

zae, seguit del *S. aureus*, *S. pneumoniae* i d'altres. En els casos de quística s'associen especialment a la *P. aeruginosa*. D) La radiografia de tòrax pot mostrar opacitats lineals, imatges mal definides i, fins i tot, ser normal. En aquests casos, s'haurà de realitzar una TAC per confirmar el diagnòstic. E) Les indicacions per a la resecció de les bronquiectasis localitzades són: persistència de la simptomatologia, infeccions recurrents del tracte respiratori inferior, estancament pondoestatural i hemorràgia que amenaci la vida del pacient. La resposta correcta doncs és la D.

Bibliografia suggerida:

- Silverman PM, Godwin JD. CT/Bronchographic correlations in bronchiectasias. *J. Comput Assist Tomogr* 1987; 11: 52-56.
- Barker A, Ardana E. Bronchiectasis: Update of an orphan disease. *Am Rev Respir Dis*, 1988; 137: 969-978.
- Cruz M. Tratado de Pediatría. 7a Ed, Barcelona, Ed Espaxs; 2: 1313-1318.
- Behrman RE, Vaughan VC. A: Nelson. Tratado de Pediatría. Philadelphia: WB Saunders. 13a Ed. 1992; II: 994-96.
- Lewiston NJ. Bronchiectasis. A: Hilman BC. Pediatric Respiratory Disease. Philadelphia. Saunders Co, 1993.

21. Totes les entitats esmentades formen part del diagnòstic diferencial de l'escrot agut. Un escrot agut dolorós en un adolescent és sinònim de torsió mentre no es demostrï el contrari. La torsió en aquest grup d'edat acostuma a ser intravaginal amb dolor intens d'inici agut. La torsió d'un apèndix testicular és una altra possibilitat a tenir en compte. Acostuma a ser més freqüent en preadolescents i clínicament resulta difícil diferenciar-la de la torsió testicular. La gammagrafia i un ecodoppler són les exploracions que permeten fer el diagnòstic diferencial. L'epididimitis també és causa de dolor testicular agut, però l'inici és més insidiós i no tan brusca com la torsió. La púrpura de Schönlein-Henoch pot presentar un testicle agut com una manifestació més de vasculitis. En absència de les lesions cutànies pròpies de la púrpura, el diagnòstic és molt difícil. El tumor testicular, al contrari, no acostuma a cursar amb dolor, i és l'augment de mida testicular el signe principal de presentació. La resposta doncs és D.

Bibliografia suggerida:

- Mitchell M. The acute scrotum. A: Green and Haggerty eds. Ambulatory Pediatrics. 4a edició. WB Saunders Co, Philadelphia, 1990; 266-70.

22. Hi ha múltiples causes que provoquen una massa dolorosa escrotal, a vegades relacionades amb patologia testicular, orquitis o un traumatisme. Altres vegades, com en el cas d'una hèrnia estrangulada, la patologia no és testicular. La varicocele, que se cita entre les opcions de resposta, no es presenta amb clínica d'escrot agut. És una dilatació i elongació del plexe venós escrotal. Es palpa com una "bossa de cucs" i és poc freqüent en edat puberal. La poden presentar fins a un 15% dels adolescents. És més freqüent en el costat esquerre. Les varicoceles grans s'operen, ja que poden afectar el desenvolupament testicular. Són menys conegudes com a causes d'escrot agut les vasculitis en la púrpura de Schönlein-Henoch o en la malaltia de Kawasaki que poden provocar una tumefacció i dolor testicular moderat.

Bibliografia suggerida:

- Klein BL, Ochsenschlager DW. Masas escrotales en niños y adolescentes: una revisión para el médico de urgencias. *MTA. Pediatría*, 1994; 15: 583-615.

23. L'asma induïda per l'exercici físic és una expressió de la hipereactivitat de la via aèria, no una forma especial d'asma, i millora amb tractament antiinflamatori. Si apareix tot i realitzar un tractament adequat o com a única manifestació, s'aconsella la utilització de: salbutamol inhalat 5-10 min. abans de l'exercici com a primera elecció. La utilització prèvia de cromoglicat disòdic redueix la resposta a l'exercici en

el 60% dels casos i pot també associar-se al salbutamol. També poden ser efectius: el bromur d'ipratropi, el nedocromil sòdic, les xantines o els corticoides inhalats, administrats de forma prolongada. En relació amb el cetotifèn, no s'ha demostrat la seva efectivitat en la prevenció de l'asma d'esforç. Per tant la resposta és C.

Bibliografia suggerida:

- Pierson WE. Exercise induced bronchospasm in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1988; 35: 1031-1040.

24. La pèrdua intestinal d'aigua i ions, fonamentalment sodi, i la deshidratació que se'n pot derivar, representen el principal problema associat a les gastroenteritis. Les solucions de rehidratació (SRO), tant la clàssica (90 mEq/l de Na) com les actuals amb menys sodi (50-75 mEq/l), s'han mostrat efectives tant en el tractament com en la prevenció de la deshidratació per via oral. Amb l'aportació de les solucions glucoelectrolítiques (o amb aminoàcids) s'aconsegueix una absorció d'aigua facilitada per sucres o aminoàcids independent de la bomba sodi-potassi ATPasa i fins i tot una disminució de la pèrdua de fluids intestinals. L'aportació calòrica amb aquestes solucions és molt baixa; per tant caldrà mantenir una nutrició adient en les gastroenteritis una vegada tractada la deshidratació, si n'hi ha. L'elecció correcta és doncs l'E.

Bibliografia suggerida:

- Plaja Román P. Teràpia de rehidratació oral. *But Soc Cat Pediatr* 1988; 48: 47-57.
- Hirschorn N, Kinzie JL, Sachar DB et al. Decrease in net stool output in cholera during intestinal perfusion with glucose-containing solutions. *N Engl J Med* 1968; 279: 176-180.

25. En un nen asmàtic recidivant de 7 anys estarien indicats els tractaments de fons o preventius de l'asma a llarg termini. Es pot utilitzar el cromoglicat per inhalació. En els darrers anys la majoria de pacients l'han substituït pel nedocromil en aerosol amb càmbra. També es poden utilitzar en casos greus els corticosteroides per inhalació i en casos molt greus per via oral. També és possible administrar teofil·lines d'alliberació lenta per via oral, i la immunoteràpia sota la direcció de l'al·lèrgic. En canvi, no s'han d'utilitzar els broncodilatadors de llarga duració, que es reserven en la pràctica solament per a dues indicacions: la prevenció-tractament de l'asma nocturna i la prevenció de l'asma per l'exercici, en cures curtes.

Bibliografia suggerida:

- Baehner RL. Asma. A: Nelson. Tratado de Pediatría. New York. Interamericana. McGraw-Hill. 1994; 709-21.
- Paupe J, Scheinmann P, De Blic J. Allergologie Pédiatrique. 2^a ed. Médecine-Sciences. Flammarion. 1994; 327-54.
- Pedersen S. Seguridad de los corticoides por inhalación en edades pediátricas. A: V Fórum Internacional de Alergología y Asmología pediátricas. JR. Prous SA Editores. Barcelona. 1993; 17-20.
- Scheinmann P. Los glucocorticoides inhalados en el asma del niño. A: I Fórum Internacional de Asmología pediátrica. J R Prous S A Editores. Barcelona. 1989; 55-60.

26. Els corticosteroides en aerosol dosificador haurien de ser la primera opció terapèutica preventiva en aquest cas, perquè les crisis moderades d'asma són d'intensitat suficient per utilitzar aquests fàrmacs. Després, aconseguida la millora, es podrà passar gradualment a l'administració de nedocromil en aerosol. Els beta-2-adrenèrgics d'acció prolongada es poden afegir al tractament anterior, però no està indicat administrar-los sols i a llarg termini. Les teofil·lines d'alliberació lenta requereixen la determinació de la teofil·linèmia i el seu control regular. La immunoteràpia antial·lèrgica específica pot acompanyar el tractament indicat, però no es pot confiar en el seu efecte a mitjà o curt termini.

Bibliografia suggerida:

- Armenio L. El nedocromil sòdic. III Fórum Internacional de Alergología y Asmología Pediátricas. Prous. Barcelona. 1991; 37-46.

- Lenney W. Uso de los beta 2-agonistas en acción larga en el tratamiento del asma en los niños. V Fórum Internacional de Alergología y Asmología Pediátricas. Prous. Barcelona. 1992; 23-27.
- Milner A. Papel de los esteroides inhalados en los preescolares asmáticos. IV Fórum Internacional de Alergología y Asmología Pediátricas. Prous. Barcelona. 1992; 23-27.
- Paupe J, Scheinmann P, de Blic J. Allergologie Pédiatrique. 2ª edición. Médecine-Sciences. Flammarion. 1994; 313-373.
- Prandi F. La teofilina en el tratamiento del asma. II Fórum Internacional de Alergología y Asmología Pediátricas. Prous. Barcelona 1990; 1-12.

27. Un beta-dos adrenèrgic en aerosol dosificador, administrat mitjançant una càmbra d'inhalació, és el tractament més fàcil d'aplicar, més eficaç i d'acció més ràpida. Sense la cambra d'inhalació, pot ser mal administrat per dificultats d'inhalació de la nena. La budesonida en aerosol dosificador administrat mitjançant una cambra d'inhalació no està indicada en el tractament de la crisi d'asma, com es fa constar àdhuc en la fitxa tècnica del preparat corresponent. Els beta-2-adrenèrgics per via oral i la teofilina d'acció ràpida per via oral presenten una absorció lenta que no controla amb rapidesa una crisi moderada d'asma.

Bibliografia suggerida:

- Armenio L, El nedocromil sódico. III Fórum Internacional de Alergología y Asmología Pediátricas. Prous. Barcelona, 1991; 37-46.
- Lenney W. Uso de los beta-2-agonistas de acción larga en el tratamiento del asma en los niños. V Fórum Internacional de Alergología y Asmología Pediátricas. Prous. Barcelona, 21-28.
- Milner A. Papel de los esteroides inhalados en los preescolares asmáticos. IV Forum Internacional de Alergología y Asmología Pediátricas. Prous. Barcelona, 1992; 23-27.
- Paupe J, Scheinmann P, De Blic J. Allergologie Pédiatrique. 2ª ed. Médecine-Sciences. Flammarion, 1994; 313-373.
- Prandi F. La teofilina en el tratamiento del asma. II Fórum Internacional de Alergología y Asmología Pediátricas. Prous. Barcelona, 1990; 1-12.

28. Aquest cas presenta un quadre d'hiperinsulinisme ja que existeix una xifra alta d'insulina i absència de cetosi. La xifra baixa del peptid C plasmàtic indica que l'hiperinsulinisme és exogen. El diagnòstic és clarament una síndrome de Münchhausen.

Bibliografia suggerida:

- Gerich JE, Mokau M, Veneman T et al. Hypoglycemia unawareness. Endocrine Review, 1991; 12: 356-371.

29. Podria correspondre a una anèmia ferropènica; ara bé, el nombre tan elevat d'hematies va en la seva contra. No hi ha història d'infeccions cròniques i, a més, aquests casos cursen amb una xifra d'hematies disminuïda. L'esferocitoanèmia cursa amb normocromia i xifra d'hematies baixa. La B-talassèmia major és un procés greu i que debuta precoçment. La resposta correcta és tret talassèmic. Pot fer-se un estudi més profund determinant el Fe, HbA2, HbF, que ens confirmarà aquest diagnòstic.

Bibliografia suggerida:

- Giardine PJ, Hilgartner M W. Update in thalassemia. Ped in Rev, 1992; 13: 55-63.

30. El pas de medicaments que prenen una dona que lacta al noutat, depèn especialment de la dosi, la proporció del medicament lliure en el plasma (no unit a proteïnes), la liposolubilitat i el grau d'ionització. Existeixen alguns medicaments que, per la seva gran facilitat de pas i toxicitat, estan contraindicats. La cimetidina pot causar en el lactant hipoclorhídria i excitabilitat; l'ergotamina i altres derivats del sègol poden causar vòmits, diarrea i convulsions; els radiofàrmacs comporten irradiació per al lactant. Altres requereixen alguna precaució per la seva toxicitat encara que sigui transitòria. Per exemple l'administració de metronidazol exigeix la supressió de la lactància durant 12-24 hores. L'heparina, pel seu alt pes molecular, no passa a la llet,

per la qual cosa es pot administrar a la mare que lacta i la necessita.

Bibliografia suggerida:

- Fomon S. Nutrición de lactante. Mosby. Madrid, 1995; 408.
- Committee on Drugs A A P. The transfer of drugs and other chemicals into human breast milk. Pediatrics, 1983; 72: 375-383.
- Ericson AJ. Fármacos utilizados durante la lactancia. Manual de Neonatología. 411-427.
- Miranda R, Giacoia P. ¿Es el lactante víctima de los fármacos que la madre recibe? Arch Pediatr, 1991; 42: 21-26.

31. L'únic control periòdic que cal fer a un nen que ha patit una púrpura de Schönlein-Henoch és de tipus renal. En un 25-30% dels casos hi ha afectació renal. Els símptomes urinaris no acostumen a aparèixer a l'inici de la malaltia. Generalment es detecten en el primer o segon mes després del quadre clínic. En l'anàlisi es demostra una hematúria i una proteïnúria variables. En la majoria dels casos es tractarà d'una glomerulonefritis focal i evolucionarà favorablement. Un 5% de les nefropaties secundàries a aquesta vasculitis són glomerulonefritis proliferatives difuses i poden evolucionar cap a una insuficiència renal.

Bibliografia suggerida:

- Tribuna J. Púrpura de Schönlein-Henoch. Pediatría, 1990; 62: 21-23.

32. Amb una anàlisi bàsica d'orina es pot orientar l'etiologia d'una hematúria. Quan el sagnat és del tracte urinari inferior és freqüent trobar coàguls en l'orina de vegades importants. Una proteïnúria mínima també és més freqüent en patologies d'aquesta localització. És característic de les hematúries d'origen glomerular trobar en el sediment cilindres hemàtics i hematies deformats com a conseqüència del seu pas a través del glomèrul. Un pH urinari alcalí no dona informació de la localització de la patologia, però és suggestiu d'infecció urinària. L'hematúria terminal (prova dels 3 vasos) va a favor d'una hematúria originada en el tram urinari inferior.

Bibliografia suggerida:

- Schwartz MW. Manual de Atención Primaria en Pediatría. Madrid, Ed Mosby, 1994.

33. La malalta presenta afectació multisistèmica amb participació mococutània, articular, hematològica i nefrològica, la qual cosa ens fa pensar en una malaltia de sistema. Per l'afectació renal i la hipocomplementèmia podríem pensar en una glomerulonefritis aguda, però les altres afectacions ens orienten cap a una malaltia de més abast. La nefritis i la hipocomplementèmia no s'observen a la leucosi aguda, i per tractar-se d'una malaltia de Kawasaki ens falten criteris. L'artritis reumatoide juvenil podria associar-se a una amiloïdosi i presentar proteïnúria, però no hi hauria hipocomplementèmia. L'anèmia hemolítica autoimmunitària, la nefritis, la leucopènia i la hipocomplementèmia, juntament amb el quadre clínic, ens fan pensar en un Lupus eritematosus sistèmic.

Bibliografia suggerida:

- Cassidy JT. Systemic Lupus Erythematosus. A: Schwartz. eds. Musculo eskeletal Diseases in Children, 1983; 139-172.

34. La nefronoptisi juvenil s'associa amb importants alteracions extrarenals, destacant entre les més freqüents les oculars (degeneració tapetoretiniana i altres com coloboma), esquelètiques (epifisi en con, condrodisplàsia), hepàtiques (fibrosi hepàtica congènita, colostasi). No s'ha descrit la sordesa.

Bibliografia suggerida:

- Kleinknecht C. Nephronoptise. A: Royer P, Habib R, Mathieu H, Broyer M. Eds Néphrologie Pédiatrique. París: Flammarion, 1983; 48-61.
- Kleinknecht C. Nephronoptise. In: Loirat C, Niaudet P. A: Progrès en Pédiatrie. 9. Néphrologie Pédiatrique. París: Doin Editeurs, 1993; 17-26.