

V Jornadas de Actualizaciones
en Clínica Pediátrica y Neonatología
La Plata - 2007

Coordinadora:
Zulma Fernández

Integrantes:
María Rosa Agosti
Isabel Bosco
Ricardo Drut
Luis Guimarey
Rosario Merlino
Claudia Pedraza
Néstor Pérez
Javier Ruscasso
Stella Maris Trotta

Niemann-Pick tipo C. Variación fenotípica en 6 casos

Spécola Norma; Blanco Mabel; Nuñez Mariana; Gonzalez Teresita; Fynn Alcira.

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ specola@millic.com.ar

Introducción: la enfermedad de Niemann-Pick tipo C (NPC) es un defecto autosómico recesivo, caracterizado por el acúmulo lisosomal de colesterol no esterificado y glicolípidos en varios tejidos como consecuencia de un defecto de transporte intracelular del colesterol. Las manifestaciones clínicas son heterogéneas habiéndose descrito formas de comienzo neonatal, infantil, juvenil y del adulto, según los criterios de Vanier. El diagnóstico es en general tardío y consiste en la demostración histoquímica del acúmulo anormal de colesterol intracelular en cultivo de fibroblastos.

Casos: se presentan 6 pacientes con NPC, asistidos en el Hospital en los últimos 12 años. De ellos 2 pacientes presentaron una forma infantil severa con ataxia de la marcha como primer signo antes de los 2 años de edad. Un paciente desarrollo igual sintomatología desde los 3 años con un desarrollo previo normal. Tres pacientes presentaron la forma juvenil comenzando con disartria y ataxia, entre los 6 y 10 años. En todos los casos el deterioro cognitivo fue posterior al motor. Todos los pacientes desarrollaron oftalmoplejía de la mirada ascendente. Solo un paciente no presentó convulsiones. Como signos extra-neurológicos se mencionan la esplenomegalia, la colestasis neonatal y la presencia de histiocitos espumosos en médula ósea. Los dos pacientes con la forma infantil severa fueron evaluados desde el período neonatal por colestasis, pero el diagnóstico se orientó cuando desarrollaron signos neurológicos.

Conclusiones: mostrar la heterogeneidad clínica de la enfermedad. La oftalmoplejía y la ataxia son los signos neurológicos más frecuentes. La colestasis neonatal y las alteraciones de médula ósea, descriptas ya en el período neonatal orientarían el diagnóstico precozmente. Los estudios histopatológicos y bioquímicos precoces pueden ayudar a seleccionar los pacientes en los que se harán estudios de confirmación.

Galactosemia: diagnóstico oportuno

Spécola, N; Nuñez Miñana, M; Grosso, JJ; Schwenzel, S; Moretti, A; Muschietti, L; Pistachio, L¹; Borrajo G¹.

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata. Fundación Bioquímica Argentina¹ (FBA)

✉ specola@millic.com.ar

Introducción: la galactosemia clásica es un defecto autosómico recesivo del metabolismo de la galactosa causado por deficiencia de galactosa-1-fosfato uridiltransferasa (GALT). La incidencia es 1:40.00 recién nacidos. Los neonatos son normales al nacer. Entre la 1^o y 2^o semana, se instalan síntomas inespecíficos, con compromiso principalmente hepático y repercusión del estado general pudiendo remedar cualquier enfermedad infecciosa. La sospecha es clínica, confirmada con análisis en orina y sangre previos al tratamiento.

Métodos de pesquisa sistemática acortan los tiempos de diagnóstico aunque pueden no evitar el inicio de los síntomas si la toma y manejo de la muestra no se realizan en tiempos óptimos. El programa de pesquisa de la FBA, realizado a demanda, ayudó al diagnóstico temprano de 2 de los pacientes presentados.

Objetivo: facilitar la sospecha clínica precoz o la pesquisa oportuna, ya que instaurar el tratamiento permite evitar complicaciones irreversibles o el desenlace fatal.

Metodología: se presentan tres pacientes atendidos en el hospital en los últimos 6 meses. La determinación cuantitativa de la actividad enzimática de GALT en glóbulo rojo confirmó el diagnóstico. Dos pacientes desarrollaron la enfermedad. Uno de ellos asoció infección por E. Coli, retrasando el diagnóstico final, ya que los síntomas de colestasis y compromiso general fueron atribuidos al proceso séptico. En otro paciente, sólo con síntomas digestivos, la pesquisa dirigida lo facilitó. Un tercer paciente no presentó síntomas evidentes, la pesquisa sistemática se realizó en tiempo óptimo.

Conclusiones: el diagnóstico precoz puede evitar los síntomas si los plazos de la pesquisa sistemática se cumplen rigurosamente. La sospecha clínica ayuda al diagnóstico temprano y la instauración del tratamiento apropiado. La existencia de procesos infecciosos asociados no debe evitar la sospecha diagnóstica si los síntomas persisten.

Pesquisa neonatal de fenilcetonuria (PKU) en la provincia de Buenos Aires

Spécola N¹, Nuñez M¹, Moretti A¹, Pattin J¹, Muschietti L¹, Milman P¹, Balán A¹, Sotiru E¹, Borrajo G², Pistaccio L².

1. Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata. 2. Fundación Bioquímica Argentina.

La pesquisa neonatal sistemática de PKU en la provincia de Buenos Aires comenzó en el año 1995 con la creación del PRODYTEC (Programa de diagnóstico y tratamiento de enfermedades congénitas) por el Ministerio de Salud y la Fundación Bioquímica Argentina. De esta manera se daba cumplimiento a la ley 10.429/86, para la prevención de la discapacidad mental.

Objetivos: evaluar la metodología y resultados del programa luego de 12 años de trabajo. Mostrar la evolución de los pacientes en tratamiento. Marcar fallas y expectativas del programa.

Métodos: el programa se aplica en forma sistemática a todos los recién nacidos (RN) en Hospitales públicos provinciales, con cobertura parcial en centros municipales y privados. La toma de la 1^o muestra de sangre en papel de filtro se realiza antes del alta en el sector público. La muestra se procesa en el laboratorio de la Fun-

dación Bioquímica utilizando un método microfluorométrico con un valor de corte de 2,5 mg%. La confirmación y seguimiento de los pacientes se realiza en el Hospital de Niños de La Plata.

Resultados: desde el inicio del programa hasta diciembre de 2006 se han analizado 1.722.283 RN, con una cobertura del 65% de RN de la provincia. Se detectaron 66 casos de PKU y 85 casos de Hiperfenilalaninemia persistente benigna (HPA) junto a otras formas transitorias, la incidencia conjunta de PKU y HPA es de 1:11.405. La edad mediana para la obtención de la primera muestra e inicio del tratamiento fue de 2 y 17 días, respectivamente. Los pacientes con buena adherencia al tratamiento presentan un desarrollo psicofísico normal.

Conclusiones: se desarrolló un programa eficiente de pesquisa neonatal en la provincia, al que podrían incorporarse otras enfermedades, si razones de política sanitaria lo justifican. Con él se logró una cobertura del 65% de RN de la provincia. La falta de progreso en la cobertura de ámbitos municipal y privado no se debe a fallas metodológicas. El nivel socio-cultural y el apoyo familiar son las variables que definen la adherencia al tratamiento.

Análisis y consideraciones epidemiológico-ambientales de las parasitosis intestinales en una población infantil

Cambiasso, Carolina²; Kozubsky, Leonora¹; Bethencourt, Alicia¹; Medina, Patricia¹; Raimondi, Inés².

1. Sector Parasitología. Laboratorio Central. Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

2. Facultad de Cs Naturales UNLP.

✉ kozubsky@biol.unlp.edu.ar

Introducción: las parasitosis intestinales constituyen una problemática para la salud pública y ambiental, siendo causa de morbi-mortalidad especialmente en las poblaciones infantiles.

Objetivos: el objetivo fue conocer la distribución de las enteroparasitosis en la población infantil diagnosticada en el hospital, estableciendo relaciones con variables temporales y socio-ambientales.

Materiales y métodos: se analizaron los resultados de los análisis coproparasitológicos (ACP) correspondientes a pacientes de 0 a 15 años, preseleccionados por la consulta médica, durante 1999, 2002 y 2005, correspondiendo respectivamente a 1890, 1533 y 1411 muestras.

El ACP incluyó técnicas de flotación, sedimentación e hisopado anal. Los datos climatológicos fueron provistos por el Servicio Meteorológico Nacional.

Resultados: para los años 1999, 2002 y 2005 se encontraron parasitadas 1324 (70,05%), 1024 (66,75%) y 1015 (71,93%) muestras sin diferencias significativas. Fueron poliparasitarias 20,24%, 23,14% y 23,25% respectivamente. La riqueza específica fue la misma para los tres años, encontrándose 15 especies parasitarias: *Blastocystis hominis*, *Giardia lamblia*, *Enterobius vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Entamoeba histolytica*, *Trichuris trichiura*, *Hymenolepis nana*, *Strongyloides stercoralis*, Uncinarias y 6 especies comensales, siendo mayoritarios los protozoos sobre los helmintos. Las mayores prevalencias se encontraron en niños de 3-6 años y en menor medida en los de 1-3 años. No se hallaron diferencias significativas en cuanto a género ($p < 0,05$). Comparando los resultados obtenidos estacionalmente se observó que los helmintos siguieron una distribución estacional similar para los tres años, no siguiendo un patrón climático. En cuanto a las condiciones sanitarias, se encontró que el porcentaje de individuos parasitados con acceso a agua potable y/o cloacas, aumentó progresivamente desde 1999 hacia 2005, pero en forma estadísticamente no significativa.

Conclusiones: los resultados muestran que las parasitosis intestinales no han disminuido significativamente en el tiempo estudiado, no siendo exclusivas para la población carente de servicios sanitarios. Las mayores prevalencias parasitarias se presentaron en niños de 3-6 años donde los hábitos higiénicos no están afianzados, así las enteroparasitosis continúan siendo una problemática a abordar con fuerte impronta en la educación poblacional.

Diagnóstico de situación en atención primaria en niños de 0 a 6 años bajo programa del Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el año 2006.

Areco Lelia, Allegrucci María Cristina, Mainetti José Luis, Reina Ana y equipo de SPS.

✉ mallegrucci@ms.gba.gov.ar

Introducción: el SPS existe en la Provincia de Buenos Aires desde fines de 2000 con el objetivo de mejorar la accesibilidad a los servicios de salud a las personas que no poseen cobertura social, con nominalización poblacional y con foco en el fortalecimiento de la capacidad institucional del Ministerio de la Salud en el primer nivel de atención. En diciembre de 2005 se sanciona la Ley 13.413 institucionalizando el Seguro Público de Salud en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires.

Objetivo: conocer y analizar los diagnósticos y consultas por cada región sanitaria para identificar las necesidades de salud y disponer de herramientas que permitan actuar sobre la realidad socio-sanitaria local.

Material y métodos: estudio descriptivo y retrospectivo que detalla por orden de frecuencia los primeros 20 motivos de consultas y diagnósticos en cada región sanitaria, en niños de 0 a 6 años atendidos por profesionales del SPS. Se extrajeron los datos correspondientes de las planillas de consulta de cada profesional, estando el Seguro Público a diciembre de 2006, presente en 53 Municipios con 650.000 beneficiarios

Resultados: se procesaron 462.108 consultas ambulatorias, de las cuales el 50% son controles de salud y acciones preventivas. Alrededor de un 45% restante se relacionan en forma directa con infecciones en la infancia.

Conclusión: el análisis de situación es una parte imprescindible de cualquier proceso de planificación sanitaria, cuyo estudio minucioso permite direccionar acciones a fin de mejorar el nivel de salud poblacional. Con relación a los resultados obtenidos en el presente trabajo, consideramos que la actividad preventiva (50% de consultas) desarrollada por los profesionales del SPS es adecuada. Cabe destacar que al extraer los datos de las consultas y diagnósticos encontramos como dificultad que la codificación utilizada en las planillas hasta diciembre 2006 no se corresponde con el nomenclador internacional CIE 10.

Inmunización con HBV en el recién nacido: la realidad de nuestra población

de Barrio, Alfredo E., Battista, Graciela M., Bernasconi, Silvia N., Genchi, Alejandra M., Marano, Rita L. Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata. Scio. Consultorios Externos de Clínica Médica

✉ adeb@infovia.com.ar

Introducción: la vacunación constituye una de las actividades más importantes de los pediatras y neonatólogos. La incorporación de la HBV al nacimiento provoca que se responda con títulos más altos y con mayor tiempo de persistencia de los anticuerpos consiguiendo protección contra la enfermedad. La transmisión vertical o perinatal del virus permite la perpetuación de la enfermedad y muchos niños infectados pasarán a la cronicidad (90%). Se aplica dentro de las 12 horas de vida.

Objetivo: mostrar la realidad de la vacunación con HBV en el RN en nuestro partido.

Material y métodos: estudio de prevalencia de vacunación con HBV por observación directa durante 3 meses sobre niños que concurrieron a nuestro Hospital, analizándose 2 grupos de 400 niños c/u, pertenecientes al ámbito privado y estatal. Se eligieron niños con + 37 semanas de gestación, nacidos por parto eutócico, peso nacimiento 2.000 gr. o más, sanos y sin internación. Se interrogó a las madres sobre el momento de la vacunación.

Resultados: nacieron en 23 clínicas privadas del Partido de La Plata y 17 hospitales del sector estatal de La Plata y otros partidos.

El 15% sabían porque se les había aplicado la HBV tan rápido.

El 57,37% no sabían de la importancia de vacunar precozmente con HBV.

Ámbito privado: 45 RN (11,25%) fueron vacunados con HBV antes de las 12 hs. de vida.

Ámbito estatal: fueron vacunados con HBV antes de las 12 hs. de vida, solo 155 RN (38,75%).

Comentario: es muy importante aplicar HBV dentro de las primeras 12 hs. de vida. El porcentaje de niños vacunados en el sector privado es muy bajo. Es nuestra obligación como médicos pediatras hacer cumplir la norma nacional.

Se deben implementar programas informativos sobre la importancia de la aplicación de la vacuna en el tiempo indicado.

Se necesitan controles más estrictos por las autoridades sanitarias correspondientes para ambos ámbitos.

Complicaciones neurológicas centrales en niños con Leucemia Linfoblástica Aguda

Cuello MF; Costa A; Martínez M; Schutemmerberg V; Fynn A.

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

Introducción: la quimioterapia intensiva combinada y la radioterapia han mejorado notablemente el pronóstico en los pacientes pediátricos con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA). Drogas como la vincristina, los corticoides, L asparaginasa y el Metotrexato a altas dosis, consideradas pilares en los protocolos de tratamiento, son asociados con mayor frecuencia a eventos neurológicos.

Objetivo: establecer el grupo de pacientes afectados en nuestro centro, causalidad, diagnóstico diferencial y evolución.

Material y métodos: desde enero de 1997 a diciembre de 2005 ingresaron 265 pacientes menores de 18 años con diagnóstico de LLA. No se encontraron antecedentes personales de afección neurológica. Diecinueve (19) niños (7%) presentaron afección del SNC, en distintas etapas de su tratamiento. Utilizaron durante este período dos protocolos Nacionales (GATLA). Edad al diagnóstico del evento neurológico. Media (8.3) Rango (3-14 años) Métodos de diagnóstico: TAC - RMN - EEG - PL - Anatomía Patológica - Angioresonancia.

Resultados: diagnósticos realizados y etapas del tratamiento en las que se produjo el evento:

Trombosis - Inducción (2 pacientes).

ACV isquémico - Inducción (2 pacientes)

Toxicidad neurológica/desmielinización- Inducción (1 paciente) - Protocolo M (1 paciente)

Meningitis bacteriana - Inducción (4 pacientes) Intensificación (1 paciente)

Hemorragia del SNC - Inducción (1 paciente)

Hemorragia Intrarraquídea - Protocolo M (1 paciente)

Recaída SNC - Mantenimiento (4 pacientes)

Sin diagnóstico - Intensificación (2 pacientes)

Conclusiones: los eventos neurológicos centrales son frecuentes. El período de inducción fue el más vulnerable (12/19) pacientes, debido a las complicaciones relacionadas con la plaquetopenia y la L asparaginasa. Las infecciones del SNC se manifestaron en esta etapa. La recaída meníngea debe estar presente en estos niños como diagnóstico diferencial.

Uno de 19 pacientes presentó secuelas neurológicas (desmielinización).

Complicaciones durante la movilización de células progenitoras periféricas para autotransplante (ACPP)

Martinoli, MC; Sosa, MF; Gómez S.

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ celestemartinoli@yahoo.com.ar

Introducción: el ACPP, se realiza en neoplasias que responden a quimioterapia. Consta de cuatro etapas: movilización celular, colecta, acondicionamiento y trasplante. La movilización puede realizarse con quimioterapia a dosis altas, siendo capaz de provocar efectos colaterales severos.

Objetivos: caracterizar y cuantificar los eventos producidos durante la etapa de movilización.

Pacientes y métodos: estudio retrospectivo descriptivo por revisión de historias clínicas de ACPP, en la unidad de trasplante, HIAEP Sor María Ludovica, de La Plata, desde septiembre de 1998 a diciembre de 2006. Se realizaron 57 ACPP. Fueron evaluables 46 pacientes (ptes). Se excluyeron 11 niños por datos incompletos. Todos usaron catéter venoso central y recibieron hiperhidratación, profilaxis antibiótica y factores estimulantes de colonia de granulocitos. La edad media fue de 4 años (r. 1 -17 años). 73,91% varones. 17 ptes presentaban neuroblastoma, 11 linfoma de Hodgkin; 8 sarcoma de Ewing; 4 Leucemia Mieloide aguda; 2 meduloblastoma; 2 rabdomiosarcoma; 1 sarcoma sinovial y 1 tumor germinal maligno de ovario. El nadir de neutropenia fue $100/\text{mm}^3$, nadir plaquetas $8000/\text{mm}^3$ y nadir de anemia 5,8 gr/dl.

Resultados: 1) 27,53% *Neutropenia febril*: sin foco 84,22% y con foco 15,78% (2 faringoamigdalitis; y 1 otitis media aguda supurada). En cuanto a aislamiento de germen: se rescataron en 3 hemocultivos centrales estafilococo coagulasa negativo en 1 estreptococo y en uno se informó flora mixta. En las neutropenias con foco se aisló estreptococo beta hemolítico del grupo A en hisopado de fauces y Pseudomona aeruginosa en secreción ótica. 2) 27,53% *Trastornos hidroelectrolíticos*: hiponatremia (42,10%), hipomagnesemia (21%), hipopotasemia (15,78%), hipocalcemia (15,78%) hipermagnesemia (5,2 %). 3) 27,53% *Disturbios hematológicos*: se registraron 10 transfusiones de glóbulos rojos y 9 de plaquetas. 4) 7,24% *Mucositis*. 5) 4,34% *Complicaciones asociadas al catéter*. 6) 2,89% *Muguet*. 7) 1,44 *Conjuntivitis*. La sobrevida en la movilización de Stem-Cells fue del 100%.

Conclusiones: en nuestra experiencia las complicaciones más frecuentes fueron Neutropenias febriles sin foco, hidroelectrolíticas entre ellas hiponatremia y disturbios hematológicos que requirieron transfusión (anemia y plaquetopenia). Ninguna de ellas afectó la sobrevida de los pacientes, sin embargo es importante el seguimiento clínico y de laboratorio normatizado.

Hemangioendoteloma kaposiforme de localización duodenal. Presentación de un caso clínico

Alberti, MJ; Ben, R; Fernandez, MF; Macarrón, G; Molina, A; Vargas, JC.

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ mjalberti@hotmail.com

Introducción: el hemangioendoteloma kaposiforme es un tumor infrecuente y agresivo, que afecta generalmente a menores de 2 años, se desarrolla de predominantemente como lesión única en piel (generalmente tronco o extremidades) o en retroperitoneo. Inicialmente de apariencia similar un hemangioma del lactante, y progresivamente la lesión se torna profunda, infiltrante, violácea y crece como un tumor maligno. En piel

pueden observarse telangiectasias o equimosis, claves para sospechar un síndrome de Kasabach-Merritt. La asociación con linfangiomatosis también se ha descrito.

Caso clínico: paciente de sexo femenino de 3 años que consulta por dolor epigástrico y hemorragia digestiva alta (hematemesis y melena). Se realiza endoscopia digestiva alta, observándose úlceras en estómago y duodeno, con vaso sangrante entre 1ra y 2da porciones del mismo. Se inyecta AET y adrenalina cediendo el sangrado. Se medica con sucralfato y omeprazol. Posteriormente la paciente reitera episodios de sangrado activo que la descompensan hemodinámicamente, con requiriendo múltiples transfusiones sanguíneas. Se realiza nueva endoscopia que evidencia lesión hiperémica con vasos de mayor diámetro en la 2da porción del duodeno, cubierta por coágulo. Se realiza duodenotomía, y se ligan y esclerosan vasos afluentes. Un mes más tarde, ante un nuevo episodio de sangrado que descompensa a la paciente, se realiza laparotomía exploradora de urgencia con duodenotomía y excéresis de formaciones angiomasos. Se realiza angiografía abdominal observándose irrigación de la formación vascular por la arteria gastroduodenal y se coloca un dispositivo intraluminal para embolizarla. La biopsia informa hemangioendotelioma kaposiforme con compromiso duodenal. Comienza tratamiento con metilprednisolona y por la gravedad del cuadro se adiciona interferon alfa a 1.500.000 U/día. La paciente evolucionó favorablemente.

Conclusión: el hemangioendotelioma kaposiforme puede ser de localización duodenal si bien en nuestro conocimiento aún no se han reportado casos en la literatura, y solo se registran, dentro de la localización extracutánea, casos en retroperitoneo.

Ocurrencia de Fisura Labio-Alveolo-Palatina (FLAP) en niños de zona norte del Gran Buenos Aires

Poggio, NA; Sercombe, JM; Höner, AI; Kanevsky, SM; Inacio, S; Dunel, MB; Roller, MF.

Residencia de Odontopediatría. Hospital Zonal Especializado en Odontología y Ortodoncia.

"Dr. J. U. Carrea" Olivos. Vicente López. Buenos Aires. Argentina.

✉ residencia@hospitalcarrea.com.ar

Introducción: la FLAP es una de las malformaciones congénitas craneofaciales más frecuente. La etiología es multifactorial y su incidencia ha aumentado conjuntamente con los factores epidemiológicos, genéticos y ambientales.

Objetivo: estudiar la ocurrencia de FLAP entre los pacientes atendidos por el Equipo Interdisciplinario FLAP del Hospital "Dr. Juan U. Carrea" desde enero 1993 hasta diciembre de 2005.

Materiales y métodos: en el presente estudio se relevaron datos de las historias clínicas de pacientes atendidos por el Equipo FLAP. De una población de 410 pacientes, 238 historias clínicas cumplían con los requisitos de selección para este estudio. Datos relevados: sexo, tipo de FLAP, edad de la madre durante el embarazo, compromiso con el tratamiento, asociación a síndromes genéticos y antecedentes familiares de fisura.

Resultados: el 54% (128/238) de los pacientes eran de sexo masculino, el 26.9% (64/238) presentó FLAP izquierda completa, el 20.6% (47/238) de las madres tenían entre 20 y 22 años durante la gestación, el 47% (112/238) de los pacientes discontinuó el tratamiento, el 8% (19/238) presentó asociación con síndromes genéticos y el 28.1% (67/238) registraba antecedentes familiares de fisura.

Conclusión: al comparar este estudio con uno realizado en Croacia se observa coincidencia en el predominio de casos de pacientes de sexo masculino y de FLAP izquierda completa.

Al analizar el intervalo de edad de las madres de los pacientes fisurados en el momento de la gestación no se encontraron coincidencias entre nuestro estudio y los realizados por Blanco-Dávila y por De Roo, Gaudino y Edmonds. Este último llega a la conclusión de que las madres menores de 20 años poseen mayores probabilidades de tener bebés con fisura de labio con o sin fisura palatina.

En nuestro estudio también se puede observar que el porcentaje de FLAP asociada a síndromes genéticos fue bajo y el factor hereditario notable.

Histiocitosis de células de Langerhans (HCL) tipo I. A propósito de un caso

Petroli, Paula; Pollono, Agustina; Gonzalez Barlatay, Francisco; Vulycher, Cecilia; Zamperetti, Francisco; Juliano, Paola; Merlino, Rosario; Pollono, Daniel.

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ paolajuliano@yahoo.com.ar

Introducción: las Histiocitosis de Células de Langerhans (HCL) tipo 1 conforman un grupo heterogéneo de entidades, de variable forma clínica y pronóstico debido a evolución imprevisible, con progresión rápidamente mortal, crónica recurrente con secuelas y/o regresión espontánea. Clínicamente, la forma de inicio dependerá de la localización de la enfermedad. El dolor, tumefacción, exoftalmía, impotencia funcional, fractura pueden ser signos de compromiso óseo, frecuentemente en calota y huesos largos, pero también en cuerpos vertebrales y pelvis. Las lesiones dérmicas son polimorfas, en cuero cabelludo (dermatitis seborreica), una dermatitis peri-anogenital o intertrigo. La presencia de adenomegalia es infrecuente pero se ve como forma aislada. La dificultad respiratoria por compromiso intersticial es una forma de presentación. Las formas diseminadas con compromiso orgánico van a presentar hepatoesplenomegalia, distensión abdominal, ascitis, edemas, síndrome febril, palidez cutáneomucosa, petequias y compromiso del estado general. Habitualmente ocurren en menores de 2 años y tienen un pronóstico desfavorable.

Objetivo: mostración de un paciente, portador de Histiocitosis de Células de Langerhans tipo I de Alto Riesgo.

Materiales y métodos: evaluación retrospectiva de un caso clínico. Paciente masculino, 3 meses, ingresó por cuadro de anemia y esplenomegalia de 15 días de evolución. Al ingreso buen estado general, palidez generalizada. Al examen físico: piel áspera (micropápulas) diseminadas, máculas hipocrómicas, dermatitis seborreica retroauricular, en cuello y axilas, dermatitis perianogenital. Secreción ótica serosanguinolenta unilateral. Sople sistólico suave. Abdomen distendido, indoloro, con bazo palpable que alcanza fosa iliaca izquierda y altura hepática de 8 cm. Se solicitó estudio hematológico: Hematocrito: 21.5%, Hemoglobina: 7.5g/dl, Plaquetas: 54000/mm³, Leucocitos: 5,800/mm³ (23/3/0/74/0), Protrombina: 78%, LDH 897, Coombs Directa: negativo. Ecografía abdominal: esplenomegalia homogénea (98x38x39 mm), hígado normal. Se completó con serologías negativas y seriada esquelética sin lesiones. Se realizó biopsia de piel constatándose infiltrado histiocitario con inmunomarcación positiva para S100 y CD1a que confirma el diagnóstico de Histiocitosis de Células de Langerhans tipo I. Por presentar disfunción orgánica (bicitopenia, esplenomegalia), siendo menor de 2 años se categorizó como Alto Riesgo.

Conclusiones: la presencia de un cuadro clínico con hepatoesplenomegalia, fiebre, rash cutáneo, lesiones dérmicas, palidez y petequias es habitualmente secundario a un proceso infeccioso diseminado (viral o bacteriano), en este grupo etáreo; pero no debemos olvidar que otras enfermedades pueden simular este cortejo signo-sintomático: Histiocitosis, leucemias y neuroblastomas.

Síndrome de Prune Belly

Cobeñas C, López Gerald S, Martinoli MC.

Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ celestemartinoli@yahoo.com.ar

Introducción: el síndrome de Prune Belly presenta alteración de la pared muscular abdominal, uropatías y criptorquidia bilateral. Su etiología es desconocida. Su incidencia es 1/35.000 a 1/50.000 nacidos vivos. El 95% son varones. Si la triada esta incompleta se denomina "pseudoprunebelly". El pronóstico de sobrevivida está señalado por las complicaciones cardiorrespiratorias y el grado de displasia renal con eventual progre-

sión a la insuficiencia renal terminal.

Objetivos: 1- Caracterizar a los pacientes con Síndrome de Prune Belly y pseudoprunebelly, 2- Determinar las malformaciones asociadas y complicaciones que motivaron internación y 3- Consignar evolución alejada.

Pacientes y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo de 11 historias clínicas de niños internados en el Servicio de Nefrología del Hospital de Niños Sor María Ludovica con diagnóstico de Síndrome de Prune belly y pseudoprunebelly, durante el período junio de 1982 y mayo 2007.

Resultados: se evaluaron 11 pacientes en total. Todos eran varones (100%). 9 presentaron Síndrome de Prune Belly (81,8%) y 2 pseudoprunebelly (18,2%). *Antecedentes perinatales:* 2 (18,2 %) niños con oligohidramnios, 3 (27,2%) fueron producto del primer embarazo de madres jóvenes. *Uropatías detectadas:* 10 (90,9%) hidroureteronefrosis, 5 (45,5%) megavejiga, 4 (36,3%) displasia renal y 2 (18,2%) uraco permeable. *Malformaciones asociadas:* 3 (27,2%) casos presentaron alteraciones músculo-esqueléticas, 2 (18,2%) implantación baja de pabellones auriculares, 3 (27,2%) microretrognatia, 1 (9,09%) hipoplasia pulmonar y 1 (9,09%) cardiopatía congénita. El motivo de internación fue infección urinaria en los 11 niños (100%), en 4 (36,3%) de ellos se observó pseudohipoaldosteronismo secundario. Todos evolucionaron a insuficiencia renal crónica (IRC). El tratamiento fue antibioticoterapia, quimioprofilaxis antibiótica y suplementos de sodio en los que desarrollaron pseudohipoaldosteronismo secundario. 4 (36,3%) pacientes requirieron intervención de su vía urinaria (2 vesicostomía - 2 ureterostomía bilateral). En 1 (9,09%) se efectuó orquidopexia izquierda y orquidectomía derecha. El seguimiento promedio fue de 4,7 años con un rango entre 1 y 15 años.

Conclusiones: de los pacientes evaluados, 81,8% presentó la forma completa. Todos eran varones. La uropatía más común fue la hidroureteronefrosis. En 6 (54,5%) casos se observó otra malformación asociada, siendo la más frecuente las alteraciones músculoesqueléticas.

Hipertensión arterial secundaria

Arrúa M; Cobeñas C; Martiarena N; Morano San Miguel J; Ortega M; Rosa M; Lamenza M.
TINPELP, Servicio de Pediatría y Neonatología del Sanatorio Argentino del Plata, La Plata.

Introducción: la Hipertensión arterial (HTA) es una patología aún poco sospechada desde la práctica pediátrica. Algunos niños llegan a la edad adulta sin haber recibido control de Tensión Arterial. La prevalencia de HTA en la infancia es de 1 a 3%, llegando al 10% en la adolescencia.

Caso Clínico: se presenta el caso de VL de 12 años de edad, sexo femenino, que concurre a la consulta por pérdida de peso de 12 Kg en los últimos 2 meses. El examen clínico se encuentra dentro de límites normales, excepto su tensión arterial (TA) que se encuentra por encima de Percentilo 95 (P95) por tabla de Task Force. Se reiteran controles en 3 oportunidades, confirmando los valores elevados, por lo que se deriva para estudio. Al ingreso paciente lúcida, Glasgow 15/15, eritema malar, pulsos periféricos simétricos positivos, sin organomegalias, con ritmo diurético conservado (no refiere poliuria ni nocturia). Sin antecedentes personales ni familiares de importancia.

Se solicitan los siguientes estudios:

- Función renal (incluye Clearance de creatinina): Normal
- Radiografía de tórax: Sin signos de sobrecarga.
- Evaluación cardiológica: Normal, solamente se constata hipertensión.
- ASTO: < 333 UT
- Fondo de Ojo: Normal
- Evaluación reumatológica: Normal
- Hormonas Tiroideas: Normales
- Ecodoppler cardíaco y renal: Normales

Es evaluada por profesionales del servicio de Nefrología indicando tratamiento con β -bloqueantes, con lo que regulariza valores de TA a P90; y solicita resonancia magnética nuclear (RMN) con y sin contraste de riñón,

detectando estenosis de arteria renal derecha.

Se programa tratamiento y seguimiento ambulatorio efectuándose dilatación por angioplastia con balón. La paciente evoluciona en forma favorable con TA en valores normales sin tratamiento médico.

Conclusión: la hipertensión arterial debe ser sospechada en niños; y en los controles de salud debe medirse la tensión arterial; no se debe considerar la HTA como una enfermedad del adulto. La HTA secundaria es más frecuente en la infancia.

Anemia Hemolítica Autoinmune: a propósito de un caso

Arrúa M; Martiarena N; Morano San Miguel J; Ortega M; Rosa M; Lamenza M; Jackus O; Cuello M; Formisano S; Fernandez R.

TINPELP, Servicio de Pediatría y Neonatología del Sanatorio Argentino del Plata, La Plata.

HEMASAR, Servicio de Hematología, del Sanatorio Argentino del Plata, La Plata.

Introducción: las anemias hemolíticas representan el 4.5% del total de las anemias en la edad pediátrica. Dentro de éstas, son infrecuentes las de origen inmunológico. Las anemias hemolíticas autoinmune son un grupo de alteraciones inmunohematológicas cuya característica es la presencia de autoanticuerpos eritrocitarios que determina la destrucción de los mismos. De estas existen 3 tipos: Anemia autoinmune a anticuerpos (Ac) calientes, Anemia auto inmune a Ac. Fríos y Anemia autoinmune a Ac. combinados.

Caso Clínico: se presenta el caso de SF de 2 meses de vida que ingresa al Servicio de Pediatría y Neonatología con síndrome febril y repercusión general interpretándose como sepsis; se pancultiva y se inicia tratamiento empírico con Cefotaxima 150 mg/Kg/día. En los estudios complementarios se detecta Hematocrito: 18% Prueba Coombs Directa: negativa.

Se mantiene control clínico y se repite a las 12 horas, con caída de hematocrito. Se solicitan estudios de forma y fragilidad eritrocitaria que son normales.

En panel de Ac. se detecta IgM Ac. Fríos. Debido a las características clínicas de crisis hemolítica se indica transfusión de sedimento globular no encontrándose compatibilidad de 100%. Se decide iniciar tratamiento con gammaglobulina con respuesta escasa (continúa con hemólisis), se agrega a tratamiento metilprednisona a dosis 30 mg/Kg/día.

En los estudios solicitados se detecta:

- Urocultivo: 10⁴ UFC de *Escherichia coli* sensible a Cefotaxima.
- IgM e IgG negativas para *Mycoplasma pneumoniae*, HIV y Citomegalovirus.
- IgM positiva para Virus de Epstein Barr.

Conclusión: el paciente presentó Anemia Hemolítica Autoinmune Ac Fríos secundario a infección por Virus de Epstein Barr. La descripción bibliográfica de este tipo de patología es de autolimitación. Particularmente en este caso las crisis hemolíticas comprometieron la vida en reiteradas ocasiones, lo que llevó a indicar un tratamiento poco usual, aunque descrito. El paciente evolucionó en forma favorable, con hematocrito en ascenso, recibiendo suplemento de hierro y ácido fólico.

Crecimiento compensatorio facial y neural en ratas con retardo prenatal de crecimiento tratadas con hormona de crecimiento

Fabián Quintero^{1,5}; Luis Castro¹; Luis Guimarey²; Alicia Orden³; María Cesani³; María Fucini⁴; Evelia Oyhenart^{3,5}.

1. Facultad de Ciencias Naturales, UNLP. 2. CICPBA - Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". 3. CONICET. 4. Facultad de Odontología, UNLP. 5. Docente Investigador CIGEBA.

✉ fquintero@fcnym.unlp.edu.ar

Objetivo: analizar el efecto de la hormona de crecimiento (GH) sobre el catch up de los componentes

craneanos facial y neural de ratas con retardo prenatal de crecimiento (RPC).

Material y métodos: ratas Wistar se dividieron en: Control (C), RPC y RPC+GH. El RPC fue inducido por obstrucción parcial de las arterias uterinas. La GH fue administrada entre los 21 y 60 días de edad. Se obtuvieron placas radiográficas a los 1, 21, 42, 63 y 84 días de edad donde se midieron longitud, ancho y altura del neurocráneo (LN, AN y HN) y del esplanocráneo (LE, AE y HE). Se realizó análisis de componentes principales a los 84 días. Para todas las edades se calcularon los volúmenes neural y facial que fueron ajustados por curvas de regresión.

Resultados: el primer eje del ACP acumuló el 61,4% de la varianza en relación al tamaño y separó los grupos por sexo. Los escores promedios resultaron en machos C = 0.16, RPC = 0.02 y RPC+GH = 0.09, en hembras C = -0.08, RPC = -0.19 y RPC+GH = -0.05. El segundo eje capturó un 20.2% de la varianza restante en relación con la forma, separando a los grupos por tratamiento. Los escores promedio resultaron para machos C = 0.01, RPC = 0.06 y RPC+GH = -0.02, mientras que en hembras C = 0.02, RPC = -0.01.34 y RPC+GH = -0.04. Los resultados del ajuste de curvas fueron: Volumen Neural: tamaño máximo estimado 3.04 ($p < 2e-16$) y tasa de crecimiento -0.72 ($p < 2e-16$); Volumen Facial fueron: tamaño máximo estimado 2.82 ($p < 2e-16$) y tasa de crecimiento -1.186 ($p < 2e-16$). En ambos sexos, el tamaño final del volumen neural fue C = RPC+GH (0.00n/s) > RPC (-0.02 $p < 0.01$), mientras la tasa de crecimiento fue C = RPC (0.00n/s) y en RPC+GH moderadamente menor (-0.03 $p < 0.04$). El volumen facial final fue similar en los tres grupos (0.00n/s), aunque mostró diferencias en la tasa de crecimiento entre grupos siendo C > RPC+GH (-0.08 $p < 0.01$) y RPC+GH = RPC (0.00 n/s).

Conclusiones: los componentes craneanos facial y neural en ratas con RPC presentan diferentes estrategias de recuperación principalmente en relación a modificaciones de la tasa de crecimiento y la respuesta a la GH.

Palabras clave: Retardo prenatal de crecimiento- Hormona de crecimiento - Catch up - Crecimiento craneal.

Frecuencia y factores asociados a traumatismos y politraumatismos en una Sala de Pediatría de un HZGA del conurbano bonaerense

Mora, Federico; Casale, Mariá; López Amaya, M.Gabriela; Reynaldi, Andrea; Santolin, Cecilia; Sevilla, M. Eugenia; Spinetta, Juliana.

HZGA. Mi Pueblo Fcio. Varela, Pcia de Bs. As., Argentina.

✉ pediatriamipueblo@yahoo.com.ar

Introducción: los traumatismos prevenibles son la principal causa de muerte en los niños en todo el mundo. En Argentina, las lesiones traumáticas y de violencia externa son la primera causa de muerte en edades comprendidas de 1 a 34 años.

Objetivos: identificar y definir tipo de traumatismo más frecuente y los factores de riesgo implicados en las consultas que condicionaron internación en la sala de pediatría de un hospital general en el período de 13 meses.

Tipo de diseño: descriptivo, observacional, retrospectivo.

Metodología: se revisaron las historias clínicas de los pacientes internados en la sala de pediatría desde el 1 de enero de 2006 al 31 de enero de 2007, los cuales presentaban algún tipo de traumatismo. Durante dicho periodo, se internaron 1286 pacientes de los cuales 41 correspondieron a traumatismos. Se analizaron: edad, sexo, tipo de traumatismo, y circunstancia de producción (lugar, forma y grado de supervisión por un adulto).

Resultados: sobre el total de las internaciones los traumatismos y politraumatismos significaron un 3.1%. Edad promedio 7.3 años (rango de 0 a 13). 31 pacientes (71%) eran varones. El 75.5% se encontraba sin un adulto responsable en el momento del accidente. Los politraumatismos fueron el trauma más frecuente representando un 34.1% (N14) de los cuales el 26.8% (N11) presentaron TEC, seguido por la fractura supracondilea con un 29.2% (N12). El 41% ocurrió en el hogar.

Conclusiones: el porcentaje de traumatismos y politrauma que se interna en nuestra sala de clínica pediátrica es bajo en comparación con la estadística. Lesiones de causa externa netamente prevenibles (accidentes de tránsito y en el hogar) son el motivo de la gran mayoría de las mismas. La ausencia de un adulto responsable, exacerban las posibilidades de producción de estos acontecimientos.

La importancia de estas conclusiones radica en concientizar a la población respecto de la prevención de los accidentes, como forma de cuidado y protección del futuro de nuestros niños.

Síndrome de intestino corto: adaptación es sinónimo de curación?

Fabeiro, M, Dalieri M, Martinez M, Barcellandi P, Prozzi M, Ghener P, Hernández J, Fernández A.
Servicio de Nutrición y Dietoterapia. Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.
✉ saris@lpsat.com

El síndrome de intestino corto (SIC) es un cuadro malabsortivo congénito o frecuentemente secundario a resección intestinal. Sus consecuencias son: pérdida de superficie absorptiva, balance negativo de macro - micronutrientes e hidroelectrolítico. "Adaptación" es el proceso que permite, en periodo variable, adquisición de autonomía digestiva.

Objetivo: analizar tratamiento nutricional y complicaciones de un subgrupo de pacientes con SIC adaptados.

Población, material y método: estudio retrospectivo del Servicio de Nutrición. Hospital de Niños de La Plata. Se seleccionaron pacientes con dos criterios: 1) portadores de SIC por resección amplia adaptados, 2) seguimiento desde al menos 10 años de la cirugía. Se evaluó: longitud intestinal, presencia de válvula ileocecal y colon, edad de resección y al último control, soporte nutricional, antropometría y desarrollo; crecimiento por tablas NCHS y estadios de Tanner para desarrollo. Se registraron complicaciones e internaciones

Resultados: la longitud intestinal remanente es (x): 41 cm (DE 17,4 cm) en los 12 pacientes incluidos. El 58% conservan colon y 58% válvula ileocecal. La resección fue neonatal en 58%. Todos recibieron nutrición parenteral inicial (x) duración: 2.75 años (DE:1.5). El 75% requirió enteral nocturna (x) duración: 3.7 años (DE 2,9) y 41% la recibe actualmente. Las complicaciones fueron: 25% anemia megaloblástica, 17% acidosis D láctica, 17% hipocalcemia/hipomagnesemia a pesar de suplementación, 8% raquitismo. 33% presenta síndrome postrombótico. 83% requirió reinternación (total de reinternaciones 79; 9 por paciente). Las causas fueron relacionadas al soporte nutricional: 47%, enfermedad de base 28% e interurrencias 25%.

Edad al último control (x): 14 años (DE 2.6). La antropometría actual: x Z score T/E: -1.5 (DE 1.2) y x Z score IMC: -0,8 (DE 0.6) 33% es prepuberal.

Conclusión: pacientes con SIC requieren soporte nutricional por tiempo variable y seguimiento prolongado por la frecuencia de complicaciones severas y necesidad de reinternación.

Accidentes versus Lesiones. Azar o negligencia

Miriam R. Pérez; Luis A. Miraglia; Elizabeth Montero Labat; María E. Boiardi, Miguel A. Esteban.
Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.
✉ sala9sml@yahoo.com.ar

Introducción: el trauma constituye la primer causa de muerte en el grupo etáreo de 1 a 18 años. La gran mayoría de los mal llamados accidentes son evitables.

Objetivo: analizar una serie de casos clínicos y discutir la intervención en los mismos del azar o del descuido.

■ Caso N°1: niño de 10 años con traumatismo encefalocraneano (TEC), heridas cortantes en cara, región occipital y rodilla, (con cristal de parabrisas en su interior) y fractura de hueso propio. Se trató de una colisión frontal entre dos automóviles, viajando en el asiento delantero, siendo despedido del vehículo. De la expli-

cación paterna surge que manejaba a baja velocidad, sin cinturón de seguridad ya que se trasladaban a un lugar muy cercano.

■ Caso N°2: niña de 4 años con Politraumatismo grave, TEC, múltiples fracturas, hemorragia ventricular y edema cerebral difuso. Trauma torácico y trauma abdominal. La lesión fue provocada por la caída de una rama, mientras jugaba en el lugar donde su tío podaba un árbol.

■ Caso N°3: niña de 3 años con TEC, fractura parietooccipital, pérdida de conocimiento y convulsión post-traumática. La causa fue caída de altura, de una ventana que abría hacia afuera (sin protección) en el descanso de una escalera (no cercada). Los padres refieren que la niña habitualmente sube y baja sola en la escalera porque es muy cuidadosa.

■ Caso N°4: niña de 2 años que presentó TEC grave, con fractura temporoparietal, de órbita y hemorragia intraparenquimatosa. La lesión ocurrió por caída de TV. La madre a su cuidado se ausentó "un segundo" para prepararle una mamadera.

Conclusión: en todos los casos se trató de eventos prevenibles. La circunstancia que desencadena la lesión debe ser motivo de análisis y discusión con el niño y su familia para extraer conclusiones y experiencias que eviten o que disminuyan la posibilidad de nuevos accidentes.

Metaplasia gástrica de mucosa del intestino delgado (ID)

Eugenia Altamirano; Ricardo Drut.

Servicio de Patología. Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ patologi@netverk.com.ar

Introducción: la metaplasia es una diferenciación anormal de las células germinativas de la zona como resultado de estímulos regenerativos, en general reiterados en el tiempo.

Objetivo: presentar 3 casos de metaplasia gástrica de mucosa del ID hallados en niños en diferentes situaciones clínicas.

Casos clínicos: 1) Niña de 14 años con pseudo-obstrucción intestinal crónica asociada a megavejiga y megareteres que desarrolló una fístula gastro-yeyunal requiriendo la resección del anillo fistuloso y 97 cm del yeyuno proximal. 2) Niña de 6 años con aganglionosis y yeyunostomía desde los 8 meses, que se mantuvo como tal hasta la consulta actual. Se efectuaron biopsias múltiples de la pared del ID, incluyendo la zona de la ostomía. 3) Niña de 5 años con historia de Enterocolitis necrotizante con extensa resección del colon y anastomosis ileo-rectal. Por dolor al defecar y enterrorragia se efectuó rectoscopia con biopsia.

Resultados: en los 3 se hallaron zonas de mucosa con evidencias histoquímicas, inmunohistoquímicas y de microscopía de fluorescencia correspondientes a metaplasia gástrica de tipo antral. En la paciente 1 se lo interpreta como secundario al estasis intestinal crónico y la yeyunitis asociada (reconocible en la histología); en la paciente 2 se vincula el hallazgo al traumatismo iterativo de la mucosa en la ostomía, y en la niña 3 a la acción del contenido intestinal adyacente al recto. Notablemente en este último caso la alteración fue sintomática.

Conclusión: el conjunto de los datos de la literatura y nuestros hallazgos parecen indicar que el fenómeno de la metaplasia gástrica de la mucosa del ID, incluyendo duodeno, yeyuno e ileon, es más frecuente que lo previamente sospechado. No hay relatos previos de este fenómeno en niños fuera del duodeno en la Enfermedad celíaca.

Situación de la diarrea aguda en pacientes internados en el Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica"

Alsina, A, D'Biassi, P, Zapata, V, Martinoli, MC, Perli, D, Ferrera, A, Roche, M, Dalieri, M.

Residencia de Medicina Interna. Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría. Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica". La Plata.

✉ verolopezapata@yahoo.com.ar

El abordaje de la diarrea aguda requiere supervisión clínica y del estado de hidratación. Solo un pequeño grupo requerirá internación.

Objetivo: evaluar la población pediátrica hospitalizada por diarrea aguda en el Hospital de Niños Superiora Sor María Ludovica.

Material y método: análisis prospectivo de pacientes de 1 mes a 15 años ingresados en salas de clínica pediátrica desde el 21/12/06 al 21/03/07 por gastroenteritis aguda.

Resultados: se internaron 85 pacientes (41% mujeres, 59% varones); 4 debieron excluirse. El promedio de edad 26,4 meses (rango 1-156). Procedencia La Plata 49%, gran La Plata 20%, resto Pcia. Bs. As. 31% Epidemiología familiar: 34%. Condiciones medioambientales: sin agua corriente: 27,5%; sin cloacas 30%. Días de evolución hasta la internación 2,81 (rango 1-15), promedio de 1 consulta previa antes del ingreso (rango 0-4). Estado clínico: bueno 23,5%, regular 75,3% y malo 1,2%. El 84,25% era eutrófico y el resto desnutrido leve. Estado de hidratación: 42% normohidratado, 24,8% deshidratación leve, 30,8% moderado y 2,4% grave. El 37% permaneció ayunado 0,5 días (rango 0-14). Recibieron hidratación oral y/o endovenosa 1,28 días. Cultivos negativos 39,5%, Rotavirus 12,3%, *Shigella* 18,5%, Rotavirus+ *Shigella* 7,4%. El 23,5% no llegó la muestra. Tuvieron acidosis metabólica 26%, hiponatremia 13,6% e hipocalemia 12,3%. Permanecieron internados 3,33 días (rango 1-16).

De los internados un día (24,7%), 70% no estuvieron ayunados, 85% eran eutróficos y 60% no estaban deshidratados, ninguno tuvo alteraciones hidroelectrolíticas, la mitad eran de La Plata y en la mitad no se tomó coprocultivo. Falleció un paciente debido a su enfermedad de base.

Conclusiones: el 70% de los pacientes fueron de La Plata y sus alrededores. Los gérmenes más frecuentes fueron *Shigella* y Rotavirus. Un tercio de los pacientes no presentaba condiciones medioambientales adecuadas. La mayoría de los niños eran eutróficos. Los trastornos hidroelectrolíticos más frecuentes fueron acidosis metabólica, hiponatremia e hipocalemia. Se debería evitar internaciones de pacientes con compromiso leve para minimizar la morbilidad de la hospitalización.