

vitat del 85% per als serogrups A i C i no protegeix fins al cap de 15 dies, però en el nostre país el serogrup més freqüent és el B. Per altra banda, no s'aconsella donar-la a les embarassades, excepte si el risc de contagi és molt elevat. Les sulfamides van ser al principi una alternativa eficaç, però en l'actualitat han aparegut moltes soques resistents, i tampoc no són indicades en el cas de les embarassades. La resposta correcta doncs és D.

Bibliografia suggerida:

- Schwartz B, Al Ruwaia A, A'Ashi J et al. Comparative efficacy of Ceftriaxone and Rifampicine in eradicating pharyngeal carriage of group A *Neisseria Meningitidis*. *Lancet*, 1988; 1: 1239-42.
- Gargis NI et al. Ceftriaxone in bacterial meningitis. *Lancet*, 1989; 11: 510.

51. L'hepatitis per virus A és una malaltia relativament benigna, ja que encara que pot evolucionar d'una manera més o menys perllongada, no es coneixen evidències que pugui evolucionar cap a l'hepatitis crònica activa i cap a la cirrosi; solament en molt pocs casos (0,1-0,2%) pot evolucionar a l'hepatitis fulminant, que sí que és greu i de mal pronòstic. L'hepatitis recurrent o la forma de colèstasi perllongada són altres possibilitats evolutives igualment benignes. És freqüent la remissió clínica en pocs dies i la normalització en poques setmanes. La resposta doncs és E

Bibliografia suggerida:

- Krugman S. Hepatitis viral; Infecciones A, B, C, D y E. *Ped in Rev* (edició en espanyol), 1992. 13: 214-223.

52. Les varicocele són molt freqüents (fins al 40%) en barons estèrils. Per aquest motiu se'ls considera una de les causes més freqüents d'esterilitat masculina que pot beneficiar-se de mesures preventives. Els resultats d'un estudi europeu en 4000 adolescents entre 10 i 15 anys suggereix que el 15% dels joves d'aquesta edat tenen alguna forma de varicocele, encara que tan sols un 5% eren varicocele grans. No totes les varicocele causen una disminució de la mida del testicle. Aquest efecte està en funció de la mida de la varicocele: com més gran, més impedeix el creixement testicular. Una vegada intervinguts, en la majoria de casos s'aprecia una recuperació de la mida del testicle afectat. El tractament quirúrgic immediat està indicat en aquells casos en què ja s'aprecia una diferència en la mida del testicle i en aquelles varicocele que creixen. Per això en les varicocele petites, pot ser una conducta correcta observar la seva evolució durant 6 mesos. La resposta doncs és B.

Bibliografia suggerida:

- Kass EJ. Reversal of testicular growth failure by varicocele ligation. *J Urol*. 1987; 137: 475-476.
- Kass EJ. Testicular histology in the adolescent with a varicocele. *Pediatrics* 1987; 79: 996-998
- Lyon RP. Varicocele in childhood and adolescence: implication in adulthood infertility? *Urology* 1982; 19: 641-644.

53. És convenient remetre'l sense dilació a un centre terciari, ja que la confirmació analítica del diagnòstic a l'ambulatori pot retardar-se al començament d'una diàlisi: en els malalts amb SHU, el prompte inici d'una diàlisi pot millorar molt el pronòstic. El SHU s'associa a diversos gèrmens, però l'associació més clara és amb l'E Coli serotip 0157: H7. Des del punt de vista del pediatre no hospitalari, l'actuació més important una vegada remès el client al centre terciari, és la de prevenir la disseminació de la diarrea a la qual s'ha associat aquest cas i evitar una possible epidèmia de SHU. Alguns fins i tot recomanen tancar la guarderia i fer coprocultius dels nens a fi de detectar possibles portadors d'E Coli. La majoria de les infeccions per E Coli 0157: H7 s'adquireixen per menjar carn contaminada i poc feta. La cobertura antibiòtica no faria més que dificultar el diagnòstic etiològic en el centre terciari. La invaginació intestinal és una possibilitat dintre del diagnòstic diferencial, però és més pràctic comprovar-ho en el centre terciari i no dilatar el començament d'una possible diàlisi.

Bibliografia suggerida:

- Report of the Committee on Infectious Diseases (ed Book) AAP, 1994. p. 187 ss..
- Graef J. Ed Manual of Pediatric Therapeutics. 4ª ed. Little Brown & Co. Boston 1988; 226.

54. La varicel·la és una infecció de la infància que deixa immunitat duradora. En els països temperats, la majoria de dones en edat fèrtil ja han passat la varicel·la i per aquest motiu són immunes elles i el fill que gesten. Al contrari, les dones que procedeixen de països tropicals (particularment del Carib) sembla que tenen menys protecció. Encara que la majoria de les dones no tenen complicacions de la varicel·la durant l'embaràs, i encara que la seva eficàcia per prevenir les complicacions en el fetus no està quantificada, el risc de pneumònia en la mare, o de part prematur, justifica l'administració de gammaglobulina específica, en cas de disposar-ne, però no d'aciclovir oral. La síndrome de varicel·la congènita succeeix en el 2% dels fetus de mares infectades en el primer trimestre; la varicel·la neonatal, adquirida quan la mare presenta síndromes de varicel·la des de 10 dies abans del part fins a 7 dies després del part, es dona en més del 30%. La infecció materna durant el segon trimestre d'embaràs pot donar lloc a l'herpes zòster infantil en el primer any de vida o més tard. La resposta doncs és D

Bibliografia suggerida:

- Paryani SG. Intrauterine infection with varicella-zoster virus after maternal varicella. *N. Engl. J. Med*, 1986; 314: 1542-146.
- Alkalay AL. Fetal varicella syndrome. *J Ped*. 1987; 111: 320-323.
- Report of the Committee on Infectious Diseases (ed Book) AAP, 1994. p. 510 ss.
- Weller TH. Varicella-Herpes Zoster virus. A: Evans AS ed. *Viral infections in humans*. Plenum Medical Book Company, New York, 1982; 569 ss.

55. Dades de diverses investigacions han posat de manifest que els lactants fumadors passius tenen problemes respiratoris que requereixen ingrés hospitalari entre 1.5 i 3 vegades més freqüentment que els lactants no fumadors passius. Una vegada ingressats, la durada de l'hospitalització és un 26% més llarga per als lactants fumadors passius que per als que no ho són. Els fills de fumadors tenen una petita, però estadísticament significant disminució de la funció pulmonar; per altra banda hi ha diversos estudis que suggereixen que el nen fumador passiu té més risc de desenvolupar posteriorment símptomes d'asma. El fum d'una cigarreta encesa conté una concentració més gran de toxines que l'exhalat pels pulmons del fumador. La composició de l'aire en una habitació amb fumadors depèn principalment del fum de la cigarreta encesa. El Pla de Salut de Catalunya 1993-95, en el seu capítol 20, diu que la població infantil i juvenil és un grup prioritari d'actuació sobre el qual cal incidir per millorar els hàbits i estils de vida. La resposta és doncs C.

Bibliografia suggerida:

- Committee on Environmental Hazards: *Pediatrics*, 1986; 78: 755-757.
- Evans D et al. *Am Rev Resp Dis*, 1987; 135: 567-572.
- Pedreira FA et al. *Pediatrics*, 1985; 75: 594-597.

56. Cada vegada és una situació més freqüent entre les consultes pediàtriques de països desenvolupats atendre immigrants acabats d'arribar de països en vies de desenvolupament, amb tot el bagatge de deficiències nutricionals i sanitàries que porten amb ells mateixos. Sembla doncs necessari actuar amb aquests pacients amb les degudes precaucions. El xarampió en països en vies de desenvolupament comporta una mortalitat més gran, probablement pels dèficits nutricionals dels seus habitants. Per altra banda, sembla que àdhuc en països desenvolupats, la gravetat de les manifestacions del xarampió mostra una correlació indirecta amb la concentració de vitamina A sèrica. L'OMS ha recomanat l'administració de vitamina A a tots els malalts de

xarampió en edat pediàtrica en aquells països amb dèficits nutricionals o amb mortalitat per xarampió superior a l'1%, perquè diverses investigacions han posat de manifest que la vitamina A redueix la mortalitat i la morbiditat per xarampió en països en vies de desenvolupament. Malgrat la utilitat que la vitamina A sembla tenir, no substitueix en absolut la vacunació. De totes maneres, l'Acadèmia Americana de Pediatria recomana administrar 200.000 UI orals de vitamina A en dosi única a aquells pacients amb xarampió entre 6 mesos i 2 anys que es trobin en les condicions següents: xarampió complicat (amb pneumònia, etc.); immunodeficients; pacients amb malabsorció intestinal (obstrucció biliar, fibrosi quística, etc.); malnodrits o amb evidència d'hipovitaminosi A (taques de Bitot, etc.); immigració recent de països on existeix una alta mortalitat per xarampió. La resposta doncs és E.

Bibliografia suggerida:

- Report of the Committee on Infectious Diseases (ed Book) AAP, 1994. p. 130.
- Back FL: Measles.A: Viral infections in humans. Evans AS editor, 1982

57. El virus atenuat utilitzat en la vacunació antipoliomielítica s'excreta en la femta del vacunat per un període que s'estima en uns dos mesos. Aquest virus, malgrat ser atenuat, pot readaptar-se en créixer en cèl·lules humanes i perdre part de la seva atenuació, per la qual cosa resultaria potencialment perillós per a qui tingui un dèficit immunitari i convisqui amb el nou vacunat. Dades dels Estats Units indiquen que, després de la darrera epidèmia que va ocórrer l'any 1979 entre els Amish (un grup que refusa les vacunacions), tots els casos d'infecció pel virus de la pólio (uns 9 anuals en tot el país) han estat causats per virus vacunals, excepte dos casos importats. DPT i Salk es poden administrar el mateix dia, però en diferent lloc. Es recomana no administrar la vacuna oral a persones més grans de 18 anys, les quals poden ser vacunades amb la vacuna inactivada intramuscular. La resposta és doncs E

Bibliografia suggerida:

- Report of the Committee on Infectious Diseases (ed Book) AAP, 1994. p. 379 ss.

58. El diagnòstic de l'estenosi hipertròfica de pílor (EHP) pot fer-se en ocasions per palpació de l'oliva pilòrica, però l'ecografia a mans expertes és avui en dia suficientment precisa com per no tenir necessitat del trànsit gastroduodenal per arribar-hi. El trastorn associat és una alcalosi metabòlica, no mixta, que ha de ser corregida abans de la intervenció. La decisió quirúrgica pot prendre's sense realitzar un trànsit gastroduodenal, amb tan sols la palpació i l'ecografia. L'EHP afecta barons amb molta més freqüència que les nenes, en proporció de 4:1 i generalment en famílies en què hi ha hagut casos semblants. La resposta doncs és B.

Bibliografia suggerida:

- Dell'Agnola CA, Tomaselli V, Colombo C. Reliability of ultrasound for the diagnosis of hypertrophic pyloric stenosis. J. Pediatr Gastroenterol Nutr, 1984; 3: 539-544.
- Shanding B, Congenital (infantile) pyloric stenosis. A: Nelson Textbook of Pediatrics, ed. 13, WB Saunders Co, 1987; 778-780.

59. Globalment considerades, no sembla haver-hi una freqüència més gran de malformacions en els fills de mares moderadament bevedores que en els fills de mares que no han begut durant l'embaràs. Tanmateix, analitzant individualment cadascun dels òrgans afectats, s'ha vist que les malformacions dels òrgans genitourinaris són més freqüents en els fills de les mares que han consumit alcohol, àdhuc en quantitats moderades. L'absència o hipertròfia de llavis, clítoris o vagina, les anormalitats de les trompes de Falopi o úter, la hipoplàsia o absència de penis o escrot que recorden els genitals ambigus, es donen més freqüentment en fills de

mares que han begut durant l'embaràs. Això és consistent amb el fet que quasi el 50% dels afectats per la síndrome alcohòlicofetal tenen malformacions en els genitals externs. L'alcohol, doncs, no s'ha de consumir durant l'embaràs.

Bibliografia suggerida:

- Jones KL. Fetal Alcohol Syndrome. Ped in Rev, 1986; 8: 122-126.
- Mills KL, Graubard BI. Is moderate drinking during pregnancy associated with an increase risk for malformations? Pediatrics, 1987; 80: 309-314.
- Zuckerman BS. Alcohol and psychoactive drugs use during pregnancy. Ped in rew, 1988; 9: 271.
- Zuckerman BS. Alcohol consumption during pregnancy: a critical review. Dev Med Child Neurol, 1986; 28: 649-653.

60. És una infecció causada per una espiroqueta, la *Borrelia burgdorferi* i en el seu diagnòstic serològic poden donar-se reaccions encreuades amb el *Treponema pallidum*. La malaltia de Lyme es transmet per la picada d'una paparra del gènere *Ixodes* que colonitzen principalment animals d'àrees boscoses, però també colonitzen gossos, gats i altres animals domèstics. El temps que està la paparra adherida a la pell és un factor important en la transmissió de la malaltia: menys de 24 hores no sembla temps suficient perquè hi hagi inoculació; més de 72 hores d'adhesió a la pell produeix infecció gairebé segura. Els símptomes de la malaltia són molt variats: inicialment pot observar-se un quadre semblant a un catarro, amb adenopaties, febre i erupció cutània característica anomenada "eritema cronicum migrans" juntament amb artràlgies. Setmanes o mesos més tard poden aparèixer símptomes neurològics i cardíacs, incloent paràlisi dels parells cranials. És doncs més una infecció de zones rurals que urbanes. Es tracta amb Tetraciclines o penicil·lines segons l'edat del pacient.

Bibliografia suggerida:

- Ostrow BE. Lyme disease. Ped Clin N Amer, 1991; 38: 535-553.
- Report of the Committee on Infectious Diseases (ed Book) AAP, 1994. p. 297.

61. Les dades familiars de maduració puberal retardada i el retard en la maduració òssia orienten cap a un retard de tipus constitucional. Tot i que les talles familiars són moderadament baixes, no es pot catalogar de talla baixa familiar, ja que la talla dels pares està en els percentils 50 i 25 respectivament de la seva zona diana. En la talla baixa familiar l'edat òssia en general no està retardada. En el dèficit de GH el retard de creixement és molt més important i la talla se situa molt per sota del P.3 per una velocitat de creixement alentida. L'hipotiroidisme presenta altres símptomes acompanyants: constipació, hipotèrmia, astènia, retard mental, etc... i el retard en la maduració òssia és molt més marcat. En l'hipocreixement secundari i les malalties orgàniques, celiàquia, acidosi renal, tumor cerebral, etc., la talla baixa és un símptoma més, predominant sempre la clínica del procés originari.

Bibliografia suggerida:

- Brook CGD. Endocrinologia Clínica Pediàtrica. Barcelona. Ancora SA, 1989; 100-115.

62. El cas que presentem compleix tots els criteris de malaltia greu per estreptococ beta hemolític del grup A (SBA), productor de toxina eritrogènica i amb fascitis necrotitzant a la zona de lesió inicial. Les soques productores d'aquestes toxines serien les responsables d'aquesta gravetat. Recentment sembla haver-hi una incidència més gran de malalties greus per SBA productores de toxines arreu del món. L'SBA té capacitat de produir almenys quatre tipus de toxines. Aquestes serien responsables del quadre sistèmic (escarlantinaforme en aquest cas) i de la gran agressivitat local amb destrucció tissular important (fascitis necrotitzant). L'aparició d'aquesta síndrome després d'una varicel·la ja està descrita, i cal tenir en compte aquesta possibilitat en les lesions