



### 1. Resposta: C

La millora de les mesures higièniques en els països subdesenvolupats continua sent la millor manera de prevenir la malaltia, donada la nul·la accessibilitat a la vacunació massiva. L'interval mínim entre dues dosis de vacuna és de 2-4 setmanes en cas de necessitat d'immunització ràpida, però el que s'aconsella és l'administració de dues dosis amb un interval de 6-12 mesos. Aquesta pauta proporciona una immunitat protectora del 100% durant almenys 10 anys. La curta durada de la protecció que suposa la immunoglobulina humana específica (3-6 mesos) fa que no sigui útil en brots comunitaris que poden ser més perllongats en el temps. Els canvis en la prevalença de la malaltia fan que hi pugui haver una disminució del títol d'anticossos segons els països. Si es precisa una protecció immediata és útil l'administració d'immunoglobulina (2 ml) associada a la vacuna. Les dosis altes d'immunoglobulina podrien interferir la resposta immunitària, que podria ser més dèbil.

#### Bibliografia suggerida:

- Shouval D, Ashur Y, Adler R, et al. Single and booster dose response to an inactivated hepatitis A virus vaccine: comparison with immune serum globulin profilaxis. *Vaccine* 11, 1993; S1: 9-14.
- Ezpelera A. La vacunació de la hepatitis A: Formació Médica Continuada en Atención Primaria (F.M.C.) Vol 1, 1994; 3: 175-178.
- Green MS, Cohen D, Lerman Y, et al. Depression of the immune response to an inactivated hepatitis A vaccine administered concomitantly with immunoglobulin. *J Infect Dis*, 1993; 168: 740-743.

### 2. Resposta: B

La síndrome de diarrea inespecífica és una de les formes més freqüents de diarrea crònica en la infància. No es presenta abans dels 6 mesos i rarament després dels 4 anys. Són nens amb una clínica de 3 a 10 deposicions diàries, totes amb moc i restes de menjar. La primera és més lligada però van empitjorant al llarg del dia. Totes les exploracions són normals excepte l'anàlisi de la femta, on es poden observar restes de menjar sense digerir. S'ha descartat també la Lambliasi. El tractament és tranquil·litzar els pares en primer lloc. No suprimir la llet, evitar l'excés de sucres i/o fruites, donar un menjar amb un contingut normal o alt en greixos, disminuir l'aportació de líquids (no >100 ml/kg/d), augmentar la fibra en la dieta i evitar els menjars freds.

#### Bibliografia suggerida:

- Knepekens CMF, Hoekstra JH. Diarrea crònica inespecífica. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Gastroenterología. Part II, Vol 2, 1996; 351-361.*
- Treem WR. Chronic nonspecific diarrhea of childhood. *Clin Pediatr*, 1992; 31: 413-420.

### 3. Resposta: A

L'Amin hauria de rebre les vacunes DT Poliomièlitis i no la de la tos ferina (component P de la DTP), ja que no es recomana a aquesta edat. En cas de desconeixement de les vacunes aplicades caldria fer una primovacunació segons les pautas acceptades. En aquests casos, a Catalunya es recomana la pauta accelerada. Li caldria una dosi a la primera visita i revacunació als 1-2 i 12 mesos, a més de la triple vírica (TV) en el moment de la primera visita.

#### Bibliografia suggerida:

- Protocols i pautes de vacunació per a la pràctica assistencial. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1994.

### 4. Resposta: B

La Noemí hauria de rebre una dosi de vacuna tetànica (T), una de poliomièlitis (P) i una triple vírica (TV) ja que no es recomana a aquesta edat la primovacunació per a la diftèria i tampoc per a la tos ferina. En aquest cas, també val el criteri de pauta ràpida d'un mes d'interval entre les 3 primeres dosis.

#### Bibliografia suggerida:

- Protocols i pautes de vacunació per a la pràctica assistencial. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1994.

### 5. Resposta: B

Considerant l'edat, en aquest cas la clínica i la radiografia orienten cap a una pneumònia atípica. En nens i adolescents els gèrmens tractables més freqüents són *Mycoplasma Pneumoniae* i *Clamídia Pneumoniae*, sensibles a l'eritromicina i no als altres fàrmacs. El bon estat del pacient, que és l'habitual en aquests casos, permet i aconsella el tractament oral domiciliari. Sense identificació microbiològica i pensant amb altres possibles gèrmens com *Legionel·la*, *Clamídia* i el mateix Pneumococ, també estarà indicat el mateix tractament. Els nous macròlids com la claritromicina o l'azitromicina són igual d'útils, però més cars. L'azitromicina aporta l'avantatge que permet disminuir els dies d'administració de medicament. En pacients al·lèrgics als macròlids, si tenen més de 7 anys, les tetraciclins són una bona alternativa terapèutica.

#### Bibliografia suggerida:

- Schidlow DV, Callehan ChW. Neumonia. *Pediatrics in Review* (Ed. esp.), 1996; 17: 363-372.
- American Academy of Pediatrics. A: Peter G, de. 1997 Red Book. Report of the Committee on Infectious Diseases. 24 ed. Elk Grove Village, IL.

### 6. Resposta: C

L'erupció d'una incisiva central o lateral inferior pel darrere de la incisiva de llet ens indica la presència d'una discrepància osteodentària, és a dir, que la grandària de les peces dentàries de l'arcada és superior al seu perímetre i, per tant, la dent no hi cap en la ubicació adequada. Les radiografies panoràmiques intraorals suposen una irradiació a tenir en compte i no ens aporten en aquest cas més informació que la de corroborar l'existència d'aquesta discrepància, diagnosticada clínicament. A posteriori, pot estar indicat aquest tipus de radiografia, però no inicialment i sistemàtica. El fet de seguir una conducta expectant tampoc no ens aportarà cap benefici atès que la peça de llet no s'exfoliarà espontàniament, ja que el plànol d'erupció de la dent permanent no coincideix amb el de la dent de llet i l'erupció de la permanent no reabsorbirà l'arrel de la de llet en la seva fase eruptiva i no facilitarà l'exfoliació de forma natural. També, i per aquesta raó, el fet de mastegar aliments durs no afavorirà que caigui la dent de llet, ja que conserva parcialment o total la seva arrel. El fet de practicar una radiografia selectiva de la zona confirmaria també la discrepància osteodentària i, en general, no aportaria més dades, com podrien ser la presència d'obstacles. En l'arcada superior sí que són freqüents aquests obstacles en l'erupció, sobretot en la línia mitja, per la presència de dents supernumeràries o bé per ectòpies dentàries.

#### Bibliografia suggerida:

- Gay C. Temas de cirugía bucal. Editorial Gráficas Signo, s.a., Barcelona, 1991; 305-317.
- Snawder KD. Manual de Odontopediatria Clínica. Editorial Labor s.a., 2a. ed, Barcelona, 1984; 244-278.
- Canut JA. Ortodoncia Clínica. Salvat Editores s.a., Barcelona, 1988; 40-42.

### 7. Resposta: D

Els quists d'erupció són petites tumoracions en ocasions blavoses o marronoses, situades per sobre d'una dent en erupció, que actuen dificultant-la. Normalment, el problema se soluciona de forma espontània. La intervenció quirúrgica que implica el desbridament del quist és necessària en poques ocasions. S'haurà de tranquil·litzar els pares i recomanar que el nen mastegui aliments o gomes dures a fi de facilitar

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 mastiació, 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.