1-Magnitud del problema: número (anual) de NNVA atendidos por servicio en nuestro centro, con patologías crónicas que requieran atención en centros de adultos.

3- Características del proceso de transición: edad de inicio, edad de derivación, estrategias, actores involucrados, dificultades detectadas, barreras.

2- Características del problema: tipo de patologías crónicas que padecen los pacientes que requieren transición. Tipo de atención requerida (de un sólo servicio, de múltiples servicios, ambulatoria, de internación), Centros a los que se transicionan los pacientes.

4- Perspectiva del paciente y la familia: vivencias de pacientes y familias respecto al proceso de transición, miedos, inquietudes, inseguridades, deseos, posibilidades, barreras.



PRESENTACIÓN RARA DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA INFANTIL CON AFECTACIÓN PANCREÁTICA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, A PROPOSITO DE UN CASO.

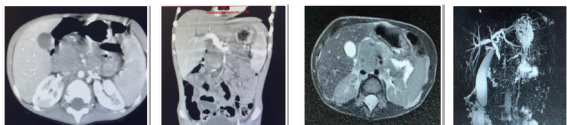
ARANDA, S. MEZA, V. Médicos staff Servicio Cirugía Pediátrica HIAEP Sor María Ludovica.
SERRANO, L. MEZA, A. LOVATO, N. Residencia post básica de Clínica Quirúrgica Pediátrica. Servicio Cirugía Pediátrica. HIAEP Sor María Ludovica

INTRODUCCIÓN

La infiltración pancreática es una manifestación de la leucemia linfooblástica aguda bastante rara. Debutando con colestasis y pancreatitis generando demora y confusión al momento del diagnóstico de la LLA. Este reporte de caso tiene como objetivo considerar las manifestaciones extramedulares de la LLA en niños para un adecuado tratamiento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente masculino de 2 años quien consultó por dolor abdominal de +/- 1 mes de evolución. Acompañado de ictericia obstructiva. Con antecedente de trauma abdominal cerrado hace 1 mes. Los resultados de laboratorio informaban GB 26100 (cn:2% n:10% linfos 80%) hb:8.9 hcto:27.4 plt 321000. Presencia de eritroblastos Tgo: 117 tgp 108 fal 2386 amilasa 514 ggt 644 bt 3.74 bd 2.68 bi 1.06 Per 18,4 lipasa 182,8. Ecografía abdominal vesícula biliar con barro biliar, colédoco de 0,4. Colangiormn: colédoco de 6mm. Porción cefálica del páncreas aumentada de tamaño. Cuerpo páncreas con discreto aumento de su diámetro para la edad 1,4cm. Persiste con intolerancia a la vía oral asociado a dolor abdominal. Se realiza tac de abdomen Dilatación de vía biliar intrahepática principal. Adenopatía por encima de cuerpo de páncreas. En cabeza de páncreas imagen de 3cm x 3cm x 2,8cm. CBC mide 5,5cm. Wirsung de 2,2 mm de diámetro y trayecto irregular. Se realiza nuevo hemograma donde evidencian 75% de blastos compatible con debut leucémico. Ante informe de laboratorios realizan pamo con diagnóstico LLA tipo B y sospecha de infiltración pancreática, inicia tratamiento para lisis tumoral, con mejoría en valores de laboratorio e imágenes.



DISCUSIÓN

Es importante plantear los diferentes diagnósticos diferenciales en un paciente con colestasis y/o pancreatitis. Siendo la Infiltración pancreática por la Leucemia una forma de presentación rara pero que debe ser tenida en cuenta al momento de la sospecha diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

- Bari Malbora y col: A Case With Mature B-cell Acute Lymphoblastic Leukemia and Pancreatic Involvement at the Time of Diagnosis" J Pediatr Hematol Oncol 2008;30:87-89
Datta B. Search and coils: infantile leukemia presenting with cholestasis secondary to massive pancreatic infiltration" Pediatr Radiol (2003) 33:360-363
Mahdi Shahrani y cols: "Extramedullary manifestations in acute lymphoblastic leukemia in children: a systematic review and guideline-based approach of treatment" Am J Blood Res 2020;10(6):360-374
Bari Malbora y col: A Case With Mature B-cell Acute Lymphoblastic Leukemia and Pancreatic Involvement at the Time of Diagnosis" J Pediatr Hematol Oncol 2008;30:87-89
Mahdi Shahrani y cols: "Extramedullary manifestations in acute lymphoblastic leukemia in children: a systematic review and guideline-based approach of treatment" Am J Blood Res 2020;10(6):360-374



RESCATE MICROBIOLÓGICO EN CULTIVOS DE PIEL DE PACIENTES QUEMADOS DURANTE EL AÑO 2020

AUTORES: Szepeluk, F.; Casalibas, S².

- 1-Residencia Básica en Pediatría, HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata-Bs. As.
- 2-Unidad de Quemados, HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata-Bs. As.

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son lesiones prevenibles causantes de una elevada morbi-mortalidad. Presentan una incidencia anual de 5/1000 habitantes en nuestro país. Determinan la pérdida de función de la barrera cutánea y disminución de la inmunidad permitiendo la colonización por microorganismos.

Las infecciones son la complicación más frecuente y grave hasta en el 60% de los casos. El gold standard para su diagnóstico es el estudio histopatológico con biopsia cuantitativa siendo el hisopado una alternativa que aporta datos de la flora microbiana y orienta al tratamiento empírico.

OBJETIVOS

- Describir las características clínicas de los pacientes quemados con cultivos positivos internados durante el 2020.
- Identificar los agentes microbiológicos causantes de la colonización del área quemada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes internados, en la unidad de quemados del HIAEP en el año 2020. De cada historia clínica se obtuvieron: edad, sexo, causa de quemadura, tipo de quemadura (Clasificación de Benaim): A, AB, B), superficie corporal quemada (SCQ); área de afectación: 1 (cabeza, cuero cabelludo, región cervical), 2 (miembros superiores), 3 (tórax, abdomen, pelvis), 4 (miembros inferiores), 5 (zonas especiales: rostro, manos, pies, región genital y zonas articulares) y días de internación.

Las muestras de piel fueron recolectadas mediante hisopados del área afectada, con una frecuencia trisemanal en todos los pacientes. Se determinó mediante cultivos, los microorganismos y el estudio de susceptibilidad.

RESULTADOS

Durante el año 2020 se internaron 109 pacientes, de los cuales 29, tuvieron al menos un cultivo positivo (27%). La incidencia de cultivos positivos fue de 4.8%. La SCQ fue 11% (5-25%). La media de estadía hospitalaria de 23 días (2-83).

Las bacterias fueron el germen predominante (86%), siendo en el 45% del tipo cocos gram positivos. En 3p se aisló hongos y 1p presentó aislamiento viral.

Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico según sensibilidad y el 59% requirió cirugía. La totalidad recibió el alta por evolución favorable.

Tabla 2: Rescate microbiológico en cultivos de piel de pacientes quemados

SEXO	N (%)	RESCATE MICROBIOLÓGICO	
Masculino	19 (65)	Staphylococcus aureus	9
Femenino	10 (35)	SMAR	3
EDAD (meses)	52.2	Staphylococcus haemolyticus	1
ESTADIA HOSPITALARIA (días)	23.2	SBGA	1
SCQ	11%	Pseudomona aeruginosa	6
ETIOLOGIA		Klebsiella pneumoniae	3
Líquidos calientes	23 (79)	Klebsiella oxytoca	3
Fuego	6 (21)	Candida albicans	3
AREAS AFECTADAS		Candida parapsilosis	1
Área 1	13 (45)	Enterobacteriaceae	1
Área 2	18 (62)	Acinetobacter baumannii	1
Área 3	19 (65)	Hongos Simple tipo 1	1
Área 4	11 (38)	Flora mixta gram positiva	3
Área 5	14 (48)		
TIPO DE QUEMADURA			
A	1 (4)		
AB	16 (55)		
B	12 (41)		

CONCLUSIONES

Coincidente con lo reportado, las bacterias predominan como agentes causantes de colonización, siendo menor la incidencia de dicha colonización en comparación a otros estudios. Conocer las infecciones locales y su etiología nos permite implementar estrategias que mejoren la calidad de atención y el uso racional de los recursos.

Tabla 1: Características clínicas de pacientes quemados

