

Respostes i comentaris

1. La Isoniacida és un fàrmac citolític que sovint produeix un increment de les xifres de transaminases, especialment de la ALT. Habitualment aquest increment és de caràcter transitori i apareix als primers mesos del tractament; aquesta disfunció augmenta amb l'edat i amb l'associació amb la Rifampicina. S'ha d'iniciar la retirada dels fàrmacs quan les xifres de transaminases augmentin 5 vegades i/o presentin clínica de disfunció hepàtica. Per tant la resposta correcta és la C.

Bibliografia suggerida:

- Guia de la prevenció i control de la tuberculosi. Quaderns de salut pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Barcelona 1992.
- Jacobs FR, Eisenach DK: Advances in Pediatric Infectious Disease, Vol 8. 1993 Year Book.
- Clínicas Mèdicas de Norteamérica. Tuberculosis. Vol 6/ 1993. Ed Interam.

2. La toxoplasmosi congènita pot donar una simptomatologia molt variada. La forma clínica més típica és la meningoencefalitis, que es caracteritza per quatre símptomes principals, la "tetrada de Sabin": 1- Corioretinitis que està present en un 90% dels nens afectats. 2- Hidrocefàlia interna amb megacefàlia evident. 3- Calcificacions intracranials; es detecten en un 33% dels casos. 4- Convulsions i altres alteracions neurològiques. És per tant la corioretinitis l'alteració més freqüent. La microcefàlia és molt poc freqüent. També amb freqüència menor es poden presentar trastorns digestius i respiratoris.

Bibliografia suggerida:

- Frey BJ, Jever JL Toxoplasmosis. Ped in Rev 1991; 12: 227-236
- Cruz M Tratado de Pediatría, Barcelona. Ed Espaxs 1993.

3. En alguns laboratoris és possible fer l'aïllament del toxoplasma en el teixit placentari i també en teixits del nounat, però no és una tècnica habitual ni tampoc de resultats ràpids. Així com en el cas de la infecció per citomegalovirus es pot trobar el microorganisme en l'orina del malalt, no succeeix el mateix en el cas de la infecció per toxoplasma. L'anàlítica més idònia és la serologia. La presència d'IgM específica en la sang o l.c.r. del nounat té valor diagnòstic (tècnica ELISA). Si es determinen els IgG i es troben valors elevats, serà necessari fer unes altres determinacions de manera periòdica per saber si aquests nivells estan disminuint, la qual cosa indicaria que l'origen dels IgG és matern i per tant no hi ha infecció del nadó o, si els nivells augmenten, indicaria infecció neonatal. En cas de no haver-hi infecció, les IgG desapareixeran de la sang del nounat als 6 mesos de vida.

Bibliografia suggerida:

- Freij BJ, Sever SL Toxoplasmosis. Ped in Rev 1991; 12: 227-236
- Jiménez R, Figueras J, Botet. F Neonatologia. Barcelona. Ed Espaxs. 1987.

4. Per la simptomatologia que s'explica és fàcil descartar la patologia de tipus pulmonar o bronquial. La presentació d'ofec per l'aspiració d'un cos estrany no és progressiva, aguda i seguida de tos intensa. La febre no acompanya en aquest tipus d'accident. Els dos diagnòstics sospitosos són la laringitis i l'epiglotitis. La laringitis estenosant aguda és el tipus de laringitis més freqüent a la infància. És d'origen víric i acostumen a patir-la nens d'edat inferior als 3 anys. S'inicia amb una tos de gos molt característica. Millora en dos o tres dies. Té caràcter recurrent. L'epiglotitis aguda, que és l'afecció que pateix el nen que ens ocupa, es presenta de forma sobtada i és més freqüent en nens de més de 4 anys. No hi ha tos. S'acompanya de febre i sensació de gravetat. L'etiologia és bacteriana (*Haemophilus influenzae* tipus B). El nen s'haurà d'hospitalitzar i possiblement establir una via aèria.

Bibliografia suggerida:

- Crassman W.R., Myer III Ch M, Diagnóstico y tratamiento de crup y epiglotitis. Clin. Ped. Nov. 1994, 2: 313-323.

5. Els fruits secs es donen als nens petits (<4a) en famílies poc curoses (a vegades també en les altres) i, com que no tenen bona concordança orofaríngia en aquesta edat, poden aspirar un fragment mal mastegat i més si estan en un procés respiratori agut. El fragment de fruit sec aspirat sovint obtura parcialment el bronqui i dona un quadre bronquític localitzat. La febre o la diarrea no són definitòries per al quadre, com tampoc el fet de fer esputs amb sang. Una radiografia en espiració i inspiració confirmen el diagnòstic de sospita i la broncoscòpia serà la teràpia. La resposta correcta és, per tant, la C.

6. La torçada de turmell és una lesió característica del bàsquet, per la qual cosa cal recomanar que portin unes bones botes esportives que agafin el turmell. Si es presenta una torçada la lesió típica és l'esquinç del lligament lateral extern del turmell, o també anomenat peroneoastragalí. El tractament més correcte és el d'un embenat compressiu, per tal de provocar una pressió sobre la lesió i evitar que es formi més hematoma. Si l'enviem a fer una radiografia, farà més dolor i més hematoma. Pot estar justificat fer una radiografia quan el procés d'actuació pugui ser ràpid, per exemple en un hospital. El guix no és adequat d'entrada. L'escalfor és contraindicada sempre després d'un traumatisme: cal posar-hi fred, almenys durant les primeres vint-i-quatre hores. Els massatges també estan contraindicats, ja que augmenten el sagnat.

7. Aquesta pacient té els símptomes típics d'una dismenorrea primària, que només es manifesta en els cicles ovulatoris. Molts cops, després de la menarquia, els primers cicles són anovulatoris i és per això que la dismenorrea comença bastants mesos després de la primera regla i pot empitjorar gradualment durant l'adolescència. La major part de símptomes de la dismenorrea primària són deguts a l'acció de les prostaglandines uterines, que són potents estimulants del miometri i vasoconstrictors, produint així constriccions uterines i isquèmia tissular, causants del dolor. En els cicles ovulatoris la producció de prostaglandines és més important. És per aquest motiu que tant els anticonceptius orals com els fàrmacs antiprostaglandínics (àcid mefenàmic, naproxèn i ibuprofèn) són els més efectius en el seu tractament. En canvi, l'aspirina té una efectivitat més que dubtosa i àdhuc es diu que no és més efectiva que un placebo. Per tant la resposta D és la incorrecta. L'aparició de dolor fora de la menstruació (no relacionat amb la secreció de prostaglandines) així com hemorràgies intermenstruals, han de fer pensar en una dismenorrea secundària a patologia ginecològica.

Bibliografia suggerida:

- Polaneczky MM, Slap GB. Trastornos menstruales en la adolescencia: Amenorrea, dismenorrea y metrorragia disfuncional. Ped in Rev 1992; 13: 38-47.

8. Per poder arribar a un diagnòstic és imprescindible, abans de qualsevol exploració o analítica, completar l'anamnesi que, com en aquest cas, si està ben orientada ens pot donar la sospita diagnòstica que després ja es confirmarà amb l'exploració o l'analítica. El fet que hi hagi altres membres de la família afectats ens ha de fer descartar, entre d'altres hipòtesis, una intoxicació i per tant interrogar sobre les condicions de l'habitatge és la resposta correcta. La intoxicació per monòxid de carboni s'ha de tenir en compte molt especialment en aquest cas.

Bibliografia suggerida:

- Gómez Carrasco JA, López-Herce Cid L, Bernabé de Frutos MC, García de Frias E. Intoxicación por monóxido de carbono. Un accidente doméstico a no olvidar. An Esp Pediatr, 1993; 39: 411-414.

9. La infecció per *Chlamydia trachomatis* és més probable que sigui adquirida pel nounat en el període neonatal, ja que la incidència d'infecció cervical en dones embarassades varia entre el 2%-36%, en diferents poblacions. Per això la

majoria dels nens amb aquest tipus d'infecció tenen menys de 8 setmanes de vida a l'inici dels símptomes. Els símptomes inicials de la infecció són: nasofaringitis i conjuntivitis, trobant també freqüentment rinitis amb descàrrega nasal i obstrucció nasal important amb apnea i cianosi secundària. Després d'una setmana de l'inici del quadre, els pacients desenvolupen tos i taquipnea, símptomes que empitjoren gradualment en les dues setmanes següents. Els lactants afectats de pneumònia per *Chlamydia trachomatis* són típicament afebrils i per aquesta característica són classificats dins del grup de les "pneumonitis afebrils" del lactant. Els patrons radiològics són variables, poden mostrar infiltrats pulmonars intersticials bilaterals i simètrics, imatges d'atelectàsi, consolidació lobar i també embassament pleural. La presència de *Chlamydia trachomatis*, pot ser documentada en la majoria dels pacients mitjançant el test de secrecions nasofaríngees, amb cultiu o amb detecció de l'antigen. En la majoria dels pacients el cultiu nasofarínge per la *Chlamydia trachomatis* és positiu.

Bibliografia suggerida:

- Betina C Hilman, MD. Pediatric Respiratory Disease: Diagnosis and Treatment. Ed. WB. Saunders, 1993; 31: 266-271.
- Weiss SG, Newcomb RW, Pulmonary assessment of children after chlamydiae pneumonia in children. J Pediatr 1986; 108: 659-664.
- Griffin M, Pushpanathan C, Chlamydia trachomatis pneumonitis: A case study and literature review. Pediatr Pathol 1990; 10: 843-852.

10. L'any 1954 Bach va descriure la hiperfosfatàsemia transitòria idiopàtica de la infància. Afecta preferentment nens de menys de 3 anys (hi ha descrits casos aïllats per sobre dels 5 anys) amb una simptomatologia variable, des de controls sans a patologia inespecífica, com quadres respiratoris o gastro-intestinals. Com en el nostre cas, la resta d'analítica i l'exploració física és normal. Hi ha una elevació conjunta d'ambdues fraccions isoenzimàtiques, encara que pot predominar l'una sobre l'altra. És necessari, per a confirmar el diagnòstic, una normalització de les xifres de fosfatases alcalines abans dels 4 mesos. Per tant, la resposta D és la correcta. És una troballa relativament freqüent en la consulta ambulatoria quan es demanen aquestes determinacions analítiques en patologia intercurrent lleu. Té una etiopatogènia encara no ben aclarida i és imprescindible el seu coneixement per evitar exploracions complementàries innecessàries.

Bibliografia suggerida:

- Ferrándiz J, Navarro C, Gutiérrez J, Tabernero M. Hiperfosfatàsemia transitoria de la infància: aportación de cinco nuevos casos. An Esp Pediatr 1993; 37: 417-418.
- Riaño I, Rey C, Blanco J, Humayor J, Vargas F. Hiperfosfatàsemia transitoria de la infància: dos nuevos casos a una edad inusual. An Esp Pediatr 1993; 38: 370-371.
- Stein P, Rosalki SB, Ying Foo A, Hjelm M. Transient hyperphosphatasemia of infant and early childhood: clinical and biochemical features of 21 cases and literature review. Clin Chem 1987; 33: 313-318.

11. Encara que no tots els infectats per *Mycobacterium tuberculosis* desenvoluparan una tuberculosi, sí que tenen un cert risc o probabilitat de patir-la. Malgrat tot, el seu tractament amb hidrazida durant un determinat període de temps aconsegueix reduir de manera important el risc citat. No obstant això, l'administració d'hidrazida comporta també un risc, que és la seva possible toxicitat, especialment l'hepàtica, de tal manera que per establir la indicació del tractament d'un infectat amb hidrazida s'hauran de valorar comparativament la reducció del risc a patir la tuberculosi per part de l'infectat i el nou risc al qual se sotmet per l'administració d'aquest fàrmac. En la infància i l'adolescència és tan poc freqüent la toxicitat de la hidrazida en general, i l'hepàtica en particular, que en tots els casos és inferior al benefici que suposa la reducció del risc de patir tuberculosi. Per aquest motiu, qualsevol nen o adolescent amb resposta positiva a la prova de la tuberculina ha de ser sotmès a un tractament preventiu amb hidrazida. La dosi que s'ha d'utilitzar d'aquest fàrmac és de

5 mg/kg/dia i el tractament no és efectiu si és inferior a 6 mesos. Amb una duració de 6 mesos la reducció del risc a patir tuberculosi és d'un 70%, però si el tractament dura 12 mesos, supera el 90%. No aconseguirem una major eficàcia amb una duració superior als 12 mesos. Per tant la resposta correcta és l'E. En el cas de coinfecció tuberculosa i per VIH es recomana en tots els casos l'administració d'hidrazida durant 12 mesos.

Bibliografia suggerida:

- Girling DJ. The Chemotherapy of Tuberculosis. En the Biology of the Mycobacteria. Ed Ratledge C, Stanford J, Grange JM. London, 1989: 285-323.
- Geiter LJ. Preventive Therapy for Tuberculosis: En Tuberculosis. Ed Reichman LB, Hershfield ES. New York, 1993: 241-250.

12. A partir de la farina de blat i després de successius rentats amb aigua (el gluten hi és insoluble) pot aconseguir-se la separació del midó de la fracció proteica (gluten). Aquest procés és molt laboriós i ha de fer-se fins al final, i encara d'aquesta manera el producte aconseguit pot tenir "traces" de gliadina. Aquestes traces de gliadina, sempre que estiguin per sota del màxim permès pel Codi Alimentari (40 ng/100 g de producte), no han provocat fins ara evidència de dany clinicohistològic en pacients celíacs, però encara no existeixen estudis a llarg termini conclouents al respecte. La gliadina que hi ha en el blat no és l'única responsable de la malaltia, ja que les prolamines existents en el sègol, la civada i l'ordi es comporten de forma semblant a ella en el malalt celíac, per la qual cosa aquests cereals i els seus derivats han d'excloure's de la dieta. No les contenen l'arròs, la tapioca i el blat de moro. La dieta ha de realitzar-se permanentment, ja que, encara que l'expressivitat clínica sigui diferent, la intolerància al gluten és per sempre, podent-se desenvolupar en la vida adulta del malalt no tractat importants complicacions, la més greu de les quals és l'aparició de tumors malignes intestinals.

Bibliografia suggerida:

- Ciclitira A. Evaluation of a gliadin-containing gluten-free product in coeliac patient. Human Clin Nutr 1985; 39: 303.
- Mayer M. Compliance of adolescent with coeliac disease with a gluten free diet. Gut 1991; 32: 881-885.
- Polanco I. "Enfermedad celiaca". Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Alimentaria. Madrid. 1990.

13. En absència de fissura anal, la causa més freqüent de rectorràgia aïllada en el nen d'edat preescolar és el pòlip intestinal. L'absència de dolor en defecar i de dolor abdominal, així com l'exploració clínica normal, permeten descartar les lesions perianals (fissures, hemorroides) i altres causes de rectorràgies (púrpura de Schölein-Henoch, síndrome hemolítica urèmica). El diverticle de Meckel sol presentar-se amb dolor abdominal o en forma de síndrome oclusiva, encara que en algunes ocasions pot fer-ho com a rectorràgia aïllada, però aquesta sol ser copiosa. L'exploració més útil inicialment és la rectocolonosigmoidoscòpia, ja que permetrà observar directament la mucosa, apreciar els punts sagnants, practicar biòpsies si fos necessari i, en el cas de visualitzar un pòlip, procedir a la seva exèresi. La resta dels estudis, encara que poden ser indicats, no ofereixen tantes possibilitats com l'endoscòpia. La gammagrafia amb Tc99 per buscar el diverticle de Meckel pot donar resultats no sempre fiables i s'ha de considerar per després de la colonoscòpia, excepte en un cas de sospita molt fundada.

Bibliografia suggerida:

- Silber G. Hemorragia gastrointestinal inferior. Ped in Rev (edició en castellà). 1991, 12: 85-92.
- Cruz M. Tratado de pediatría. Vol 1, pàg 1093. 6ª edició. Ed Espaxs. Barcelona.

14. El diagnòstic diferencial entre atresia de vies biliars extrahepàtica (AVBEH) i la colèstasi intrahepàtica (hepatitis neonatal, hipoplàsi intrahepàtiques i malalties metabòli-