

l'erupció. Practicar una radiografia de la zona no ens aportarà noves dades per al diagnòstic. Les peces situades per sota del quist no es reabsorbeixen i els tractaments amb antibiòtics no són indicats.

#### **Bibliografia suggerida:**

- Rock VP, Grundy MC, Shaw L. Ilustraciones Diagnósticas en Odontología Pediátrica. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1989; 54-118.
- Laskaris G. Color Atlas of Oral Disease. Thieme Medical Publishers, Nova York, 1994; 112.

#### **8. Resposta: D**

Els nòduls de Bohn o perles d'Ebstein són petits nodulets blanquinosos situats a la cresta alveolodentària dels nadons encara sense dents. Es tracta de degeneracions quístmiques de les restes de la làmina dentària. Aquestes formacions desapareixen espontàniament i, quan es consulti per aquest motiu, cal tranquil·litzar els pares explicant-los la poca transcendència de la troballa. Els quists de retenció o d'erupció no es presenten clínicament com el cas esmentat anteriorment. Els nòduls de Fordyce són d'aspecte groguenc i es troben a les mucoses del llavi o l'interior de les galtes. No existeix la denominació de perles dentinocementàries, però de tota manera la dentina i el ciment dentari són d'origen mesodèrmic i les perles d'Ebstein, com a restes de la làmina dentària, tenen un origen ectodèrmic.

#### **Bibliografia suggerida:**

- Kramer IRH, Pindborg JJ i Shear M. WHO histological typing of odontogenic tumors. Springer Verlag, Ginebra, 1992; 34-35.
- Rock VP, Grundy MC, Shaw L. Ilustraciones Diagnósticas en Odontología Pediátrica. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1989; 22.113.

#### **9. Resposta: B**

Les cremades químiques per àcid acetil salicílic (AAS) són lesions blanquinoses i erosives, situades en zones de la boca properes a peces dentàries doloroses; es produeixen pel costum erroni de situar tòpicament les aspirines en les esmentades zones. Inicialment es pot aconseguir una lleugera millora dels símptomes dolorosos de les peces dentàries, ja que l'AAS crema els filets nerviosos terminals situats en la dermis de l'epiteli de la mucosa oral; no obstant això, el resultat posterior és el dolor que presentava inicialment, més el dolor provocat per la cremada química sobre la mucosa per l'AAS. En cap cas l'AAS tòpic no produeix la reactivació d'un flegmó dentari, que sense tractament adequat seguirà la seva evolució natural; tampoc no augmentaran els símptomes dentaris polposos que seguiran la seva evolució. Les cremades per aspirina no produeixen mai lesions ampulloses, en tot cas podrien ser vesiculars per la cremada, però per l'efecte traumàtic de la masticació, qualsevol lesió vesicular intraoral tendeix a ser erosiva per trencament del sostre epitelial vesicular.

#### **Bibliografia suggerida:**

- Bagán JV, Vera F. Patología de la Mucosa Oral. Syntex Latino, Barcelona, 1989; 18.
- Pindborg JJ. Atlas of the diseases of the oral mucosa. Munsgaard, 5a ed., Copenhagen, 1992; 336.
- Cawson RA, Binnie WH, Eveson JW. Color Atlas of oral diseases. Mosby Year Book, Londres, 1994; 12.6-12.7.

#### **10. Resposta: C**

El diagnòstic és el d'una estomatitis aftosa recurrent menor, atès el període de recurrència, de desaparició de les lesions i la grandària inferior a 1 cm. L'estomatitis aftosa recurrent menor (EARM) és un quadre clínic caracteritzat per la presència d'aftes en nombre de 2-3 elements, de forma ovalada, format < a 1 cm, vores eritematoses, escassa profunditat, sòl de la lesió net, sense adenopaties ni reacció sistè-

mica i una evolució de 7-10 dies sense seqüeles. En la patogènia del procés cal esmentar una base immunològica, uns factors predisponents (dèficit de Fe, fòlic, vit B12), al·lèrgies alimentàries, atòpia, menstruació i un factor hereditari (HLA-DR2, DR4). Si les lesions fossin molt petites o puntiformes, molt nombroses, més doloroses i molt recidivants amb constants brots, pensariem que es tracta d'ulceracions herpetiformes recurrents. Si fossin més petites però no tan recurrents podríem pensar en un brot d'herpes simple aïllat. Les neutropènies cícliques, si bé cursen amb llagues intraorals, tenen un període d'aparició de 21 dies i, a més, trobaríem una malaltia gingival associada del tipus de la periodontitis al quadre. L'angina de Vincent és un quadre clínic diferent perquè es tracta d'una gingivitis necrosant aguda i fulminant.

#### **11. Resposta: A**

En no tractar-se d'un quadre víric el tractament antiviral no és l'adequat. Els AINES sistèmics poden alleujar els símptomes del procés inflamatori, però no són els fàrmacs més adients. Si bé els antisèptics tòpics poden millorar les lesions, i també la violeta de genciana com a tal, nombrosos estudis demostren els beneficis de l'aureomicina tòpica la qual millora els símptomes en actuar contra la sobreinfecció de les lesions, que és la responsable del dolor. L'aureomicina és un antibiòtic que s'oxida amb facilitat; per aquesta raó no se'n poden fer colutoris en formulació magistral. Es pot dissoldre el contingut d'una càpsula d'aureomicina en aigua en el moment de la seva utilització o bé aplicar tòpicament en forma de cremes o pomades. També cal dir que alguns estudis demostren que la violeta de genciana pot perpetuar els símptomes inflamatoris en la mucosa oral.

#### **Bibliografia suggerida:**

- Ship JA. Recurrent aphthous stomatitis. Oral Med, Oral Pathol, 1996; 81: 141-147.
- Bagán JV. Atlas de enfermedades de la mucosa oral. Syntex Latino s.a., Barcelona, 1995; 47-53.
- Bascones A. Lesiones vesiculo ampollas de la mucosa oral. Ediciones Avances, Madrid, 1993; 48-60.

#### **12. Resposta: C**

Diversos estudis mostren que la llet materna (LM) és bacteriològicament segura després de romandre a temperatura ambient durant 8 hores (mai per sobre dels 38°). Tanmateix, es pot conservar entre 3 i 5 dies en el refrigerador a 4°C sense augmentar el risc de contaminació bacteriana i conservant la viabilitat d'algunes cèl·lules. La llet conservada en un congelador amb porta independent s'ha de consumir abans de 3 mesos. El bulb o pera de goma de les bombes manuals en forma de «botzina de bicicleta» acumula llet i bacteris, i no s'han d'utilitzar atès la contaminació freqüent de coliformes encara que es facin bullir o es rentin en rentaplats. La llet extreta amb una bomba elèctrica posseeix més lípids que la que s'extreu a mà o amb bomba manual i, alhora, és més eficaç per augmentar els nivells materns de prolactina i la secreció de llet total. La LM ha de ser descongelada en el refrigerador, i utilitzada en la seva totalitat abans de 24 hores. La descongelació en un forn microones sol produir separació de les capes i disminució del contingut en vitamina C. És preferible l'escalfament amb recipient al «bany maria», ja que els microones interfereixen les propietats antiinfeccioses de la LM (lisozima, IgA total, IgA secretòria específica contra E. Coli), alhora que augmenten el risc conegut de cremada per sobreescalfament.

#### **Bibliografia suggerida:**

- Quan R, Yang C, Rubinstein S, et al. Effects of microwave radiation on anti-infective factors in human milk. Pediatrics, 1992; 89: 667.
- Liebhaber M, Lewiston NJ, Asquith MT, et al. Comparison of bacterial contamination with two methods of human milk collection. J Pediatr, 1978; 92: 236.
- Lawrence RA. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Madrid. Ed Mosby / Doyma, 4a ed., 1996; 621-665.

- Hamosh M, Ellis LA, Pollock DR, et al. Lactancia materna y madres que trabajan: efecto a corto plazo del tiempo y la temperatura de almacenamiento sobre la proteólisis, lipólisis y crecimiento bacteriano en la leche humana. *Pediatrics* (Ed. Esp.) 1996; 41: 245-253.

### 13. Resposta: E

La llet inicial, pobra en lípids, surt sense esforç per acció de l'oxitocina, mentre que l'extracció de la llet final, rica en greixos i calories, requereix d'una succió adequada. L'extracció de llet materna no es produeix només per succió (buit), sinó pels moviments peristàltics de la llengua, que apreta amunt prement els sins galactòfors situats sota l'arèola. Perque la llengua pugui col·locar-se sota l'arèola, la boca ha d'estar molt oberta, la cara i el nas en contacte amb el pit i el mugró a la part superior de la cavitat bucal. Les primeres succions són ràpides i superficials –destinades a estimular la secreció d'oxitocina–; quan la llet comença a fluir, el ritme de succió canvia, amb mamades lentes i profundes i amb moviments a la part posterior de la mandíbula (masseters). Quan el bebè no mama en posició correcta (molt separat de la mare, agafant-se al mugró i no a l'arèola, coll lateralitzat o doblegat, boca poc oberta amb llavi inferior doblegat cap endins, succions sempre ràpides) es produeixen diversos símptomes, com els descrits en les respostes A, B, C i D.

#### Bibliografia suggerida:

- González CJ. Síndrome de la posición inadecuada al mamar. *An Esp Pediatr*, 1996; 45: 527-529.
- Royal College of Midwives. Lactancia materna, manual para profesionales. Barcelona, ACPAM, 1994.
- Widström AM, Tringström-Paulsson J. The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle. *Acta Pediatr*, 1993; 82: 281.

### 14. Resposta: C

La causa més comuna de dolor en els mugrons durant els primers dies és la posició, que s'ha de revisar amb detall, comprovant que l'arèola està suficientment tova perquè el lactant l'agafi bé. S'ha de comprovar que el llavi inferior del bebè estigui doblegat cap enfora, i no ficat dins la boca, cosa que pot provocar erosions en el mugró. L'ús de mugroneres redueix significativament la quantitat de llet, alhora que altera el patró de succió correcta, i fa difícil que el nen torni a mamar directament del pit. Molts experts en lactància consideren l'ús d'una mugronera com una situació evitable que indica un fracàs en l'assistència a la mare alletant. L'administració de cloxacil·lina i ibuprofèn pot ser correcta davant un cas de mastitis, però mai no pot substituir la visita i l'observació clínica, al més aviat possible en aquest cas, atesa l'evident angoixa (antecedents de mastitis, poc guany ponderal, dolor als mugrons, desig decidit de continuar alletant) que el pediatre ha de saber manejar.

#### Bibliografia suggerida:

- Lawrence RA. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Madrid. Ed Mosby / Doyma, 4a ed., 1996; 249-253.
- Nylander G. El pit no té horari (Video). Barcelona, ACPAM, 1995.
- Ruiz L, Miró X, Urraca O, et al. Grups de mares pro alletament. *Pediatría Catalana*, 1996; 56: 116-117.

### 15. Resposta: D

Si no trobem cap anomalia de posició, i hem descartat una infecció per cànides en el pit de la mare (habitualment associat a muguet en el nen, amb dolor "punxant" que irradia pel pit i que la mare sent com si els conductes fossin de foc líquid), el dolor pot ser degut, com en el cas del Pere, a un bebè amb succió molt vigorosa. Amb mares amb pell blanca i molt sensible, aquesta associació pot comportar problemes. La mare haurà de retirar qualsevol protector impermeable del sostenidor. Immediatament després de la mamada, especialment quan hi ha clivelles, quan el pit encara està mullat amb llet, no s'ha de retirar, ni tampoc rentar el mugró, sinó deixar-

la assecar (a l'aire, al sol o amb assecador; a 15-20 cm del pit durant no més de 2 o 3 minuts per evitar el ressecament excessiu). Es desaconsella l'aplicació rutinària de pomades en el mugró, arèola i resta de la mamella. Algunes cremes i pomades contenen irritants. Les cremes anestèsiques locals no s'han d'utilitzar perquè produeixen reaccions al·lèrgiques i poden afectar el lactant, paralitzant la boca i la gola.

#### Bibliografia suggerida:

- Lawrence RA. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Madrid. Ed Mosby / Doyma 4a ed., 1996; 245-254.
- Herd B, Feeney JG. Two aerosols sprays and nipple trauma *Practitioner*, 1986; 230: 31.

### 16. Resposta: A

La suplementació amb llet artificial, sèrum glucosat o aigua està associat amb un menor èxit global de l'alletament i al mecanisme de succió incorrecte anomenat confusió de mugró. Una de les rutines que interfereixen en l'establiment i el manteniment de la LM és l'oferiment de xumets en les maternitats. Diferències tant mecàniques com dinàmiques han estat demostrades entre la succió del pit i la de tetines i xumets. Un important factor predictiu de la necessitat de suplement i del fracàs de la LM, és la demora excessiva entre el naixement i la primera mamada. Alguns hospitals recomanen encara l'alletament cada 3 o 4 hores, basant-se en el lent buidament gàstric de la llet artificial, que tarda fins a 4 hores. El temps de buidament amb la llet materna és d'uns 90 minuts, les preses solen ser freqüents (sobretot al principi) i s'escau lògicament la recomanació de l'alletament a demanda sense horaris rígids. Els mugrons plans i grans d'algunes mares poden causar problemes en un bebè petit o que succiona dèbilment. Ajuda, en aquests casos, l'expressió manual per estovar l'arèola i fer-la més flexible abans de posar el nen al pit. Tanmateix, la preparació amb un tirallets elèctric a les maternitats pot facilitar que el nen s'agafi bé, així com una lleu compressió del pit i l'arèola entre dos dits perquè surti tot el possible.

#### Bibliografia suggerida:

- Barros FC, et al. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics*, 1995; 95: 497-499.
- Victoria CG, et al. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet*, 1993; 341: 404-406.
- Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 1990; 336: 1105-1107.

### 17. Resposta: D

El ronyó multiquíctic, que no s'ha de confondre amb la malaltia renal poliquistica de pitjor pronòstic, consisteix en l'existència d'un gran nombre de quists de parets fines que envolten una zona de teixit displàstic residual. L'afectació és unilateral i, tot i que clàssicament es diagnosticava arran de la detecció d'una massa abdominal neonatal, avui en dia es diagnostica tot sovint en les ecografies prenatales. L'urèter és atrèsic i el ronyó és no funcionant. Tot i que el ronyó contralateral pot presentar anomalies (reflux, hidronefrosi, etc.), que s'hauran de descartar en el període neonatal mitjançant exploracions d'imatge (ecografia, CUMS), el funcionalisme d'aquest ronyó contralateral és habitualment normal, motiu pel qual les complicacions d'aquesta malformació tant prenatal com postnatal són molt poc freqüents. El tractament del ronyó multiquíctic és controvertit: alguns autors aconsellen un tractament conservador amb controls periòdics atès que les complicacions són excepcionals i, fins i tot, el ronyó afectat pot involucionar en el curs del primer any. D'altres autors, en canvi, consideren que, malgrat que les complicacions són molt poc freqüents, l'aparició ocasional d'hipertensió arterial o neoplàsies en aquest ronyó justifica la seva extirpació, que es fa habitualment a partir dels 6 mesos.

#### Bibliografia suggerida:

- Lendon M, Postlethwaite RT. Cystic disorders of the kidney. A: Postlethwaite RJ, editor. *Clinical Paediatric Nephrology*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1994; 305-318.
- Mentser M, Mahan J, Koff S. Multicystic dysplastic kidney. *Pediatr Nephrol*, 1994; 8: 113-115.
- Navascues del Río JA, et al. Actitud terapèutica ante la displasia renal multiquística. *Cir Pediatr*, 1996; 9: 32-35.

#### 18. Resposta: A

Els problemes més freqüents associats a l'àcid valproic durant la gestació són el retard de creixement intrauterí i la síndrome de privació, caracteritzada per irritabilitat, tremolors o hipotonia que apareixen entre les 12 i les 48 hores de vida. Tanmateix, també s'han descrit un cert nombre de malformacions associades a l'ús de l'àcid valproic durant la gestació, fins al punt que alguns autors aconsellen evitar el tractament amb àcid valproic durant la gestació en dones epilèptiques i substituir-lo per un altre antièpilèptic. S'han descrit anomalies facials com l'hipertelorisme, paladar fes i llavi leporí, defectes del tub neural, cardiopaties congènites (defectes septals, problemes valvulars), malformacions genitourinàries, anomalies d'extremitats superiors i inferiors o defectes de la paret abdominal. La microcefàlia s'ha associat a l'ús d'altres antièpilèptics, com la fenitoïna, però no és pròpia de l'àcid valproic.

#### Bibliografia

- Clayton-Smith J, Donnai D. Fetal valproate syndrome. *J Med Genet*, 1995; 32: 724-727.
- Aminoff MJ. *Neurologic disorders*. A: Creasy R, Hiesnik R, editors. *Maternal fetal medicine*. Filadèlfia. Saunders, 1994; 1071-1100.

#### 19. Resposta: C

Tot i que alguns autors aconsellen posposar la vacunació amb microorganismes morts almenys 3 setmanes després de l'administració d'immunoglobulines, les revisions més recents consideren que les vacunes de gèrmens totals inactivats, les de partícules antigèniques (*H. influenzae b*) o les compostes per toxoides (tètanus) es poden administrar abans, després o simultàniament amb immunoglobulines sense que disminueixi la resposta immune. En canvi, per evitar interferències s'aconsella un interval de 3 mesos entre l'administració d'immunoglobulines i la d'una vacuna de microorganismes vius atenuats (per exemple xarampió, rubèola, parotiditis). Si es vacunen abans, s'hauria de comprovar la producció d'anticossos específics de la vacuna o s'hauria d'administrar una altra dosi un cop passats els 3 mesos. Tanmateix, en el cas de la vacuna de la poliomielitis oral i la febre groga, tot i que són vacunes de virus vius, la resposta immunològica no es veu afectada per l'administració d'immunoglobulines.

#### Bibliografia suggerida:

- Comité asesor de vacunas de la AEP. Manual de vacunas en pediatria. Asociación Española de Pediatría, 1996; 35.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. *Protocolos de Medicina Preventiva en Pediatría*, 1995; 158-159.

#### 20. Resposta: D

És convenient posposar l'administració de qualsevol vacuna quan un pacient presenta una malaltia infecciosa aguda febril o n'està convallescent, una malaltia moderada o greu (com l'hepatitis), encara que no tingui febre, o quan ha patit un xarampió (la vacuna s'hauria de posposar en aquest cas durant 2 mesos). A més a més, la vacuna triple vírica és contraindicada en cas de tractament immunosupressor i durant l'embaràs. No existeix en canvi cap contraindicació quan el nen vacunat tingui contacte intrafamiliar amb un immunodeficient o amb una gestant.

#### Bibliografia suggerida:

- Comité asesor de vacunas de la AEP. Manual de vacunas en pediatria. Asociación Española de Pediatría, 1996.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. *Protocolos de Medicina Preventiva en Pediatría*, 1995.

#### 21. Resposta: E

Davant un lactant de 4 mesos amb criptorquídia, hidrocele o fimosi s'ha de tenir una actitud expectant atès que encara es poden resoldre espontàniament. L'hipospàdies, si no provoca problemes miccionals, com passa en la majoria de casos, es pot esperar per intervenir a partir de l'any de vida. En canvi, l'hèrnia inguinal, tot i que sigui asimptomàtica, ha de ser intervinguda sense urgència però sense demora, pel risc de complicacions.

#### Bibliografia suggerida:

- Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. *Protocolos de Medicina Preventiva a l'Edat Pediàtrica*, 1995; 95-97.
- Ruiz JI. Patologia inguino-escrotal en la infància. *Jano*, 1996; 1159: 27-82.

#### 22. Resposta: B

La deficiència mental sol anar acompanyada de dèficits relacionats o patologia associada, que limita encara més les habilitats d'adaptació del nen i afecten el resultat final de les seves capacitats. Presenten una paràlisi cerebral associada un 20% dels casos, convulsions un altre 20%, sovint tenen problemes d'alimentació i trastorns de comportament com hiperactivitat. Però el que és més freqüent (del 25 al 50% dels casos), són els defectes sensorials visuals i auditius associats. Entre els defectes visuals són freqüents els defectes de refracció, l'estrabisme i l'ambliopia. Els defectes auditius poden ser hipoacúsies de transmissió per otitis serosa (60-90% dels nens amb Síndrome de Down) o hipoacúsies neurosensorials en altres etiologies. Aquests defectes són, en general, tractables i permeten millorar la resposta a la teràpia d'estimulació i, per tant, el resultat final de la seva discapacitat psíquica.

#### Bibliografia suggerida:

- Mc Laren J, Bryson SE. Review of recent epidemiological studies of mental retardation: Prevalence, associated disorders and etiology. *Am J Ment Retard*, 1987; 92: 243-248.
- Dahle AJ, Mc Collister FP. Hearing and otologic disorders in children with Down syndrome. *J Ment Def Res*, 1986; 32: 333-336.
- Batshaw ML. Retraso mental. *Pediatr Clin North Am (Ed. Esp.)*, 1993; 3: 537-554.
- Menacker SJ. Función visual en niños con minusvalidez vinculada con el desarrollo. *Pediatr Clin North Am (Ed. Esp.)*, 1993; 3: 713-722.

#### 23. Resposta: H

L'autisme infantil i altres trastorns relacionats amb l'autisme són un grup de patologies del desenvolupament que ocasionen una discapacitat psíquica amb una etiopatogènia poc coneguda actualment. Tot i que en un 60% dels casos presenten també una deficiència mental i en un 25% tenen convulsions generalitzades, característicament són nens amb una exploració neurològica normal i sense dèficits sensorials. El diagnòstic es fonamenta habitualment en els criteris del *Diagnostic Statistical Manual (DSM-III-R)* de l'American Psychiatric Association, però els trets característics són: a) deteriorament qualitatiu de la interacció social, que ocasiona manca de relació amb altres persones, manca d'afectivitat, desinterès o absència de participació en els jocs socials; b) deteriorament qualitatiu de la comunicació verbal i no verbal, que ocasiona una alteració important del llenguatge, amb dificultats de comunicació, llenguatge aberrant, estereotips verbals, ecolàlia, o absència de llenguatge; c) repertori molt restringit d'activitats i interessos, amb moviments corporals