

- 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 eritematós 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.

35. La nefroptosi juvenil és una malaltia hereditària de caràcter autosòmic recessiu, amb una alta freqüència de consanguinitat en els pares (en aquest cas eren cosins germans). En aquest moment no hi ha mitjans per identificar els heterozigots. Una malaltia amb clínica i patologia similars però d'inici a l'edat adulta presenta una herència autonòmica dominant. Es tracta de la malaltia quística de la medul·la.

Bibliografia suggerida:

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

36. L'aparició de brots d'hematúria macroscòpica associats (coincidint) amb quadres febrils, autolimitats i amb la presència d'unes IgA augmentades, ens ha de fer pensar pel context i per la freqüència en la possibilitat que es tracti d'una nefropatia IgA o malaltia de Berger. L'IgA ens ajuda, però en un 50% dels casos de nefropatia l'IgA és normal. A la glomerulonefritis aguda postinfecciosa hi ha un interval lliure entre el quadre febril i l'hematúria. Hi trobaríem també hipocomplementèmia. La síndrome d'Alport també pot cursar amb brots d'hematúria però és molt menys freqüent, no hi ha hiper IgA i, excepte en els casos de noves mutacions, és freqüent trobar antecedents de sordesa o insuficiència renal a la família. El context clínic i l'ecografia renal normal ens permeten descartar la litiasi renal. Tampoc no és probable que es tracti d'una infecció urinària, ja que els quadres febrils han estat autolimitats o, com en el cas del primer, hi havia un focus amigdal·lar. La resposta correcta doncs és D.

Bibliografia suggerida:

- Lévy M, González-Burchard G, Broyer M, et al. Berger Disease in Children: Natural History of Outcome. Medicine, 1985; 64: 157-180.

37. Quan es planteja el tractament d'un nen afecte de lambliasi i les possibles accions a efectuar a la llar d'infants on va, cal valorar, a més de tenir cura del compliment de les mesures higièniques de control de malalties diarreiques, l'existència o no de més quadres diarreics al mateix temps o en les quatre setmanes anteriors. Es considera brot de giardiasi quan s'observa un augment de la freqüència de diarrea entre els assistents a una llar d'infants, amb aïllament de G làmblia en un terç o més d'entre ells (amb o sense símptomes). En el nostre cas no hi ha un augment de quadres diarreics concomitant o en les setmanes prèvies. Tot i que el tractament dels portadors asimptomàtics és un tema controvertit, ja que segons alguns autors aquests portadors afavoreixen la propagació i l'extensió del paràsit entre els contactes, les normes que dona el Departament de Sanitat de la Generalitat són aclaridores: el tractament dels portadors asimptomàtics no està indicat si no és que hi hagi un brot de giardiasi de difícil control, o també pot considerar-se quan hi ha un contacte tancat amb alguna d'aquestes persones: dones embarassades, infectats pel VIH, persones amb hipogammaglobulinèmia, fibrosi quística o quan hi ha intolerància a fàrmacs anti-giardiasi. En el nostre cas, la resposta C és incorrecta i el portador asimptomàtic no s'ha de tractar, encara que sigui de curta edat i porti bolquers, ja que no es dona cap de les condicions abans esmentades.

Bibliografia suggerida:

- Control dels brots de giardiasi en llars d'infants. Sèrie Documents de Vigilància Epidemiològica. Núm. 7. Ed: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. Barcelona, 1993.

38. Fa uns deu anys es van començar a aïllar en el nostre país, i també en el Regne Unit, soques de *N. meningitidis* amb sensibilitat reduïda a la penicil·lina. Aquestes soques resistents cada cop han esdevingut més freqüents, fins al punt d'arribar

al 50% en algunes àrees de Catalunya. Si bé molts cops aquests nivells de resistència són relativament baixos, poden arribar a fer fracassar el tractament i/o augmentar les seqüeles neurològiques. És per aquest motiu que actualment els antibiòtics d'elecció per al tractament empíric de la malaltia meningocòccica són la ceftriaxona (excepte en nounats) i la cefotaxima, essent la penicil·lina útil si es demostra que la soca causal n'és sensible. En malalts al·lèrgics als betalactàmics es pot utilitzar el cloramfenicol i l'aztreonam. Així com el tractament amb penicil·lina o cloramfenicol encara que curi la malaltia pot no eradicar els meningococs de la nasofaringe, la ceftriaxona i probablement també la cefotaxima penetren molt bé en secrecions orofaríngees i no fan necessari el tractament posterior amb rifampicina. Àdhuc la ceftriaxona IM és l'antibiòtic de segona elecció després de la rifampicina per a la quimioprofilaxi. Per tant, la resposta incorrecta és la C. Per altra banda s'ha començat a trobar resistències a la rifampicina i això, unit a d'altres raons, com al fet que les condicions sanitàries de les escoles són força correctes, fan contraindicar la profilaxi massiva dels contactes escolars. Només podria ser indicada la quimioprofilaxi a tota l'escola davant l'aparició de tres o més casos que pertanyin almenys a dues classes diferents i amb un interval màxim d'un mes entre el primer i el darrer cas.

Bibliografia suggerida:

- Guia per a la prevenció i el control de la malaltia meningocòccica. Quaderns de Salut Pública Núm. 9. Ed: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 1994.

39. L'examen radiològic pot ser el primer a suggerir el diagnòstic de maltractaments en un nen o bé confirmar-lo. Les troballes més significatives són múltiples afectacions òssies amb diferents estats evolutius de diferents traumatismes. (En aquest cas les afectacions metafisàries i les reaccions periòstiques metafisodifisàries.) Les fractures metafisàries en nansa de galleda són clàssiques d'aquesta entitat. Es produeixen a causa de la debilitat de la unió entre el cartílag i la metafisi, ja que el periosti està fermament adherit en aquesta zona a aquesta edat. Altres entitats que poden tenir alteracions metafisàries són la malaltia de Menkes, el raquitisme, la hipofosfatàsia i la sífilis. L'osteogènesi imperfecta cursa amb fractures generalment diafisàries i amb presència d'ossos wormians

Bibliografia suggerida:

- Kleinman PK, Marks SC and Blackburne B. The metaphyseal lesion in abused infants. AJR, 1986; 146: 895.
- Kugutt MS, Swischuck LE and Fagan CJ. Patterns of injury and significance of uncommon fractures in the battered child syndrome. AJR, 1974; 121: 143.
- Sty JR, Strashak RJ. Role of bone scintigraphy in evaluation of the suspected abused child. Radiology, 1983; 146: 369.

40. L'exploració més adient per confirmar els maltractaments és la sèrie esquelètica. La gammagrafia òssia s'hauria de reservar per als casos en què la primera sigui negativa i la història clínica sigui molt suggestiva.

Bibliografia suggerida:

- Kleinman PK, Marks SC and Blackburne B. The metaphyseal lesion in abused infants. AJR, 1986; 146: 895.
- Kugutt MS, Swischuck LE and Fagan CJ. Patterns of injury and significance of uncommon fractures in the battered child syndrome. AJR, 1974; 121: 143.
- Sty JR, Strashak RJ. Role of bone scintigraphy in evaluation of the suspected abused child. Radiology, 1983; 146: 369.

41. La resposta correcta és E ja que, tant la membrana hialina com l'edema pulmonar, normalment són bilaterals i les atelèctasis i les pneumònies difícilment poden provocar desplaçament del mediastí cap al costat contralateral. De fet, el desplaçament del mediastí sempre ens ha de fer pensar en entitats que tenen un tractament quirúrgic, com és el cas de la malformació adenomatoide quística, que en el nadó pot presentar-se com una massa opaca, ja que no ha tingut temps d'a-