

- Lapidus CS, Honing PJ. Dermatitis atòpica. *Pediatrics in Review*, 1994; 15: 294-298.
- Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. *Textbook of Pediatrics*. WB Saunders Co. 15a ed. Filadèlfia, 1992; 311.

29. Resposta: A

El quadre clínic que presenta aquest nen correspon a una intoxicació per anticolinèrgics. La clemastina és un antihistamínic que pertany a aquest grup de fàrmacs. Es diu que els pacients amb intoxicació per aquests fàrmacs estan «*Calents com un forn, Cecs com un talp, Secs com un os, Vermells com una remolatxa i Bojos com una cabra*». També presenten taquicàrdia, hipertensió, febre, retenció urinària i efectes centrals com confusió, agitació, moviments estranys, al·lucinacions, convulsions i coma. Cap dels altres fàrmacs mencionats no dona, en cas d'intoxicació, la constel·lació de símptomes descrita.

Bibliografia suggerida:

- Nichols DG, Yaster M, Lappe DG, Buck JR, eds. *Manual de Urgències en Pediatria*. Golden Hour Johns Hopkins Hospital. Mosby-Year Book Wolfe Publishing. Madrid, 1992; 210.
- Fortenberry JD, Mariscalco MM. *Poisoning. General Principles. A: Oski FA i cols. eds. Principles and Practice of Pediatrics*. 2a ed. JB Lippincott Company. Filadèlfia, 1994; 832-836.

30. Resposta: E

L'otitis serosa, com la que presenta en la primera visita l'orella esquerra d'en Joan i l'otitis mitjana aguda, en l'orella dreta, són complicacions molt freqüents en el decurs dels processos infecciosos de vies altes. L'otitis serosa o otitis mitjana amb vessament (OMV) es defineix per l'existència de líquid a l'orella mitjana, amb integritat de la membrana timpànica i sense símptomes d'infecció o d'inflamació aguda, com la febre o el dolor. En el curs d'una infecció respiratòria de vies superiors, aproximadament 1/3 part dels nens presenten OMV com a mínim en un costat. L'evolució espontània de l'OMV és generalment cap al guariment, però amb la possibilitat de seqüeles en alguns casos (hipoacúsies de llarga durada amb retard de llenguatge, timpà retràctil i possibilitat de colesteatoma). En Joan presentava una OMV de l'orella esquerra i la presència posterior de nivells hidroaeris és un signe de resolució de l'OMV i ens indica que es torna a ventilar l'orella mitjana. Per altra banda, en analitzar la història evolutiva d'una otitis mitjana aguda tractada correctament amb antibiòtics, alguns autors han trobat que aproximadament el 70% de nens tenen líquid residual a les dues setmanes de seguiment i el 40% al mes d'iniciat el tractament. Per tant, l'OMV forma part de l'evolució normal de l'otitis mitjana aguda, com ens trobem en l'orella dreta d'en Joan i no podem pretendre continuar el tractament antibiòtic fins la resolució de l'exsudat, ni cal canviar-lo com afirmen les respostes A i C. Tampoc, doncs, no cal considerar-la com a signe de cronificació del procés (resposta B). Si bé la hipertròfia d'adenoides pot condicionar l'aparició d'otitis seroses de repetició, un episodi aïllat, sense valorar la resta de la clínica i la història evolutiva, no ens ha de fer practicar cap radiografia de càvum, com afirma la resposta D. El que sí que hem de fer, i més en aquest cas que cursa amb hipoacúsia, és controlar que l'OMV, i sobretot la de la banda dreta, evolucioni espontàniament cap al guariment, si bé segons alguns autors aquest control també es pot fer una mica més tard, entre les quatre i sis setmanes.

Bibliografia suggerida:

- Triglia JM, Giovanni A, Gillot JC, Castro F. *Otitis sérumqueuses*. Editions Techniques. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Paris. Oto-rhino-laryngologie, 20-085-A-30, 1994; 9.
- Terris MH, Magit AE, Davidson TM. *Otitis media with effusion in infants and children*. *Postgrad Med*, 1995; 97: 137-151.
- Bluestone CH, Klein J. *Clinical practice guideline on otitis media with effusion in young children: Strengths and weaknesses*. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1995; 112: 507-511.

31. Resposta: C

La violència juvenil s'està convertint en un greu problema en moltes societats industrialitzades. Als Estats Units, la taxa d'homicidis de joves entre 15 i 19 anys, que durant dècades s'havia mantingut paral·lela a la taxa general d'homicidis, s'ha començat a disparar des del 1986, superant en l'actualitat la resta de grups d'edat. Si bé no és del tot extrapolable, en les societats europees també es dona aquest problema, encara que en menor proporció de moment. És per això que el pediatre ha d'estar a l'aguait dels condicionants d'aquesta violència per intentar prevenir-la en la mesura del possible i poder aconsellar els pares. L'anàlisi de més de 200 estudis publicats va fer concloure a l'Institut Nacional de Salut Mental dels EUA que la intensa exposició a la violència televisiva es relaciona significativament amb el comportament agressiu posterior de nens i adolescents. Si bé involucrar-se en un grup «antisocial» és el factor pronòstic més important per condicionar un comportament delictuós posterior, també s'ha trobat una associació entre consum de drogues, fracàs escolar i delinqüència posterior. Cal identificar el tipus de disciplina que apliquen els pares, ja que una disciplina coercitiva caracteritzada per un excés de càstig i falta de gratificacions, així com, per altra banda, una manca de control i supervisió del comportament del nen o adolescent comporten un major risc d'actes violents posteriors. S'ha d'identificar la violència entre els pares. És més probable que els adults que de nens van presenciar actes violents entre els seus pares actuïn violentament contra la seva dona i àdhuc contra els seus propis fills, que els que no els van presenciar. L'afirmació incorrecta, doncs, és C. S'ha d'ajudar aquests nens a analitzar la violència que veuen al seu voltant i ensenyar-los que no responguin als conflictes amb violència.

Bibliografia suggerida:

- Schwarz DF. *Violència*. *Pediatrics in Review* (ed esp), 1996; 17: 306-311.
- Rivara FP, Farrington DP. *Prevention of violence: role of the pediatrician*. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1995; 149: 421-429.

32. Resposta: E

La via de transmissió perinatal de l'hepatitis B és la més important en la població infantil. La transmissió vertical es produeix en el moment del part a través de microtransfusions maternofoetals o per contacte amb secrecions contaminades en el canal del part. L'HBsAg és un marcador que és positiu en la fase replicativa aguda del virus, així com si passa a la cronicitat. L'HBeAg ens indica una replicació viral activa, amb unes possibilitats de transmissió vertical molt elevades (al voltant del 88%) si no es vacuna el nadó. El DNA-VHB també és un marcador de replicació viral. L'HBsAg es negativitza una mica més tard que l'HBeAg i també pot ser positiu encara durant unes poques setmanes, àdhuc coexistent amb l'inici de producció d'anticossos Anti-HBe, encara que per un breu període de temps. L'aparició d'anticossos Anti-HBsAg és un signe d'infecció passada i guariment. Els anticossos Anti-HBe, que apareixen unes setmanes abans que els anticossos Anti-HBsAg, són un marcador d'absència de replicació viral, encara que no és del tot fiable ja que en un 15-20% dels casos existeix replicació demostrada mitjançant PCR. Les mares amb HBsAg (+) i anticossos Anti-HBe (+) tenen, per tant, un risc de transmetre la malaltia al nadó del 6-12%. La vacunació dels nadons de mares HBsAg (+) produeix anticossos protectors fins un 98% dels infants. Si el nadó no és vacunat i contrau l'hepatitis B, sovint és asintomàtica, però prop d'un 90% dels nens afectats passaran a ser portadors crònics. Aquest percentatge disminueix progressivament en la infància, fins arribar a l'edat adulta. En l'adult infectat la taxa de guariment és pràcticament inversa: 90-95% guareixen mentre que el 5-10% evolucionen cap a la cronicitat. La icterícia i d'altres manifestacions clíniques de

l'hepatitis B són rares en la infecció del nadó, tot i demostrar-se un augment de les transaminases i marcadors de replicació viral activa. L'elecció correcta és doncs E.

Bibliografia suggerida:

- Behrman RE, Vaughan VC. Nelson, Tratado de Pediatría. Interamericana de España. McGraw-Hill. Madrid, 1990.
- Farreras, Rozman. Medicina Interna. Mosby-Doyma Libros SA i Ediciones Doyma SA, 13a ed. Edició en CD-ROM, 1996.
- Argüelles F, Polanco I. Manual de Gastroenterología Pediátrica. Editorial Comares. Granada, 1996.
- Poovorawan Y, Suvimol S, Wiroje P, et al. Long-term efficacy of hepatitis B vaccine in infants born to hepatitis B e antigen-positive mothers. *Pediatr Inf Dis J*, 1992; 11: 816-821.

33. Resposta: B

Així com els anticossos Anti-HBe són positius només durant uns mesos després de l'exposició viral, els Anti-HBc apareixen coincidint amb els primers símptomes d'infecció i persisteixen els IgM durant uns mesos i els IgG durant tota la vida. No es detecta mai HBcAg lliure en sèrum, ja que aquest antigen és recobert per l'envoltura de l'HBsAg. Si la presència d'anticossos Anti-HBc va acompanyada d'un HBsAg (+), és signe de cronificació de la malaltia i si va acompanyada d'anticossos Anti-HBs indica immunitat i guariment. Si un nen ha estat vacunat i la resposta immunològica ha estat correcta, presentarà anticossos Anti-HBsAg, però no Anti-HBc. El nostre nen ha sofert, per tant, una hepatitis B que ha evolucionat espontàniament cap a la guarició i no cal fer cap tractament, ja que està immunitzat i, a més, no transmet la malaltia. La resposta correcta és doncs B.

Bibliografia suggerida:

- Behrman RE, Vaughan VC. Nelson, Tratado de Pediatría. Interamericana de España. McGraw-Hill. Madrid, 1990.
- Farreras, Rozman. Medicina Interna. Mosby-Doyma Libros SA i Ediciones Doyma SA. 13a ed. Edició en CD-ROM, 1996.
- Argüelles F, Polanco I. Manual de Gastroenterología Pediátrica. Editorial Comares. Granada, 1996.

34. Resposta: C

Deixant de banda els factors socials i culturals que poden estar relacionats amb el hàbit a l'hora de fer dormir els nens, és clar que en el nostre cas s'ha d'actuar ja que, com hem dit, distorsiona greument la vida familiar i laboral, tant si dorm al seu llit, com si ho fa al llit dels pares. Un dels primers errors dels pares d'en Joan va ser portar-lo massa tard a la seva habitació, quan ja era molt conscient d'on dormia i amb qui dormia. Per reeducar l'hàbit de la son és important crear una rutina prèvia fixa a l'hora de posar a dormir el nen (cantar una cançó, explicar un conte), no amb la finalitat que el nen s'adormi amb aquesta situació, sinó perquè el nen associï anar al llit amb un moment agradable abans d'iniciar el son sense la presència dels pares. Es pot posar a dormir amb un ninot de roba. Aquest ninot pot ser una peça important que doni confiança i companyia al nen durant tota la nit, quan és necessari reeducar l'hàbit del son. Els pares han de sortir de l'habitació abans que el nen s'adormi i, si el nen plora, han d'entrar amb petits intervals de temps, segons una pauta ja preestablerta de temps d'espera progressius, per donar-li confiança i sense fer res perquè el nen s'adormi o calli, fins que s'adormi tot sol. La teoria que s'ha de deixar que es cansi fins que caigui esgotat és contraproduent, ja que el pas previ a la somnolència és la relaxació i, quan l'estem esgotant, encara el sobreexcitem més. L'elecció és doncs C.

Bibliografia suggerida:

- Estivill E, de Béjar S. Duèrmete niño. Plaza & Janés Editores, S.A., Barcelona, 1995.
- Comellas MJ. Com crear l'hàbit del ben dormir. *But Soc Cat Pediatr*, 1995; 55: 5-7.

- Blum NJ, Carey WB. Trastornos del sueño en lactantes y niños pequeños. *Pediatrics in Review* (Ed. Esp.), 1996; 17: 123-129.

35. Resposta: A

La localització del dolor i les imatges d'osteocondritis tibial són típiques d'un Osgood-Schlatter. Per contra, els defectes corticals fibrosos o defectes corticals benignes solen ser una troballa casual, com en el nostre nen, ja que són completament asimptomàtics. L'aspecte de la imatge, el seu caràcter superficial amb una cortical conservada i la seva localització en la part distal de la metàfisi del fèmur són dades típiques dels defectes corticals. Quasi sempre són de localització posterior. Són molt freqüents en nens normals, especialment en la part distal de la metàfisi del fèmur, encara que també es poden trobar en la part proximal de la tibia i el peronè. Apareixen a partir de l'any i mig d'edat i estan generalment plenament desenvolupats a l'edat de 5-6 anys. Solen desaparèixer durant els últims anys de la infància, però també poden persistir fins l'edat adulta. Alguns autors, com Caffey, en fer estudis seriatos dels ossos dels genolls, troben aquests defectes en el 30-40% de nens i nenes en algun moment o altre del seu creixement. Donada la seva alta freqüència i la benignitat del procés, no cal fer cap mena d'exploració complementària i l'actitud més adient és una conducta expectant i conservadora, amb controls periòdics bastant espaiats.

Bibliografia suggerida:

- Caffey J. Diagnóstico radiológico en pediatría. Salvat Editores SA, 3a ed. Barcelona, 1982; 1092-1103.
- Silverman FN, Kuhn J, Caffey J. Diagnóstico por imágenes en pediatría. Editorial Médica Panamericana SA. Buenos Aires, 1992; 720-722.

36. Resposta: E

La quimioprofilaxi amb rifampicina és indicada a tots els que conviuen amb el malalt o que hi han tingut contacte íntim. La quimioprofilaxi a tots els nens de l'escola seria indicada en el supòsit de 3 o més casos de meningitis que pertanyin a dues classes diferents, amb un interval màxim d'un mes entre el primer i l'últim.

Bibliografia suggerida:

- Guia per la prevenció i el control de la malaltia meningocòccica. Quaderns de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1994.

37. Resposta: E

L'edat normal en la qual un nen aixeca el cap per sobre el pla horitzontal 45°, encara que sigui de forma intermitent, és des del mes i mig als 3 mesos i mig. En el nostre cas, que l'infant no té cap antecedent que suposi un factor de risc neurològic ni altres alteracions a l'exploració, el més correcte seria avaluar la possible falta d'estimulació i fer un nou control al mes. En cas de persistir o associar-s'hi altres símptomes o signes, caldria remetre'l al neuròleg i iniciar exàmens complementaris.

Bibliografia suggerida:

- Taula de Desenvolupament Psicomotor. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona, octubre 1988.

38. Resposta: E

Els moviments oculars anormals com la presència de moviments erràtics, nistagme, en «sol ponent», i la microcefàlia són sempre signes d'alerta neurològica independentment de l'edat del lactant. El sobresalt exagerat i la irritabilitat permanent són signes d'alerta neurològica en un lactant de 2 mesos. La persistència del reflex de Moro pot ser normal fins els 6 mesos i seria patològic si fos asimètric.

Bibliografia suggerida:

- Taula de Desenvolupament Psicomotor. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona, octubre 1988.

39. Resposta: C

El lactant de 9 mesos és perfectament capaç de treure's el mocador de la cara, aguantar-se sol assegut, buscar un objecte que ha caigut i desplaçar-se tot sol 2 metres, ja sigui gatejant, reptant o culejant. El que difícilment farà és beure sol amb un got; aquesta habilitat s'adquireix entre els 12 i 17 mesos.

Bibliografia suggerida:

- Taula de Desenvolupament Psicomotor. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona, octubre 1988.

40. Resposta: D

A partir dels 7 anys no es pot administrar la vacuna DT. No cal tampoc reiniciar calendari vacunal. Segons les diferents edats del nen i les dosis de vacuna administrades se segueix una pauta o una altra. El correcte en aquest cas, en què li falten les vacunes dels 15 mesos, 18 mesos i 4-6 anys, és l'administració a la primera visita d'1 dosi de Td, Pòlio i TV, seguida a l'any de la dosi de record de Td i Pòlio, i posteriorment continuar segons el calendari vacunal.

Bibliografia suggerida:

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

41. Resposta: B

El quist de colèdoc és la segona malformació, en freqüència, de les vies biliars, després de l'atrèsia extrahepàtica (1/13.000 nounats vius). Si dona clínic, en l'època neonatal o de lactant, és similar en tot a l'atrèsia de vies biliars (icterícia, acòlia i hepatomegàlia). Tan sols un 50% dels malalts són diagnosticats abans dels sis mesos. És freqüent, doncs, que aquesta malformació es diagnosticui passats els anys, per una clínica de dolor abdominal intermitent, icterícia i febre. En poques ocasions es pot palpar una massa en hipocòndri dret. L'exploració més útil per fer el diagnòstic és l'ecografia, la qual descartarà una altra patologia biliar (litiasi) i mostrarà la imatge molt suggestiva de quist de colèdoc: doble imatge anecoica. Una d'aquestes imatges correspon a la normal de la bufeta del fel; l'altra imatge és la dilatació del colèdoc, situada entre el conducte cístic i el duodè. La colelititis aguda podria entrar també en una primera consideració diagnòstica; és freqüent que provoqui dolor abdominal a l'hipocòndri dret, febre, vòmits i subicterícia. El malalt pot presentar un estat general tòxic i l'anàlisi demostrarà leucocitosi amb polinucleosi. La imatge ecogràfica en aquesta patologia evidencia unes parets engruixides de la vesícula biliar.

Bibliografia suggerida:

- Stevenson RJ, Ziegler MM. Dolor abdominal no traumàtic. *Ped in Rev*, ed esp, 1993; 14: 289-297.
- Sanz N. Quiste de colèdoc. *Pediatriska*, 1994; 14: 103-108.
- Martínez-Valverde A, Sierra C. Cirrosis hepàtica. *Patología de las vías biliares*. A: Tratado de Pediatría. Cruz M. 7a ed. Barcelona, Espaxs, 1993.

42. Resposta: A

Actualment la causa més freqüent de dolor abdominal crònic en la infància és el de tipus funcional. Aquesta patologia es podrà diagnosticar, la majoria de les vegades, tan sols amb l'anamnesi si es fa completa. És important indagar el tipus de caràcter del nen i de la família, així com les seves activitats escolars i extraescolars. Moltes vegades el desencadenant d'aquestes abdominàlgies és algun conflicte en l'entorn del pacient. En l'anamnesi és molt important preguntar si aquest dolor respecta el son. Els dolors abdominals d'etiologia orgànica, a més d'anar acompanyats d'altres símptomes (vòmits, diarrea, febre, exantemes, artràlgies, irradiació a altres

zones, rectorràgies, pèrdua de pes), també es poden presentar de nit, despertant el malalt. El dolor abdominal funcional no desperta, generalment, el malalt.

Bibliografia suggerida:

- Schwartz MW. Dolor abdominal crònic. A: Manual de atención primaria en pediatría. Schwartz MW, Charney EB, Curry TA, Ludwig S. 2a ed. Madrid, Mosby, 1994.
- Ruiz M, Otero M. Dolor abdominal. *Pediatría Integral*, 1995; 1: 59-68.
- Cruz M, Amat L, Claret I. Dolor abdominal. A: Tratado de Pediatría. Cruz M. 7a ed. Barcelona, Espaxs, 1993.

43. Resposta: E

La celiaquia, descrita per primera vegada l'any 1888 per Gee, és actualment una malaltia ben coneguda i amb unes tècniques diagnòstiques precises. L'any 1950 (Dicke), es va relacionar la malaltia amb la presència del gluten del blat en l'alimentació. Posteriorment es va saber que era una fracció proteica del gluten, la gliadina, la responsable d'aquesta malabsorció intestinal. Altres cereals, també de la família de les gramínies i amb relació taxonòmica propera, poden també provocar la malaltia (sègol, ordi, civada). Tan sols el blat de moro i l'arròs, poden ser consumits pel celiac.

Bibliografia suggerida:

- Troncone R, Greco L, Auricchio S. Enteropatia sensible al gluten. *Clin Ped Nor*, ed esp, 1996; 2: 333-350.
- Hekkens W Th JM. Toxicidad de las prolaminas del trigo. *Anales Nestlé*, 1993; 51: 53-61.
- Polanco I. Enfermedad celiaca. *Pediatría Integral*, 1995; 1: 124-132.

44. Resposta: C

Segons l'ESPGAN, per fer el diagnòstic de celiaquia és imprescindible demostrar, mitjançant biòpsia intestinal, una atròfia de les vellositats intestinals, amb hiperplàsia de les criptes i epitelí superficial anormal, en el pacient amb una dieta amb gluten i la posterior normalitat clínica, després d'un règim sense gluten. També són d'utilitat les proves serològiques. Les més específiques, segons alguns autors fins a un 90%, són la determinació d'anticossos antigliadina, lligats a les IgG i IgA i la determinació d'anticossos antireticulina de tipus IgA que utilitzen el ronyó de rata com antigen o l'esòfag de mico; en aquest últim cas es coneixen com anticossos antiendomisi. La bona sensibilitat d'aquests tests i la relativa facilitat d'efectuar-los, fa que es prodiguin. Detectar IgA circulants contra gliadina, reticulina i endomisi en el moment del diagnòstic i la seva desaparició després de la dieta sense gluten, donaran més claredat al diagnòstic, però tan sols la biòpsia és determinant.

Bibliografia suggerida:

- Polanco I. Enfermedad celiaca. *Pediatría Integral*, 1995; 1: 124-132.
- Visakorpi JK. Diagnóstico de la enfermedad celiaca. *Anales Nestlé*, 1993; 51: 45-52.
- Troncone R, Greco L, Auricchio S. Enteropatia sensible al gluten. *Clin Ped Nor* (ed esp), 1996; 2: 333-350.

45. Resposta: B

El test del H₂ espirat, que quantifica l'hidrogen que té l'alè del malalt, és actualment molt utilitzat per diagnosticar la malabsorció de la lactosa. Quan existeix una malabsorció a la lactosa, es produeix hidrogen intraluminal en el budell, que es difondrà per la paret intestinal i s'eliminarà pel pulmó; en l'alè es pot mesurar la quantitat d'H₂ espirat i fer així el diagnòstic de la malabsorció. També és útil aquest examen per fer el seguiment de la malaltia i comprovar la resposta a la medicació substitutòria (lactasa). La prova de la gelatina de Shwachman, determina la tripsina a les femtes. El test de Gordon avalua les pèrdues intestinals de proteïnes. El Prick-test és una prova cutània que es realitza quan es pensa en al·lèrgies alimentàries entre d'altres. La determinació del pH gàstric es fa en l'estudi del reflux gastroesofàgic.