

urticària pigmentada poden fer una reacció anafilàctica si són exposats a opiacis (morfina, codeïna), procaïna, aspirina o polimixina B. Els antitussígens que continguin narcòtics (codeïna) i l'antibiòtic polimixina B no són, per tant, recomanables. Encara que poden fer vida pràcticament normal, es recomana evitar activitats que comportin l'escalfament excessiu de la pell (banys molt calents, sol excessiu), o fregar la pell amb força, ja que tot això podria donar lloc a una alliberació excessiva d'histamina amb risc d'hipotensió o anafilaxi. Les manifestacions cutànies són tractades amb hidroxicina i les manifestacions gàstriques amb antihistamítics H2 (poden precisar dosis altes).

Bibliografia suggerida:

- Hurwitz, S. *Clinical Pediatric Dermatology*, Filadèlfia, WB Saunders 1993.
- Green and Haggerty. *Ambulatory Pediatrics III*, 1984, Saunders Ed.
- <http://www.niaid.nih.gov/factsheets/masto.htm> - National Institute of Allergy and Infectious Disease (NIAID) Fact Sheet, març 1997.

111. Resposta: C

Les fosfatases alcalines (FFAA) augmenten en la patologia òssia o hepàtica. Les GOT/GPT normals d'aquest pacient i l'absència d'hiperbilirubinèmia orienten cap a un problema ossi. Les FFAA són més elevades en la infantesa que no en l'edat adulta, a causa de la major activitat dels osteoblasts. Això no obstant, els valors normals no acostumen a ser superiors a les 150-200 UI/L. La guarició de les fractures òssies van acompanyades d'un augment transitori de les FFAA. Tanmateix, el fet que ja hagi estat quatre mesos amb la família adoptiva i tingui un examen físic normal, fa que aquest diagnòstic sigui poc probable. La hiperfosfatàsèmia (malaltia de Paget juvenil) és una malaltia del metabolisme ossi molt poc comuna i per la seva escassa prevalença difícilment pot ser considerada com el diagnòstic més probable en aquest pacient. La síndrome de Fanconi (de Toni-Debré-Fanconi) va acompanyada de retard en el creixement estatoponderal. El raquitisme per dèficit nutricional de vitamina D és la causa més probable per: 1) els antecedents del pacient, i 2) el fet que les FFAA es van normalitzant després de millorar la nutrició que el pacient rep.

Bibliografia suggerida:

- The Merck Manual, 16a ed. MRL Editors, Rahaway, NJ, 1992; 961.

112. Resposta: B

El nadó pot estar perfectament sa perquè la prova de cribratge neonatal de l'hipotiroïdisme (que es realitza quantificant l'hormona TSH o la tiroxina sèrica T4 en una mostra de sang de taló absorbida en paper de filtre), no és una prova diagnòstica sinó de cribratge i, com a tal, el seu objectiu és aconseguir la màxima sensibilitat i evitar els falsos negatius tot i a càrrec que s'esdevinguin falsos positius. La relativament baixa incidència d'hipotiroïdisme congènit (el 1992 es realitzaren a Catalunya 56.600 determinacions i es detectaren 26 casos d'hipotiroïdisme, la qual cosa dona una incidència d'un cas per cada 2.177 nadons) fa que, tot i que la sensibilitat i l'especificitat del cribratge siguin adequats, d'acord amb el teorema de Bayes el valor predictiu positiu de la prova és força baix i, per això, hom n'espera falsos positius. De fet, en el sistema de cribratge dels EUA (que utilitzen la quantificació de TSH), hi ha de 4 a 8 falsos positius per cada positiu vertader, la qual cosa significa que entre el 80% i el 89% dels resultats positius són falsos positius. El nombre de falsos positius augmentaria si la mostra s'obtingués massa aviat (a les primeres 48 hores). En aquest cas la prova s'ha fet en el moment adequat.

Bibliografia suggerida:

- <http://text.nlm.nih.gov/> - Guide to Clinical Preventive Services, US Task Force, 2a ed., 1996.

113. Resposta: B

Tot i que l'erupció apareix en el 80%-90% dels pacients amb la infecció pel virus d'Ebstein-Barr tractats amb amoxicil·lina, els signes i símptomes són suggestius però no patognomònics d'una malaltia concreta. Ateses les possibles (tot i que infreqüents) complicacions de la infecció pel virus d'Epstein-Barr (meningoencefalitis, desorientació, al·lucinacions, atàxia), aquests pacients precisen un diagnòstic tant si són atesos en un entorn hospitalari com extrahospitalari. Ja que la prova de Paul-Bunnell (determinació d'anticossos heteròfils) pot resultar negativa en pacients amb mononucleosi infecciosa menors de 10 anys, en aquest pacient el diagnòstic vindrà donat per la presència d'anticossos del tipus IgM (positius en la fase aguda de la infecció) anti-VCA (Viral Capsid Antigen), els quals són específics del virus d'Ebstein-Barr. La palpació del pol de la melsa és suggestiva però no és diagnòstica i només és apreciada en el 50% dels casos. La limfocitosi amb limfòcits estimulats pot aparèixer també en les infeccions per citomegalovirus o en la toxoplasmosi, per la qual cosa no és una prova diagnòstica.

Bibliografia suggerida:

- <http://www.icondata.com/health/pedbase/files/MONONUCL.HTM> (revisat el 28/4/1994).
- Tennican PO. Infecció per el virus de Epstein Barr. A: Wedgwood RJ, Davis SD, Ray CG i Kelley VC. *Patologia Infecciosa en Pediatria*. Barcelona, Doyma 1984.

114. Resposta: D

Davant un quadre d'aquestes característiques és possible plantejar un inici de diabetis mellitus. És bàsic, per tant, fer una analítica d'orina per tira reactiva la qual, si surt positiva (cenotúria, glucosúria), obligarà a una confirmació diagnòstica ràpida, amb tractament i educació diabetològica si fos el cas. Així mateix, si disposem de l'instrumental corresponent, farem una determinació de glicèmia per evidenciar hiperglicèmia, en dejú o postprandial, segons quin sigui el cas. Evitarem així un retard del diagnòstic amb el risc de fer-lo quan el nen presenti ja un precoma o un coma cetoacidòtic.

Bibliografia suggerida:

- Cruz M. *Tratado de Pediatría*. A: Hierro FR. *Diabetes Mellitus*. Ed. Espaxs. 7a ed. Barcelona, 1994; 65.
- Job JC. *Endocrinologie pediatrique et croissance*. A: François R, Guillet P. *La diabetes infantil y juvenil* Ed. Científico Médica. Barcelona, 1994; 7.

115. Resposta: A

Es tracta d'un cas de peu equinovar congènit. És una malformació congènita important i ha de ser tractada amb rapidesa per evitar les greus alteracions òssies estructurals que es poden produir si se la deixa evolucionar. Per tant, ha de ser enviat immediatament a l'especialista. Hom pot associar la malformació a altres processos com ara artrogriposi o espina bífida en la forma teratogènica. Aquest quadre també es pot associar a displàsia congènita de maluc, cosa per la qual és obligat descartar aquest diagnòstic. Cal distingir-ho del peu equinovar postural o extrínsec, que és benigne i que correspon a una mala posició intrauterina. El tractament és a l'inici ortopèdic i precoç, amb fixació -amb cintes adhesives i fèrules mal-leables seriades. El millor mètode és l'ús de motlles d'escaiola prèvia manipulació del peu, els quals seran canviats cada 1-2 setmanes. En els casos que no s'aconsegueixi la correcció clínica i radiològica als 3 mesos d'edat, caldrà recórrer a la cirurgia, la qual tindrà lloc entre els 6 i els 12 mesos. La resposta correcta és, doncs, A.

Bibliografia suggerida:

- Nelson. *Tratado de Pediatría*. A: El pie y sus dedos. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 15a ed. Madrid, 1977; Vol. II, 623.
- *Protocolos de Medicina Preventiva a l'edat pediàtrica*. A: Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Cribratges aparell locomotor*. Ed. Viena Serveis, S.L. Abril, 1995.

116. Resposta: D

Durant el període de lactància només s'han d'administrar els fàrmacs indispensables, atès que qualsevol substància present en la sang de la mare pot aparèixer a la llet. A partir de les observacions en nens i els estudis experimentals s'han establert tres grups de risc quant a l'ús de fàrmacs durant l'al·letament: a) Utilització permesa, quan no hi ha evidència d'efectes colaterals sobre el lactant, la lactància o la composició de la llet. b) Utilització amb precaucions, quan les dades sobre els efectes colaterals són contradictòries, aïllades o només en situacions especials i c) Utilització contraindicada quan els efectes colaterals estan clarament referits a la bibliografia suggerida o són fàrmacs contraindicats pel laboratori que els produeix. De tota manera, els fàrmacs formalment contraindicats són pocs, entre els quals els principals són: *antraquinones i derivats* (Pruina®): provoquen diarrea en el nen; *bromocriptina* (Parlodel®): suprimeix la lactància; *carbimazol, metimazol, iodurs*: alteren la funció tiroide; *ciclofosfamida, metotrexat*: immunosupressió, associació amb carcinogènesi; *cimetidina, ranitidina*: estimulació SNC, inhibició secreció àcida gàstrica; *ciproheptadina* (Periactin®): contraindicada pel laboratori; *clorotiazida, furosemida* (Seguril®): suprimeixen la lactància; *ergotamina* (cafergot®, Hemicraneal®): vòmits, diarrea, convulsions; *clomastina* (Tavegil®): insomni, irritabilitat; *fenindiona*: risc d'hemorràgies en el nadó; i *sals d'or*: potencials lesions cutànies, hepàtiques i renals. D'aquests fàrmacs, l'únic que figura entre les respostes és la furosemida, que suprimeix la lactància; per tant, la resposta correcta és la D. En altres casos, l'al·letament matern no és contraindicat, podent utilitzar els fàrmacs amb precaució, tenint en compte els possibles efectes dels fàrmacs sobre el lactant i vigilant-lo per tal de detectar en ell l'aparició d'efectes indesitjables. Quan hàgim d'administrar un medicament a una mare lactant caldrà primer assegurar la innocuïtat del fàrmac, i en cas de no poder assegurar la compatibilitat, buscar una alternativa més segura. També és recomanable que la mare prengui el medicament immediatament després de la presa o aprofitant el descans nocturn del lactant. Hem de ser cautes en la utilització dels fàrmacs més nous, atès que generalment hi ha poques dades respecte a la seva seguretat.

Bibliografia suggerida:

- Zuppa AA. Guia para la prescripció de fàrmacs durante la lactancia materna. Interamericana Mc Graw Hill, 1991; 4-13.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human breast milk. Pediatrics 1994; 93: 137-150.

117. Resposta: E

En el nostre cas, la nena presenta pocs criteris de risc d'hiperbilirubinèmia severa: és un nadó a terme, de bon pes, sense incompatibilitat ni signes d'hemòlisi ni de malaltia concomitant. Sabem que la icterícia progressa en direcció craniocaudal: si afecta només la cara, serà aproximadament de 6 mg/dL, si ocupa el tronc, de 9; tòrax i abdomen, 12; fins els genolls, 15; i, si abraça tot el cos, serà superior a 15 mg/dL. Aquesta nena presentarà doncs una bilirubinèmia d'uns 9 mg/dL. Si no hi ha altres factors de risc, no s'ha demostrat evidència de toxicitat de la bilirubina per sota de 18-20 mg/dL, xifra per sobre la qual cal plantejar l'inici de tractament amb fototeràpia. Altres determinacions analítiques les reservarem per als casos en què sospitem altres patologies o casos en què la icterícia persisteixi més enllà de 2-3 setmanes. La causa més freqüent d'icterícia que precisi tractament és la incompatibilitat ABO, que es dona en fills de grups A o B i mares del grup O. Els nens pretermes són molt més propensos a desenvolupar hiperbilirubinèmia. Un nadó de 37 setmanes d'edat gestacional té 4 vegades més possibilitats de precisar tractament per la seva icterícia que un nascut a les 40 setmanes. En un nadó a terme sa, en el qual no s'evidencien signes d'hemò-

lisi ni signes de malaltia, l'actitud ha de ser expectant. En el nostre cas serà suficient amb control clínic de la icterícia.

Bibliografia suggerida:

- Newman TB, Maisels MJ. Evaluation and treatment of jaundice in the term newborn: a kinder, gentler approach. Pediatrics 1992; 89: 809-818.
- American Academy of Pediatrics. Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn. Pediatrics 1994; 94: 558-565.

118. Resposta: D

Els prematurs s'han de vacunar segons la seva edat cronològica; per tant, en el nostre pacient caldrà començar ja a administrar les vacunes recomanades en el calendari vacunal. Només caldrà posposar l'administració de la vacuna de la pòlio oral en els nens que encara estiguin hospitalitzats a la unitat neonatal als 3 mesos d'edat, quan s'administra la primera dosi de DTP, per evitar la disseminació del virus vacunal entre els nadons ingressats. En els nens que han desenvolupat una malaltia respiratòria crònica és indicada la vacunació de la grip a partir dels 6 mesos d'edat, ja que abans no s'ha demostrat la seva efectivitat. És recomanable també vacunar els altres membres de la família. La vacuna antipneumocòccica no és efectiva en individus de menys de 2 anys d'edat, per la qual cosa no la recomanarem inicialment. La resposta correcta és, doncs, D; iniciarem ara l'administració de les vacunes estàndard del calendari vacunal i recomanarem l'administració de la vacuna de la grip al nen i al seus familiars.

Bibliografia suggerida:

- Manual de Vacunas en Pediatría. Comité asesor de vacunas de la AEP. 1996; 167-175, 270-271.
- Academia Americana de Pediatría. Informe del comité de enfermedades infecciosas, Libro Rojo, 1994; 252-296.

119. Respostes: 1. G

2. E
3. H
4. A
5. B
6. F
7. D
8. C

El tractament de les intoxicacions es basa en quatre punts principals: identificació del tòxic, disminució de l'absorció, augment de l'eliminació i administració d'antídots. Per a algunes intoxicacions, com les enumerades a la pregunta, es disposa d'antídots específics, molt útils si s'utilitzen precoçment. En molt altres casos no disposem d'aquest antídots, per la qual cosa ens haurem de conformar amb mesures inespecífiques, com l'administració de carbó activat per absorbir la major quantitat possible del tòxic, o mètodes per forçar la seva eliminació i mesures de suport vital. La toxicitat del *paracetamol* és fonamentalment hepàtica, podent aparèixer efectes tòxics amb ingestes d'uns 150 mg/kg. L'antídot específic és a N-Acetil-cisteïna (Fluimucil®); la seva administració es guiarà segons els nivells de paracetamol a partir de les 4 hores postingesta, segons el nomograma de Rumack-Matthew. S'administra una primera dosi de 140 mg/kg, seguida de 70 mg/kg cada 4 hores fins a completar 18 dosis. Es pot administrat tant per via oral com per via endovenosa. És més efectiu si s'administra abans de les 12 hores posteriors a la ingesta, essent la seva efectivitat dubtosa si han transcorregut més de 16 hores. Els *anticolinèrgics* es poden trobar en algunes plantes com estramoni, belladona i alguns bolets com l'amanita muscaria. Per al tractament solen ser suficients les mesures de suport, reservant la utilització de l'antídot, la fisostigmina, per a quadres

greus amb risc de la vida del pacient (arrítmies, convulsions, hipertensió), pel risc de provocar un to colinèrgic excessiu. L'etilenglicol és un component habitual dels líquids anticongelants, la intoxicació del qual produeix depressió del sistema nerviós central, insuficiència cardíaca, insuficiència renal i acidosis metabòlica severa. Dosis de només 1.5 ml/kg poden ser mortals. L'etanol és l'antídot específic ja que inhibeix el metabolisme de l'etilenglicol competint amb l'alcohol deshidrogenasa. Es pot produir *metatahemoglobinèmia* per nitrils (vegetals mal rentats), colorants d'anilines, etc. Es pot revertir amb l'administració de blau de metilè a l'1% a dosis de 0.2 ml/kg (1-2 mg/kg) per via endovenosa, i es pot repetir segons necessitat. L'efecte tòxic dels *narcòtics* (morfina, codeïna) es pot revertir amb la utilització de naloxona a dosis de 0.1 mg/kg per via endovenosa o subcutània, repetint segons necessitat. Els compostos *organofosforats* es troben en insecticides, i s'absorbeixen per totes les vies (digestiva, respiratòria, cutània). Produeixen inhibició de l'acetilcolinesterasa (AChE), la qual provoca la simptomatologia d'excés colinèrgic (salivació, broncoconstricció, convulsions, depressió SNC, hipo/hipertensió, bradi/taquicàrdia i miòsi). La atropina (0.1 mg/kg fins 2 mg cada 10-15' segons necessitat) reverteix els signes muscarínics de la intoxicació, i la pralidoxina (20-50 mg/kg fins 1 g durant 30-60') regenera l'AChE, per la qual cosa cal administrar tots dos fàrmacs en les intoxicacions moderades o greus. Les *benzodiazepines* produeixen depressió respiratòria. El seu antídot específic és el flumazenil (Anexate®), que s'utilitza a dosis de 0.2 mg ev lent (en 30 segons), 0.3 mg al minut si no hi ha resposta, 0.5 mg si no hi ha resposta, fins a una dosi màxima de 3 mg. La *metoclopramida*, component d'alguns antiemètics (Primperan®) provoca sovint manifestacions extrapiramidals en nens, que són reversibles amb l'administració de biperidil (Akineton®) a dosis de 0.05-0.1 mg/kg per via endovenosa.

Bibliografia suggerida:

- García O, Vall O. Protocolos prácticos de pediatría P3. Ediciones Doyma, Barcelona, 1994; 34-51.
- Blumer JL. A practical guide to pediatric intensive care. Mosby/Year Book, St. Louis 1990; 660-739.

120. Resposta: A

Se bé tots els supòsits esmentats són causes d'estridor crònic, les quatre primeres ja representen un 75% dels casos. L'anell vascular és el que més freqüentment s'associa a un retard ponderal, ja que l'esòfag habitualment pateix també la compressió, apareixent vòmits, causa de l'esmentat retard. La traqueomalàcia abasta la meitat dels casos, es resol de forma gradual i espontània abans de l'any de vida i no té perquè anar acompanyada de vòmits. La paràlisi del nervi laringi recurrent també pot produir estridor laringi més o menys sever, però no té perquè anar acompanyada d'estancament ponderal en no causar vòmits. L'estenosi subglòtica gairebé sempre la veurem en nens prematurs. La membrana laríngea, també congènita, i la paràlisi del nervi laringi recurrent, són molt menys freqüents.

Bibliografia suggerida:

- Stephenson T, Hamish W. Clinical Paediatrics for Postgraduate Examinations, 2a ed., Londres, Churchill Livingstone, 1995; 5: 33.

121. Resposta: E

L'avulsió d'una dent requereix tractament immediat per mantenir la vitalitat de la polpa i preservar la dent. El fet que la reimplantació sigui exitosa depèn de la rapidesa amb què es practiqui, perquè després de 30 minuts les probabilitats d'èxit comencen a minvar. Les dents arrencades no s'han d'eixugar ni rentar a fons, ja que això pot lesionar el lligament periodontal. La dent es pot remullar amb aigua o amb sèrum fisiològic, es col·loca de forma suaui dins l'alvèol i es deriva el malalt a l'odontòleg de forma im-

mediata. Si no podem reubicar la dent en l'alvèol lliure, la millor solució per traslladar la dent és submergida en llet, o bé la pot transportar el propi malalt dins de la seva boca. No es recomana la immersió amb sèrum fisiològic. De tota manera, la durada de la reimplantació és sovint poc afortunada i cal col·locar una pròtesi més endavant, però la presència de la dent reimplantada, tant si s'aconsegueix revitalitzar-la com si no és així, manté íntegre l'espai de l'alvèol per a properes intervencions. La resposta correcta és, doncs, E.

Bibliografia suggerida:

- Shusterman S. Actualización odontológica para el pediatra. Pediatrics in Review, ed. esp. 1994; 15: 343-349.

122. Resposta: D

El més gran interès de la prevenció de les malalties al·lèrgiques se centra a evitar l'exposició pre i post natal a al·lèrgens. Els pacients amb dermatitis atòpica tenen un índex elevat d'IgE sèrica específica per a determinats al·lèrgens, nivells elevats d'Ig E total. Hi ha nombrosos familiars dels afectats amb dermatitis atòpica que també pateixen atòpia. L'estudi més demostratiu (Zeige et al., 1989) va evidenciar significativament menys èczema, urticària i al·lèrgia gastrointestinal en lactants de 12 mesos sotmesos a restriccions en la seva dieta, que en els alimentats sense restriccions, d'acord amb les normes de l'Acadèmia Americana de Pediatria. En aquest estudi el tractament va consistir en l'alimentació de la mare sense llet de vaca, ous ni fruits secs des del tercer trimestre de l'embaràs fins a finalitzar l'alletament. El segon punt bàsic va ser l'alletament matern, si més no durant 6 mesos. En aquests estudi no es va introduir la llet de vaca, la soja i els cítrics fins més enllà dels 12 mesos. Els ous, el peix i els fruits secs es varen donar a partir dels 2 anys. Per tant, l'actitud més correcta és l'assenyalada a la resposta D. Les mesures populars substitutives, com l'ús de fórmules de soja per alimentar els lactants amb alt risc d'atòpia, no tenen cap valor demostrat.

Bibliografia suggerida:

- Solomon W. Prevención de los Trastornos Alérgicos. Pediatrics in Review 1994; 15: 284-293.
- Zeige et al. Effect of combined material and infant food-allergen avoidance on development of atopy in early infancy: a randomized study. J. Allergy Clin Immunol 1989; 84: 72-89.
- Bergmann et al. Prediction of atopic disease in the newborn: methodological aspects. Clin Expr Allergy 1990; 20 (S3): 21-26.

123. Resposta: C

Hi ha si més no 6 virus coneguts capaços de produir hepatitis a l'edat infantil: virus de l'hepatitis A, B, delta o D, el virus C, el virus d'Epstein Barr i el Citomegalovirus. D'aquests agents, el VHA i l'Epstein Barr no s'associen a malaltia crònica. El virus de l'hepatitis D no és capaç de replicar-se per si mateix i necessita el HBSAg per fer-ho. Les sobreinfeccions dels portadors de VHB per VHD poden provocar la persistència de la infecció per VHB i la seva associació pot cronificar el quadre, però amb menor incidència que la produïda únicament pel virus de l'hepatitis B, de forma aïllada. La immensa majoria de coinfeccions B-D són autolimitades i no més del 5% d'ells progressen a hepatitis crònica. El citomegalovirus pot provocar hepatitis crònica, especialment en malalts immunocompromesos. La taxa més elevada de l'hepatitis crònica és la causada pel virus de l'hepatitis B, que pot cronificar-se en un 10% dels casos; per tant, la resposta vàlida és C. No fem esment de l'hepatitis E atès que la seva escassa incidència en l'edat pediàtrica la fa de poc interès a l'atenció primària.

Bibliografia suggerida:

- Nowicki MJ, Balistreri WF. Hepatitis de la A a la E: Avanzando en el Alfabeto. Contemp Pediatr (Ed esp)1993; 2: 85.