

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 biperidè (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 suau 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.

- Nowicki MJ, Balistreri WF. Las Hepatitis Virásicas C, D y E. *Contemp Pediatr*, (Ed esp)1993; 3: 132.

#### 124. Resposta: D

El "nen viatger" o el nen d'ètnies diferents de la nostra, presenta algunes peculiaritats diferencials amb els nens que estem acostumats a tractar a diari. Els nens viatgers poden desplaçar-se a zones del món on és necessària l'administració de vacunacions especials per l'existència de malalties endèmiques i/o epidèmiques allà on van. Els nens d'ètnies diferents de les nostres provenen, o tenen familiars, de països on també hi ha una problemàtica epidemiològica diferent de la del nostre entorn; els desplaçaments als seus països d'origen, tant de forma temporal com definitiva, comporten actuacions per part nostra d'acord amb aquesta situació. Un d'aquests fets diferencials és l'adequació del seu calendari vacunal als llocs on s'ha de desplaçar. En el cas que ens ocupa la vacuna més adient a recomanar és la BCG (resposta D) sempre que el seu PPD sigui negatiu. Aquesta immunització és la indicada per als nens que han de passar llargs períodes de temps en zones endèmiques, com és aquest cas. La vacuna del còlera, per la seva escassa eficàcia (<50%) no es recomana en l'actualitat. La vacuna de la febre groga és aconsellable per als viatges al tròpic, però la zona endèmica de la malaltia no arriba a Egipte. El mateix succeeix amb el meningococ de tipus C. La ràbia és una malaltia que en l'actualitat està localitzada només en zones rurals d'algunes parts de Llatinoamèrica, Àfrica i Àsia; a més, aquesta és una vacuna que s'administra després d'un possible contacte amb un animal que pateix una malaltia i no fa al cas, doncs, recomanar-la de forma preventiva.

#### Bibliografia suggerida:

- Comitè Asesor de Vacunas. Manual de vacunas en Pediatría. 1a ed. 1996.
- Caprotti G. El Médico Turista. 1995. Iatros Edicions.

#### 125. Resposta B

La freqüència de la criptorquídia es calcula al voltant del 3% en els nadons a terme i en més del 20% en els prematurs essent bilateral en el 10-30% dels casos detectats. En nens d'1 any, la seva incidència és aproximadament del 0.8%, la qual cosa suggereix que la major part dels tests baixaran per si sols en el decurs del primer any de vida. En el nadó a qui no es palpa cap de les dues gònades cal fer, en primer lloc, una correcta determinació del sexe i descartar la hiperplàsia suprarenal congènita, per estar segurs de no estar davant d'un cas d'estat intersexual. Això, si no tenim cap mena de dubte, ho podem fer clínicament. La sospita de trobar-nos amb un nadó amb genitals ambigus, ens obligarà a fer-ho analíticament. També cal descartar l'hipopituïtarisme congènit que, en moltes ocasions, s'associa a criptorquídia i a micropenis degut a la manca d'hormona gonadòtropa. Només si aquesta absència de testicles coincideix amb d'altres anomalies genitals pot estar indicat fer un estudi radiològic de la via urinària amb ecografia i UIV. Aquestes dues tècniques exploratòries no estan indicades en l'avaluació inicial d'una criptorquídia aïllada. Si el procés s'acaba etiquetant com idiopàtic cal reavaluar el malalt al final del primer any i, de persistir, es pot plantejar el tractament amb HCG. La resposta correcta és B.

#### Bibliografia suggerida:

- Neely E et al. El testículo no descendido. *Contemporary Pediatrics*, (Ed. esp.), Nov-Des. 1991; 5: 231-239.
- Huft D et al. Postnatal testicular maldevelopment in unilateral cryptorchidism. *J. Urol* 1989; 142: 546.
- Job J, Canlorbe P. Glándulas sexuales. *Endocrinología Pediátrica y Crecimiento*. Ed. Científico Médica. 5: 225.

#### 126. Resposta: B

Tots els factors esmentats poden empitjorar el pronòstic d'una infecció de les vies urinàries en un nen, excepte la intensitat de la febre. L'edat és un factor pronòstic important, especialment si el malalt té una edat inferior a un any ja que és el període en què es pot produir més dany renal si la infecció és important. Les dades clíniques, com la febre, el malestar general o el rebuig de l'alimentació, són suggeridores d'infecció però en cap cas no ens poden assegurar la localització de la infecció ni han de fer modificar la nostra actitud. Tota infecció d'orina en un lactant ha de ser tractada com si fos de vies urinàries altes. Amb posterioritat, mitjançant diverses proves complementàries, es pot localitzar la ubicació de la infecció i el seu abast. El tractament cal que es faci al més aviat possible ja que, així, es frena la progressió de la malaltia i s'evita la seva extensió. El fet que el nen estigui afectat per una altra patologia de les vies urinàries com pot ser un reflux, una uropatia obstructiva o qualsevol altra, també és un factor important pel que fa a un pitjor pronòstic.

#### Bibliografia suggerida:

- Bensam G. Infection urinaire, reflux vesico-ureteral. *Néphrologie Pédiatrique*. De Loirat. París. Doin Editeurs. 1993.
- Hellerstein S. Urinary Tract Infections. *Old and New Concepts*. *Pediatric Nephrology*. *Pediatric Clinics of North America* 1995; 42: 6.

#### 127. Resposta: C

Totes les proves esmentades són útils per l'estudi de la via renal, però una d'elles, la gammagrafia renal amb àcid dimercaptosuccínic marcat amb tecneci 99 (Tc 99- DMSA), és la que amb més precisió ens ajuda a avaluar les lesions parenquimatoses produïdes pel reflux. El radiofàrmac és molt selectiu per les cèl·lules del tub proximal i la seva fixació ens permet determinar tant paràmetres de tipus funcional, com de tipus morfològic. Permet veure les cicatrius renals i pot fer una quantificació de la funció renal relativa de cada un dels ronyons. És útil també per fer controls evolutius de la nefropatia per reflux i veure si aquesta progressa o bé es manté estable. Cal, de tota manera, deixar la seva interpretació als experts, qui seran els que ens informaran dels resultats obtinguts.

#### Bibliografia suggerida:

- Roca I. Estudi Isotòpic de la Nefropatia per Reflux. Comunicació Oral al curs Progressos en Nefrologia Pediàtrica. Hospital Materno Infantil de la Vall d'Hebron. 1996.

#### 128. Resposta: A

Entre les mesures que afavoreixen el descens de la tensió arterial i deixant a banda el tractament farmacològic, l'aspecte dietètic juntament amb la pràctica de l'exercici físic i el fet d'evitar l'obesitat s'han demostrat bons per al control de la malaltia. En l'àmbit nutricional és bàsica la ingesta adequada de sodi, potassi i calci. És clar l'efecte beneficiós de reduir el sodi en la dieta del nen en preparar els menjars i evitar que n'ingereixi aliments molt rics (especialment aliments en conserva i embotits), però no és adequada una eliminació total, essent pràcticament impossible fer-la. L'increment de potassi en la dieta és beneficiós per a la disminució de les xifres de tensió i, per això, és recomanable fer una dieta rica en aliments que continguin aquest element com són les fruites i els vegetals. També s'ha suggerit que un increment de calci en la dieta podria ser beneficiós per fer disminuir els valors de la tensió arterial, tot i que això no s'ha pogut determinar de forma conclouent. La resposta certa és, doncs, A.

#### Bibliografia suggerida:

- Callis L. Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial en el Niño. Llibre de comunicacions del curs Progressos en Nefrologia Pediàtrica 1996.

### 129. Resposta: D

La pràctica rutinària d'ecografies de control a gairebé totes les gestants ha mostrat que la troballa de la dilatació de les vies urinàries és més freqüent del que es pensava. Afortunadament aquest fet, en la major part dels casos, correspon a moderades èctasis de la pelvis renal en les quals l'única actitud que cal prendre és expectant, ja que se solucionen de forma espontània en els primers mesos de la vida de l'infant. És interessant de recordar que el nounat presenta de forma fisiològica una moderada dilatació de la pelvis renal fins al quart o cinquè dia de vida, i que és per això que fins passats aquests primers dies no és recomanable practicar la primera ecografia al nadó, ja que les imatges que obtindrem no es corresponen amb el grau de patologia existent. El més indicat és, doncs, practicar com a primer estudi una ecografia que posposarem fins als voltants dels cinquè dia de vida. L'excepció a tot això és el fet que l'ecografia obstètrica sigui sospitosa de l'existència d'unes vàlvules d'uretra posterior; en aquest cas el diagnòstic i el tractament s'hauran de fer al més aviat possible.

#### Bibliografia suggerida:

- García Chapulle. Evolución postnatal de las ectasias pélvicas renales no obstructivas detectadas por ecografía intrauterina. Rev. Esp. Pediatr. 1995; 51: 545-548.
- Blachar et al. Clinical outcome and follow-up of prenatal hydronephrosis. Pediatr Nephrol. 1994; 8: 30-35.

### 130. Resposta: C

Dels exposats, l'únic criteri cert per retardar la vacunació sistemàtica d'un nen és el fet que no existeixi una malaltia febril aguda en el moment de procedir a la vacunació (resposta C). El fet d'haver pres corticoides a dosis habituals (< 2 mg/kg/dia) no contraindica la seva administració, ja que es considera que aquestes dosis no tenen efectes immunosupressors. L'administració d'antibiòtic tampoc no és una causa que faci posposar l'administració de la dosi vacunal. Ni l'exposició recent a una malaltia infecciosa ni el fet de patir una reacció vacunal moderada en la darrera administració són causa suficient per posposar-ho. La reacció vacunal que justifiqui prendre alguna mesura és aquella que es presenta de forma important, bàsicament quadres febrils seriosos amb temperatures axil-lars per damunt dels 40°C en les 48 hores després de la vacunació i situació de col·lapse, xoc, convulsions o quadre d'encefalopatia fins set dies després de l'última vacuna.

#### Bibliografia suggerida:

- Comité Asesor de Vacunas. Manual de Vacunas en Pediatría. 1a ed. 1996; Asociación Española de Pediatría p. 40.

### 131. Resposta: C

En els països més desenvolupats la incidència d'hepatitis A és inferior a 20 casos/100.000 habitants i la seropositivitat en més grans de 45 anys és del 15-17%. Els anticossos antiVHA tipus IgM apareixen amb els primers símptomes i van disminuint fins a desaparèixer cap als 6 mesos. Els anticossos tipus IgG apareixen des de l'inici de la malaltia i es mantenen indefinidament. Abans dels 40 anys la mortalitat és rara en situacions d'endemicitat moderada o baixa.

#### Bibliografia suggerida:

- Public health control of hepatitis A: Memorandum from a WHO meeting. Bulletin of the World Health Organization, 1995; 73 (1): 15-20.
- Bruguera M, Vidal J, Rodés J. Factores de riesgo en la hepatitis A de los adultos. J Gastroenterol Hepatol, 1992; 15,3: 129-132.

### 132. Resposta: C

Crida l'atenció l'evolució normal de la pacient durant les dues primeres setmanes. La imatge radiològica i l'ECG no apun-

ten cap a una cardiopatia. La infecció per VRS es presentaria més com un problema de bronquiolitis; a més, no és típica en aquestes edats. La pneumopatia per micoplasma es presenta en edats més tardanes. La tos ferina se sol presentar en l'adult de forma molt atípica. El procés descrit en la mare podria correspondre a aquesta etiologia, i les crisis de cianosi i emesi, així com la hipotonia i les fases apneiques després d'elles apunta cap a aquest diagnòstic. L'anàlítica més apropiada per al diagnòstic de la tos ferina en aquesta fase clínica és el cultiu faringi i el test de fluorescència directe per a la bordetella.

#### Bibliografia suggerida:

- Feigin, Cherry. Pediatric Infectious Diseases. 1995. Saunders, Nova York.

### 133. Resposta: D

L'estasi papil·lar no presenta trastorns funcionals en les seves primeres fases. La histèria acostuma a veure's en nens grans i acompanyada de simptomatologia psiquiàtica. El tumor no és d'instauració tan ràpida. Per pensar en una encefalitis, no hi ha alteracions neurològiques i la consciència no està alterada. La neuritis òptica és el diagnòstic més probable i en el nen acostuma a presentar-se de forma simètrica. A més, la pèrdua de la visió es produeix en hores o dies, i pot arribar quasi a la ceguesa total. Dins la gamma d'exploracions per fer el diagnòstic, la menys necessària és la TAC (sempre que disposem de RNM). Cal tenir en compte que la neuritis òptica pot ser el primer episodi d'una esclerosi múltiple, tot i que en aquests casos sol ser unilateral. Les dades de la RNM i la PL ens orientaran cap al diagnòstic. Si tenim en compte que l'estudi per la imatge es destina fonamentalment a detectar la desmielinització (diagnòstic d'una esclerosi múltiple, especialment si estan en les zones periventriculars), la informació donada per la RNM és indubtablement molt més gran que la proporcionada per la TAC. Els potencials evocats ajuden a descartar formes histèriques. L'EEG ens informa sobre anomalies encefalomielítiques que poden anar acompanyades de neuritis òptica. En la neuritis òptica la PL detecta sovint pleocitosi i increment d'IgG de tipus oligoclonal.

#### Bibliografia suggerida:

- Aicardi J. Disease of the nervous system in childhood. 1992. Mac Keith Press. Londres.

### 134. Resposta: C

Les causes d'una poliúria podrien correspondre a algun dels processos anteriors, però cal remarcar que té un retard del creixement intrauterí, i un estat general i una vitalitat bons. El més freqüent dins els processos esmentats i amb les característiques anteriors seria una diabetis mellitus amb glucosúria causant de la poliúria osmòtica. Per tant, és prioritària la determinació de la glucosúria. Aquesta diabetis mellitus és transitòria, però pot durar setmanes i de vegades necessita petites dosis d'insulina (0.05 U x kg) i monitorització extrema de la glicèmia a causa de la gran sensibilitat enfront d'ella. Altres causes o hiperglucèmies secundàries són degudes a lesions del SNC, infeccions generalitzades o l'administració de teofil·lina, cafeïna. Si la determinació de la glucosa i l'acetona fos normal, hauríem d'efectuar el diagnòstic diferencial amb les altres entitats esmentades.

#### Bibliografia suggerida:

- Argente J i col.: Endocrinología pediátrica y de la adolescencia. 1995. Edimsa. Madrid.

### 135. Resposta: E

El que ens crida més l'atenció és l'existència d'una hipercalcèmia i una fosforèmia baixa, la qual cosa correspon a una