

Bibliografia suggerida:

- Gillette SG. Parvovirus B19: quinta enfermedad y algo más. *Contemp Pediat* (Ed. Esp.) 1993; 3: 194-200.

76. La infecció uterina per parvovirus B19 pot donar lloc a avortament, hidrops fetal o mort fetal. En una epidèmia a Anglaterra es va calcular que la taxa de transmissió transplacentària és del 33% i s'ha demostrat que la majoria dels fetus presenten una infecció asimptomàtica. No s'ha relacionat la infecció amb malformacions congènites de cap tipus. Per tant la resposta és B.

Bibliografia suggerida:

- Gillette SG. Parvovirus B19: quinta enfermedad y algo más. *Contemp Pediat* (Ed. Esp.) 1993; 3: 194-200.

77. La infecció per parvovirus B19 pot donar lloc a crisis d'anèmia aplàsica en pacients amb esferocitosi hereditària, drepanocitosi, talassèmia i anèmies hemolítiques adquirides. La neutropènia i la trombocitopènia també estan descrites, tot i que no són alteracions hematològiques freqüents. La màxima incidència es dona als mesos d'hivern i primavera. La transmissió és per via aèria tot i estar descrita la transmissió per fomites i per les mans. L'artropatia és una manifestació molt freqüent en persones adultes i menys freqüent en nens. Per tant, la resposta correcta és la D.

Bibliografia suggerida:

- Gillette SG. Parvovirus B19: quinta enfermedad y algo más. *Contemp Pediat* (Ed. Esp.) 1993; 3: 194-200.

78. El VHS és un virus neurotròpic que viatja principalment a través de les vies nervioses. La virèmia no és important en la seva patogènesi encara que pot tenir un paper considerable en el cas de pacients immunològicament immadurs o compromesos. La biòpsia cerebral està essent abandonada en el diagnòstic de l'encefalitis herpètica. Actualment la prova més fiable és l'amplificació genòmica mitjançant reacció en cadena de la polimerasa (PCR). La sensibilitat de la PCR és de 75-100% i la seva especificitat s'aproxima al 100%. Cal recordar que un resultat negatiu no exclou totalment el diagnòstic. La dosificació d'IgM i IgG en LCR no és útil per fer el diagnòstic en els primers dies de la malaltia, encara que el pot confirmar retrospectivament. El foscarnet és un agent antiviral que actua inhibint directament la DNA polimerasa del VHS a diferència de l'aciclovir, que necessita convertir-se en la forma monofosfat (timidina cinasa viral) i posteriorment en la forma trifosfat (enzims cel·lulars) per actuar sobre l'esmentada DNA polimerasa. Per això s'ha utilitzat com a tractament alternatiu en casos de VHS aciclovir-resistents. La transmissió intrapart del VHS és la responsable de la majoria d'infeccions neonatals. La transmissió postnatal per una persona que en té cura es calcula en un 10% dels casos i la via intrauterina en menys d'un 5%. Aquesta (E), és doncs, la resposta correcta.

Bibliografia suggerida:

- Stanberry LR, Floyd-Reising SA, Connelly B L et al. Herpes simplex viremia: report of eight pediatric cases and review of the literature. *Clin Infect Dis* 1994; 18: 401-407.
- Uren EC, Johnson PDR, Montanaro J, Gilbert GL. Herpes simplex virus encephalitis in pediatrics: diagnosis by detection of antibodies and DNA in cerebrospinal fluid. *Pediatr Infect Dis J* 1993; 12: 1001-1006.
- De Clerq E. Antivirals for treatment of herpesvirus infections. *J Antimicrob Chemother* 1993; 32 (suppl A): 121-132.
- Withley RJ, Arvin A. The natural history, pathogenesis and treatment of neonatal herpes simplex virus infections. *Semin Pediatr Infect Dis* 1994; 5: 56-64.

79. L'aparició d'una epidèmia de tos ferina i d'una altra de pneumònia produïda per *M pneumoniae* simultàniament ha permès d'avaluar la clínica d'ambdues malalties infeccioses en una comunitat. Hi ha dades que permeten en la major part de casos fer una diferenciació clinicoradiològica. La duració mitjana de la tos va ser significativament superior en la tos

ferina (m: 84 dies) que en la infecció per *M pneumoniae* (m: 23 dies). Cap de les crisis de tos a les infeccions per *M pneumoniae* va ésser seguida d'un "gall", fet que es va donar només en els casos de pertussis. En aquells casos de tos ferina vacunats en què la immunitat ha disminuït, poden però existir crisis paroxístiques de tos sense "gall". L'enunciat B, doncs, és fals. No es va observar febre en els casos de pertussis essent >37.8°C en els casos de *M pneumoniae*. En els pacients en què es va practicar una radiografia de tòrax, aquesta va ser normal en els casos de tos ferina, mentre que en la majoria de casos de micoplasma es va evidenciar una pneumònia. Pel que fa a l'edat, la mitjana va ser de 5 anys (31 dies a 82 anys) pel que fa als malalts de tos ferina i de 13 anys (7 anys a 56 anys) en els afectats *M pneumoniae*. En casos confirmats serològicament per *M pneumoniae*, l'associació de febre > 37.8°C, amb una tos de més de deu dies de duració i/o una pneumònia confirmada radiològicament es va demostrar com la més sensible i específica pel que fa a l'esmentada infecció. Pel que fa a les dificultats que poden existir a l'hora de fer el diagnòstic pel laboratori, cal dir que el bacil pertussis pot créixer en cultiu al principi de la malaltia amb una tècnica acurada, però és més difícil d'obtenir-lo a mesura que passen els dies. L'aïllament del *M pneumoniae* en cultiu pot tardar fins a quatre setmanes i requereix tècniques especials de laboratori.

Bibliografia suggerida:

- Davis SF et al. *Clin Infect Dis* 1995; 20: 621-628.

80. Davant de qualsevol ferida produïda per la mossegada d'un gos, la primera mesura que cal prendre és un rentat rigorós amb aigua i sabó, seguit d'una aplicació de sèrum fisiològic. L'objectiu és eliminar bacteris a la ferida i minimitzar el risc d'infecció arrossegant el teixit desvitalitzador. A causa del risc d'infecció en els teixits profunds no és recomanable cosir les ferides produïdes per la mossegada d'un gos en les mans deixant cicatritzar per segona intenció. Aquesta ferida presenta dues característiques (localització en la mà i ferida profunda) considerades factors de risc d'infecció que fan necessària una profilaxi antibiòtica. El tractament antiràbic profilàctic no s'ha de realitzar si la mossegada la causa un gos domèstic que pot ser vigilat, i si la ferida es produeix com a conseqüència d'un joc i no d'un atac animal, ja que la possibilitat que l'animal tingui la ràbia en aquestes circumstàncies és molt baixa. En tot cas, és indicada l'observació de l'animal ja que, si està afectat de la ràbia en el moment de la mossegada, presentarà símptomes clars de la malaltia en un termini de 10 dies, havent-se en aquest cas d'iniciar immunoprofilaxi activa i passiva. Per tant, la resposta és D.

Bibliografia suggerida:

- Goldstein EJC. Bites. A: Mandell G L, Douglas RG, Bennett JE. eds. *Principles and Practice of Infectious Disease*. 3ª edició. Churchill Livingstone, New York 1990; 834-7.

81. El diagnòstic més probable és la migranya comuna (sense aura), en base als criteris de la classificació Internacional: a) més de cinc crisis; b) durada de 4 a 72 hores; c) unilateral, pulsàtil, intensitat moderada-severa, agreujament amb l'activitat física (2 de 4) i d) nàusea i/o vòmit, fotofòbia o fonofòbia (1 de 2).

Bibliografia suggerida:

- Comité de Clasificación de Cefaleas de la Internacional Headache Society. Clasificación y criterios diagnósticos de las cefaleas, las neuralgias y el dolor facial. Editorial MCR, Barcelona 1991.
- Harvey S Singer. Cefaleas migrañosas en niños. *Ped in Rev*, 1994; 15: 3.
- Elser, JM. Cefaleas en la infancia. *Contemp Pediat*, 1992; 2: 5.
- Fejerman N, Fernández E. Trastornos paroxísticos y síntomas episódicos en Neurología Pediátrica. *El Ateneo Editorial*, 1988; 5: 5-54.

82. Els canvis de comportament durant l'episodi de cefalea que desapareixen quan el nen es troba bé, no són sugges-

tius d'organicitat; és més preocupant, en canvi, que persisteixin fora dels episodis. Totes les altres respostes es consideren suggestives d'organicitat.

Bibliografia suggerida:

- Comité de Clasificación de Cefaleas de la Internacional Headache Society. Clasificación y criterios diagnósticos de las cefaleas, las neuralgias y el dolor facial. Editorial MCR, Barcelona 1991.
- Harvey S Singer. Cefaleas migrañosas en niños. *Ped in Rev*, 1994; 15: 3.
- Elser, JM. Cefaleas en la infancia. *Contemp Pediat*, 1992; 2: 5.
- Fejerman N, Fernández E. Trastornos paroxísticos y síntomas episódicos en Neurología Pediátrica. *El Ateneo Editorial*, 1988; 5: 5-54.

83. A) Aquests bultomes són freqüents i sense importància; es tracta d'abscessos asèptics relacionats amb el component de fosfat d'alumini on és absorbit el toxoide. **B)** Un quadre d'aquest tipus no es pot considerar relacionat amb la vacunació sinó que és la conseqüència d'un quadre víric d'aparició posterior, ja que les reaccions d'aquesta vacuna s'inicien en les primeres 24-48h de l'administració. **C)** En cas de reacció febril amb important afectació de l'estat general o irritabilitat estarà indicat valorar la no administració del component pertussis. **D)** Aquesta vacuna no conté antibiòtics ni està cultivada en ou embrionat. **E)** Solament en cas de convulsió afebril seria raonable la no administració del component pertussis en les successives vacunacions.

Bibliografia suggerida:

- Report of the Comitee of Infectious Diseases. *Red Book*. AAP 1994; 365.

84. Els hemangiomes són lesions que presenten un creixement ràpid postnatal i una lenta involució. Generalment no estan presents en el moment del naixement i un 80% es desenvolupen durant el primer mes de vida. Els hemangiomes són més freqüents en lactants prematurs de menys de 1.500 grs. El creixement, que pot ser ràpid o lent, es produeix fins que el lactant té entre 6 i 8 mesos, moment en el qual es produeix una detenció de duració variable. A partir dels 15-18 mesos comença a produir-se una involució de les lesions. La involució va precedida d'una pal·lidesa central i un viratge del carmesí brillant cap a un gris-blau. Les àrees descolorides comencen a coincidir i la lesió desapareix lentament. La majoria dels estudis confirmen que les lesions es resolen cap a l'edat de 9 anys en el 90-95% dels casos. Per tant, la resposta és B.

Bibliografia suggerida:

- Wahrman JE, Honig PJ. Hemangiomas. *Ped in Rev*, 1994; 15: 254-8. B103.

85. L'existència de taques a la pell, ja siguin congènites o adquirides, és motiu freqüent de consulta. S'ha de pensar que hi ha algunes alteracions dèrmiques que poden indicar una malaltia sistèmica com pot ser un lupus eritematós sistèmic o una neurofibromatosi, i també s'ha de pensar que una alteració dèrmica pot acabar en una malaltia més complicada com pot ser una psoriasis o un melanoma. El cas que es comenta és un nevus melanocític comú, que pot ésser congènit o adquirit. Els congènits acostumen a ésser més grans i el perill de malignitzar-se és més alt. Aquestes màcules o pàpules pigmentades són sempre asimptomàtiques i no requereixen cap estudi, mentre no aparegui cap dels signes de risc citats. És també un factor de risc el prurit de la lesió. L'aparició d'un halo despigmentat al voltant del nevus, no es considera factor de risc. El nevus que presenta aquesta característica és el nevus de Sutton o nevus d'halo i la seva evolució és cap al guariment de manera espontània.

Bibliografia suggerida:

- Putman TC. Bultos y masas en niños. *Ped in Rev*, 1992; 13: 324-31.
- Zambrano A, López-Barrantes V. *Dermatología Pediátrica*. Ed. Sims 191: 177-183, Barcelona.

86. El pacient està estable i res no indica que s'hagi de traslladar o variar el tractament que segueix. Aquest cas no compleix els requisits d'ús de la dexametasona i tampoc no convé canviar la cefotaxima per penicil·lina sense saber les sensibilitats del germen. No cal repetir la punció lumbar i sí que és convenient fer un seguiment epidemiològic i prevenció en els contactes. El telèfon on cal trucar urgentment és (93) 319 43 00 (Delegació Territorial del Departament de Sanitat i Seguretat a Barcelona). Per tant la resposta correcta és l'E.

Bibliografia suggerida:

- Burg FD, Ingelfinder JR, Wald ED. *Gellis and Kagan's Current Pediatric Therapy* 14, 1993; 568.

87. S'ha vist un augment de la mortalitat quan hi ha 2 o més de les premisses següents: petèquies recents, tensió arterial baixa, temperatura rectal per sobre de 40 graus, quan no hi ha meningitis, quan els leucòcits són inferiors a 15.000 per ml i quan hi ha una trombocitopènia per sota de 100.000. La resposta és doncs A.

Bibliografia suggerida:

- Burg FD, Ingelfinder JR, Wald ED. *Gellis and Kagan's Current Pediatric Therapy* 14, 1993; 568.

88. El grup d'hematúries recorrents està format per unes entitats clíniques (malaltia de Berger, malaltia d'Alport i hematúrgia recurrent benigna) que tenen entre si moltes similituds, essent de vegades difícil de fer el diagnòstic a l'inici de la malaltia. La característica clínica fonamental és la presència d'una hematúria macroscòpica recurrent, quasi sempre sense més simptomatologia, en brots de curta duració i amb períodes de latència llargs completament asimptomàtics, presentant o no hematúria microscòpica. Molts dels episodis d'hematúria estan en relació immediata amb malalties de vies respiratòries altes o sobreesforç. D'altra banda, la glomerulonefritis postinfecciosa aguda es presenta freqüentment de 2 a 4 setmanes després d'un procés infecciós (la majoria causada per l'estreptococ betahemolític) i el complement sempre està disminuït. Per tant, la resposta correcta és la D.

Bibliografia suggerida:

- Royer P. *Nephrologie Pédiatrique*. Flammarion Paris 1989; p.110.

89. El diagnòstic de la malaltia d'Alport (encara que l'estudi biòptic al microscopi electrònic és característic) continua sent fonamentalment clínic i ha de basar-se en l'associació d'hematúria recurrent amb:

- Malaltia renal provada afectant com a mínim un parent.
 - Pèrdua d'audició neurogènica en el pacient o en un dels seus parents afectats.
 - Progressió a la insuficiència renal com a mínim en una persona afecta, sigui el pacient o un dels seus parents. La malaltia d'Alport va acompanyada de manifestacions extrarenals. La més característica és la hipocúsia neurogènica, però es poden també trobar lesions oculars (lenticons, microesferofàquia) i de les plaquetes (megatrombocitopatia). Els anticossos antitiroïdals poden ser positius.
- Per tant la resposta serà A.

Bibliografia suggerida:

- Royer P. *Nephrologie Pédiatriques*. Flammarion Paris 1989.

90. En aquest cas el desencadenament de l'encopresi és el naixement d'una germaneta. Amb aquesta actitud el nen intenta acaparar l'atenció perduda per l'aparició d'una "competidora" en l'afecte i el temps que li dediquen els seus pares. La via de retrobar l'equilibri perdut en la relació amb el nen, no és la de castigar-lo per l'encopresi, ja no és més que una manera de crear més angoixa i donar-li, basant-se en aquest fet, una atenció que ell reclama. L'atenció i la compensació afectiva l'ha de retrobar amb altres aspectes no relacionats amb la defecació. Evidentment, és un reforçador positiu com-

pensar-lo afectivament quan faci les deposicions al lavabo, però és imprescindible donar-li una atenció individualitzada, almenys durant una estona cada dia, no relacionada amb la defecació. Jugar sol amb ell o fer activitats agradables que el facin veure que "els pares encara l'estimen" i que per captar l'atenció d'ells no cal recórrer a "utilitzar" el control d'esfínters. El que no podem fer és que l'encopresi en si es converteixi en una font d'atenció o de compensació afectiva, com suggereix la resposta E –que és la incorrecta–, ja que d'aquesta manera estem reforçant el fet de la utilització del control d'esfínters per part del nen per requerir la nostra atenció.

Bibliografia suggerida:

- Schmitt BD. Encopresis. *Contemp Pediatr* (ed esp), 1992; 2: 335-336.

91. Els pacients amb neurofibromatosis tipus 1 poden presentar una major incidència de tumors del SNC. El medul·loblastoma no s'associa a aquesta malaltia. L'astrocitoma i meningioma poden observar-se però són molt infreqüents. El schwannoma pot presentar-se en el SNC o en una altra localització. La freqüència d'aquests tumors és considerablement inferior al glioma de vies òptiques, que són característics d'aquesta entitat i poden presentar-se en el 15% dels pacients. Un glioma de vies òptiques, en presència de taques de cafè amb llet permet establir el diagnòstic de neurofibromatosis tipus 1. La detecció d'aquests gliomes en fase presintomàtica pot prevenir les alteracions visuals associades.

Bibliografia suggerida:

- Riccardi VM. The phakomatosis and other neurocutaneous syndromes. A: Oski FA et al. eds. *Principles and Practice of Pediatrics*, 2ª edició. Philadelphia, JB Lippincot Co. 1994; 2128-2133.

92. L'exploració oftalmològica i específicament l'exploració amb làmpada d'esclatxa és útil per detectar els nòduls de Lisch, hamartomes coroïdals i signes indirectes d'un glioma de vies òptiques. La radiografia de crani és útil per detectar signes de diplàsia de l'ala de l'esfenoides que és una malformació cranial associada a aquesta malaltia. La radiografia de columna vertebral és útil per detectar la presència de displàcies vertebrals i escoliosi. L'ecocardiografia no té especial indicació ja que la neurofibromatosis no cursa amb alteracions cardíaques rellevants. La tensió arterial s'ha de registrar sistemàticament per detectar una hipertensió secundària a alteracions renovasculares o a un feocromocitoma.

Bibliografia suggerida:

- Riccardi VM. The phakomatosis and other neurocutaneous syndromes. A: Oski FA et al. eds. *Principles and Practice of Pediatrics*, 2ª edició. Philadelphia, JB Lippincot Co. 1994; 2128-2133.

93. L'episodi correspon a una convulsió febril. La seva prevalença és d'un 3-4%, però augmenta tres o quatre vegades si hi ha antecedents de convulsions febrils en familiars de primer grau (pares o germans). Encara que normalment apareixen en les primeres 12 hores de la malaltia, ocasionalment, com en aquest cas, és la primera evidència del quadre infecciós que s'acabarà de manifestar poc després. Un nen que ha presentat convulsions febrils té un risc més gran de patir una epilèpsia, però és molt discutible que aquest risc sigui secundari a les pròpies convulsions febrils. Els principals factors de risc que s'associen amb una posterior evolució cap a una epilèpsia són: una primera convulsió febril complexa (focal i/o de més de 15 minuts de durada i/o si repeteix en les 24 hores següents) i un estat neurològic anormal abans de la primera convulsió. Les indicacions per iniciar un tractament profilàctic varien segons els autors d'una manera evident. Malgrat això, en aquest cas, en el qual no hi ha antecedents familiars, és una convulsió simple (generalitzada, de menys de 15 minuts de durada i que no va repetir en les 24 hores següents), té més d'un any d'edat i el desenvolupament neurològic és normal, els efectes secundaris de la medicació superen àmpliament els possibles beneficis i no està indicat iniciar tracta-

ment. A més, només el 25-30% repeteixen un episodi de convulsió febril. La pràctica d'un EEG després d'una convulsió febril és de poca utilitat en el pronòstic de l'evolució d'un nen que ha sofert un únic episodi, ja que no diferencia entre el primer episodi febril i el començament d'una epilèpsia. La resposta C és errònia i per tant la d'elecció.

Bibliografia suggerida:

- Rosman P. Cómo tratar las convulsiones febriles. *Contemp Pediatr*, 1992; 2: 304-312.
- Freeman JM, Vining EPG. Decisiones ante niños con convulsiones febriles. *Pediatr in Rev*, 1992; 13: 277-283.

94. L'ús generalitzat de l'ecografia durant la gestació i la fiabilitat i innocuïtat d'aquesta tècnica han canviat el coneixement de la patologia tumoral i quística abdominal. Avui en dia és freqüent trobar prenatalment masses o quists abdominals. Generalment l'ecografia és molt útil en la seva localització i freqüentment (55%) tenen un origen renal. En el nostre cas els ronçons tenen una morfologia normal i el fet que sigui mòbil i quístic en un fetus femella ens ha de fer pensar en el seu origen ovàric. Des de la generalització de l'ecografia cada vegada es troben amb més freqüència aquests quists ovàrics, la mobilitat dels quals, afavorida a vegades per un llarg pedicle, dificulta la seva localització.

Bibliografia suggerida:

- Schwartz MZ, Shaul DB. Masas abdominales en el recién nacido. *Pediatr in Rev*, 1990; 11: 172-179.
- Díez García R, Prieto Díez M, Molina Hernando E, Estelles Valls MC, Aguilar Tremoya F. Quistes ovàrics neonatales de origen no tumoral. *Acta Pediatr Esp*, 1994; 52: 496-498.

95. El bon estat del nadó amb un augment de pes correcte i una exploració física d'altra banda normal continuen donant suport al diagnòstic de quist d'ovari. La icterícia presenta uns valors dintre de la normalitat pels dies de vida i és de predomini indirecte, mentre que en un quist de colèdoc l'augment de la bilirubina és conjugada i es manifesta més tardanament, entre les 3 i les 6 setmanes de vida. Les GOT i les GPT presenten valors normals per a un nadó. Avui en dia s'ha vist que la majoria de quists ovàrics neonatals són d'origen funcional i que amb el temps solen involucionar espontàniament. Això, afegit al fet que la incidència de tumoracions malignes és quasi menyspreable en el període neonatal, fa que s'aconselli una actitud conservadora amb controls ecogràfics periòdics. La cirurgia està restringida a tumoracions quístoses de creixement molt important i amb possibles complicacions de tipus mecànic (torsió d'ovari), o bé si després del seguiment no regressen espontàniament.

Bibliografia suggerida:

- Zacharion Z, Roth H, Boss R, Tröger J, Heidelberg RD. Three years' experience with large ovarian cysts diagnosed in utero. *J Pediatr Surg* 1989; 24: 478-482.
- Debeugny P, Huillet P, Cussac L, et al. Le traitement non opératoire systematique des kystes de l'ovarie du nouveau-né. *Chir Pediatr* 1989; 30: 30-6.
- Guillén E, Vera M, Peñalver FJ, Ruiz JI. Quistes de ovario: revisión y casuística. *Rev Esp Pediatr* 1992; 48: 37-9.
- Matute JA, Gómez A, Novillo A, et al. Tratamiento conservador de los quistes ovàrics neonatales. *An Esp Pediatr* 1990; 33: 549-553.

96. No es pot donar per fet que aquest nadó no tingui una síndrome de Down. El 94% de casos són deguts a una trisomia completa del cromosoma 21, que es diagnostica mitjançant el cariotip. Però hi ha un 3.3% de casos deguts a una translocació i un 2.4% a un mosaicisme que moltes vegades no es poden diagnosticar mitjançant el cariotip. No hi ha cap raó per continuar repetint el cariotip si ja n'hem fet dos i són normals. Tampoc no cal fer el cariotip als avis del nadó perquè no servirà per fer el diagnòstic. Ja hem fet el cariotip als pares i també són normals. L'ecocardiograma ens serviria per saber si en un nadó amb Down té una cardiopatia, però no per fer el diagnòstic de la síndrome de Down. La resposta