



Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y VACUNAS

6 Y 7 DE ABRIL DE 2017
BUENOS AIRES

2007-2017

SADIP, 10 años

creciendo en
Infectología Pediátrica

Índice | Nro. póster

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y VACUNAS

Nro. póster	Sesión	Título	Autores
100	P2-M4	ENFERMEDAD SEVERA POR VIRUS DE EPSTEIN BARR: REPORTE DE UN CASO	GOYENECHÉ, Romina; DEMATTEIS, Victoria; DISTEFANO, Veronica; FJELLERUP, Alison; GIAGANTE, Maria Eugenia; GUTIERREZ, Fernanda; FRINO, Silvana; CASATI, Daniel; CUITIÑO, Mario; ECEIZABARRENA, Maria Ines; SARETTO, Cristian; ROSSO, Maria Eugenia; MARTIN, Gisela*; SERAFINI, Alejandra; MARZANO, Laura; GARCIA RUBIO, Claudia
101	P2-M3	ATAXIA POST VACUNACIÓN ANTIRIBICA: REPORTE DE UN CASO	DEMATTEIS, Victoria; DISTEFANO, Veronica; ECEIZABARRENA, Maria Ines; GUTIERREZ, Fernanda; SARETTO, Cristian; CASATI, Daniel; MARTIN, Gisela; MARZANO, Laura; ROSSO, Maria Eugenia; SERAFINI, Alejandra*; FJELLERUP, Alison; GOYENECHÉ, Romina; GIAGANTE, Maria Eugenia; CUITIÑO, Mario; GARCIA RUBIO, Claudia
102	P2-M3	MEGACOLON LUEGO DE ADMINISTRACION DE VACUNA SABIIN: REPORTE DE UN CASO	ROSSO, Maria Eugenia; SERAFINI, Alejandra*; MARTIN, Gisela; GIAGANTE, Maria Eugenia; SARETTO, Cristian; FRINO, Silvana; GUTIERREZ, Fernanda; CASATI, Daniel; ECEIZABARRENA, Maria Ines; GOYENECHÉ, Romina; FJELLERUP, Alison; MARZANO, Laura; CUITIÑO, Mario; GARCIA RUBIO, Claudia
103	P2-M1	MENINGOENCEFALITIS AMEBIANA PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO EN EL NOROESTE DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES	MARZANO, Laura; CAMPANA, Juan Jose; ROMANO, Maria Lucia; ALLENDE, Mariela; GIAMMARIA, Marcia; ECEIZABARRENA, Maria Ines; GUTIERREZ, Fernanda; FRINO, Silvana; CASATI, Daniel; SARETTO, Cristian; SERAFINI, Alejandra*; MARTIN, Gisela; ROSSO, Maria Eugenia; DEMATTEIS, Victoria; GOYENECHÉ, Romina; GIAGANTE, Eugenia; MACHAIN, Monica; CUITIÑO, Mario; GARCIA RUBIO, Claudia
104	P1-M7	TRANSMISIÓN VERTICAL HIV	GARCIA, Mariel Karina; MORALES, Juan Carlos; URIARTE, Valeria*; SOSA, Maria Fernanda; BASTONS, Sofia; MAIDANA, Mara; VINUESA, Marta; GONZALEZ AYALA, Silvia
105	P2-M6	SINDROME DE HIPERINFESTACION POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA CON LUPUS ERMATOSO SISTEMICO: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO	ESCARRA, Florencia*; CEDILLO, Carola; MUSSINI, M Soledad; ZUNINO PRADIER, Martin; KATSCAS, Maria Marta; CENTENO, Maria del Valle; PAULIN, Patricia; PEREZ, M Guadalupe; RUVINSKY, Silvana; SARKIS, Claudia
106	P1-M2	EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS CON EXANGUINOTRANSFUSION EN PACIENTES CON COQUELUCHÉ GRAVE	MENECEZ ROJAS, Abigail Patricia; GAMBOA ALTAMAR, Jennifer*; FORTINI, Yanina; SAGARNAGA, Erica
107	P2-M7	BACTERIEMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PEDIATRÍA EN EL PERIODO 2009-2016	DALZOTTO, Agustina Victoria*; LEPETIC, Sonia Sandra*; MARTIGNETTI, Claudio*; DIAZ, Federico Sebastian*; BICKHAM, Darcy Alejandro*; MARINASKY, Ana*
108	P2-M5	INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN NIÑOS INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL	GUTIERREZ HUANCA, Magaly Lourdes*; ROCHA FIGUEREDO, Natalia Diemela*; LUQUE, Esli; FORTINI, Yanina; SAGARNAGA, Erica
109	P2-M4	PÚRPURA FULMINANS POR VARICELA	MAYDANA, Mara*; BASTONS, Sofia; GARCIA, Mariel; MORALES, Juan Carlos; SOSA, Maria Fernanda; URIARTE, Valeria; VINUESA, Marta
110	P1-M6	SINDROME HEMOFAGOCITICO SECUNDARIO A INFECCION POR VIRUS DE EPSTEIN BARR. PRESENTACION DE TRES CASOS	CEVASCO, Patricia*; PORPORATO, Barbara; FLYNN, Luis; LAHOZ, Martha; SCIALCUGA, Silvia
111	P1-M3	HIDATIDOSIS PULMONAR Y HEPATICA: A PROPOSITO DE UN CASO	AIMAR, Anabella*; BELLOMO, Julieta; BLANCO, Luciana; CANDA, Paula; CECCHINI, Ana Clara; ACERENZA, Marcelo
112	P1-M8	TUBERCULOSIS INTESTINAL EN UN NIÑO INMUNOCOMPETENTE - REPORTE DE UN CASO	SORMANI, Maria Ines*; MUSSINI, Maria Soledad; PEREZ, Maria Guadalupe; DONATO, Maria Lorena; IZAGUIRRE, Maria José; NIÑO, Nadia
113	P1-M8	LUPUS VULGAR CAUSADO POR MYCOBACTERIUM BOVIS (BCG)	AMORIN, Belen*; MARTINEZ, Fabricio; COITIGNHO, Cecilia
114	P1-M2	BACTERIEMIA POR SAMS SECUNDARIA A INFECCIÓN PROFUNDA EN NIÑO PREVIAMENTE SANOS.	REGONAT, Macarena*; MELVIN, Maria Gabriela; GOROSITO, Marcela; BESSONE, Costanza; BLANCO, Abi; TRICARICO, Yanina
115	P1-M2	BACTERIEMIAS POR CAMPYLOBACTER SPP EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	GARCIA, Maria Eva*; REIJTMAN, Vanesa; MASTROIANNI, Alejandra; PEREZ, Guadalupe; HERNANDEZ, Claudia
116	P1-M5	PIOMIOSITIS ABSCEADA SECUNDARIA A SEPSIS POR ESTREPTOCOCCO PYOGENES BETA HEMOLITICO GRUPO A	MAGISTRIS, Agustina*; BESSONE, Costanza; GOROSITO, Marcela; MASUELLI, Lucia; MELVIN, Gabriela; CARENA, Natali
117	P2-M5	FRECUENCIA DE COLONIZACIÓN Y SENSIBILIDAD DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN UN GRUPO DE NIÑOS SANOS EN ASUNCIÓN.	BENITEZ, Irene*; ALFONSO, Katherina; VELAZQUEZ, Gladiz; GIMENEZ, Patricia; RODRIGUEZ, Monica; CANESSE, Jorge; MARTINEZ, Fabiola; MOREL, Zoila
118	P1-M3	HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN PEDIATRÍA: 13 AÑOS DE EXPERIENCIA	MOYA, Luciana*; DE CARLI, Claudio; AP IJUAN, Dilys; ALESSANDRINI, Romina
119	P1-M7	CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO, A PROPOSITO DE TRES CASOS	COLE, Maria; SILVESTRINI, Florencia*; BONARDO, Virginia; FERNIE, Maria Lucila
120	P2-M1	PAPILOMATOSIS LARÍNGEA ASOCIADA A VIRUS DE PAPILOMA HUMANO TIPO 6	TABACCO, Francisco*; LAHOZ, Martha Nelida; SCIALCUGA, Silvia Alicia; BORGNA, Ludmila
121	PP	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR VIH DE TRANSMISIÓN VERTICAL	FARINA, Marisa*; BARBONI, Graciela; CANDI, Marcela; GADDI, Eduardo
122	P1-M3	SÍNDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	UGOLINI, Antonela*; FLYNN, Luis Pedro; SCIALCUGA, Silvia; LA HOZ, Martha Nelida
123	P2-M8	LA PATOLOGIA INFECTOLOGICA COMO OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA EN PEDIATRÍA	BERTONI, Liliana Angela*; GALDEANO, Emilio; LAMPUGNANI, Alejandra; PEREZ, Fernanda; BORDON, Paulina; ROMANO, Julieta
124	P1-M3	HIDATIDOSIS QUISTICA: A PROPOSITO DE UN CASO.	MERCADO, Claudia Mercedes; CASTRO, Maria Alba*; GENCHI, Alejandra Mariel; CIAFARDO MARINO, Maria Alfonsina; BATTISTA, Graciela Maria
125	P2-M8	ESTUDIO DEL IMPACTO DE LA VACUNACION ANTIROTAVIRUS EN MENORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA, 2016. ANALISIS BASADO EN LA VIGILANCIA CLINICA Y POR LABORATORIOS	DEGIUSEPPE, Juan Ignacio*; STUPKA, Juan Andrés; RNVLCV, *
126	P2-M7	PRESENTACIONES ATÍPICAS DE INFECCIONES OSTEOARTICULARES POR KINGELLA KINGAE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	MEDRANDA, Ana Cristina*; PANNUNZIO, Maria Eugenia*; CARBALLO, Carolina; ANTELIZ, Eliana; VERGARA LOBO, Carlos; SCHIAVINO, Sabrina; CAMPOVERDE, Christian; LOVRICS, Constanza; CAZÉS, Claudia Inés; LOPEZ, Eduardo Luis
127	P2-M3	ADHERENCIA AL ESQUEMA DE VACUNACION ANTIGRIPE EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES	BONVEHI, Pablo; SILVA, Alejandra*; VALDEOLMILLOS, Mirtha; DIAZ, Mariana; RÜTTMANN, Ricardo
128	P1-M6	SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO ESTAFILOCÓCICO EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO	GRIGIONI, Julia*; CABANILLAS, Diana; BASTONS, Sofia; MAYDANA, Mara; MORALES, Juan Carlos
129	P2-M4	ESPONDILITIS SECUNDARIA A INGESTA DE PILA BOTÓN	SCHIAVINO, Sabrina*; YFRAN, Walter; MEDRANDA, Ana; GONCALVES NEIRA NOVO, Maria Celcia; ESPOSTO, Sofia; LOVRICS, Constanza Catalina; CARBALLO, Carolina; PRAINO, Maria Laura; CAZÉS, Claudia; LOPEZ, Eduardo Luis
130	P1-M5	ARTRITIS SEPTICA DE CADERA A STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN UN LACTANTE.	FATTORI, Maria de Lourdes*; AROCHA, Silvana Natali; DONATO, Maria de los Angeles; FERNANDEZ, Natalia; RODRIGUEZ ALASSIA, Pilar; ASTBURY, Maria de los Angeles; FERNANDEZ, Mónica
131	P2-M3	SHOCK TOXICO A STREPTOCOCCUS PYOGENES ASOCIADO A VARICELA	ARROCHA, Silvana Natali*; DONATO, Maria de los Angeles; FATTORI, Maria de Lourdes; FERNANDEZ, Natalia; RODRIGUEZ ALASSIA, Pilar; ASTBURY, Maria de los Angeles; MORALES, Laura
132	P1-M8	CRIPTOCOCOSIS MENINGEA EN TRES ADOLESCENTES CON SIDA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE.	OLIVA, Maria Eugenia*; NARDIN, Maria Elena; NAGEL, Alicia; EZCURRA, Gustavo
133	P2-M1	ROTAVIRUS DE ORIGEN VACUNAL EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA COMBINADA SEVERA	PALAU, Maria Juliana*; GIL, Maria Florencia; DEGIUSEPPE, Juan Ignacio; BASTONS, Sofia; REGAIRAZ, Lorena; CABANILLAS, Diana; VESCINA, Cecilia
134	P1-M7	MANEJO DEL LACTANTE FEBRIL SIN FOCO MENOR DE 3 MESES EN INTERNACIÓN	ROJAS MOLINA, Carlos Javier; GALLARDO, Ruth Martina; GAY, Deborah Lilian*; RODRIGUEZ, Cesar Gustavo; DE APELLANIZ, Natalia; DE SALVO, Maria Melania; TAIMAN, Jessica Natalia
135	P1-M6	INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES (SP) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: 2010-2016	OLIVA, Maria Eugenia*; GODOY, Claudia; GOMEZ, Debora; HEINRICH, Mercedes; ZURBRIGGEN, Maria Laura; BLESÁ, Maria Jose; ARO, Carolina; DEGIOVANNI, Gabriela; VELEZ, Liz; BARONI, Maria Rosa; EZCURRA, Gustavo
136	P1-M8	MENINGITIS Y ARTRITIS SEPTICA POR NEISSERIA MENINGITIDIS B: A PROPOSITO DE UN CASO	MAYDANA, Mara; FINOCCHI, Agostina*; GARCIA, Mariel; URIARTE, Valeria; MORALES, Juan Carlos; VINUESA, Marta; SOSA, Maria Fernanda; BASTONS, Sofia
137	P2-M7	ENFERMEDADES INVASIVAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B EN 2 CENTROS DE SALUD. MONTEVIDEO-URUGUAY (2012-2016)	NIEVES JANAVEL, Ana Cecilia*; FERNANDEZ FORENS, Lucia*; GUTIERREZ, Stella*; ZABALA, Cristina; GIACHETTO, Gustavo; BARRIOS, Patricia
138	P1-M3	EPIDEMIA DE DENGUE 2016 EN PEDIATRÍA	CABRAL, Graciela Ester; BERTOLINI, Margarita Inés; VENCE, Liliana Maria; ACCOSTA, Viviana Carolina*
139	P2-M5	DESARROLLO DE UNA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE INFECCION URINARIA	ROBINO, Luciana*; CAIATA, Leticia; GUTIERREZ, Claudia; ALCORTA, Gabriela; SCAVONE, Paolo
140	P2-M8	ACCIONES DE CONTROL ANTE LA DETECCIÓN DE UN CASO DE IPV2 EN EL CONTEXTO DEL SWITCH DE VACUNA ANTIPOLIOMIÉLTICA	PASINOVICH, Marina Elisa*; NEYRO, Silvana Etel; JUÁREZ, Maria del Valle; RANCAÑO, Carolina; JURE, Adriana Beatriz; FREIRE, Maria Cecilia; BEZRODNIK, Liliana; SEMINARO, Gisela; MAGARINOS, Mirta; DEVOTO, Susana del Valle
141	P2-M8	IMPACTO DE LA ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS SOBRE LAS DIARREAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA	NEYRO, Silvana*; RANCAÑO, Carolina; JUÁREZ, Maria del Valle; PASINOVICH, Marina; KATZ, Nathalia; DEVOTO, Susana del Valle
142	P2-M6	ACTINOMICOSIS PULMONAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO	MURILLA, Micaela*; CANDA, Paula Giselle; BELLOMO, Julieta; BLANCO, Luciana; CORDIDO, Ivana; NETRI, Gabriela; ACERENZA, Marcelo; GARCIA, Fabiana
143	P1-M4	SÍFILIS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS	TORRENTE, EA*; LITRENTA, M; FRANCO, PL; STAGNARO, JP; REDAELLI, S; GONZÁLES AYALA, SE*
144	P2-M2	SINDROME COQUELUCHOIDE EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: BORDETELLA PERTUSSIS Y SU RELACIÓN CON VIRUS RESPIRATORIOS	EGUIGUREN, Maria Paula*; AVELLANEDA, Micaela; ZIALLORENZO, Maria Paula; ARRECUI, Micaela Cisele; SAAB, Leyla Soledad; ALEGRE, Maria; TREVIÑO, Natalia Pamela; HERRACH HEREDIA, Brenda Betiana; BETTIOL, Marisa; PALAU, Maria Juliana; VESCINA, Cecilia

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y VACUNAS

Nro. póster	Sesión	Título	Autores
145	P2-M6	ARTRITIS DE CADERA POR ACTINOMYCES NAESLUNDII. REPORTE DE UN CASO	MALDONADO, Maria Laura*; GONZALEZ, Fernando; BORGIA, Ezequiel; HERNANDEZ, Claudia; LITTERIO, Mirta
146	P2-M2	ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS Y LOS FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN LOS MISMOS EN UN HOSPITAL DE 2° NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL TRIENIO 2014-2016	NEVAS, Monica*; HOFFMAN, Aidee*; MOYA, Daniela*; CALDERARO, Guillermo*
147	P1-M8	ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO (EAG). FORMAS DE PRESENTACION Y EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	LIENAU, Matias*; DI CIO, Maria Virginia*; VERDAGUER, Virginia*; CASANUEVA, Enrique*; ROCCA RIVAROLA, Manuel*
148	P1-M6	TUBERCULOSIS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS ENTRE 2012 Y 2016. INDICACIÓN Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO	VILLALBA, R*; MARTINO, C*; LUCAS, P; AGÜETE, A; PARDO, L; SISTO, G; ZABALA, C; GUTIERREZ, S; GIACHETTO, G
149	P2-M6	CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA: CASO CLÍNICO	FERNANDEZ, Catty*; PARDO, Lorena; ZABALA, Cristina; GALIANA, Alvaro; COSTA, Gonzalo; GUTIERREZ, Stella; GIACHETTO, Gustavo
150	P2-M4	ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN PACIENTE PEDIÁTRICO SIN FACTORES DE RIESGO	RADICICH, Daiana; CASTRO, Natalia*; MATSUYAMA, Mariana; GALARZA, Mirian; SALOMONE, Viviana; CACACE, Anabella; LIPOPACE, Micaela; CLERICI, Luciana; PRIETO, Mercedes; COCA, Alejandra*; CESARONE, Fabio; CEVASCO, Luis
151	P2-M6	INFECCION DISEMINADA POR MYCOBACTERIUM BOVIS-BCG	ENSINCK, Gabriela; LAZARTE, Gustavo*; ROMAGNOLI, Antonela; GALICCHIO, Miguel; MACARIO, Fernanda; LARINI, Silvia; ALETTI, Alicia; CHIOSSONE, Ana; CANO, Claudia
152	P1-M5	REPORTE DE UN CASO: BACTEREMIA Y ARTRITIS DE RODILLA POR SAMS.	FORTES, Pilar*; TORNATORE, Belen*; BONARDO, Virginia*; LUCILA, Fernie*
153	P1-M5	CHACAS URBANO EN LA CIUDAD DE SAN JUAN	GALDEANO, Emilio*; BERTONI, Liliana
154	P1-M4	BRONQUIECTASIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HIV-SIDA DE TRANSMISION VERTICAL	SOSA, Marisol Isabel*; HIRSCH, Roberto; INJUNTARZ, Sandra; LAGRUTTA, Laura
155	P2-M5	REACCION CRUZADA DE ELISA EN EL DIAGNÓSTICO DE PARASITOSIS EN NIÑOS.	GALDEANO, Jose Emilio*; BERTONI, Liliana; HEREDIA, Natalia; RUFINO, Florencia
156	P1-M5	PROTOCOLO DE CUIDADO ENFERMERO EN NIÑOS CON LESION QUEMADURA (MENORES DEL 10% DE SUPERFICIE TOTAL DE QUEMADURA(SCT)TIPO A-AB EN MENORES DE 3 AÑOS HASTA 14 AÑOS INCLUSIVE ZONAS LESION FRECUENTE CARA MANOS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.	PROTACCOLO DE CUIDADO ENFERMERO EN NIÑOS CON LESION QUEMADURA (MENORES DEL 10% ALBARENQUE, Stella Maris*
157	P2-M4	ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS DEL GRUPO VIRIDANS EN UNA ADOLESCENTE CON ABSCESO PERIODONTÓGENO	CONTRERAS NARVAEZ, Elen*; CARBALLO, Carolina; GONÇALVES, Maria Cecilia; ESPOSTO, Sofia; VERGARA, Carlos; SHIAVINO, Sabrina; CAMPOVERDE, Christian; LOVRICS, Constanza; CAZÉS, Claudia; LÓPEZ, Eduardo
159	P2-M8	SINDROME FEBRIL PROLONGADO: UN DESAFIO EN PEDIATRIA	PRAINO, Maria Laura*; ANTELIZ, Eliana; YFRAN, Walter; CAMPOVERDE, Christian; CARBALLO, Carolina Mirta; CAZÉS, Claudia Inés; PANUNZIO, Eugenia; CONTRERAS, Elen; ESPOSTO, Sofia; GONÇALVES, Cecilia; MEDRANDA, Ana; LOPEZ, Eduardo Luis
162	P2-M2	TUBERCULOSIS GANGLIONAR PERIFERICA EN UN CENTRO PEDIATRICO DE TERCER NIVEL	SQUASSI, Isabel Rosa del Valle*; NEYRO, Silvia; MARTÍNEZ BURKETT, Andres; CARATOZZOLO, Ana Maria; MEDIN, Martin; CERQUEIRO, Maria Cristina
163	P2-M5	BROTE DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA POR SEROGRUPO B EN CÓRDOBA.	GARNERO, Analía Veronica; PIEDRA, Edgar Daniel*; GOMILA, Andres; VANZO, Carolina
164	P1-M6	MENINGITIS-INMUNOCOMPETENTES-INMUNODEFICIENTES	CARVALLO, Adriana*; AGUIRRE, Clarisa; SÓSA, Esteban; LERTORA, Melissa
165	PP	INFECCIÓN ASOCIADA A PRÓTESIS OSTEOARTICULAR EN NIÑOS: ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICO DE UN PERIODO DE 10 AÑOS.	VERGARA LOBO, Carlos Mauricio*; CONTRERAS, Elen; CARBALLO, Carolina; FEROLLA, Fausto Martin; YFRAN, Walter; PANUNZIO, Eugenia; ANTELIZ, Eliana; REVIRIEGO, Juan; ESCALADA, Maria; ROSITTO, Gabriel; LEGARRETA, Carlos; CAZÉS, Claudia Inés; CONTRINI, Maria Marta; LOPEZ, Eduardo Luis
166	P1-M2	"NEUMONIA MULTIFOCAL ABSCEDADA SECUNDARIA A SEPSIS SEVERA A SAMR. A PROPOSITO DE UN CASO"	DI PIETRO POZZI, Carla Antonela*; MANINI, Pablo; PAMERIO, Lihuel; PENSA, Paula; RAITANO, Paula; TUCCILLO, Patricia
167	P2-M3	ENCUESTA DE VACUNAS EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GRAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	AMARILLA, Maria Lorena*; LADO, Maria Isabel; SARACENI, Liliana Beatriz
168	P2-M8	ENFERMEADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN. COBERTURAS VACUNALES EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS EN UN PAIS DE AMERICA LATINA.	ARRIETA, Fernando; PÍREZ, Maria Catalina*; MONTEIRO, Marina; ALGORTA, Gabriela; MONTANO, Alicia
169	P2-M1	BACTEREMIA NEONATAL POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS.	LESCANO, Maria Laura*; AGUIRRE, Clarisa*; CORALLO, Teresa*; CACERES, Daniela*; COLEF, Mirta*; DANTUR, Mariana*
171	PP	OSTEOMIELITIS EN PACIENTES QUEMADOS PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS	ROSANOVA, Maria Teresa; VOTO, Carla Jimena*; CARNOVALE, Susana; TRAMONTI, Nidia Laura; LEMA, Jimena; PINHEIRO, Jose Luis; ISASMENDI, Adela; ALVAREZ, Veronica; VILLASBOAS, Rosa Mabel; LABORDE, Santiago
172	P2-M7	INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA ENTRE 2008 Y 2017	GRAZIANI, Maria Paula*; MOSER, Manuela; TORNATORE, Maria Belén; CITRONI, Maria Paula; BARRIONUEVO, Tatiana; BONARDO, Maria Virginia; FERNIE, Maria Lucila
173	P2-M4	ENFERMEDAD EXANTEMATICA INMUNOPREVENIBLE	LEVAGGI, Andrea*; AMARILLA, Maria Lorena; LADO, Maria Isabel; SARACENI, Liliana Beatriz
174	P1-M4	INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: ANALISIS EN UNA POBLACION USUARIA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA. DICIEMBRE/ 2014 A FEBRERO/2017	PUJADAS, Monica; MOGNI, Anahí*; HERMIDA, Natalia*; CABO, Estefania; BADIA, Federica; GARCIA, Laura; RICHARDS, Edith; CLADERA, Pedro; PIREZ, Catalina
175	P1-M7	EFFECTO PROZONA EN SÍFILIS CONGÉNITA: A PROPOSITO DE DOS CASOS	MOGLIA, Yamila Vanesa*; DALZOTTO, Agustina; MANCERA, Analía; MARTIGNETTI, Claudio
176	P1-M2	ANÁLISIS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN PROTOCOLO DE INMUNOSUPRESIÓN, ASISTIDOS EN UN SERVICIO DE REFERENCIA EN ENFERMEDAD POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	AMAYA, Gabriela*; SISTO, Gabriela*; LE PERA, Valeria; BADIA, Federica; ALGORTA, Gabriela; PIREZ, Maria Catalina
177	P2-M2	NEUMONIAS COMPLICADAS CON EMPIEMA: ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA. ENERO A DICIEMBRE 2016	OLAZARRI, Mercedes*; STRATTA, Fiorella*; PUJADAS, Mónica; ASSANDRI, Elizabeth; BADIA, Federica; MACHADO, Karina; PIREZ, Maria Catalina
178	P2-M7	DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN HIV EN PEDIATRÍA: NO TODO ES TRANSMISIÓN VERTICAL	GONZALEZ, Soledad Estrella*; MECIKOVSKY, Debora; ARAZI, Solange; ZUNANA, Cecilia; EL KIK, Soraya; GANTNER, Erica; PARTULANE, Mariana; ARAGONA, Aldana; BORDATO, Alejandra; MANGANO, Andrea; BOLOGNA, Rosa
179	P2-M1	ABSCESSO CEREBRAL POR STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS Y DIALISTER PNEUMOSINTES. REPORTE DE UN CASO.	MUSSINI, Maria Soledad*; HIGHTON, Esmeralda; PÉREZ, Maria Guadalupe; ISASMENDI, Adela; PINHEIRO, Jose Luis; MALDONADO, Maria Laura; LITTERIO, Mirta
180	P2-M2	NEUMONIA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B EN PACIENTE CORRECTAMENTE VACUNADO	FOGGIATO, Lucia; HERMIDA, Natalia*; BADIA, Federica; PUJADAS, Monica
181	P1-M4	CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO: DOS CASOS INTRAFAMILIARES. TRATAMIENTO CON VALGANCICLOVIR.	AGUIRRE, Clarisa; AUPY, Ariane*; GAJO GANE, Andrea; BORZI, Maia; QUINCOSE, Roberto
182	P1-M1	NEUMONIA CON SDR GRAVE A CMV COMO MANIFESTACION DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA COMBINADA: SINDROME DE HIPER IGM LIGADO AL X (DÉFICIT DE CD40L)	GONZALEZ, Diego*; SCHELOTTO, Magdalena; RAMIREZ, Yelena; LE PERA, Valeria; MOGNI, Anahí; CABO, Estefania; ASSANDRI, Elizabeth; BADIA, Federica; PUJADAS, Monica; MACHADO, Karina; PIREZ, Maria Catalina
183	PP	PROFILAXIS PARA STREPTOCOCCUS: EXPERIENCIA EN UNA MATERNIDAD	GARCIA, Fabiana Beatriz*; DE CARO, Marcelo; VAIN, Nestor; LARCADE, Ramon
184	P1-M1	INFECCIÓN DISEMINADA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN PACIENTE RECEPTOR DE TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS	GONZALEZ, Soledad Estrella; ROSANOVA, Maria Teresa; VARELA BAINO, Ana Nina*; GOMEZ, Sandra; EPELBAUM, Carolina; IZAGUIRRE, Maria Jose; STACIUK, Raquel; PENAYO ZARATE, Analía; SARKIS, Claudia
185	P2-M1	ABSCESSOS CEREBRALES MÚLTIPLES	GOMILA, Andres; VANZO, Carolina; PIEDRA, Edgar*; GARNERO, Analía
186	P1-M3	LEISHMANIASIS VISCERAL: A PROPOSITO DEL PRIMER CASO DETECTADO	AGUIRRE, Clarisa; BÉNITEZ, Andrea*; BONTCHEFF, Alejandra; CORRALES, Marcela; GAJO GANE, Andrea
187	P1-M4	CAMBIOS EN LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN LA POBLACIÓN DE 0 A 14 AÑOS EN UN PAÍS DE AMÉRICA LATINA ENTRE 2006 Y 2015.	PIREZ, Maria Catalina*; CONTRERA, Mariela; SISTO, Gabriela; AMAYA, Gabriela; BADIA, Federica; ALGORTA, Gabriela; MONTANO, Alicia
188	PP	SEGUIMIENTO DE LOS CONTACTOS INSTITUCIONALES MENORES DE 15 AÑOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN UNA POLICLINICA DE REFERENCIA NACIONAL	AMAYA LOPEZ, Gabriela*; BADIA, Federica; SISTO, Gabriela; ALGORTA, Gabriela; PIREZ, Maria Catalina
189	PP	INFECCIÓN OSTEOARTICULAR EN EL NIÑO NEUTRÓPICO FEBRIL CON ENFERMEADES MALIGNAS	VIÑA, Analía L*; CECCOLI, S Cristina; PLAT, Fabiola J; CONTRINI, Maria Marta; RIVAS, Noemí A; LOPEZ, Eduardo L
190	P1-M1	MENINGOENCEFALITIS POR VIRUS SAINT LOUIS, A PROPOSITO DE UN CASO.	FEDULLO, Ana Gabriela*; BRIZUELA, Martin Eduardo; CEDILLO VILLAMAGUA, Carola Katherine; GONZALEZ, Soledad Estrella; RUVINSKY, Silvina Denise; MISTCHENKO, Alicia; MORALES, Maria Alejandra; AISENBERG, Nuria; BOLOGNA, Rosa Maria
191	P1-M1	SEPSIS NEONATAL PRECOZ POR LISTERIA MONOCITOGÉNES	CORDEYRO, Clara*; MARTIN, Juan Manuel*
192	P2-M5	INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PEDIATRÍA	JUAREZ, Ximena Soledad*; DELGADO, Micaela; CAMIANSQUI, Mariana; GLASMAN, Patricia; SAENZ, Carolina; MONACO, Andrea; ECHAVE, Cecilia; PASINOVICH, Marina; DONDOGLIO, Patricia; CANCELLARA, Aldo
193	P1-M6	NEUROCISTICERCOSIS EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS	GLASMAN, Patricia*; DELGADO, Micaela; SAENZ, Carolina; CAMIANSQUI, Mariana; JUAREZ, Ximena Soledad; MONACO, Andrea; ECHAVE, Cecilia; DONDOGLIO, Patricia; CANCELLARA, Aldo
194	P1-M7	SÍFILIS CONGÉNITA. PROGRAMA DE PESQUISA PERINATAL.	VAZQUEZ, Liliana Noemí*; ANHEL, Susana; PARENTI, Vanesa; PEDRAZA, Ana
195	P1-M1	ENFERMEDAD DISEMINADA POR ASPERGILLUS FLAVUS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO	PIEDRA, D; DUJE, A; GOMILA*, A; VANZO, C; GARNERO, A

Índice | Autor

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y VACUNAS

Apellido y nombre	Institución	Nro. póster	Sesión
ACERENZA, Marcelo	Sanatorio Sagrado Corazón	111, 142	P1-M3, P2-M6
ACOSTA, Viviana Carolina	Hospital Nacional "Prof. Dr. Alejandro Posadas", Prov. de Buenos Aires	138	P1-M3
AGÜETE, A.	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	148	P1-M6
AGUIRRE, Clarisa	Hospital Pediátrico "Juan Pablo II", Corrientes	186, 181, 164, 169	P1-M3, P1-M4, P1-M6, P2-M1
AIMAR, Anabella	Sanatorio Sagrado Corazón	111	P1-M3
AISENBERG, Nuria	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	190	P1-M1
ALBARENQUE, Stella Maris	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	156	P1-M5
ALEGRE, María	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	144	P2-M2
ALESSANDRINI, Romina	Hospital Castro Rendon, Neuquén	118	P1-M3
ALETTI, Alicia	Hospital de Niños "Victor J. Vilela", Rosario	151	P2-M6
ALFONSO, Katherina	HCIPS I	117	P2-M5
ALGORTA, Gabriela	Facultad de Medicina, Universidad de la Republica, Uruguay	176, 187, 139, 168, 188	P1-M2, P1-M4, P2-M5, P2-M8, PP
ALLENDE, Mariela	Clinica La Pequeña Familia, Junín	103	P2-M1
ALVAREZ, Veronica	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	171	PP
AMARILLA, María Lorena	Hospital Gral. de Agudas "B. Rivadavia", CABA	167, 173	P2-M3, P2-M4
AMAYA, Gabriela	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	176	P1-M2
AMAYA, Gabriela	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Uruguay	187	P1-M4
AMAYA LOPEZ, Gabriela	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Uruguay	188	PP
AMORIN, Belén	Corporación Médica de Paysandú	113	P1-M8
ANHEL, Susana	Clinica y Maternidad Suizo-Argentina, CABA	194	P1-M7
ANTELIZ, Eliana	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	126, 159, 165	P2-M7, P2-M8, PP
AP ILLIAN, Dilys	Hospital Provincial del Centenario, Rosario	118	P1-M3
ARAGONA, Aldana	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	178	P2-M7
ARAZI, Solange	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	178	P2-M7
ARO, Carolina	Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe	135	P1-M6
AROCHA, Silvana Natali	Hospital de Niños Zona Norte	130, 131	P1-M5, P2-M3
ARREGUI, Micaela Gisele	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	144	P2-M2
ARRIETA, Fernando	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Uruguay	168	P2-M8
ASSANDRI, Elizabeth	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	182, 177	P1-M1, P2-M2
ASTBURY, María de los Ángeles	Hospital de Niños Zona Norte	130, 131	P1-M5, P2-M3
AUPY, Ariane	Hospital Pediátrico "Juan Pablo II", Corrientes	181	P1-M4
AVELLANEDA, Micaela	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	144	P2-M2
BADIA, Federica	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	182, 176, 174, 187, 177, 180, 188	P1-M1, P1-M2, P1-M4, P1-M4, P2-M2, P2-M2, PP
BARBONI, Graciela	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", CABA	121	PP
BARONI, María Rosa	Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe	135	P1-M6
BARRIONUEVO, Tatiana	Hospital Británico de Buenos Aires	172	P2-M7
BARRIOS, Patricia	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	137	P2-M7
BASTONS, Sofia	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	128, 104, 136, 133, 109	P1-M6, P1-M7, P1-M8, P2-M1, P2-M4
BATTISTA, Graciela María	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	124	P1-M3
BELLOMO, Julieta	Sanatorio Sagrado Corazón	111	P1-M3
BELLOMO, Julieta	Sagrado Corazón	142	P2-M6
BENITEZ, Irene	HCIPS I	117	P2-M5
BENITEZ, Andrea	Hospital de Alta Complejidad, J. D. Perón. Formosa.	186	P1-M3
BERTOLINI, Margarita Inés	Hospital Nacional "Prof. Dr. Alejandro Posadas", Prov. de Buenos Aires	138	P1-M3
BERTONI, Liliana	Hospital "Dr. Guillermo Rawson", San Juan	153, 155, 123	P1-M5, P2-M5, P2-M8
BESSONE, Costanza	Hospital Provincial del Centenario, Rosario	114, 116	P1-M2, P1-M5
BETTIOL, Marisa	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	144	P2-M2
BEZRODNIK, Liliana	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	140	P2-M8
BICKHAM, Darcy AlejanDro	HZGA Dr. Arturo Onativia	107	P2-M7
BLANCO, Abi	Hospital Provincial del Centenario, Rosario	114	P1-M2
BLANCO, Luciana	Sanatorio Sagrado Corazón	111, 142	P1-M3, P2-M6
BLESÁ, María Jose	Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe	135	P1-M6
BOLOGNA, Rosa	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	178	P2-M7
BOLOGNA, Rosa María	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	190	P1-M1
BONARDO, María Virginia	Hospital Británico de Buenos Aires	172, 152, 119	P2-M7, P1-M5, P1-M7
BONTSCHEFF, Alejandro	Hospital de Alta Complejidad, J. D. Perón. Formosa.	186	P1-M3
BONVEHI, Pablo	Fundación Vacunar	127	P2-M3
BORDATO, Alejandro	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	178	P2-M7
BORDON, Paulina	Hospital "Dr. Guillermo Rawson", San Juan	123	P2-M8
BORGIA, Ezequiel	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	145	P2-M6
BORGNA, Ludmila	Sanatorio de Niños, Rosario	120	P2-M1
BORZI, Maia	Hospital Pediátrico "Juan Pablo II", Corrientes	181	P1-M4
BRIZUELA, Martín Eduardo	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	190	P1-M1
CABANILLAS, Diana	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	128	P1-M6
CABANILLAS, Diana	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	133	P2-M1
CABO, Estefanía	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	174	P1-M4
CABO, Estefanía	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	182	P1-M1

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y VACUNAS

Apellido y nombre	Institución	Nro. póster	Sesión
CABRAL, Graciela Ester	Hospital Nacional "Prof. Dr. Alejandro Posadas", Prov. de Buenos Aires	138	P1-M3
CACACE, Anabella	Hospital "Pedro Fiorito", CABA	150	P2-M4
CACERES, Daniela	Hospital "J.C. Perrando", Resistencia, Chaco	169	P2-M1
CAIATA, Leticia	Facultad de Medicina, Universidad de la Republica, Uruguay	139	P2-M5
CALDERARO, Guillermo	HZGA Horacio Cestino	146	P2-M2
CAMANSQUI, Mariana	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", CABA	193, 192	P1-M6, P2-M5
CAMPANA, Juan Jose	Clinica La Pequeña Familia, Junin	103	P2-M1
CAMPOVERDE, Christian	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	126	P2-M7
CAMPOVERDE, Christian	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	157	P2-M4
CAMPOVERDE, Christian	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	159	P2-M8
CANCELLARA, Aldo	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", CABA	193, 192	P1-M6, P2-M5
CANDA, Paula	Sanatorio Sagrado Corazón	111, 142	P1-M3, P2-M6
CANDI, Marcela	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", CABA	121	PP
CANESSE, Jorge	Hospital de Clínicas	117	P2-M5
CANO, Claudia	Hospital de Niños "Victor J. Vilela", Rosario	151	P2-M6
CARATTOZZOLO, Ana María	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	162	P2-M2
CARBALLO, Carolina Mirta	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	159	P2-M8
CARBALLO, Carolina	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	129, 157, 126, 165	P2-M4, P2-M4, P2-M7, PP
CARENA, Natali	Hospital Provincial del Centenario, Rosario	116	P1-M5
CARNOVALE, Susana	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	171	PP
CARVALLO, Adriana	Hospital Pediátrico "Avelino Castelan", Resistencia, Chaco	164	P1-M6
CASANUEVA, Enrique	Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires	147	P1-M8
CASATI, Daniel	Clinica La Pequeña Familia, Junin	103, 101, 102, 100	P2-M1, P2-M3, P2-M3, P2-M4
CASTRO, Maria Alba	Hospital de Niños "Sor Maria Ludovica", La Plata	124	P1-M3
CASTRO, Natalia	Hospital "Pedro Fiorito", CABA	150	P2-M4
CAZES, Claudia Inés	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	126	P2-M7
CAZES, Claudia	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	129	P2-M4
CAZES, Claudia	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	157	P2-M4
CAZES, Claudia Inés	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	159	P2-M8
CAZES, Claudia Inés	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	165	PP
CECCHINI, Ana Clara	Sanatorio Sagrado Corazón	111	P1-M3
CECCOLI, S. Cristina	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	189	PP
CEDILLO, Carola	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	105	P2-M6
CEDILLO VILLAMACUA, Carola Katherine	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	190	P1-M1
CENTENO, Maria del Valle	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	105	P2-M6
CERQUEIRO, Maria Cristina	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	162	P2-M2
CESARONE, Fabio	Hospital "Pedro Fiorito", CABA	150	P2-M4
CEVASCO, Patricio	Sanatorio de Niños, Rosario	110	P1-M6
CEVASCO, Luis	Hospital "Pedro Fiorito", CABA	150	P2-M4
CHIOSSONE, Ana	Hospital de Niños "Victor J. Vilela", Rosario	151	P2-M6
CIAFARDO MARINO, Maria Alfonsina	Hospital de Niños "Sor Maria Ludovica", La Plata	124	P1-M3
CITRONI, Maria Paula	Hospital Británico de Buenos Aires	172	P2-M7
CLADERA, Pedro	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	174	P1-M4
CLERICI, Luciana	Hospital "Pedro Fiorito", CABA	150	P2-M4
COCA, AlejanDra	Hospital "Pedro Fiorito", CABA	150	P2-M4
COITIGNHO, Cecilia	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Uruguay	113	P1-M8
COLEF, Mirta	Hospital "J.C. Perrando", Resistencia, Chaco	169	P2-M1
CONTRERA, Mariela	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Uruguay	187	P1-M4
CONTRERAS, Elen	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	159	P2-M8
CONTRERAS, Elen	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	165	PP
CONTRERAS NARVAEZ, Elen	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	157	P2-M4
CONTRINI, Maria Marta	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	165, 189	PP, PP
CORALLO, Teresa	Hospital Pediátrico "Avelino Castelan", Resistencia, Chaco	169	P2-M1
CORDEYRO, Clara	Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires	191	P1-M1
CORDIDO, Ivana	Sagrado Corazón	142	P2-M6
CORRALES, Marcela	Hospital de Alta Complejidad, J. D.Perón. Formosa.	186	P1-M3
COSTA, Gonzalo	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	149	P2-M6
CUITIÑO, Mario	Clinica La Pequeña Familia, Junin	103, 101, 102, 100	P2-M1, P2-M3, P2-M3, P2-M4
DALZOTTO, Agustina	HZGA Dr. Arturo Onativia	175, 107	P1-M7, P2-M7
DANTUR, Mariana	Hospital "J.C. Perrando", Resistencia, Chaco	169	P2-M1
DE APELLANIZ, Natalia	Hospital Churrucá, CABA	134	P1-M7
DE CARLI, Claudio	Hospital Castro Rendon, Neuquén	118	P1-M3
DE CARO, Marcelo	Sanatorio Trinidad Ramos Mejia	183	PP
DE SALVO, Maria Melania	Hospital Churrucá, CABA	134	P1-M7
DEGIOVANNI, Gabriela	Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe	135	P1-M6
DEGIUSEPPE, Juan Ignacio	INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"	133, 125	P2-M1, P2-M8
DELGADO, Micaela	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", CABA	193, 192	P1-M6, P2-M5
DEMATTEIS, Victoria	Clinica La Pequeña Familia, Junin	103, 101, 100	P2-M1, P2-M3, P2-M4

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y VACUNAS

Apellido y nombre	Institución	Nro. póster	Sesión
DEVOTO, Susana del Valle	Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación	140, 141	P2-M8, P2-M8
DI CIO, María Virginia	Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires	147	P1-M8
DI PIETRO POZZI, Carla Antonela	Hospital Naval, CABA	166	P1-M2
DIAZ, Federico Sebastian	HZGA Dr. Arturo Onativia	107	P2-M7
DIAZ, Mariano	Fundación Vacunar	127	P2-M3
DISTEFANO, Veronica	Clinica La Pequeña Familia, Junín	101, 100	P2-M3, P2-M4
DONATO, María Lorena	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	112	P1-M8
DONATO, María de los Ángeles	Hospital de Niños Zona Norte	130, 131	P1-M5, P2-M3
DONDOGLIO, Patricia	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", CABA	193, 192	P1-M6, P2-M5
DUJE, A.	Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba	195	P1-M1
ECEIZABARRENA, María Ines	Clinica La Pequeña Familia, Junín	103, 101, 102, 100	P2-M1, P2-M3, P2-M3, P2-M4
ECHAVE, Cecilia	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", CABA	193, 192	P1-M6, P2-M5
EGUIGUREN, María Paula	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	144	P2-M2
EL KIK, Soraya	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	178	P2-M7
ENSINCK, Gabriela	Hospital de Niños "Victor J. Vilela", Rosario	151	P2-M6
EPELBAUM, Carolina	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	184	P1-M1
ESCALADA, María	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	165	PP
ESCARRA, Florencia	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	105	P2-M6
ESPOSTO, Sofia	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	129	P2-M4
ESPOSTO, Sofia	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	157	P2-M4
ESPOSTO, Sofia	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	159	P2-M8
EZCURRA, Gustavo	Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe	132	P1-M8
EZCURRA, Gustavo	Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe	135	P1-M6
FARINA, Marisa	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", CABA	121	PP
FATTORI, María de Lourdes	Hospital de Niños Zona Norte	130, 131	P1-M5, P2-M3
FEDULLO, Ana Gabriela	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	190	P1-M1
FERNANDEZ, Catty	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	149	P2-M6
FERNANDEZ, Mónica	Hospital de Niños Zona Norte	130, 130, 131	P1-M5, P1-M5, P2-M3
FERNANDEZ FORENS, Lucia	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	137	P2-M7
FERNIE, María Lucila	Hospital Británico de Buenos Aires	119	P1-M7
FERNIE, María Lucila	Hospital Británico de Buenos Aires	172	P2-M7
FEROLLA, Fausto Martín	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	165	PP
FINOCCHI, Agustina	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	136	P1-M8
FJELLERUP, Alison	Clinica La Pequeña Familia, Junín	101, 102, 100	P2-M3, P2-M3, P2-M4
FLYNN, Luis	Sanatorio de Niños, Rosario	110	P1-M6
FLYNN, Luis Pedro	Sanatorio de Niños, Rosario	122	P1-M3
FOGGIATO, Lucia	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	180	P2-M2
FORTES, Pilar	Hospital Británico de Buenos Aires	152	P1-M5
FORTINI, Yanina	Hospital de Emergencia y Trauma Federico Abette, Buenos Aires	106, 108	P1-M2, P2-M5
FRANCO, PL	Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo, Florencio Varela, Provincia Buenos Aires	143	P1-M4
FREIRE, María Cecilia	INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"	140	P2-M8
FRINO, Silvina	Clinica La Pequeña Familia, Junín	103, 102, 100	P2-M1, P2-M3, P2-M4
GADDI, Eduardo	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", CABA	121	PP
GAJO GANE, AnDrea	Hospital de Alta Complejidad, J.D.Perón. Formosa.	186, 181	P1-M3, P1-M4
GALARZA, Mirian	Hospital "Pedro Fiorito", CABA	150	P2-M4
GALDEANO, Emilio	Hospital "Dr. Guillermo Rawson", San Juan	153, 123, 155	P1-M5, P2-M8, P2-M5
GALIANA, Alvaro	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	149	P2-M6
GALICCHIO, Miguel	Hospital de Niños "Victor J. Vilela", Rosario	151	P2-M6
GALLARDO, Ruth Martina	Hospital Churrucá, CABA	134	P1-M7
GAMBOA ALTAMAR, Jennifer	Hospital de Emergencia y Trauma Federico Abette, Buenos Aires	106	P1-M2
GANTNER, Erica	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	178	P2-M7
GARCIA, María Eva	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	115	P1-M2
GARCIA, Fabiana	Sagrado Corazón	142	P2-M6
GARCIA, Laura	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	174	P1-M4
GARCIA, Fabiana Beatriz	FUNCEI	183	PP
GARCIA, Mariel	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	136, 109, 104	P1-M8, P2-M4, P1-M7
GARCIA RUBIO, Claudia	Clinica La Pequeña Familia, Junín	103, 101, 102, 100	P2-M1, P2-M3, P2-M3, P2-M4
GARNERO, Analía L	Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba	195	P1-M1
GARNERO, Analía	Hospital de Niños, Córdoba	185, 163	P2-M1, P2-M5
GAY, Deborah Lilian	Hospital Churrucá, CABA	134	P1-M7
GENCHI, Alejandra Mariel	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	124	P1-M3
GIACHETTO, G.	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	148	P1-M6
GIACHETTO, Gustavo	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	149, 137	P2-M6, P2-M7
GIAGANTE, Eugenia	Clinica La Pequeña Familia, Junín	103	P2-M1
GIAGANTE, María Eugenia	Clinica La Pequeña Familia, Junín	101, 102, 100	P2-M3, P2-M3, P2-M4
GIAMMARIA, Marcia	Clinica La Pequeña Familia, Junín	103	P2-M1
GIL, María Florencia	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	133	P2-M1
GIMENEZ, Patricia	HCIPS I	117	P2-M5

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y VACUNAS

Apellido y nombre	Institución	Nro. póster	Sesión
GLASMAN, Patricia	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", CABA	193, 192	P1-M6, P2-M5
GODOY, Claudia	Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe	135	P1-M6
COLE, María	Hospital Británico de Buenos Aires	119	P1-M7
COMEZ, Debora	Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe	135	P1-M6
COMEZ, SanDra	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	184	P1-M1
GOMILA, A.	Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba	195	P1-M1
GOMILA, AnDres	Hospital de Niños, Córdoba	185, 163	P2-M1, P2-M5
CONCALVES, Cecilia	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	159	P2-M8
CONÇALVES, María Cecilia	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	157	P2-M4
CONÇALVES NEIRA NOVO, Maria Celcia	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	129	P2-M4
CONZÁLES AYALA, SE	Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación	143	P1-M4
GONZALEZ, Fernando	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	145	P2-M6
GONZALEZ, Diego	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	182	P1-M1
GONZALEZ, Soledad Estrella	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	184, 190, 178	P1-M1, P1-M1, P2-M7
GONZALEZ AYALA, Silvia	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	104	P1-M7
GOROSITO, Marcela	Hospital Provincial del Centenario, Rosario	114	P1-M2
GROSSITO, Marcela	Hospital Provincial del Centenario, Rosario	116	P1-M5
GOYENCHE, Romina	Clinica La Pequeña Familia, Junín	103, 101, 102, 100	P2-M1, P2-M3, P2-M3, P2-M4
CRAZIANI, Maria Paula	Hospital Británico de Buenos Aires	172	P2-M7
CRIGIONI, Julia	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	128	P1-M6
CUTIERREZ, Stella	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	137	P2-M7
CUTIERREZ, S.	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	148	P1-M6
CUTIERREZ, Stella	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	149	P2-M6
CUTIERREZ, Fernanda	Clinica La Pequeña Familia, Junín	103, 101, 102, 100	P2-M1, P2-M3, P2-M3, P2-M4
CUTIÉRREZ, Claudia	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	139	P2-M5
CUTIERREZ HUANCA, Magaly Lourdes	Hospital de Emergencia y Trauma Federico Abette, Buenos Aires	108	P2-M5
HEINRICH, Mercedes	Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe	135	P1-M6
HEREDIA, Natalia	Hospital "Dr. Guillermo Rawson", San Juan	155	P2-M5
HERMIDA, Natalia	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	174, 180	P1-M4, P2-M2
HERNANDEZ, Claudia	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	115, 145	P1-M2, P2-M6
HIGHTON, Esmeralda	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	179	P2-M1
HIRSCH, Roberto	Hospital de Infecciosas "Dr. F. J. Muñoz", CABA	154	P1-M4
HOFFMAN, Aidez	HZGA Horacio Cestino	146	P2-M2
HORRACH HEREDIA, Brenda Betiana	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	144	P2-M2
INWENTARZ, SanDra	Instituto R. F. Vaccarezza	154	P1-M4
ISASMENDI, Adela	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	179, 171	P2-M1, PP
IZAGUIRRE, María José	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	112	P1-M8
IZAGUIRRE, María Jose	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	184	P1-M1
JUAREZ, María del Valle	Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación	141	P2-M8
JUAREZ, Ximena Soledad	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", CABA	193, 192	P1-M6, P2-M5
JUÁREZ, María del Valle	Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación	140	P2-M8
JURE, Adriana Beatriz	Programa de Inmunizaciones. Ministerio de Salud de Salta	140	P2-M8
KATSICAS, María Marta	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	105	P2-M6
KATZ, Nathalia	Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación	141	P2-M8
LA HOZ, Martha Nelida	Sanatorio de Niños, Rosario	122	P1-M3
LABORDE, Santiago	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	171	PP
LADO, María Isabel	Hospital Gral. de Agudas "B. Rivadavia", CABA	167	P2-M3
LADO, María Isabel	Hospital Gral. de Agudas "B. Rivadavia", CABA	173	P2-M4
LAGRUTTA, Laura	Instituto R. F. Vaccarezza	154	P1-M4
LAHOZ, Martha	Sanatorio de Niños, Rosario	110	P1-M6
LAHOZ, Martha Nelida	Sanatorio de Niños, Rosario	120	P2-M1
LAMPUGNANI, AlejanDra	Hospital "Dr. Guillermo Rawson", San Juan	123	P2-M8
LARCADE, Ramon	Sanatorio Trinidad Ramos Mejia	183	PP
LARINI, Silvia	Hospital de Niños "Victor J. Vilela", Rosario	151	P2-M6
LAZARTE, Gustavo	Hospital de Niños "Victor J. Vilela", Rosario	151	P2-M6
LE PERA, Valeria	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	182, 176	P1-M1, P1-M2
LEGARRETA, Carlos	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	165	PP
LEMA, Jimena	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	171	PP
LEPETIC, Sonia SanDra	HZGA Dr. Arturo Oñativia	107	P2-M7
LERTORA, Melisa	Hospital Pediátrico "Avelino Castelan", Resistencia, Chaco	164	P1-M6
LESCANO, María Laura	Hospital "J.C. Perrando", Resistencia, Chaco	169	P2-M1
LEVAGGI, AnDrea	Hospital Gral. de Agudas "B. Rivadavia", CABA	173	P2-M4
LIENAU, Matias	Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires	147	P1-M8
LIPORACE, Micaela	Hospital "Pedro Fiorito", CABA	150	P2-M4
LITERIO, Mirta	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	179	P2-M1

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y VACUNAS

Apellido y nombre	Institución	Nro. póster	Sesión
LITRENTA, MJ	Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo, Florencio Varela, Provincia Buenos Aires	143	P1-M4
LITTERIO, Mirta	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	145	P2-M6
LOPEZ, Eduardo Luis	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	126	P2-M7
LOPEZ, Eduardo Luis	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	159	P2-M8
LOPEZ, Eduardo Luis	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	165	PP
LOPEZ, Eduardo L	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	189	PP
LÓPEZ, Eduardo Luis	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	129	P2-M4
LÓPEZ, Eduardo	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	157	P2-M4
LOVRICS, Constanza	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	126	P2-M7
LOVRICS, Constanza Catalina	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	129	P2-M4
LOVRICS, Constanza	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	157	P2-M4
LUCAS, P	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	148	P1-M6
LUCILA, Fernie	Hospital Británico de Buenos Aires	152	P1-M5
LUQUE, Eslin	Hospital de Emergencia y Trauma Federico Abette, Buenos Aires	108	P2-M5
MACARIO, Fernanda	Hospital de Niños "Victor J. Vilela", Rosario	151	P2-M6
MACHADO, Karina	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	182, 177	P1-M1, P2-M2
MACHAIN, Monica	HIGA Abraham Piñeyra, Junin	103	P2-M1
MAGARIÑOS, Mirta	Consultor en inmunizaciones. OPS/OMS Argentina	140	P2-M8
MAGISTRIS, Agustina	Hospital Provincial del Centenario, Rosario	116	P1-M5
MAIDANA, Mara	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	104	P1-M7
MALDONADO, Maria Laura	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	145	P2-M6
MALDONADO, Maria Laura	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	179	P2-M1
MANCERA, Analia	HZGA Dr. Arturo Oñativia	175	P1-M7
MANGANO, AnDrea	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	178	P2-M7
MANINI, Pablo	Hospital Naval, CABA	166	P1-M2
MARINASKY, Ana	HZGA Dr. Arturo Oñativia	107	P2-M7
MARTIGNETTI, Claudio	HZGA Dr. Arturo Oñativia	107	P2-M7
MARTIGNETTI, Claudio	HZGA Dr. Arturo Oñativia	175	P1-M7
MARTIN, Juan Manuel	Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires	191	P1-M1
MARTIN, Gisela	Clinica La Pequeña Familia, Junin	103, 101, 102, 100	P2-M1, P2-M3, P2-M3, P2-M4
MARTINEZ, Fabricio	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Uruguay	113	P1-M8
MARTINEZ, Fabiola	HCIPS I	117	P2-M5
MARTÍNEZ BURKETT, AnDres	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	162	P2-M2
MARTINO, C	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	148	P1-M6
MARZANO, Laura	Clinica La Pequeña Familia, Junin	103, 101, 102, 100	P2-M1, P2-M3, P2-M3, P2-M4
MASTROIANNI, AlejanDra	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	115	P1-M2
MASUELLI, Lucia	Hospital Provincial del Centenario, Rosario	116	P1-M5
MATSUYAMA, Mariana	Hospital "Pedro Fiorito", CABA	150	P2-M4
MAYDANA, Mara	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	128, 136, 109	P1-M6, P1-M8, P2-M4
MECIKOVSKY, Debora	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	178	P2-M7
MEDIN, Martin	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	162	P2-M2
MEDRANDA, Ana Cristina	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	126	P2-M7
MEDRANDA, Ana	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	129	P2-M4
MEDRANDA, Ana	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	159	P2-M8
MELVIN, Maria Gabriela	Hospital Provincial del Centenario, Rosario	114	P1-M2
MELVIN, Gabriela	Hospital Provincial del Centenario, Rosario	116	P1-M5
MENECEZ ROJAS, Abigail Patricia	Hospital de Emergencia y Trauma Federico Abette, Buenos Aires	106	P1-M2
MERCADO, Claudia Mercedes	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	124	P1-M3
MISTCHENKO, Alicia	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	190	P1-M1
MOGLIA, Yamila Vanesa	HZGA Dr. Arturo Oñativia	175	P1-M7
MOGNI, Anahí	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	182, 174	P1-M1, P1-M4
MONACO, AnDrea	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", CABA	193, 192	P1-M6, P2-M5
MONTANO, Alicia	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Uruguay	187, 168	P1-M4, P2-M8
MONTEIRO, Marina	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Uruguay	168	P2-M8
MORALES, Laura	Hospital de Niños Zona Norte	131	P2-M3
MORALES, Maria AlejanDra	Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio. I. Maiztegui"	190	P1-M1
MORALES, Juan Carlos	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	128, 104, 136, 109	P1-M6, P1-M7, P1-M8, P2-M4
MOREL, Zoilo	HCIPS I	117	P2-M5
MOSER, Manuela	Hospital Británico de Buenos Aires	172	P2-M7
MOYA, Luciana	Hospital Castro Rendon, Neuquén	118	P1-M3
MOYA, Daniela	HZGA Horacio Cestino	146	P2-M2
MURILLA, Micaela	Sagrado Corazón	142	P2-M6
MUSSINI, M Soledad	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	105, 112, 179	P2-M6, P1-M8, P2-M1
NAGEL, Alicia	Hospital "José M. Cullen", Santa Fe	132	P1-M8
NARDIN, Maria Elena	Hospital "José M. Cullen", Santa Fe	132	P1-M8
NETRI, Gabriela	Sagrado Corazón	142	P2-M6
NEYRO, Silvina Etel	Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación	140	P2-M8
NEYRO, Silvina	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	162, 141	P2-M2, P2-M8

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y VACUNAS

Apellido y nombre	Institución	Nro. póster	Sesión
NIEVAS, Monica	HZGA Horacio Cestino	146	P2-M2
NIEVES JANAVEL, Ana Cecilia	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	137	P2-M7
NIÑO, Nadia	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	112	P1-M8
OLAZARRI, Mercedes	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	177	P2-M2
OLIVA, Maria Eugenia	Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe	135, 132	P1-M6, P1-M8
PALAU, María Juliana	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	133	P2-M1
PALAU, María Juliana	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	144	P2-M2
PAMERIO, Lihuel	Hospital Naval, CABA	166	P1-M2
PANNUNZIO, Eugenia	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	165, 126	PP, P2-M7
PANUNZIO, Eugenia	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	159	P2-M8
PARDO, L.	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	148	P1-M6
PARDO, Lorena	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	149	P2-M6
PARENTI, Vanesa	Clinica y Maternidad Suizo-Argentina, CABA	194	P1-M7
PARTULANE, Mariana	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	178	P2-M7
PASINOVICH, Marina	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", CABA	192, 141, 140	P2-M5, P2-M8, P2-M8
PAULIN, Patricia	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	105	P2-M6
PEDRAZA, Ana	Clinica y Maternidad Suizo-Argentina, CABA	194	P1-M7
PENAYO ZARATE, Analia	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	184	P1-M1
PENSA, Paula	Hospital Naval, CABA	166	P1-M2
PEREZ, M Guadalupe	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	105	P2-M6
PEREZ, María Guadalupe	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	112	P1-M8
PEREZ, Guadalupe	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	115	P1-M2
PEREZ, Fernando	Hospital "Dr. Guillermo Rawson", San Juan	123	P2-M8
PÉREZ, María Guadalupe	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	179	P2-M1
PIEDRA, Edgar Daniel	Hospital de Niños de la Santísima Trinidad	163	P2-M5
PIEDRA, Edgar	Hospital de Niños, Córdoba	185	P2-M1
PIEDRA, D.	Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba	195	P1-M1
PINHEIRO, Jose Luis	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	171	PP
PINHEIRO, José Luis	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	179	P2-M1
PIREZ, Catalina	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	174	P1-M4
PIREZ, María Catalina	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Uruguay	188	PP
PIREZ, María Catalina	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	182, 176	P1-M1, P1-M2
PIREZ, María Catalina	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Uruguay	187, 177, 168	P1-M4, P2-M2, P2-M8
PLAT, Fabiola J	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	189	PP
PORPORATO, Barbara	Sanatorio de Niños, Rosario	110	P1-M6
PRAINO, María Laura	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	129, 159	P2-M4, P2-M8
PRIETO, Mercedes	Hospital "Pedro Fiorito", CABA	150	P2-M4
PUJADAS, Mónica	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	177	P2-M2
PUJADAS, Monica	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	180	P2-M2
PUJADAS, Monica	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	182, 174	P1-M1, P1-M4
QUINCOSE, Roberto	Hospital Pediátrico "Juan Pablo II". Corrientes	181	P1-M4
RADICICH, Daiana	Hospital "Pedro Fiorito", CABA	150	P2-M4
RAITANO, Paula	Hospital Naval, CABA	166	P1-M2
RAMIREZ, Yelena	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	182	P1-M1
RANCAÑO, Carolina	Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación	140, 141	P2-M8, P2-M8
REDAELLI, S	Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo, Florencio Varela, Provincia Buenos Aires	143	P1-M4
REGAIRAZ, Lorena	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	133	P2-M1
REGONAT, Macarena	Hospital Provincial del Centenario, Rosario	114	P1-M2
REJTMAN, Vanesa	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	115	P1-M2
REVIRIEGO, Juan	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	165	PP
RICHARDS, Edith	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	174	P1-M4
RIVAS, Noemi A	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	189	PP
RNVLCV, *	INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"	125	P2-M8
ROBINO, Luciana	Facultad de Medicina, Universidad de la Republica, Uruguay	139	P2-M5
ROCCA RIVAROLA, Manuel	Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires	147	P1-M8
ROCHA FIGUEREDO, Natalia Diamela	Hospital de Emergencia y Trauma Federico Abette, Buenos Aires	108	P2-M5
RODRIGUEZ, Monica	HCIPS I	117	P2-M5
RODRIGUEZ, Cesar Gustavo	Hospital Churrucá, CABA	134	P1-M7
RODRIGUEZ ALASSIA, Pilar	Hospital de Niños Zona Norte	130, 131	P1-M5, P2-M3
ROJAS MOLINA, Carlos Javier	Hospital Churrucá, CABA	134	P1-M7
ROMAGNOLI, Antonela	Hospital de Niños "Victor J. Vilela", Rosario	151	P2-M6
ROMANO, María Lucia	Clinica La Pequeña Familia, Junín	103	P2-M1
ROMANO, Julieta	Hospital "Dr. Guillermo Rawson", San Juan	123	P2-M8
ROSANOVA, María Teresa	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	184, 171	P1-M1, PP
ROSITTO, Gabriel	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	165	PP
ROSSO, María Eugenia	Clinica La Pequeña Familia, Junín	103, 101, 102, 100	P2-M1, P2-M3, P2-M3, P2-M4
RUFINO, Florencia	Hospital "Dr. Guillermo Rawson", San Juan	155	P2-M5
RÜTTIMANN, Ricardo	Fundación Vacunar	127	P2-M3

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y VACUNAS

Apellido y nombre	Institución	Nro. póster	Sesión
RUVINSKY, Silvina	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	105	P2-M6
RUVINSKY, Silvina Denise	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	190	P1-M1
SAAB, Leyla Soledad	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	144	P2-M2
SAENZ, Carolina	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", CABA	193, 192	P1-M6, P2-M5
SAGARNAGA, Erica	Hospital de Emergencia y Trauma Federico Abette, Buenos Aires	106, 108	P1-M2, P2-M5
SALOMONE, Viviana	Hospital "Pedro Fiorito", CABA	150	P2-M4
SARACENI, Liliana Beatriz	Hospital Gral. de Agudos "B. Rivadavia", CABA	167, 173	P2-M3, P2-M4
SARETTO, Cristian	Clinica La Pequeña Familia, Junín	103, 101, 102, 100	P2-M1, P2-M3, P2-M3, P2-M4
SARKIS, Claudia	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	105	P2-M6
SARKIS, Claudia	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	184	P1-M1
SCAVONE, Paola	Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable	139	P2-M5
SCHLOTTO, Magdalena	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	182	P1-M1
SCHIAVINO, Sabrina	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	129, 126	P2-M4, P2-M7
SCIACALUGA, Silvia Alicia	Sanatorio de Niños, Rosario	120	P2-M1
SCIACALUGA, Silvia	Sanatorio de Niños, Rosario	122, 110	P1-M3, P1-M6
SEMINARIO, Gisela	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	140	P2-M8
SERAFINI, AlejanDr.a	Clinica La Pequeña Familia, Junín	103, 101, 102, 100	P2-M1, P2-M3, P2-M3, P2-M4
SHIIVINO, Sabrina	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	157	P2-M4
SILVA, AlejanDr.a	Fundación Vacunar	127	P2-M3
SILVESTRINI, Florencia	Hospital Británico de Buenos Aires	119	P1-M7
SISTO, G.	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	148	P1-M6
SISTO, Gabriela	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Uruguay	176, 187, 188	P1-M2, P1-M4, PP
SORMANI, Maria Ines	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	112	P1-M8
SOSA, Maria Fernanda	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	109	P2-M4
SOSA, Marisol Isabel	Hospital de Infecciosas "Dr. F. J. Muñoz", CABA	154	P1-M4
SOSA, Esteban	Hospital Pediátrico "Avelino Castelan", Resistencia, Chaco	164	P1-M6
SOSA, Maria Fernanda	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	104, 136	P1-M7, P1-M8
SQUASSI, Isabel Rosa del Valle	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	162	P2-M2
STACIUK, Raquel	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	184	P1-M1
STAGNARO, JP	Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo, Florencio Varela, Provincia Buenos Aires	143	P1-M4
STRATTA, Fiorella	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	177	P2-M2
STUPKA, Juan AnDrés	INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"	125	P2-M8
TABACCO, Francisco	Sanatorio de Niños, Rosario	120	P2-M1
TAIMAN, Jesica Natalia	Hospital Churrucá, CABA	134	P1-M7
TORNATORE, Belen	Hospital Británico de Buenos Aires	152, 172	P1-M5, P2-M7
TORRENTE, EA	Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo, Florencio Varela, Provincia Buenos Aires	143	P1-M4
TRAMONTI, Nidia Laura	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	171	PP
TREVIÑO, Natalia Pamela	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	144	P2-M2
TRICARICO, Yanina	Hospital Provincial del Centenario, Rosario	114	P1-M2
TUCCILLO, Patricia	Hospital Naval, CABA	166	P1-M2
UGOLINI, Antonela	Sanatorio de Niños, Rosario	122	P1-M3
URIARTE, Valeria	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	104, 136, 109	P1-M7, P1-M8, P2-M4
VAIN, Nestor	Sanatorio Trinidad Ramos Mejía	183	PP
VALDEOLMILLOS, Mirtha	Fundación Vacunar	127	P2-M3
VANZO, C.	Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba	195	P1-M1
VANZO, Carolina	Hospital de Niños, Córdoba	185, 163	P2-M1, P2-M5
VARELA BAINO, Ana Nina	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	184	P1-M1
VAZQUEZ, Liliana Noemi	Clinica y Maternidad Suizo-Argentina, CABA	194	P1-M7
VELAZQUEZ, Gladiz	Hospital de Clínicas	117	P2-M5
VELEZ, Liz	Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe	135	P1-M6
VENCE, Liliana Maria	Hospital Nacional "Prof. Dr. Alejandro Posadas", Prov. de Buenos Aires	138	P1-M3
VERDAGUER, Virginia	Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires	147	P1-M8
VERGARA, Carlos	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	157	P2-M4
VERGARA LOBO, Carlos	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	126, 165	P2-M7, PP
VESCINA, Cecilia	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	133, 144	P2-M1, P2-M2
VILLALBA, R.	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	148	P1-M6
VILLASBOAS, Rosa Mabel	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	171	PP
VINUESA, Marta	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	104, 136, 109	P1-M7, P1-M8, P2-M4
VIÑA, Analía L.	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	189	PP
VOTO, Carla Jimena	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	171	PP
YFRAN, Walter	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	159	P2-M8
YFRAN, Walter	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	165	PP
YFRÁN, Walter	Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA	129	P2-M4
ZABALA, C.	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	148	P1-M6
ZABALA, Cristina	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay	149, 137	P2-M6, P2-M7
ZIALLORENZO, Maria Paula	Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata	144	P2-M2
ZUNANA, Cecilia	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	178	P2-M7
ZUNINO PRADIER, Martin	Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", CABA	105	P2-M6
ZURBRIGGEN, Maria Laura	Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe	135	P1-M6

Índice | Sesión

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y VACUNAS

Presentación de trabajos candidatos a premio
 PP - Viernes 7 de abril, 10:00 a 11:00, Piso 1, Sala Expo
 Jurado: Dras. Aurelia Fallo, Silvia González Ayala y María Catalina Pirez

Nro. póster	Título	Autores
121	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR VIH DE TRANSMISIÓN VERTICAL	FARINA, Marisa*; BARBONI, Graciela; CANDI, Marcela; GADDI, Eduardo
165	INFECCIÓN ASOCIADA A PRÓTESIS OSTEOARTICULAR EN NIÑOS: ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE UN PERÍODO DE 10 AÑOS	VERGARA LOBO, Carlos Mauricio*; CONTRERAS, Elen; CARBALLO, Carolina; FEROLLA, Fausto Martín; YFRAN, Walter; PANNUNZIO, Eugenia; ANTELIZ, Eliana; REVIRIEGO, Juan; ESCALADA, María; ROSITTO, Gabriel; LEGARRETA, Carlos; CAZES, Claudia Inés; CONTRINI, María Marta; LOPEZ, Eduardo Luis
171	OSTEOMIELITIS EN PACIENTES QUEMADOS PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS	ROSANOVA, María Teresa; VOTO, Carla Jimena*; CARNOVALE, Susana; TRAMONTI, Nidia Laura; LEMA, Jimena; PINHEIRO, Jose Luis; ISASMENDI, Adela; ALVAREZ, Veronica; VILLASBOAS, Rosa Mabel; LABORDE, Santiago
183	PROFILAXIS PARA ESTREPTOCOCCO: EXPERIENCIA EN UNA MATERNIDAD	GARCIA, Fabiana Beatriz*; DE CARO, Marcelo; VAIN, Nestor; LARCADE, Ramon
188	SEGUIMIENTO DE LOS CONTACTOS INSTITUCIONALES MENORES DE 15 AÑOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN UNA POLICLINICA DE REFERENCIA NACIONAL	AMAYA LOPEZ, Gabriela*; BADIA, Federica; SISTO, Gabriela; ALGORTA, Gabriela; PIREZ, María Catalina
189	INFECCIÓN OSTEOARTICULAR EN EL NIÑO NEUTROPÉNICO FEBRIL CON ENFERMEDADES MALIGNAS	VIÑA, Analia L.*; CECCOLI, S. Cristina; PLAT, Fabiola J.; CONTRINI, María Marta; RIVAS, Noemi A.; LOPEZ, Eduardo L.

Recorrida de e-posters - Parte 1: viernes 7 de abril, 7:30 a 8:15, Piso 2, Sala Pósters

Sesión	Nro. póster	Título	Autores
P1-M1	182	NEUMONIA CON SDRA GRAVE A CMV COMO MANIFESTACION DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA COMBINADA: SINDROME DE HIPER IGM LIGADO AL X (DÉFICIT DE CD40L)	GONZALEZ, Diego*; SCHELOTTO, Magdalena; RAMIREZ, Yelena; LE PERA, Valeria; MOGNI, Anahí; CABO, Estefanía; ASSANDRI, Elizabeth; BADIA, Federica; PUJADAS, Monica; MACHADO, Karina; PIREZ, María Catalina
P1-M1	184	INFECCIÓN DISEMINADA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN PACIENTE RECEPTOR DE TRASPLANTE DE CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS	GONZALEZ, Soledad Estrella; ROSANOVA, María Teresa; VARELA BAÑO, Ana Nina*; GOMEZ, Sandra; EPELBAUM, Carolina; IZAGUIRRE, María Jose; STACIUK, Raquel; PENAYO ZARATE, Analía; SARKIS, Claudia
P1-M1	190	MENINGOENCEFALITIS POR VIRUS SAINT LOUIS, A PROPOSITO DE UN CASO.	FEDULLO, Ana Gabriela*; BRIZUELA, Martín Eduardo; CEDILLO VILLAMACUA, Carola Katherine; GONZALEZ, Soledad Estrella; RUVINSKY, Silvina Denise; MISTCHENKO, Alicia; MORALES, María Alejandra; AISENBERG, Nuria; BOLOGNA, Rosa María
P1-M1	191	SEPSIS NEONATAL PRECOZ POR LISTERIA MONOCITOGENES	CORDEYRO, Clara*; MARTIN, Juan Manuel*
P1-M1	195	ENFERMEDAD DISEMINADA POR ASPERGILLUS FLAVUS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO	PIEDRA, D; DUJE A, GOMILA*, A; VANZO, C; GARNERO, A
P1-M2	106	EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS CON EXANGUINOTRANSFUSIÓN EN PACIENTES CON COQUELUCE GRAVE	MENECEZ ROJAS, Abigail Patricia; GAMBOA ALTAMAR, Jennifer*; FORTINI, Yanina; SAGARNAGA, Erica
P1-M2	114	BACTERIEMIA POR SAMS SECUNDARIA A INFECCIÓN PROFUNDA EN NIÑO PREVIAMENTE SANO.	REGONAT, Macarena*; MELVIN, María Gabriela; GOROSITO, Marcela; BESSONE, Costanza; BLANCO, Abi; TRICARICO, Yanina
P1-M2	115	BACTERIEMIAS POR CAMPYLOBACTER SPP EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	GARCIA, María Eva*; REIJTMAN, Vanesa; MASTROIANNI, Alejandra; PEREZ, Guadalupe; HERNANDEZ, Claudia
P1-M2	166	"NEUMONÍA MULTIFOCAL ABSCEDEADA SECUNDARIA A SEPSIS SEVERA A SAMR: A PROPOSITO DE UN CASO"	DI PIETRO POZZI, Carla Antonela*; MANINI, Pablo; PAMERIO, Lihuel; PENSA, Paula; RAITANO, Paula; TUCCILLO, Patricia
P1-M2	176	ANÁLISIS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN PROTOCOLO DE INMUNOSUPRESIÓN, ASISTIDOS EN UN SERVICIO DE REFERENCIA EN ENFERMEDAD POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	AMAYA, Gabriela*; SISTO, Gabriela; LE PERA, Valeria; BADIA, Federica; ALGORTA, Gabriela; PIREZ, María Catalina
P1-M3	111	HIDATIDOSIS PULMONAR Y HEPÁTICA: A PROPOSITO DE UN CASO	AIMAR, Anabella*; BELLOMO, Julieta; BLANCO, Luciana; CANDA, Paula; CECCHINI, Ana Clara; ACERENZA, Marcelo
P1-M3	118	HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN PEDIATRÍA: 13 AÑOS DE EXPERIENCIA	MOYA, Luciana*; DE CARLI, Claudia; AP ILLAN, Dilys; ALESSANDRINI, Romina
P1-M3	122	SÍNDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	UCOLINI, Antonela*; FLYNN, Luis Pedro; SCIALCALUGA, Silvia; LA HOZ, Martha Nélida
P1-M3	124	HIDATIDOSIS QUISTICA: A PROPOSITO DE UN CASO.	MERCADO, Claudia Mercedes; CASTRO, María Alba*; GENCHI, Alejandra Mariel; CIAFFARDO MARINO, María Alfonsina; BATTISTA, Graciela María
P1-M3	138	EPIDEMIA DE DENGUE 2016 EN PEDIATRÍA	CABRAL, Graciela Ester; BERTOLINI, Margarita Inés; VENCE, Liliana María; ACOSTA, Viviana Carolina*
P1-M3	186	LEISHMANIASIS VISCERAL: A PROPOSITO DEL PRIMER CASO DETECTADO	AGUIRRE, Clarisa; BÉNITEZ, Andrea*; BONTICHEFF, Alejandra; CORRALES, Marcela; GAJO GANE, Andrea
P1-M4	143	SÍFILIS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS	TORRENTE, EA*; LITRENTA, M.; FRANCO, PL; STAGNARO, JP; REDAELLI S; GONZÁLES AYALA, SE*
P1-M4	154	BRONQUIECTASIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HIV-SIDA DE TRANSMISIÓN VERTICAL	SOSA, Marisol Isabel*; HIRSCH, Roberta; INJUNTARZ, Sandra; LAGRUTTA, Laura
P1-M4	174	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: ANÁLISIS EN UNA POBLACION USUARIA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA DICIEMBRE/ 2014 A FEBRERO/2017	PUJADAS, Monica; MOGNI, Anahí*; HERMIDA, Natalia*; CABO, Estefanía; BADIA, Federica; GARCIA, Laura; RICHARDS, Edith; CLADERA, Pedro; PIREZ, Catalina
P1-M4	181	CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO: DOS CASOS INTRAFAMILIARES. TRATAMIENTO CON VALGANICICLOVIR	AGUIRRE, Clarisa; AUPY, Ariane*; GAJO GANE, Andrea; BORZI, Maia; QUINCOSE, Roberto
P1-M4	187	CAMBIOS EN LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN LA POBLACIÓN DE 0 A 14 AÑOS EN UN PAÍS DE AMÉRICA LATINA ENTRE 2006 Y 2015.	PIREZ, María Catalina*; CONTRERA, Mariela; SISTO, Gabriela; AMAYA, Gabriela; BADIA, Federica; ALGORTA, Gabriela; MONTANO, Alicia
P1-M5	116	PIOMIOSITIS ABSCEDEADA SECUNDARIA A SEPSIS POR ESTREPTOCOCCO PYOGENES BETA HEMOLITICO GRUPO A	MAGISTRIS, Agustina*; BESSONE, Costanza; GOROSSITO, Marcela; MASUELLI, Lucía; MELVIN, Gabriela; CARENA, Natali
P1-M5	130	ARTRITIS SEPTICA DE CADERA A STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN UN LACTANTE.	FATTORI, María de Lourdes*; AROCHA, Silvana Natali; DONATO, María de los Ángeles; FERNANDEZ, Natalia; RODRIGUEZ ALASSIA, Pilar; ASTUBUY, María de los Ángeles; FERNANDEZ, Mónica
P1-M5	152	REPORTE DE UN CASO: BACTERIEMIA Y ARTRITIS DE RODILLA POR SAMS.	FORTES, Pilar*; TORNATORE, Belen*; BONARDO, Virginia*; LUCILA, Fernie*
P1-M5	153	CHAGAS URBANO EN LA CIUDAD DE SAN JUAN	GALDEANO, Emilio*; BERTON, Liliana
P1-M5	156	PROTOCOLO DE CUIDADO ENFERMERO EN NIÑOS CON LESION QUEMADURA (MENORES DEL 10% DE SUPERFICIE TOTAL DE QUEMADURA(S) TIPO A-AB EN MENORES DE 3 AÑOS HASTA 14 AÑOS INCLUSIVE ZONAS LESION FRECUENTE CARA MANOS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.	ALBARENQUE, Stella Maris*
P1-M6	110	SINDROME HEMOFAGOCITICO SECUNDARIO A INFECCION POR VIRUS DE EPSTEIN BARR. PRESENTACION DE TRES CASOS	CEVASCO, Patricia*; PORPORATO, Barbara; FLYNN, Luis; LAHOZ, Martha; SCIALCALUGA, Silvia
P1-M6	128	SINDROME DE SHOCK TÓXICO ESTAFILOCÓCICO EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO	GRIGIONI, Julia*; CABANILLAS, Diana; BASTONS, Sofía; MAYDANA, Mara; MORALES, Juan Carlos
P1-M6	135	INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES (SP) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: 2010-2016	OLIVA, María Eugenia*; GODOY, Claudia; GOMEZ, Debora; HEINRICH, Mercedes; ZURBRIGGEN, María Laura; BLESÁ, María Jose; ARO, Carolina; DECIOVANNI, Gabriela; VELEZ, Liz; BARONI, María Rosa; EZCURRA, Gustavo
P1-M6	148	TUBERCULOSIS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS ENTRE 2012 Y 2016: INDICACIÓN Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO	VILLALBA, R*; MARTINO, C*; LUCAS, P; AGÜETE, A; PARDO, L; SISTO, G; ZABALA, C; CUTIERRER, S; GIACHETTO, G.
P1-M6	164	MENINGITIS-INMUNOCOMPETENTES-INMUNODEFICIENTES	CARVALLO, Adriana*; AGUIRRE, Clarisa; SOSA, Esteban; LERTORA, Melissa
P1-M6	193	NEUROCISTICERCOSIS EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS	GLASMAN, Patricia*; DEL CADO, Micaela; SAENZ, Carolina; CAMIANSQUI, Mariana; JUAREZ, Ximena Soledad; MONACO, Andrea; ECHAVE, Cecilia; DONDOGLIO, Patricia; CANCELLARA, Aldo
P1-M7	104	TRANSMISIÓN VERTICAL HIV	GARCIA, Mariel Karina; MORALES, Juan Carlos; URIARTE, Valeria*; SOSA, María Fernanda; BASTONS, Sofía; MAIDANA, Mara; VINUESA, Marta; GONZALEZ AYALA, Silvia
P1-M7	119	CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO, A PROPOSITO DE TRES CASOS	GOLE, María; SILVESTRINI, Florencia*; BONARDO, Virginia; FERNIE, María Lucila
P1-M7	134	MANEJO DEL LACTANTE FEBRIL SIN FOCO MENOR DE 3 MESES EN INTERNACIÓN	ROJAS MOLINA, Carlos Javier; GALLARDO, Ruth Martina; GAY, Deborah Lilian*; RODRIGUEZ, Cesar Gustavo; DE APELLANIZ, Natalia; DE SALVO, María Melania; TAIMAN, Jessica Natalia
P1-M7	175	EFEECTO PROZONA EN SÍFILIS CONGÉNITA: A PROPOSITO DE DOS CASOS	MOGLIA, Yamilia Vanesa*; DALZOTTO, Agustina; MANCERA, Analía; MARTIGNETTI, Claudio
P1-M7	194	SÍFILIS CONGÉNITA. PROGRAMA DE PESQUISA PERINATAL	VAZQUEZ, Liliana Noemi*; ANHEL, Susana; PARENTI, Vanesa; PEDRAZA, Ana
P1-M8	112	TUBERCULOSIS INTESTINAL EN UN NIÑO INMUNOCOMPETENTE - REPORTE DE UN CASO	SORMANI, María Ines*; MUSSINI, María Soledad; PEREZ, María Guadalupe; DONATO, María Lorena; IZAGUIRRE, María José; NIÑO, Nadia
P1-M8	113	LUPUS VULGAR CAUSADO POR MYCOBACTERIUM BOVIS (BCG)	AMORIN, Belen*; MARTINEZ, Fabricio; COITIGNHO, Cecilia
P1-M8	132	CRIPTOCOCOSIS MENINGEA EN TRES ADOLESCENTES CON SIDA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE.	OLIVA, María Eugenia*; NARDIN, María Elena; NAGEL, Alicia; EZCURRA, Gustavo
P1-M8	136	MENINGITIS Y ARTRITIS SEPTICA POR NEISSERIA MENINGITIDIS B: A PROPOSITO DE UN CASO	MAYDANA, Mara; FINOCCHI, Agustina*; GARCIA, Mariel; URIARTE, Valeria; MORALES, Juan Carlos; VINUESA, Marta; SOSA, María Fernanda; BASTONS, Sofía
P1-M8	147	ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO (EAG). FORMAS DE PRESENTACION Y EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	LIENAU, Matias*; DI CIO, María Virginia*; VERDAGUER, Virginia*; CASANUEVA, Enrique*; ROCCA RIVAROLA, Manuel*

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y VACUNAS

Recorrida de e-posters - Parte 2: viernes 7 de abril, 10:00 a 11:00, Piso 2, Sala Pósters

P2-M1	103	MENINGOENCEFALITIS AMEBIANA PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO EN EL NOROESTE DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES	MARZANO, Laura; CAMPANA, Juan Jose; ROMANO, Maria Lucia; ALLENDE, Mariela; GIAMMARIA, Marcia; ECEIZABARRENA, Maria Ines; GUTIERREZ, Fernanda; FRINO, Silvana; CASATI, Daniel; SARETTO, Cristian; SERAFINI, Alejandra; MARTIN, Gisela; ROSSO, Maria Eugenia; DEMATTEIS, Victoria; GOYENECHÉ, Romina; GIAGANTE, Eugenia; MACHAIN, Monica; CUITIÑO, Mario; GARCIA RUBIO, Claudia
P2-M1	120	PAPILOMATOSIS LARÍNGEA ASOCIADA A VIRUS DE PAPILOMA HUMANO TIPO 6	TABACCO, Francisco; LAHOZ, Martha Nelida; SCIACALUGA, Silvia Alicia; BORGNA, Ludmila
P2-M1	133	ROTAVIRUS DE ORIGEN VACUNAL EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA COMBINADA SEVERA	PALAU, Maria Juliana*; GIL, Maria Florencia; DEGIUSEPPE, Juan Ignacio; BASTONS, Sofia; REGAIRAZ, Lorena; CABANILLAS, Diana; VESCINA, Cecilia
P2-M1	169	BACTERIEMIA NEONATAL POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS .	LESCANO, Maria Laura*; ACUIRRE, Clarisa*; CORALLO, Teresa*; CACERES, Daniela*; COLEF, Mirta*; DANTUR, Mariana*
P2-M1	179	ABSCESO CEREBRAL POR STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS Y DIALISTER PNEUMOSINTES. REPORTE DE UN CASO.	MUSSINI, Maria Soledad*; HIGHTON, Esmeralda; PÉREZ, María Guadalupe; ISASMENDI, Adela; PINHEIRO, José Luis; MALDONADO, María Laura; LITERIO, Mirta
P2-M1	185	ABSCESOS CEREBRALES MÚLTIPLES	GOMILA, Andres; VANZO, Carolina; PIEDRA, Edgar*; GARNERO, Analía
P2-M2	144	SINDROME COQUELUCHOIDE EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: BORDETELLA PERTUSSIS Y SU RELACIÓN CON VIRUS RESPIRATORIOS	EGUIGUREN, Maria Paula*; AVELLANEDA, Micaela; ZIALLORENZO, Maria Paula; ARREGUI, Micaela Gisela; SAAB, Leyla Soledad; ALEGRE, Maria; TREVIÑO, Natalia Pamela; HORRACH HEREDIA, Brenda Betiana; BETTIOL, Marisa; PALAU, Maria Juliana; VESCINA, Cecilia
P2-M2	146	ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS Y LOS FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN LOS MISMOS EN UN HOSPITAL DE 2° NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL TRIENIO 2014-2016	NEVAS, Monica*; HOFFMAN, Aizée*; MOYA, Daniela*; CALDERARO, Guillermo*
P2-M2	162	TUBERCULOSIS GANGLIONAR PERIFERICA EN UN CENTRO PEDIATRICO DE TERCER NIVEL	SQUASSI, Isabel Rosa del Valle*; NEYRO, Silvana; MARTÍNEZ BURKETT, Andres; CARATOZZOLO, Ana Maria; MEDIN, Martin; CERQUEIRO, Maria Cristina
P2-M2	177	NEUMONIAS COMPLICADAS CON EPIEMIA: ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA. ENERO A DICIEMBRE 2016	OLAZARRI, Mercedes*; STRATA, Fiorella*; PUJADAS, Monica; ASSANDRI, Elizabeth; BADIA, Federica; MACHADO, Karina; PÍREZ, María Catalina
P2-M2	180	NEUMONIA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B EN PACIENTE CORRECTAMENTE VACUNADO	FOGGIATO, Lucia; HERMIDA, Natalia*; BADIA, Federica; PUJADAS, Monica
P2-M3	101	ATAXIA POST VACUNACION ANTIRABICA: REPORTE DE UN CASO	DEMATTEIS, Victoria; DISTEFANO, Veronica; ECEIZABARRENA, Maria Ines; GUTIERREZ, Fernanda; SARETTO, Cristian; CASATI, Daniel; MARTIN, Gisela; MARZANO, Laura; ROSSO, Maria Eugenia; SERAFINI, Alejandra; FJELLERUP, Alison; GOYENECHÉ, Romina; GIAGANTE, Maria Eugenia; CUITIÑO, Mario; GARCIA RUBIO, Claudia
P2-M3	102	MEGACOLON LUEGO DE ADMINISTRACION DE VACUNA SABIN: REPORTE DE UN CASO	ROSSO, Maria Eugenia; SERAFINI, Alejandra*; MARTIN, Gisela; GIAGANTE, Maria Eugenia; SARETTO, Cristian; FRINO, Silvana; GUTIERREZ, Fernanda; CASATI, Daniel; ECEIZABARRENA, Maria Ines; GOYENECHÉ, Romina; FJELLERUP, Alison; MARZANO, Laura; CUITIÑO, Mario; GARCIA RUBIO, Claudia
P2-M3	127	ADHERENCIA AL ESQUEMA DE VACUNACION ANTICRIPAL EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES	BONVEHI, Pablo; SILVA, Alejandra*; VALDEOLMILLOS, Mirtha; DIAZ, Mariano; RÜTTIMANN, Ricardo
P2-M3	131	SHOCK TOXICO A STREPTOCOCCUS PYOGENES ASOCIADO A VARICELA	AROCHA, Silvana Natali*; DONATO, Maria de los Angeles; FATTORI, Maria de Lourdes; FERNANDEZ, Natalia; RODRIGUEZ ALASSIA, Pilar; ASTBURY, Maria de los Angeles; MORALES, Laura
P2-M3	167	ENCUESTA DE VACUNAS EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GRAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	AMARILLA, Maria Lorena*; LADO, Maria Isabel; SARACENI, Liliana Beatriz
P2-M4	100	ENFERMEDAD SEVERA POR VIRUS DE EPSTEIN BARR: REPORTE DE UN CASO	GOYENECHÉ, Romina; DEMATTEIS, Victoria; DISTEFANO, Veronica; FJELLERUP, Alison; GIAGANTE, Maria Eugenia; GUTIERREZ, Fernanda; FRINO, Silvana; CASATI, Daniel; CUITIÑO, Mario; ECEIZABARRENA, Maria Ines; SARETTO, Cristian; ROSSO, Maria Eugenia; MARTIN, Gisela*; SERAFINI, Alejandra; MARZANO, Laura; GARCIA RUBIO, Claudia
P2-M4	109	PÚRPURA FULMINANS POR VARICELA	MAYDANA, Mara*; BASTONS, Sofia; GARCIA, Mariel; MORALES, Juan Carlos; SOSA, Maria Fernanda; URRARTE, Valeria; VINUESA, Marta
P2-M4	129	ESPONDILITIS SECUNDARIA A INGESTA DE PILA BOTÓN	SCHIAVINO, Sabrina*; YFRAN, Walter; MEDRANDA, Ana; GONÇALVES NEIRA NOVO, Maria Celicia; ESPOSTO, Sofia; LOVRICS, Constanza Catalina; CARBALLO, Carolina; PRAINO, Maria Laura; CAZES, Claudia; LÓPEZ, Eduardo Luis
P2-M4	150	ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN PACIENTE PEDIÁTRICO SIN FACTORES DE RIESGO	RADICICH, Daiana; CASTRO, Natalia*; MATSUYAMA, Mariana; GALARZA, Mirian; SALOMONE, Viviana; CACACE, Anabella; LIPORACE, Micaela; CLERICI, Luciana; PRIETO, Mercedes; COCA, Alejandra*; CESARONE, Fabio; CEVASCO, Luis
P2-M4	157	ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS DEL GRUPO VIRIDANS EN UNA ADOLESCENTE CON ABSCESO PERIODONTÓGENO	CONTRERAS NARVAEZ, Elen*; CARBALLO, Carolina; GONÇALVES, Maria Cecilia; ESPOSTO, Sofia; VERGARA, Carlos; SCHIAVINO, Sabrina; CAMPOVERDE, Christian; LOVRICS, Constanza; CAZES, Claudia; LÓPEZ, Eduardo
P2-M4	173	ENFERMEDAD EXANTEMÁTICA INMUNOPREVENIBLE	LEVAGGI, Andrea*; AMARILLA, Maria Lorena; LADO, Maria Isabel; SARACENI, Liliana Beatriz
P2-M5	108	INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN NIÑOS INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL	GUTIERREZ HUANCA, Magaly Lourdes*; ROCHA FIGUERO, Natalia Diamela*; LUQUE, Eslin; FORTINI, Yanina; SAGARNAGA, Erica
P2-M5	117	FRECUENCIA DE COLONIZACIÓN Y SENSIBILIDAD DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN UN GRUPO DE NIÑOS SANOS EN ASUNCIÓN.	BENITEZ, Irene*; ALFONSO, Katherina; VELAZQUEZ, Gladiz; GIMENEZ, Patricia; RODRIGUEZ, Monica; CANESSE, Jorge; MARTINEZ, Fabiola; MOREL, Zoilo
P2-M5	139	DESARROLLO DE UNA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE INFECCION URINARIA	ROBINO, Luciana*; CAIATA, Leticia; GUTIERREZ, Claudia; ALGORTA, Gabriela; SCAVONE, Paola
P2-M5	155	REACCION CRUZADA DE ELISA EN EL DIAGNÓSTICO DE PARASITOSIS EN NIÑOS.	GALDEANO, Jose Emilio*; BERTONI, Liliana; HEREDIA, Natalia; RUFINO, Florencia
P2-M5	163	BROTE DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA POR SEROGRUPO B EN CÓRDOBA.	GARNERO, Analía Veronica; PIEDRA, Edgar Daniel*; GOMILA, Andres; VANZO, Carolina
P2-M5	192	INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PEDIATRÍA	JUAREZ, Ximena Soledad*; DELGADO, Micaela; CAMIANISQUI, Mariana; GLASMAN, Patricia; SAENZ, Carolina; MONACO, Andrea; ECHAVE, Cecilia; PASINOVICH, Marina; DONDOGLIO, Patricia; CANCELLARA, Aldo
P2-M6	105	SINDROME DE HIPERINFESTACION POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA CON LUPUS ERMETOMATOSO SISTEMICO: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO	ESCARRA, Florencia*; CEDILLO, Carol; MUSSINI, M Soledad; ZUNINO PRADIER, Martin; KATSIKAS, Maria Marta; CENTENO, Maria del Valle; PAULIN, Patricia; PÉREZ, M Guadalupe; RUVINSKY, Silvana; SARKIS, Claudia
P2-M6	142	ACTINOMICOSIS PULMONAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO	MURILLA, Micaela*; CANDA, Paula Giselle; BELLOMO, Julieta; BLANCO, Luciana; CORDIDO, Ivana; NETRI, Gabriela; ACERENZA, Marcela; GARCIA, Fabiana
P2-M6	145	ARTRITIS DE CADERA POR ACTINOMYCES NAESLUNDII. REPORTE DE UN CASO	MALDONADO, Maria Laura*; GONZALEZ, Fernando; BORGIA, Ezequiel; HERNANDEZ, Claudia; LITTERIO, Mirta
P2-M6	149	CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA: CASO CLÍNICO	FERNANDEZ, Catty*; PARDO, Lorena; ZABALA, Cristina; GALIANA, Alvaro; COSTA, Gonzalo; GUTIERREZ, Stella; GIACHETTO, Gustavo
P2-M6	151	INFECCION DISEMINADA POR MYCOBACTERIUM BOVIS-BCC	ENSINCK, Gabriela; LAZARTE, Gustavo*; ROMAGNOLI, Antonela; GALICCHIO, Miguel; MACARIO, Fernanda; LARINI, Silvia; ALETTI, Alicia; CHIOSSONE, Ana; CANO, Claudia
P2-M7	107	BACTERIEMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PEDIATRÍA EN EL PERIODO 2009-2016	DALZOTTO, Agustina Victoria*; LEPETIC, Sonia Sandra*; MARTIGNETTI, Claudia*; DIAZ, Federico Sebastian*; BICKHAM, Darcy Alejandro*; MARINASKY, Ana*
P2-M7	126	PRESENTACIONES ATÍPICAS DE INFECCIONES OSTEOARTICULARES POR KINGELLA KINGAE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	MEDRANDA, Ana Cristina*; PANNUNZIO, Maria Eugenia*; CARBALLO, Carolina; ANTELIZ, Eliana; VERGARA LOBO, Carlos; SCHIAVINO, Sabrina; CAMPOVERDE, Christian; LOVRICS, Constanza; CAZES, Claudia Inés; LÓPEZ, Eduardo Luis
P2-M7	137	ENFERMEDADES INVASIVAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B EN 2 CENTROS DE SALUD. MONTEVIDEO-JURUQUAY (2012-2016)	NEVES JANAVEL, Ana Cecilia*; FERNANDEZ FORENS, Lucia*; GUTIERREZ, Stella*; ZABALA, Cristina; GIACHETTO, Gustavo; BARRIOS, Patricia
P2-M7	172	INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN UNA POBLACION PEDIÁTRICA ENTRE 2008 Y 2017	GRAZIANI, Maria Paula*; MOSER, Manuela; TORNATORE, Maria Belén; CITRONI, Maria Paula; BARRIONUEVO, Tatiana; BONARDO, Maria Virginia; FERNIE, Maria Lucia
P2-M7	178	DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN HIV EN PEDIATRÍA. NO TODO ES TRANSMISIÓN VERTICAL	GONZALEZ, Soledad Estrella*; MECIKOVSKY, Debora; ARAZI, Solange; ZUNANA, Cecilia; EL KIK, Soraya; GANTNER, Erica; PARTULANE, Mariana; ARAGONA, Aldana; BORDATO, Alejandra; MANGANO, Andrea; BOLOGNA, Rosa
P2-M8	123	LA PATOLOGIA INFECTOLOGICA COMO OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA EN PEDIATRÍA	BERTONI, Liliana Angela*; GALDEANO, Emilio; LAMPUGNANI, Alejandra; PÉREZ, Fernanda; BORDON, Paulina; ROMANO, Julieta
P2-M8	125	ESTUDIO DEL IMPACTO DE LA VACUNACION ANTIROTAVIRUS EN MENORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA, 2016. ANALISIS BASADO EN LA VIGILANCIA CLINICA Y POR LABORATORIOS	DEGIUSEPPE, Juan Ignacio*; STUPKA, Juan Andrés; RNVLGV, *
P2-M8	140	ACCIONES DE CONTROL ANTE LA DETECCIÓN DE UN CASO DE IPV2 EN EL CONTEXTO DEL SUITCH DE VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA	PASINOVICH, Marina Elisa*; NEYRO, Silvana Eitel; JUÁREZ, Maria del Valle; RANCAÑO, Carolina; JURE, Adriana Beatriz; FREIRE, Maria Cecilia; BEZRODNIK, Liliana; SEMINARIO, Gisela; MAGARIÑOS, Mirta; DEVOTO, Susana del Valle
P2-M8	141	IMPACTO DE LA ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS SOBRE LAS DIARREAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA	NEYRO, Silvana*; RANCAÑO, Carolina; JUÁREZ, Maria del Valle; PASINOVICH, Marina; KATZ, Nathalia; DEVOTO, Susana del Valle
P2-M8	159	SINDROME FEBRIL PROLONGADO. UN DESAFIO EN PEDIATRÍA	PRAINO, Maria Laura*; ANTELIZ, Eliana; YFRAN, Walter; CAMPOVERDE, Christian; CARBALLO, Carolina Mirta; CAZES, Claudia Inés; PANUNZIO, Eugenia; CONTRERAS, Elen; ESPOSTO, Sofia; GONCALVES, Cecilia; MEDRANDA, Ana; LOPEZ, Eduardo Luis
P2-M8	168	ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN. COBERTURAS VACUNALES EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS EN UN PAÍS DE AMERICA LATINA.	ARRIETA, Fernando; PÍREZ, María Catalina*; MONTEIRO, Marina; ALGORTA, Gabriela; MONTANO, Alicia

Pósters

PP: Presentación de pósters candidatos a premio

Primer piso, sala expo | Viernes, 07/04/2017 | 10:00 - 11:00 hs

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR VIH DE TRANSMISIÓN VERTICAL

Marisa FARINA, Graciela BARBONI, Marcela CANDI, Eduardo GADDI

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde; florentinafarina@gmail.com

OBJETIVOS: Describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes de 5 a 18 años con VIH de transmisión vertical. Analizar si existe diferencia en la percepción de CVRS entre pacientes y sus padres/tutores.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, transversal y analítico. Se utilizó el cuestionario PedsQL®. Se incluyó a pacientes entre 5 y 18 años de edad, con infección VIH de transmisión vertical junto con sus cuidadores. Se consideró un puntaje del PedsQL > 70 como indicador de buena calidad de vida.

RESULTADOS: Se realizaron 54 encuestas a pacientes y sus respectivos padres /tutores. La edad media fue de 13 años; el 56 % (n=30) fue de sexo femenino. El 44% era huérfano de uno o ambos padres. En 24 niños (44%) se diagnosticó el VIH antes de los 18 meses de edad. El 70% (n=38) tenía el diagnóstico develado. La media de años de tratamiento antirretroviral fue de 9.5 (DS 4.72). El 79% (n=43) recibía \geq 3 comprimidos/jarabe/día mientras que 13% (n=7) entre 1 a 2. Cuatro no recibían TARV por abandono. Sólo 11 pacientes tenían secuelas (8 bronquiectasias, 2 encefalopatía VIH y 1 hipoacusia). El 89% (n=48) estaba escolarizado y la misma era acorde a su edad en el 87.5%. El 11% (n=6) abandonó la escuela. El 74 % de los niños (n=40) presentó valores de CVRS > 70. Al comparar promedios de CVRS entre pacientes y cuidadores, no hubo diferencia significativa (76.44 vs 77.93, $p=0.472$). Evaluando la esfera psicosocial por separado, el 40% tuvo puntaje <70. De las subescalas, la más afectada fue la escolar, valores pacientes/cuidadores 67.31 vs 66.13. En subesfera emocional los pacientes presentaron una media de 68.98 vs 71.76 de sus encargados ($p=0.472$). Las mujeres presentaron valores de CVRS menores que los varones (72.83 vs 80.43; $p<0.05$), como así también en la subesfera emocional (65 vs. 70). Los valores más altos fueron en la escala física y subescala social con medias de 81.66 y 86.11 respectivamente. Los pacientes sin tratamiento presentaron menor CVRS (mediana 64.67; $p=0.048$).

CONCLUSIONES: En el presente estudio la mayoría de los pacientes que viven con VIH, refieren buena CVRS total. La esfera psicosocial fue la más afectada, y de ella particularmente la esfera escolar. No se encontraron diferencias significativas entre las percepciones de cuidadores y pacientes.

PP: Presentación de pósters candidatos a premio

Primer piso, sala expo | Viernes, 07/04/2017 | 10:00 - 11:00 hs

OSTEOMIELITIS EN PACIENTES QUEMADOS PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS

Maria Teresa ROSANOVA¹, Carla Jimena VOTO¹, Susana CARNOVALE¹, Nidia Laura TRAMONTI², Jimena LEMA², Jose Luis PINHEIRO¹, Adela ISASMENDI¹, Veronica ALVAREZ¹, Rosa Mabel VILLASBOAS², Santiago LABORDE²

¹Servicio de Control Epidemiológico e Infectología Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan; ²Unidad de Cirugía Plástica y Quemados Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan; carlavoto@gmail.com

INTRODUCCIÓN: La osteomielitis en pacientes (p) pediátricos quemados es una complicación poco frecuente que conlleva importante morbilidad. Los datos en la literatura se limitan a series de pocos casos.

OBJETIVO: Describir las características clínicas, microbiológicas y evolutivas de niños con osteomielitis internados en una Unidad de Quemados pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y descriptivo durante el periodo comprendido entre 01/2007 a 01/2017, que incluyó niños internados por quemaduras en la Unidad de Quemados del Hospital de Pediatría "Juan P. Garrahan" con diagnóstico de osteomielitis por aislamiento microbiológico en tejido óseo y anatomopatología compatible.

RESULTADOS: N=12 p. Mediana de edad: 42.5 meses (RIC 27-118). Los mecanismos de quemadura fueron fuego directo en 11 p. (92%) y electricidad en 1 p. (8%). La mediana de superficie quemada fue 33.5% (RIC 18.5-58). Un 100% presentó quemadura tipo AB y B y 7 pacientes (58%) un índice de Garcés ≥ 3 . Once pacientes (92%) presentaron exposición ósea al ingreso y 7 pacientes (58%) síndrome compartimental en el sitio afectado. Las localizaciones más frecuentes fueron: metacarpianos (5 p.), calota (3 p.), tibia (2 p.), cúbito (1 p.) y metatarsiano (1 p.). La osteomielitis se diagnosticó con una mediana de 30 días post - quemadura. La forma clínica de presentación fue: dos niños (17%) desarrollaron un cuadro de sepsis, 7 pacientes (58%) tuvieron fiebre y uno (8%) hipotermia.

Los microorganismos más frecuentemente aislados de tejido óseo fueron: *Fusarium* spp. en 3 p., *Pseudomonas aeruginosa* en 2 p., *Mucor* spp en 1 p., *Trichosporon asahii* en 1 p., *Candida albicans* 1 p., *Candida parapsilosis* 1 p., *Enterococcus* spp. 1 p. y en 2 casos infección polimicrobiana. Un 100% presentó anatomopatología compatible. La mediana de tiempo de tratamiento fue 44.5 días (RIC 34.5-65.5) y de estadía hospitalaria 75 días (RIC 76-82.5). Presentaron complicaciones 11 p. (92%); 6p (50%) tuvieron secuelas motoras y 4p. (33%) amputación del sitio afectado. Un paciente (8%) falleció con sepsis relacionada a la infección.

CONCLUSIONES: En nuestro conocimiento esta es la serie de casos más grande de niños quemados con osteomielitis. El índice de gravedad ≥ 3 , la extensión de la quemadura $\geq 30\%$ y las quemaduras profundas fueron los factores asociados más frecuentemente. El mayor número correspondió a osteomielitis fúngicas de aparición tardía post-quemadura. Las secuelas funcionales fueron comunes. La mortalidad fue baja.

PP: Presentación de pósters candidatos a premio

Primer piso, sala expo | Viernes, 07/04/2017 | 10:00 - 11:00 hs

INFECCIÓN ASOCIADA A PRÓTESIS OSTEOARTICULAR EN NIÑOS: ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE UN PERÍODO DE 10 AÑOS.

Carlos Mauricio VERGARA LOBO¹, Elen CONTRERAS¹, Carolina CARBALLO¹, Fausto Martín FEROLLA¹, Walter YFRAN¹, Eugenia PANNUNZIO¹, Eliana ANTELIZ¹, Juan REVIRIEGO², María ESCALADA², Gabriel ROSITTO², Carlos LEGARRETA², Claudia Inés CAZES¹, María Marta CONTRINI¹, Eduardo Luis LOPEZ¹

¹Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", Programa de Infectología Pediátrica, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; ²Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", Servicio de Traumatología.; vergara1984@hotmail.es

INTRODUCCIÓN: las infecciones asociadas a prótesis osteoarticulares (IAP) conllevan alta morbilidad; son escasos los datos sobre esta patología en pediatría.

OBJETIVOS: describir características clínico-epidemiológicas de las IAP en niños.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio retrospectivo, observacional. Se analizaron historias clínicas de los pacientes con IAP atendidos de 01/07-01/17 en el H. R.Gutiérrez. Se clasificó la IAP según el tiempo desde la cirugía al diagnóstico: precoz (0-3m) (P), intermedia (3-24m) (I), tardía (>24m) (T).

RESULTADOS: 89 IAP (P n=63; I n=9, T n=17), 51% varones, mediana(m) de edad 13a (rango[r] 4-20), m de internación 30d (r6-180). Se infectaron 52/548 (9,5%) niños con prótesis de columna, siendo la IAP más frecuente (58,4%). Se presentaron con rubor, calor y secreción (n=69;77,5%), dolor (n=40;44,9%), fiebre (n=36;40,4%). De los 69 pacientes con signos locales, 51(73,9%) tuvieron IAP P. Manifestaron dolor: en IAP P 26/63(41,2%), en I 3/9(33,3%) y en T 11/17(64,7%); 23/63(36,5%) P tuvieron fiebre. El método complementario de diagnóstico más utilizado fue la ecografía (n=30;33,7%). Aislamiento microbiológico en 63 (70,8%) pacientes, 51 (80,9%) fueron IAP monomicrobianas. Cocos Gram(+) se aislaron en 63,5% de las IAP P, 85,7% de las I y 68,7% de las T. Se diagnosticaron Gram(-) en 51,3% de las IAP P y en el 43,7% de las T. Tres (3,4%) IAP febriles presentaron bacteriemia por Gram(+), 2 de ellas IAP T. No hubo diferencias en los valores al ingreso de leucocitos(GB) y protC-reactiva(PCR) entre niños con y sin bacteriemia, ni entre los distintos tipos de IAP; m de GB 9000/mm³ (r3200-25550), PCR 37mg/L (r1-270). Media de GB al ingreso en IAP por *S. aureus* meticilino resistente (SAMR) 14236 ±5995 vs 9296 ±3788/mm³, p<0,01. La duración del tratamiento EV fue diferente según tipo de microorganismo (p 0,03), mayor en IAP por Gram(-). Recibieron TMS VO 48 (53,9%) niños, sin efectos adversos que requirieran su suspensión. La m de tratamiento total fue de 189d (r28-756). A 82 niños (92,1%) se les realizó toilette, 37 (45,1%) requirieron más de una. Seis (6,7%) presentaron recaída y 8 (9%) reinfección.

CONCLUSIONES:

- » La clínica de las IAP intermedias y tardías fue más solapada.
- » Las IAP por SAMR tuvieron GB al ingreso significativamente más elevados.
- » En la mayoría no sería urgente el inicio de TEI.
- » TMS fue el tratamiento VO más indicado.
- » Los resultados obtenidos son útiles para definir una adecuada estrategia de profilaxis prequirúrgica e indicación de TEI.

PP: Presentación de pósters candidatos a premio

Primer piso, sala expo | Viernes, 07/04/2017 | 10:00 - 11:00 hs

INFECCIÓN OSTEOARTICULAR EN EL NIÑO NEUTROPÉNICO FEBRIL CON ENFERMEDADES MALIGNAS

Analía L VIÑA¹, S Cristina CECCOLI¹, Fabiola J PLAT¹, Maria Marta CONTRINI¹, Noemí A RIVAS², Eduardo L LOPEZ²

¹Unidad 9 - Infectología - Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez";, ²Departamento de Medicina - Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"; tierradeosos@gmail.com

El compromiso osteoarticular es una localización infrecuente de infección en niños con neutropenia, tal como refiere la literatura internacional. En nuestro medio se carece de datos locales o regionales al respecto.

OBJETIVO: evaluar la incidencia de infección osteoarticular en niños hospitalizados por neutropenia y fiebre (NF) en una sala de Infectología y describir características clínico-epidemiológicas, mecanismos fisiopatológicos y los hallazgos microbiológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio prospectivo, observacional con el análisis de incidencia, datos clínicos y microbiológicos de historias clínicas de niños hospitalizados por NF en una sala de Infectología, durante el período 1998 - 2015. Se elaboró una Ficha epidemiológica para recolección de datos. Análisis descriptivo.

RESULTADOS: Período Enero 1998 - diciembre 2015. Se registró hospitalización de 1965 episodios de NF en 872 pacientes (2,25 episodios/paciente). Foco osteoarticular (OA): 8/1965 - 0,4%. Caracterización clínica: varones 4/8 (50%); edad: 113 (\pm 51,6), rango 21-198 meses. En 7/8 (87,5%) pacientes se observó neutropenia profunda al ingreso y eran de alto riesgo hematológico.

Localización cadera 2/8 (25%), hombro 1/8 (12,5%), rodilla 1/8 (12,5%), tobillo 1/8 (12,5%), columna 1/8 (12,5%), fémur 1/8 (12,5%) y tibia 1/8 (12,5%). Signos clínicos relevantes: dolor, tumefacción, impotencia funcional y contractura muscular. Métodos diagnósticos complementarios: RMN y TAC: predominio imágenes osteolíticas.

Los mecanismos fisiopatológicos involucrados fueron: vía hematogena 5/8 (62%); infección por contigüidad 3/8 (38%). Presentaron artritis: 3/8 (37,5%), osteoartritis en 2/8 (25%), osteomielitis 2/8 (25%) y espondilodiscitis 1/8 (12,5%)

Cultivos microbiológicos positivos en 6/8 (75%) pacientes. Aislamiento en hemocultivos en 5/8 (62,5%), y en material purulento 5/8 (62,5%)

Los agentes etiológicos aislados fueron *Staphylococcus aureus*: 2/6 (33%), *Salmonella* spp.: 1/6 (17%), *Klebsiella oxytoca*: 1/6 (17%), *Aeromonas* spp.: 1/6 (17%), *Pseudomonas aeruginosa*: 1/6 (17%).

CONCLUSIONES:

- » Coincidimos con la bibliografía, para nuestra serie las infecciones osteoarticulares durante NF: son muy infrecuentes.
- » El dolor puntual es síntoma relevante. Los métodos por imágenes contribuyen fuertemente al diagnóstico.
- » Es mandatorio tomar cultivos microbiológicos para optimizar el tratamiento antimicrobiano específico.

PP: Presentación de pósters candidatos a premio

Primer piso, sala expo | Viernes, 07/04/2017 | 10:00 - 11:00 hs

SEGUIMIENTO DE LOS CONTACTOS INSTITUCIONALES MENORES DE 15 AÑOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN UNA POLICLINICA DE REFERENCIA NACIONAL

Gabriela AMAYA LOPEZ^{1,2,3}, Federica BADIA^{1,2,3}, Gabriela SISTO², Gabriela ALGORTA^{1,2,3}, María Catalina PIREZ^{1,2,3}

¹Facultad de Medicina, Universidad de la República; ²Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes; ³Centro Hospitalario Pereira Rossell; gabyamaya22.10@gmail.com

OBJETIVO: Describir el seguimiento de los contactos institucionales de pacientes con tuberculosis, referidos a una policlínica pediátrica de referencia en el año 2016. Describir si existe relación entre el diagnóstico de infección tuberculosa latente (ITBL) y la edad y estado bacilar del caso índice (CI).

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo, de corte transversal de los niños menores de 15 años que fueron contacto institucional de un caso de enfermedad tuberculosa (ET), de acuerdo a protocolos preestablecidos. La ET en el CI puede ser sospechada o confirmada, e ingresó al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNC-TB). Se define contacto institucional a un contacto no conviviente con el CI pero con una relación de tipo laboral o escolar que favorece la transmisión de la infección tuberculosa. La recolección de datos fue a partir de las planillas de registro del PNC-TB, de las que se obtuvo: datos personales, resultado de la Prueba Tuberculínica (PT), indicación de quimioprofilaxis o tratamiento.

RESULTADOS: A partir de 6 casos de ET, se estudiaron como contactos escolares a 106 niños, lo que corresponde al 88% de los contactos posibles de ser estudiados. Los CI corresponden a 3 adultos (educador, auxiliar de servicio, y estudiante mayor de 15 años) y 3 niños. La ET fue pulmonar en 5 casos y miliar en 1 caso (pulmonar y meníngea), 4 CI eran bacilíferos. La media de edad de los contactos fue 4 años, rango 1-14 años. En 18 contactos (17%) la PT fue positiva (mayor o igual a 5 mm), indicándose al 100% tratamiento de la ITBL con isoniacida por 6 meses. A 42 contactos con PT negativa se les indicó profilaxis primaria con isoniacida por 3 meses. En 2 niños se constató viraje tuberculínico durante el seguimiento, sin elementos de ET. No se diagnosticó ningún caso secundario de ET. Analizando la variable edad del CI (adulto o niño) con los resultados de la PT, no se constató asociación, en cambio, al analizar el resultado de la baciloscopia del CI con la PT en los contactos se constató que existe asociación entre el CI bacilífero y la ITBL ($p=0.03$).

CONCLUSIONES: Es importante el estudio y seguimiento de los contactos institucionales de pacientes con ET para realizar la correcta prevención primaria o tratamiento de la ITBL, en vistas a contener el avance de la ET en la comunidad. Es preciso considerar si el CI es o no bacilífero para ajustar los protocolos de actuación, como lo justifica la literatura.

PP: Presentación de pósters candidatos a premio

Primer piso, sala expo | Viernes, 07/04/2017 | 10:00 - 11:00 hs

PROFILAXIS PARA ESTREPTOCO: EXPERIENCIA EN UNA MATERNIDAD

Fabiana Beatriz GARCIA¹, Marcelo DE CARO², Nestor VAIN², Ramon LARCADE²

¹FUNCEI; ²Sanatorio Trinidad Ramos Mejia; fgarcia@funcei.org.ar

INTRODUCCIÓN: La infección perinatal por estreptococo grupo B (EGB) representa en nuestro medio un desafío importante. Las normas nacionales indican la pesquisa y prevención antibiótica obligatoria pero estas pautas no siempre se cumplen.

OBJETIVO: Describir las medidas de prevención para EGB que se aplican en un centro de internación polivalente privado con un área materno-infantil.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo prospectivo realizado con recopilación de datos a través de planilla de registro que se completó en sala de partos de la institución desde el 1/1/2016 a 1/2017. Los datos relevados fueron edad gestacional al nacer, cultivo para EGB realizado o no y resultado, profilaxis ATB con penicilina EV y número de dosis, vía de parto y factores de riesgo obstétricos.

RESULTADOS: Desde 1/2016 al 3/2017 se realizaron 1629 partos. Se recopiló información de 60 embarazadas (E) durante el trabajo de parto. Se registraron 41 cesáreas y 19 partos vaginales (EG= 28 a 41 S).

En 53/60 E se realizó cultivo para SCB y estuvo disponible al parto en 52/53; resultó positivo en 15 (28%). En las 7 E en quienes no se realizó la pesquisa se detectó como dato relevante: dos con EG 28 y 34S y en 5 con 37 o más semanas de gestación EG.

Recibieron profilaxis ATB EV con penicilina las 15 E con cultivo positivo para EGB. Nueve E recibieron 1 dosis y 6 E, 2 dosis. A los RNs con intervalos entre el inicio de profilaxis y nacimiento < de 4hs se les realizaron hemocultivos e iniciaron antibióticos empíricos.

No se registraron casos de sepsis temprana para EGB en ninguno de los Rns nacidos en ese periodo.

CONCLUSIONES: En esta población se detectó una prevalencia de portación similar la reportada en otros estudios nacionales.

En 12% de las pacientes no se realizó pesquisa para EGB, pero el 50% de estas E recibieron profilaxis teniendo en cuenta los factores de riesgo obstétricos. Consensuar con el equipo médico a cargo del trabajo de parto que la duración de profilaxis ATB sea el adecuado es muy importante y debe registrarse.

La vigilancia epidemiológica de la prevención perinatal del EGB permite revisar prácticas para mejorar su cumplimiento.

Resúmenes generales

ID: 100/ P2-M4: 4

Abstract

Palabras clave: VIRUS EPSTEIN BARR ENFERMEDAD SEVERA

ENFERMEDAD SEVERA POR VIRUS DE EPSTEIN BARR: REPORTE DE UN CASO

Romina GOYENECHÉ¹, Victoria DEMATTEIS¹, Verónica DISTEFANO¹, Alison FJELLERUP¹, María Eugenia GIAGANTE¹, Fernanda GUTIERREZ¹, Silvina FRINO¹, Daniel CASATI¹, Mario CUITIÑO², María Inés ECEIZABARRENA¹, Cristian SARETTO¹, María Eugenia ROSSO¹, Gisela MARTÍN¹, Alejandra SERAFINI¹, Laura MARZANO¹, Claudia GARCÍA RUBIO²

¹Servicio de Pediatría, Clínica La Pequeña Familia de Junín; ²Servicio de Infectología, Clínica La Pequeña Familia de Junín; giselasoledadmartin@yahoo.com.ar

OBJETIVO: La mononucleosis infecciosa por el Virus Epstein Barr (VEB) se caracteriza por fiebre prolongada, faringitis, linfadenopatías, hepato – esplenomegalia, exantema maculopapular generalizado, leucocitosis con linfocitosis. Generalmente es oligosintomática y autolimitada en lactantes y preescolares. Ocasionalmente se pueden presentar complicaciones severas: angina oclusiva, abscesos o hematomas faríngeos, meningitis aséptica, encefalitis, síndrome de Guillain-Barré, neuropatías craneanas y periféricas, hepatitis severa, miocarditis, orquiepididimitis, ruptura esplénica, desórdenes hematológicos como agranulocitosis, anemia hemolítica, etc.

Reportamos este caso por la presentación poco frecuente de la enfermedad.

DESCRIPCIÓN: Paciente masculino, de 4 años de edad, que comenzó 15 días previos a la internación con fiebre, siendo medicado con amoxicilina-clavulánico por sospecha de sinusitis. Presentó mejoría con remisión de la fiebre, pero a los 7 días agregó rash morbiliforme generalizado, ictericia y nuevamente fiebre, decidiéndose internación.

Al ingreso se encontraba vigil, reactivo, sin signos meníngeos ni de foco neurológico. Glasgow 15/15. Presentaba ictericia, rash morbiliforme, adenomegalias generalizadas y hepato-esplenomegalia.

Laboratorio de ingreso: leucocitos 19000 /mm³ (16%PNM/81%L); Hematocrito 25%; Hb 8 g/dL, plaquetas 95000/mm³; ERS 58 mm; TGO 546 U/L; TGP 393 U/L; FAL 875 U/L; Bilirrubina total 7.49 mg% (directa 5.09 mg%); LDH 1312 U/L; concentración de protrombina 68%. Orina normal. VIH negativo, CMV Ig M negativa, HbsAg negativo, Hepatitis A IgM negativa.

Ecografía abdominal: importante esplenomegalia heterogénea.

Evolucionó, 12 hs luego de ser internado, con convulsión tónico-clónica generalizada, estando afebril, y cediendo con lorazepam. Se realizó TAC cerebral: normal; Ante la sospecha de compromiso neurológico se realizó punción lumbar: leucocitos 60 /mm³ (70% mononucleares), proteinorraquia 1.66 g/L, glucorraquia 65 mg/dL.

Presentó status convulsivo, con mala respuesta al tratamiento médico, insuficiencia respiratoria, y evolucionó con deterioro progresivo del sensorio hasta el óbito.

Se recibió informe VEB: VCA IgM positiva.

COMENTARIOS: La infección por VEB suele ser benigna y autolimitada en 2 a 3 semanas. Raramente presenta complicaciones que suelen ser la causa de muerte.

Presentamos este caso por los escasos reportes de enfermedad severa por VEB, con compromiso del sistema nervioso central.



ID: 101 / P2-M3: 3

Abstract

Palabras clave: ATAXIA VACUNA ANTIRRABICA

ATAXIA POST VACUNACIÓN ANTIRABICA: REPORTE DE UN CASO

Victoria DEMATTEIS¹, Veronica DISTEFANO¹, Maria Ines ECEIZABARRENA¹, Fernanda GUTIERREZ¹, Cristian SARETTO¹, Daniel CASATI¹, Gisela MARTIN¹, Laura MARZANO¹, Maria Eugenia ROSSO¹, Alejandra SERAFINI¹, Alison FJELLERUP¹, Romina GOYENECHÉ¹, Maria Eugenia GIAGANTE¹, Mario CUITIÑO², Claudia GARCIA RUBIO²

¹Servicio de Pediatría, Clínica La Pequeña Familia de Junín; ²Servicio de Infectología, Clínica La Pequeña Familia de Junín; aleserafini_88@hotmail.com

OBJETIVO: La rabia es una encefalitis viral aguda, de evolución mortal. El tratamiento se basa en remover el virus de los tejidos, la administración de gammaglobulina y la vacunación en los expuestos.

Las provincias de Tucumán (1994) y Jujuy (2008) reportaron los últimos casos de rabia humana transmitida por perros. Sin embargo, por el reservorio en murciélagos, se recomienda la vacuna antirrábica luego de una mordedura. Con las vacunas liofilizadas en células Vero son raros los efectos adversos neurológicos.

Reportamos este caso de ataxia luego de la administración de 2 dosis de vacuna.

DESCRIPCIÓN: Paciente masculino, 16 meses de edad, sin antecedentes, que consultó por ataxia estática y dinámica, con temblores generalizados de 4 hs de evolución. Presentó mordedura canina de 36 horas de evolución y había recibido Amoxicilina/clavulánico y vacuna Verorab, 2 dosis con menos de 24 horas de intervalo entre ellas.

Comenzó con los síntomas 4 horas luego de la segunda dosis, siendo internado.

Ingresó afebril, vigil, reactivo y activo; sin signos meníngeos ni foco neurológico, pupilas isocóricas y reactivas. Ataxia estática y dinámica, sin lateralización, con temblores generalizados, sin clonus.

Laboratorio: leucocitos 10700/mm³ (PMN 37% L 56%) VSG 20

TAC cerebral: normal.

Se interpretó el cuadro como ataxia aguda secundaria a inadecuado intervalo de dosis de la vacuna, descartándose otras causas de ataxia.

Desaparecieron los síntomas a las 12 horas del ingreso.

COMENTARIOS: Existen en Argentina 2 tipos de vacunas a virus inactivado: Fuenzalida Palacios (con tejido nervioso) y Verorab (cultivos celulares de células Vero).

La primera es menos inmunogénica y presenta efectos adversos severos (Guillan Barré, parálisis ascendente de Landry, encefalitis desmielinizante).

Las vacunas de cultivos celulares son seguras y con escasos efectos adversos. Un 40% presentan eritema transitorio leve, dolor o edema en el sitio de inyección; un 5 - 15% presentan fiebre transitoria, cefalea, mareos y síntomas gastrointestinales. Eventos adversos mayores, alérgicos o neurológicos, ocurren raramente (el Guillan Barré es excepcional).

No hemos encontrado reportes de ataxia posterior a la administración de la vacuna VERORAB. Presentamos este caso por considerar que los síntomas se debieron a sobredosisificación de vacuna, por intervalo de dosis inadecuado, ya que las 2 primeras dosis se aplicaron en un lapso de 15 hs.



ID: 102/ P2-M3: 5

Abstract

Palabras clave: SABIN POLIOMIELITIS MEGACOLON EFECTO ADVERSO

MEGACOLON LUEGO DE ADMINISTRACION DE VACUNA SABIN: REPORTE DE UN CASO

Maria Eugenia ROSSO¹, Alejandra SERAFINI¹, Gisela MARTIN¹, Maria Eugenia GIAGANTE¹, Cristian SARETTO¹, Silvina FRINO¹, Fernanda GUTIERREZ¹, Daniel CASATI¹, Maria Ines ECEIZABARRENA¹, Romina GOYENECHÉ¹, Alison FJELLERUP¹, Laura MARZANO¹, Mario CUITIÑO², Claudia GARCIA RUBIO²

¹Servicio de Pediatría, Clínica La Pequeña Familia de Junín.; ²Servicio de Infectología, Clínica La Pequeña Familia de Junín; aleserafini_88@hotmail.com

OBJETIVO: La última epidemia de poliomielitis en Argentina fue en 1983 y el último caso reportado en 1984. El continente americano fue declarado libre de circulación de polio virus salvaje en 1994 siendo el primer continente en alcanzar esta meta. Debido a la endemidad de polio en algunos países, la vacuna oral (VOP) forma parte del calendario de vacunación en Argentina.

Presentamos este caso por la inusual presentación post administración de VOP.

DESCRIPCIÓN: Paciente femenino, 6 años de edad, sin antecedentes de relevancia, que comenzó con dolor abdominal y vómitos pocas horas luego de administrarle VOP (SABIN). Estuvo internada en otra institución durante 24 horas con radiografía de tórax y ecografía abdominal normales. En laboratorio: leucocitos 16900/mm³ (78% PMN/ 16% L).

Por persistir con síntomas, consultó a nuestra Institución siendo internada. Presentaba abdomen doloroso a la palpación y timpánico a la percusión. Catarsis negativa.

Radiografía y ecografía de abdomen con marcada distensión del marco colónico, sin asas delgadas distendidas ni líquido libre, y con aire a nivel distal. Por indicación de cirugía se colocó una sonda rectal y ayuno.

En TAC abdominal (doble contraste) se evidenció gran distensión del marco colónico y últimas asas ileales; moderado líquido libre retrocecal y en Douglas. Con sospecha de peritonitis por traslocación recibió 5 días de Metronidazol 30 mg/Kg/día, Gentamicina 5 mg/Kg/día y Ampicilina 300 mg/Kg/día.

Con buena evolución clínica fue externada al octavo día.

COMENTARIOS: Las vacunas antipolio son ampliamente utilizadas en el mundo y constituyen una eficaz estrategia para la erradicación de la polio.

La vacuna parenteral (IPV ó SALK) es inmunogénica (excepto inmunidad intestinal) y con escasos efectos adversos.

La vacuna oral (VOP ó SABIN) es la más utilizada y genera inmunidad sistémica e intestinal. Puede ocasionar efectos adversos esporádicos y casos de polio post vaccinal. El 1% de los vacunados con VOP puede tener fiebre, diarrea, cefalea y mialgias. La parálisis post vaccinal es más frecuente luego de la primera dosis (1 en 1,4 - 3,4 millones de dosis), en adultos no inmunizados y huéspedes inmunocomprometidos.

No encontramos reportes en la literatura de megacolon luego de VOP.

Debido a la asociación temporal con la administración de VOP, y descartando peritonitis por perforaciones, podemos inferir el mencionado efecto adverso vacunal.



ID: 103/ P2-M1: 1

Abstract

Palabras clave: meningitis encefalitis amebiana naegleria fowleri

MENINGOENCEFALITIS AMEBIANA PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO EN EL NOROESTE DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Laura MARZANO¹, Juan José CAMPANA², María Lucía ROMANO², Mariela ALLENDE², Marcia GIAMMARRIA², María Inés ECEIZABARRENA¹, Fernanda GUTIERREZ¹, Silvina FRINO¹, Daniel CASATI¹, Cristian SARETTO¹, Alejandra SERAFINI¹, Gisela MARTIN¹, María Eugenia ROSSO¹, Victoria DEMATTEIS¹, Romina GOYENECHÉ¹, Eugenia GIAGANTE¹, Monica MACHAIN³, Mario CUITIÑO⁴, Claudia GARCIA RUBIO⁴

¹Servicio de Pediatría, Clínica La Pequeña Familia de Junín; ²Servicio de Microbiología, Clínica La Pequeña Familia de Junín; ³Servicio de Microbiología, HIGA Abraham Piñeyro de Junín; ⁴Servicio de Infectología, Clínica La Pequeña Familia de Junín; aleserafini_88@hotmail.com

OBJETIVO: Las infecciones del sistema nervioso central por amebas de vida libre son poco frecuentes y con alta mortalidad. En 1965 se reportó en Australia el primer caso de meningoencefalitis amebiana primaria por *Naegleria fowleri*.

DESCRIPCIÓN: Paciente masculino de 8 años, que comenzó 24 hs antes de la internación con fiebre y cefalea. Fue evaluado por guardia, realizándose hemograma, Rx torax y sedimento urinario, normales.

Por persistencia de los síntomas y vómitos, fue internado en nuestra Institución.

Presentaba antecedente de cefaleas frecuentes, y había recibido 15 días antes penicilina benzatínica por faringitis. No había realizado viajes ni recibido vacunas en el último tiempo. 7 días antes de la internación refería haberse bañado en una laguna desbordada de la zona.

Al ingreso afebril, con fotofobia y sonofobia, Glasgow 15/15, sin foco motor, con signos meníngeos. Se realizaron TAC SNC y Rx torax normales. Leucocitos 15300/mm³ (N90% L8%); plaquetas 204000/mm³; VSG 5; HIV negativo. Se efectuaron hemocultivos, urocultivo y punción lumbar (320 leucocitos con 90% MN; 30 hematies/mm³; proteínas 1.5 g/L; glucosa 54 mg/dl). Gram sin germen. Se envió PCR para Herpes simplex virus.

Se inició tratamiento con ceftriaxona, dexametasona y aciclovir.

Por deterioro respiratorio, hemodinámico, cuadro de encefalitis, hemiparesia braquio cefálica derecha y convulsiones a las 24 hs, se efectuaron RMN (normal) y nueva punción lumbar (leucocitos 2600 con PMN 55%; proteínas 2.38 g/L; glucosa 5 mg/dl). En fresco se observaron imágenes compatibles con amebas móviles. Gram sin germen.

Con este resultado se inició tratamiento con anfotericina, fluconazol y rifampicina.

Fue derivado, falleciendo a las 5 hs de su traslado.

COMENTARIOS: Varias amebas de vida libre pueden infectar al hombre, con alta mortalidad. Estas amebas causan distintos síndromes en el hombre: meningoencefalitis amebiana primaria (*Naegleria fowleri*), encefalitis amebiana granulomatosa y queratitis (*Acantamoeba* y *Balamuthia mandrillaris*).

Naegleria fowleri es de distribución mundial, en climas tropicales y subtropicales encontrándose en lagos, lagunas, estanques, piscinas y canales de agua dulce. La meningoencefalitis amebiana primaria es una patología poco frecuente, con alta mortalidad, y se presenta en niños y adolescentes sanos, con antecedentes de natación o juegos en fuentes de agua dulce.

Se presenta este caso por ser una patología infrecuente y de difícil tratamiento.



ID: 104/ P1-M7: 2

Abstract

Palabras clave: Transmisión vertical HIV

TRANSMISIÓN VERTICAL HIV

Mariel Karina GARCIA, Juan Carlos MORALES, Valeria URIARTE, Maria Fernanda SOSA, Sofia BASTONS, Mara MAIDANA, Marta VINUESA, Silvia GONZALEZ AYALA

Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata,; valeriauriarte@gmail.com

Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana

INTRODUCCIÓN: La transmisión vertical (TV) es la única vía que puede ser eliminada con las estrategias de intervención del equipo de salud. Si bien el Protocolo de Prevención de la TV está vigente desde 1997, la implementación en la atención primaria ha sido lenta y gradual. A pesar del tiempo transcurrido hay dificultades en su cumplimiento lo que tiene impacto en el producto de la concepción.

Objetivo. Presentar acceso a intervención médica para evitar la transmisión y la edad de consulta al diagnóstico

Material y métodos. Estudio longitudinal prospectivo observacional directo de 1.567 niños expuestos perinatales, Servicio Enfermedades Infecciosas, Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata, 2000-2016. El diagnóstico se realizó con los criterios vigentes. Las determinaciones de antígeno p24, DNA HIV-1 y RNA HIV1 cualitativo / cuantitativo se realizaron en los Centros de Referencia de Laboratorio Provincial y Nacional.

RESULTADOS: La tasa global de transmisión fue 13,7% (26,95%).

Sólo recibieron intervención médica (Protocolo ACTG 076 o tratamiento antirretroviral de alta eficacia +/- cesárea) promedio en 2000-2009, 38,1% y en 2009-2016 72% rango: 24,6-80%. La edad de la primera consulta en los niños infectados fue: <12 meses: 46,1% (n=103); 12-23 meses: 12,5% (n=28); 2-5 años: 17,4% (n=39); 6-9 años: 11,6% (n=26) y >9 años: 12,5% (n=28). Se confirmó la infección en el 58% antes de los 2 años; el 41,5% consultó tardíamente y el 24,1 % era >5 años al diagnóstico.

COMENTARIO: La TV de los pacientes asistidos fue mayor que la informada por el Ministerio de Salud de la Nación (13,1-4,8%). La infección de un niño es un evento que representa oportunidades perdidas y barreras en la prevención. El porcentaje de madres que accedieron a esta medida evidencia la necesidad de: fortalecer la capacitación del personal de salud que presta servicio en la atención primaria de la salud (especialmente en tocoginecología y obstetricia); facilitar el acceso al estudio serológico, reforzar la capacitación de los médicos pediatras y generalistas/ comunitarios / de familia en la identificación de síntomas y signos de infección así como también en las unidades de Obstetricia para la evaluación adecuada del binomio madre-hijo antes del egreso.



ID: 105/ P2-M6: 4

Abstract

Palabras clave: *Strongyloides stercoralis*, síndrome de hiperinfestación, lupus eritematoso sistémico, niños

SÍNDROME DE HIPERINFESTACION POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

Florencia ESCARRA¹, Carola CEDILLO¹, M Soledad MUSSINI¹, Martín ZUNINO PRADIER², María Marta KATSICAS², María del Valle CENTENO³, Patricia PAULIN⁴, M Guadalupe PEREZ¹, Silvina RUVINSKY¹, Claudia SARKIS¹

¹Hospital Garrahan, Servicio de Control Epidemiológico e Infectología; ²Hospital Garrahan, Servicio de Reumatología;

³Hospital Garrahan, Servicio de Patología; ⁴Hospital Garrahan, Servicio de Parasitología; florescarra@gmail.com

OBJETIVOS Describir las características clínicas y evolutivas de una paciente con lupus eritematoso sistémico y síndrome de hiperinfestación por *Strongyloides stercoralis*

DESCRIPCIÓN: Paciente de 14 años de edad, con diagnóstico de enfermedad inflamatoria sistémica autoinmune desde julio de 2015, con compromiso articular, hematológico, linfoganglionar, glandular y renal (glomerulonefritis clase V), en tratamiento inmunosupresor con micofenolato y meprednisona, con mala adherencia a los controles. Consulta por dificultad respiratoria con disnea de reposo, tos diurna y nocturna y prurito generalizado. Se interna con diagnóstico de infección respiratoria grave y se medica con ceftriaxona. A las 48 hs evoluciona con shock séptico e ingresa a unidad de cuidados intensivos.

Se indica meropenem y vancomicina. En la radiografía de tórax presentaba imagen compatible con neumonía en lóbulo inferior derecho, y en el laboratorio anemia, leucocitosis a predominio de neutrófilos y reactantes de fase aguda elevados. En secreciones nasofaríngeas se documentaron enterovirus y parainfluenza. En muestra de esputo se observaron numerosas estructuras filiformes, con extremos en punta y variable grado de enrollamiento, algunas con pigmento hemosiderínico en su interior, compatibles con larvas parasitarias. Se confirmó *Strongyloides stercoralis* como agente etiológico al hallarse larvas rhabditoides y filariformes del mismo en esputo y materia fecal. Comenzó tratamiento combinado con ivermectina y albendazol. Requirió 8 días de asistencia ventilatoria e inotrópicos y evolucionó favorablemente. Continuó recibiendo el esquema antiparasitario hasta negativización parasitológica de esputos y materia fecal, a los 20 días de su inicio. Actualmente recibe ivermectina semanal como profilaxis secundaria en paciente inmunocomprometida.

CONCLUSIONES: Se debe sospechar *Strongyloides stercoralis* como agente etiológico en huéspedes inmunocomprometidos con sepsis grave. Es importante recordar la búsqueda en materia fecal de este parásito antes de comenzar el tratamiento inmunosupresor, principalmente en pacientes de áreas endémicas para *Strongyloides stercoralis*.



ID: 106/ P1-M2: 2

Abstract

Palabras clave: Exanguinotransfusión, Hiperleucocitosis, coqueluche.

EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS CON EXANGUINOTRANSFUSIÓN EN PACIENTES CON COQUELUCHE GRAVE

Abigail Patricia MENECE ROJAS¹, Jennifer GAMBOA ALTAMAR², Yanina FORTINI³, Erica SAGARNAGA⁴

¹Hospital de Emergencia y Trauma Federico Abette; ²Hospital de Emergencia y Trauma Federico Abette; ³Hospital de Emergencia y Trauma Federico Abette; ⁴Hospital de Emergencia y Trauma Federico Abette; jennifer.gamboa.altamar@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La coqueluche es una enfermedad infectocontagiosa causada por *Bordetella Pertussis*. Es la quinta causa de muerte prevenible por vacunación.

Se define como coqueluche grave a la presencia de hiperleucocitosis, insuficiencia respiratoria grave e hipertensión pulmonar.

Se presentan 2 pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos pediátricos, durante el período 01/01/2014 al 18/12/2016 que fueron sometidos a terapia de leucorreducción.

OBJETIVO: Describir la evolución de pacientes con coqueluche grave que fueron sometidos a exanguinotransfusión (ET) y su efectividad.

Casos clínicos: Caso 1: niña de 6 meses, RNPT, PAEG. Cuadro de 6 días de evolución de dificultad respiratoria, tos y palidez generalizada. Al ingreso, se coloca en ARM con altos parámetros. Hematocrito 30%, GB 118.000/mm³, plaquetas 806.000. PAFI 100. Rx tx: infiltrado difuso bilateral. Ecocardiograma: ausencia de cardiopatía estructural y de hipertensión pulmonar. A las 24 hrs desmejora clínica con requerimiento de inotrópicos y marcada hiperleucocitosis (GB 140.000/mm³), se realiza ET recambiando 2 volémias. Laboratorio control (GB 41.000/mm³ y plaquetas 235.000). Al cuarto día se realiza nueva ET por aumento de masa leucocitaria (52.000/mm³), demostrando un descenso de GB a 24.000/mm³. Permaneció 22 días en ARM.

Caso 2: paciente masculino de 2 meses, RNT, sin antecedentes patológicos. Consulta por dificultad respiratoria de 4 días de evolución y tos quintosa. A las 24 hs de internación presenta claudicación respiratoria ingresa en ARM con altos parámetros. Hpoxemia severa (PAFI 63). Rx tx: infiltrado intersticial paracardiaco izquierdo. Hematocrito. 26%, GB 38.000/mm³ y plaquetas 177.000. El paciente desmejora hemodinámicamente con requerimiento de inotrópicos y marcado aumento de GB (71.000mm³). Ecocardiograma: hipertensión pulmonar severa, tratamiento convencional (sildenafil durante 30 días). Se realiza ET con recambio de 2 volémias. El laboratorio control evidenció descenso de masa leucocitaria (GB 19.000 mm³). Permaneció 43 días en ARM.

CONCLUSIÓN: La exanguinotransfusión precoz (dentro de 48 hrs), Se recambiaron 2 volémias, evidenciando mejor oxigenación objetivable por PAFI, disminución de inotrópicos, redujo la masa leucocitaria y las toxinas de secreción, siendo una alternativa válida de tratamiento, de bajo costo y fácil realización



ID: 107 / P2-M7: 4

Abstract

Palabras clave: Bacteriemia *Staphylococcus aureus* Pediatría Epidemiología

BACTERIEMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PEDIATRÍA EN EL PERIODO 2009-2016

Agustina Victoria DALZOTTO, Sonia Sandra LEPETIC, Claudio MARTIGNETTI, Federico Sebastian DIAZ, Darcy Alejandro BICKHAM, Ana MARIÑASKY

HZGA Dr. Arturo Oñativia; agustinadalzotto@gmail.com, lepeticsonia@hotmail.com, martigcla@hotmail.com, fedes_diaz@hotmail.com, darcyalejandro@hotmail.com, analauranets@gmail.com

INTRODUCCIÓN: Las infecciones por *Staphylococcus aureus* (SA) crecieron en forma exponencial a nivel mundial a expensas del SA meticilino resistente asociado a la comunidad (SAMRC). La detección de bacteriemia (BA) es una de las prioridades en el diagnóstico de pacientes internados dado sus implicancias clínicas y pronósticas.

OBJETIVOS: Evaluar características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas de las BA por SA en pediatría durante enero 2009 a diciembre 2016.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo. Se incluyeron niños de 29 días a 14 años 11 meses asistidos en pediatría con hemocultivos (HC) positivos.

Se identificaron las cepas de SA utilizando pruebas microbiológicas habituales por el sistema Phoenix BD®, según los criterios establecidos por el CLSI.

Se definió foco metastásico como infección no contigua al foco de ingreso diagnosticada por clínica y exámenes complementarios con o sin cultivo positivo.

Los resultados fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 21. Significativo: p menor de 0,05.

RESULTADOS: Se registraron 154 episodios de BA, 36% (56/154) por SA, SAMR en el 84% (47/56) y SA meticilino sensible en el 16% (9/56) de éstos 41% femeninos y 59% masculinos. Edad media 86 meses. Solo un paciente presentó comorbilidad (fibrosis quística pulmonar).

Como foco primario observamos piel y partes blandas (PPB) 33 casos, piomiositis 7, neumonía 6, artritis 5, sepsis 1, osteomielitis 1, absceso periamigdalino 1, sin foco al ingreso 2. De estos, 41% tuvieron foco metastásico (23/56), 5 de ellos más de uno. Los sitios más frecuentes de impacto secundario fueron: neumonía 7, piomiositis 4, infección de PPB 2, tromboflebitis 2, osteomielitis 3. Sepsis en 5 niños.

La media de proteína C reactiva (PCR) fue 110.17 mg/l (rango 37-398). La presencia de focos secundarios con valores de PCR mayores de 100 mg/l fue significativamente mayor (p 0.042).

Registramos diferencias importantes en la tasa de BA en la infección por SA a expensas del SAMRC en 2013-2016 (38) con respecto a 2009-2012 (18) p 0.001.

CONCLUSIONES: La BA por SA se incremento entre 2013-2016, presentó 41% de localizaciones metastásicas, mayor a lo reportado por Praino (1). Los sitios más frecuentes de impacto fueron la musculatura y pulmón. Valor de PCR mayor a 100 se asoció a focos secundarios.

1-Praino M, et al. Localización metastásica en niños con bacteriemia por Staphylococcus aureus Arch Arg Ped 2012 Agosto; 110(4).



ID: 108/ P2-M5: 3

Abstract

Palabras clave: INFECCIONES, SAMR-AC

INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN NIÑOS INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL.

Magaly Lourdes GUTIERREZ HUANCA, Natalia Diamela ROCHA FIGUEREDO, Eslin LUQUE, Yanina FORTINI, Erica SAGARNAGA

Hospital de trauma y emergencias Dr. Federico Abete.; dj_maguita@hotmail.com, nataliarocha18@hotmail.com

OBJETIVO: Describir el número de casos, edad, sexo, foco infeccioso inicial, evolución clínica, necesidad de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y mortalidad de las infecciones por Staphylococcus Aureus Meticilino Resistente (SAMR-AC) en pacientes internados en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). De un hospital público.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio cohorte retrospectivo observacional de Enero 2014 a Diciembre 2016. Se incluyeron pacientes desde el mes de vida hasta los 16 años de edad con rescate de (SAMR-AC) internados en UCIP del Hospital de trauma y emergencias Dr. Federico Abete.

RESULTADOS: Se identificaron 11 pacientes de los cuales el 54% (n=6) fueron de sexo femenino. Un total de 7 pacientes (63%) fueron menores de 3 años, los focos clínicos infecciosos fueron la neumonía con derrame pleural 54%(n=6) y la infección de partes blandas 46%(n=5). De ellos, 2 niños habían recibido esquema antibiótico previo. 46% (n= 5) requirió ARM por más de 48 horas. De ellos, 2 niños habían recibido esquema antibiótico previo. La estadía de internación promedio fue 11 días. Fallecieron en relación con la infección 2 pacientes.

CONCLUSIONES: Las infecciones por (SAMR AC) constituyen un problema grave y frecuente en pediatría, predominan en niños sanos, sin enfermedad subyacente ni internaciones previas, generando enfermedades invasivas con alta morbimortalidad. Argentina refleja la tendencia creciente de las infecciones por (SAMR-AC), obligando a modificar el esquema antibiótico empírico inicial.

El tratamiento empírico combinado puede ser útil en pacientes críticos con presunción de infección por patógenos resistentes, lo que permite un adecuado tratamiento inicial.



ID: 109/ P2-M4: 6

Abstract

PÚRPURA FULMINANS POR VARICELA

Mara MAYDANA, Sofia BASTONS, Mariel GARCIA, Juan Carlos MORALES, Maria Fernanda SOSA, Valeria URIARTE, Marta VINUESA

HIAEP sor maria ludovica,; mara_maydana@hotmail.com

OBJETIVO: Presentar un caso clínico de púrpura fulminans (PF) por varicela que debuta con compromiso hemodinámico.

DESCRIPCIÓN: niña de 3 años de edad que ingresa en enero de 2015 a un servicio de infectología pediátrica cursando tercer día de varicela con lesión purpúrica en región lumbar y signos de shock. En la guardia recibe 2 expansiones con solución fisiológica y, ante la falta de respuesta, ingresa a unidad de cuidado de intensivos pediátricos (UTIP) donde se instaura tratamiento con asistencia ventilatoria mecánica e inotrópicos 7 días, antimicrobianos (ceftriaxona 10 días- vancomicina 6 días- aciclovir 10 días) y se reinterpreta el cuadro como PF por varicela. El tratamiento específico instaurado fue plasma fresco congelado 5 infusiones y enoxaparina. Estudios complementarios de laboratorio que avalan el diagnóstico: Dímero D (DD): 8670 mg/ml KPTT: 52 seg TP: 24 seg concentración de protrombina 35% Fibrinógeno 180. El valor de proteína S fue de 18%. La paciente presenta buena evolución clínica, permaneciendo 12 días en UTIP, requiriendo escarectomía de la lesión al alta. Se cita para seguimiento ambulatorio al cual no concurre.

COMENTARIOS: La prevalencia de PF por varicela es baja (0,05 al 0,16%). Se debe tener alta sospecha ante un paciente cursando un cuadro clínico de varicela al que se asocian lesiones purpúricas o equimóticas dolorosas y alteración analítica propia de coagulopatía de consumo, incluyendo plaquetopenia, descenso de fibrinógeno y protrombina, elevación de DD y prolongación del TP y KPTT. Las lesiones características se presentan entre 7 y 10 días del inicio del cuadro clínico y, a diferencia de la PF que aparece en el contexto de una bacteriemia por gramnegativos, las manifestaciones trombohemorrágicas suelen quedar limitadas a la piel y no suele existir inicialmente colapso circulatorio ni afectación del estado general. La mortalidad de la forma posvaricelosa es menor, alrededor del 14% en niños. Respecto a su etiología, la PF se desencadena por la formación de autoanticuerpos contra la proteína S en un paciente con posible déficit parcial de la misma, lo que se traduce en una coagulopatía de consumo con fenómenos trombóticos e hipofibrinogenemia. El tratamiento específico se realiza con plasma fresco, con la finalidad de obtener actividad de proteínas C y S por encima del 25% y heparina de bajo peso molecular en caso de aparecer síntomas trombóticos en la evolución del cuadro clínico.



ID: 110/ P1-M6: 5

Abstract

Palabras clave: SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO. VIRUS DE EPSTEIN BARR. PROTOCOLO HLH2004

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN BARR. PRESENTACION DE TRES CASOS

Patricio CEVASCO, Barbara PORPORATO, Luis FLYNN, Martha LAHOZ, Silvia SCIALUGA

Sanatorio de niños; patricio_cevasco@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El síndrome hemofagocítico (SH) es un trastorno severo, con riesgo de vida, caracterizado por una excesiva activación inmune.

Comprende las formas: primaria o congénita y secundaria o adquirida de causa variable, dentro de las cuales la infección es el disparador más común, tanto en los casos con predisposición genética como en los esporádicos.

Generalmente la gran dificultad para lograr una evolución favorable es el retraso en el diagnóstico, que es dificultoso debido a la rareza del síndrome, la gran variedad en la presentación clínica y la falta de características clínicas y de laboratorio específicas.

OBJETIVO: Nuestro objetivo es la presentación de tres casos clínicos de SH secundario a infección documentada por Virus de Epstein Barr (VEB), diagnosticados y tratados en nuestro servicio en el último año (2016).

Descripción de los casos: Los tres casos presentados se dieron en niñas. Edades: entre 6 y 15 años. Una de ellas antecedente inmunológico de relevancia, colitis ulcerosa. Todas presentaban fiebre de al menos una semana de evolución, con faringitis y citopenias. En los tres casos punción aspirativa de médula ósea (PAMO) con activación macrófaga. En todos los casos se detectó infección aguda por VEB, asumiéndolo como disparador del SH. Se realizó tratamiento según protocolo HLH2004: dexametasona, etopósido y ciclosporina. Internaciones prolongadas: 22, 24 y 65 días. Como tratamiento de soporte se realizaron: transfusiones de hemoderivados y tratamiento con antibiótico de amplio espectro. Las complicaciones fueron diversas: colecistitis alitiásica, neumonía bilateral con derrame pleural, falla hepática, síntomas neurológicos, neutropenia febril prolongada, sepsis a *Klebsiella* y hemorragia digestiva baja, con hallazgos en la colonoscopia de úlceras en colon. La evolución de las tres fue favorable.

COMENTARIOS: La sospecha diagnóstica del SH, su confirmación y la pronta iniciación de una terapia adecuada con el protocolo HLH2004, mejoró significativamente el pronóstico de la enfermedad en los casos presentados.



ID: 111/P1-M3: 5

Abstract

Palabras clave: HIDATIDOSIS, EQUINOCOCCUS GRANULOSUS

HIDATIDOSIS PULMONAR Y HEPATICA: A PROPOSITO DE UN CASO

Anabella AIMAR, Julieta BELLOMO, Luciana BLANCO, Paula CANDIA, Ana Clara CECCHINI, Marcelo ACERENZA

Sanatorio Sagrado Corazon; anaimar16@gmail.com

OBJETIVOS: Describir el caso clínico de una paciente con hidatidosis pulmonar y hepática, una zoonosis con alta prevalencia en nuestro medio.

Descripción: La hidatidosis es una zoonosis causada por el estadio larvario del cestode *Echinococcus granulosus*, responsable de una importante morbi/mortalidad mundial. El hombre adquiere la infección a través de la ingestión de agua o alimentos contaminados siendo el huésped definitivo el perro y los intermediarios el ganado ovino y vacuno entre otros. Se presenta el caso de una paciente de 3 años de edad, oriunda de Gral Laprida (Bs As), previamente sana que en ecografía control se diagnostica quiste hidatídico hepático. Se solicitaron serologías por Elisa y WBlot (Negativas), TAC de tórax y abdomen (Higado: quistes de 21,5 y 18,7 mm; y pulmón quistes de 32 y 26 mm). Comienza tratamiento con albendazol 10 mg/kg/día. Se decide intervención quirúrgica de los mismos en forma programada. La niña evoluciona con episodio de tos acompañado de vómitos, con dificultad respiratoria y fiebre por lo cual se realiza TAC control con aumento del tamaño de los quistes. Se procede a extirpación quística. Se recibe informe parasitológico: *Equinococcus granulosus*, cepa G1 oveja común. Continúa con albendazol durante 3 meses luego de la cirugía con buena tolerancia y evolución clínica. Se realizó estudio de los contactos no detectándose infección en los convivientes.

COMENTARIOS: Los quistes hidatídicos tienen un crecimiento dispar, dependiendo del órgano afectado: rápidamente generando síntomas como ocurre en pulmón al igual que en el caso de nuestra paciente o crecer lentamente generando síntomas luego de muchos años de ocurrida la infección como puede suceder en hígado. En nuestro medio la afección en hígado y pulmón son las más frecuentes.

Los estudios serológicos permiten confirmar el diagnóstico aunque su negatividad no lo descarta. El tratamiento médico con albendazol en pacientes asintomáticos es el cambio más importante en los últimos años. El tratamiento quirúrgico es de elección en localizaciones pulmonares o hepáticas de gran tamaño o sintomáticas.

El ser humano es el responsable de perpetuar la presencia del parásito en el entorno, a través de ciertas prácticas como la faena domiciliaria, la alimentación de los perros con vísceras crudas. Se considera fundamental emplear políticas de salud pública que eviten el comercio y consumo de carne sin la normativa adecuada.



ID: 112/ P1-M8: 4

Abstract

Palabras clave: TUBERCULOSIS INTESTINAL, ABDOMEN AGUDO, PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

TUBERCULOSIS INTESTINAL EN UN NIÑO INMUNOCOMPETENTE - REPORTE DE UN CASO

Maria Ines SORMANI, María Soledad MUSSINI, María Guadalupe PEREZ, María Lorena DONATO, María José IZAGUIRRE, Nadia NIÑO

Hospital de pediatría Garrahan,; mariurubi@hotmail.com

OBJETIVO: describir las características clínicas y evolutivas de un niño con tuberculosis intestinal.

Descripción: Niño de 18 meses de edad, previamente sano, que consulta por fiebre, diarrea y vómitos. Evoluciona desfavorablemente en pocas horas con dolor y distensión abdominal. Se realizan radiografía de abdomen donde se observan múltiples niveles hidroaéreos, sin aire distal y ecografía que informa asas de intestino delgado dilatadas, con contenido líquido en su interior, con escaso a nulo peristaltismo e hiperecogenicidad de la grasa mesentérica.

Por sospecha de abdomen agudo quirúrgico se realiza laparotomía exploradora. Se observan múltiples bridas y adenopatías, engrosamiento de peritoneo y numerosas imágenes puntiformes amarillentas en toda la longitud intestinal con perforaciones intestinales. Se realiza lavado extenso de la cavidad, toma de biopsia para cultivo y anatomía patológica y yeyunostomía.

Anatomía patológica: proceso inflamatorio crónico granulomatoso

Cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis* sensible a rifampicina, isoniazida, etambutol, pirazinamida, estreptomina.

Recibió tratamiento tuberculostático de forma endovenosa con meropenem, amikacina, rifampicina, isoniazida y levofloxacina hasta identificación de la micobacteria. Completó tratamiento endovenoso hasta los 5 meses, que se reconstruyó el tránsito intestinal. Al alta el niño presentó buena evolución clínica.

Se descartó infección HIV. Se realizó valoración por servicio de inmunología. Presentó hemograma sin citopenias, dosaje normal de gammaglobulinas, test de dihidrorodamina, vía de interferón gamma e ineterleukina 12 y el gen STAT4 normales. Se descartó inmunodeficiencia primaria.

El paciente tenía un tío conviviente fallecido 10 meses antes con coinfección HIV y TBC. Se había realizado catastro al grupo familiar, excepto el niño que no fue estudiado en ese momento.

COMENTARIOS: La tuberculosis es una enfermedad prevalente en nuestro medio. La forma gastrointestinal es infrecuente. Se presenta como un proceso estenosante o con perforaciones intestinales. Si bien es una entidad infrecuente en niños inmunocompetentes, debe ser tenido en cuenta en el contexto epidemiológico de cada paciente.



ID: 113/ P1-M8: 5

Abstract

Palabras clave: BCG; lupus vulgaris, tuberculosis

LUPUS VULGAR CAUSADO POR MYCOBACTERIUM BOVIS (BCG)

Belen AMORIN¹, Fabricio MARTINEZ², Cecilia COITIGNHO³¹CORPORACION MEDICA DE PAYSANDU; ²COMISIÓN DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA (CHLA), PAYSANDU;³LABORATORIO DE LA CHLA, MONTEVIDEO, URUGUAY; belena@paysandu.com

INTRODUCCIÓN: El lupus vulgar (LV) es una variante clínica de la tuberculosis (TBC) cutánea, de evolución crónica y de carácter progresivo.

OBJETIVO: Presentar una entidad muy rara en niños y más rara aún la provocada por el bacilo de Calmette - Guerin (BCG).

Observación clínica: Niña de 9 años, con buen crecimiento y desarrollo sin patología infecciosa a destacar que es enviada a la consulta por la dermatóloga para estudio de su lesión cutánea con resultado de biopsia que informa dermatitis nodular y granulomatosa de tipo necrotizante de probable etiología tuberculosa sin evidencia de bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR). Comienza en período neonatal, cuando luego de la vacunación con BCG, aparece con una tumoración axilar y secreción purulenta que no fue estudiada. Agrega luego, en etapa de lactante, una lesión en cara externa de brazo derecho que fue progresando lentamente de tamaño. A los 7 años de vida agrega lesiones en muslo derecho de iguales características. El padre y un tío paterno habían presentado en la niñez, luego de la vacunación con BCG, una lesión en miembro superior derecho de iguales características que había desaparecido, dejando cicatriz, luego de mediar tratamiento antituberculoso.

Al examen se revela una lesión extensa (20x 10cm) en cara anteroexterna de brazo derecho, eritematosa, de bordes circinados con centro atrófico e indolora. A nivel de cara externa de muslo derecho lesión más pequeña (5x5cm) de iguales características. En dorso se observa lesiones hipopigmentadas y otras nodulares de 2x2 cm aprox. El Mantoux fue de 15mm, las baciloscopias negativas. Radiografía de tórax y huesos normales. Ecografía abdominal sin alteraciones. Hemograma, Función hepática, Proteína C reactiva, VES e Inmunoglobulinas normales. VIH no reactivo. Se solicita una nueva biopsia cutánea que informa *Micobacterium bovis atenuado*. A 10 meses de tratamiento antituberculoso no presenta las lesiones en dorso y curación de las de miembros.

COMENTARIOS: Se destaca el retraso en el diagnóstico y que un escrofuloderma que no fue diagnosticado en etapa neonatal evoluciono a LV. Una sola dosis de BCG puede provocar LV, siendo el intervalo entre esta y la lesión de meses a años. Esto depende de la virulencia del bacilo, la cantidad del inóculo y la técnica. Puede ocasionar en la evolución cicatrices, deformidades o carcinoma escamoso. En ésta niña se pensó en una inmunodeficiencia primaria del tipo MSMD y está pendiente el estudio de un defecto en el eje IL-12/IFN- γ .



ID: 114/P1-M2: 3

Abstract

Palabras clave: SAMS INFECCIÓN PROFUNDA DISEMINACIÓN HEMATÓGENA

BACTERIEMIA POR SAMS SECUNDARIA A INFECCIÓN PROFUNDA EN NIÑO PREVIAMENTE SANO.

Macarena REGONAT, María Gabriela MELVIN, Marcela GOROSITO, Costanza BESSONE, Abi BLANCO, Yanina TRICARICO

Hospital Provincial del Centenario. Sala 4 de Pediatría. Bacteriemia por SAMS secundario a infección profunda en niño previamente sano; mregonat91@gmail.com

INTRODUCCIÓN: SA produce infecciones en pacientes hospitalizados, inmunocomprometidos y huéspedes normales de la comunidad. La gravedad de estas infecciones es variada y la sepsis es su expresión más grave.

OBJETIVO: Describir posibilidad de siembra hematógena a distancia a punto de partida de Celulitis Orbitaria positiva a SAMS en paciente inmunocompetente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 6 años, eutrófico. Ingresó por Celulitis Orbitaria, realizó tratamiento antibiótico con Cefotaxime y Vancomicina, previa toma de hemocultivos y cultivo de secreción ocular, positivos a SAMS, asumiéndose Bacteriemia, continuando con igual plan. Por agregar dificultad respiratoria, hipo ventilación en base izquierda, hepatomegalia y registros febriles persistentes se solicitó Ecocardiograma y Ecografía abdominorenal normal; y Tomografía de Tórax en la cual se observó consolidación en base izquierda y escaso derrame pleural con múltiples lesiones nodulares algunas cavitadas en su interior (refuerzan al contraste) en ambos campos pulmonares. Se realizó interconsulta con Servicio de Infectología quien decide rotar antibioticoterapia a Cefalotina Linezolid, presentando mejoría clínica e imagenológica.

DISCUSIÓN: SA puede producir desde infecciones benignas hasta enfermedades con riesgo vital, con capacidad de producir enfermedad a distancia. Coloniza la piel y mucosas, muestra preferencia por las fosas nasales. La tasa de portadores varía entre el 10 y 14% y esta condición eleva el riesgo de infección. En las infecciones profundas, el germen más frecuente fue SA 97,4% y solo el 27% fueron SAMS. La incidencia de bacteriemia ha aumentado en las últimas décadas. Se clasifica en adquirida en la comunidad, asociada a atención sanitaria, con enfermedades médicas subyacentes y sin enfermedades asociadas; o adquirida en el hospital. SA era sensible a meticilina y en las últimas décadas adquirió resistencia. Se estima que un 40 a 60% de las cepas de SA son SAMR. Para infecciones por SAMS se prefiere el uso de Cefalotina.

CONCLUSIÓN: Por tratarse de un patógeno con capacidad metastásica, en todo paciente con bacteriemia positiva a SAMS se debe descartar metástasis a distancia. Las Cefalosporinas de primera generación son de elección y debe considerarse la terapia combinada en áreas poco accesibles como globo ocular, SNC y colecciones supuradas.



ID: 115/P1-M2: 1

Abstract

Palabras clave: *Campylobacter*, bacteriemia, inmunosuprimidos, pediatría

BACTERIEMIAS POR *CAMPYLOBACTER* SPP EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Maria Eva GARCIA¹, Vanesa REIJTMAN¹, Alejandra MASTROIANNI¹, Guadalupe PEREZ², Claudia HERNANDEZ¹

¹Servicio de Microbiología, Hospital de Pediatría Garrahan; ²Servicio de Infectología, Hospital de Pediatría Garrahan; marilu1689@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: *Campylobacter* spp es un bacilo gram negativo curvo de difícil detección y desarrollo. Es una de las causas más frecuentes de diarrea bacteriana aguda en humanos. Si bien la bacteriemia por este microorganismo es poco frecuente, ocurre principalmente en pacientes inmunosuprimidos y con alteraciones hepáticas, aunque puede presentarse en pacientes sanos tras un cuadro de gastroenteritis aguda.

OBJETIVO: describir las características clínicas y microbiológicas de bacteriemias por *Campylobacter* spp en un hospital pediátrico de tercer nivel.

Pacientes y métodos: estudio descriptivo, retrospectivo entre 2014 y 2017. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con rescate microbiológico de *Campylobacter* spp en hemocultivos (HC). Las muestras fueron incubadas en BacT/Alert(BioMerieux) y procesadas siguiendo normas establecidas por el Servicio de Microbiología de este hospital. La identificación final se realizó por MALDI-TOF y la sensibilidad según estándares del CLSI.

RESULTADOS: se identificaron 7 casos de bacteriemia por *Campylobacter* spp. Seis de los aislamientos fueron identificados como *C jejuni* y uno como *C upsaliensis*. La mediana de edad fue 28 meses (rango: 0.9-168). Tres pacientes padecían LLA, 2 eran transplantados hepáticos, 1 con síndrome de CLOVE y 1 neonato. Ninguno de ellos se encontraba neutropénico durante el episodio bacteriémico. Todos presentaron fiebre al momento de la consulta, 2 de ellos deposiciones desligadas y 1 vómitos. Se obtuvo mayor recuperación en botellas aeróbicas (5/7), con un tiempo promedio de positivización de 41 horas. En 2 casos se aisló el mismo microorganismo de materia fecal. Se les realizó pruebas de sensibilidad a 6 de 7 cepas viables. Todas las cepas estudiadas resultaron resistentes a ciprofloxacina y solo una a eritromicina. Todas fueron sensibles a meropenem, por lo que los tratamientos iniciales fueron rotados a este carbapenem con resultados favorables tras 10 a 14 días de tratamiento endovenoso.

CONCLUSIONES: aunque se reporta mayor prevalencia de bacteriemias por *C fetus*, en nuestro hospital predominó *C jejuni*. Todos los pacientes padecían alguna inmunosupresión o enfermedad de base. Destacamos la importancia de la sospecha de este microorganismo en pacientes inmunosuprimidos febriles, aun en ausencia de síntomas gastrointestinales. Debe considerarse la presencia de esta bacteria cuando se observan bacilos gram negativos curvos en un HC o cuando el examen directo y los subcultivos son negativos.



ID: 116/ P1-M5: 4

Abstract

Palabras clave: Streptococo Beta Hemolítico Grupo A, Piomiositis

PIOMIOSITIS ABSCEDADA SECUNDARIA A SEPSIS POR ESTREPTOCOCCO PYOGENES BETA HEMOLÍTICO GRUPO A

Agustina MAGISTRIS, Costanza BESSONE, Marcela GROSSITO, Lucía MASUELLI, Gabriela MELVIN, Natalí CARENA

Hospital Provincial del Centenario; agusmagistris@gmail.com

INTRODUCCION El *Streptococcus Beta Hemolítico Grupo A (SBHGA)*, coloniza vías respiratorias superiores y piel. Produce cuadros leves hasta infecciones invasoras. Estas últimas se definen como aquellas en las que se aísla el patógeno desde un sitio estéril. La Piomiositis Abscedada es una de ellas

OBJETIVOS Considerar al *EBHGA*, como agente causante de Piomiositis Abscedada secundaria a Sepsis, con puerta de entrada en fauces, en pacientes inmunocompetentes

CASO CLINICO Niño de 13 años, eutrófico y correctamente inmunizado, que ingresa a por cuadro clínico de 10 días de evolución de fiebre; agregando posteriormente artralgias, edema, lesiones petequiales y rash en miembros inferiores. Como antecedente de jerarquía refería foco familiar positivo para Dengue. Se solicita laboratorio con leucopenia, plaquetopenia, hemoconcentración y elevación de reactantes de fase aguda. Se asume como Síndrome Febril Prolongado y por clínica compatible con Sepsis se indica antibióticoterapia previa toma de hemocultivos y Urocultivo negativos y Exudado faríngeo positivo a *EBHGA*. Serologías para enfermedades endémicas y virales no reactivas. Por agregar eritema y tumefacción en mano izquierda acompañado de impotencia funcional y dolor en pierna contralateral, se solicita ecografía que revela colección abscedada en ambos sitios, por lo que se realiza drenaje arrojando el cultivo del primero resultado positivo para *EBHGA*, sensible a Clindamicina Eritromicina Penicilina y Azitromicina. Realiza tratamiento con Cefotaxime y Vancomicina, 14 y 6 días respectivamente, rotándose a vía oral según sensibilidad, con buena evolución

DISCUSION Las complicaciones supurativas de *EBGHA* son poco frecuentes en la era posantibiótica. La puerta de entrada generalmente es desconocida. Puede ser por contigüidad o por diseminación hematogena produciendo artritis supurada, meningitis, endocarditis, osteomielitis y abscesos. Por lo tanto podemos decir que la Piomiositis a *EBHGA*, es una entidad poco frecuente, asociada a una alta mortalidad. La mayoría no presenta patología crónica previa ni compromiso del estado nutricional. Clínicamente se manifiesta por tumefacción muscular, dolor local intenso, fiebre y eritema

CONCLUSIONES Tener un alto índice de sospecha de infección invasora por *SBHGA* en pacientes inmunocompetentes, con síndromes febriles prolongados o cuadros sépticos, considerando como puerta de entrada fauces, para arribar a un diagnóstico y tratamiento precoz



ID: 117 / P2-M5: 2

Abstract

Palabras clave: : *Staphylococcus aureus*, portación nasal, colonización, niños sanos, sensibilidad, antibióticos.

FRECUENCIA DE COLONIZACIÓN Y SENSIBILIDAD DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN UN GRUPO DE NIÑOS SANOS EN ASUNCIÓN.

Irene BENITEZ¹, Katherina ALFONSO¹, Gladiz VELAZQUEZ², Patricia GIMENEZ¹, Monica RODRIGUEZ¹, Jorge CANESSE², Fabiola MARTINEZ¹, Zoilo MOREL¹

¹HCIPS 1; ²Hospital de clínicas; irenerocio@gmail.com

INTRODUCCIÓN: La portación nasal de *Staphylococcus aureus* (SA) en individuos sanos constituye una fuente potencial de infección. La prevalencia de infecciones por *Staphylococcus aureus* resistentes a la meticilina (SAMR) adquiridas en la comunidad ha aumentado entre los niños sanos. Aunque la epidemiología de la colonización e infección por SAMR en otros países se ha estudiado ampliamente, los datos son limitados en Paraguay.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de la portación nasal por SA y su susceptibilidad antimicrobiana en una población de escolares sanos en Asunción, y evaluar factores de riesgo asociados a la colonización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo y analítico en niños de 5 a 16 años de edad, en dos escuelas públicas y una privada de Asunción, en el periodo comprendido entre junio y julio del 2016. Se recogieron datos demográficos y factores de riesgo para la colonización. Las muestras se obtuvieron por hisopado de narinas. Se realizaron pruebas de susceptibilidad antimicrobiana en Agar Mueller. La sensibilidad de la vancomicina se realizó mediante tiras de E-Test. Los datos fueron analizados mediante el paquete de software EpiInfo.

RESULTADOS: De 344 niños estudiados 92 (26,7%) estaban colonizados por SA, promedio de edad 10,3 años, 53% escolares y 47% adolescentes, relación sexo: F/M: 58%(53)/42%(39), 88% procedente de Asunción. Promedio de 5 habitantes y 2 mascotas por hogar. EL 63% de los niños refirió algún factor de riesgo, enfermedades previas 15%, internación en los últimos 6 meses: 16% de los niños, procedimiento invasivo en 12%, medicación crónica 12% y uso reciente de antibioticoterapia 36%(33), con infecciones recurrentes de piel 4%, y convivencia con personal de salud 12%(11). De los pacientes colonizados por SA, (26,7%) mostraron índice de resistencia: 3% a oxacilina, 12% a eritromicina y clindamicina, 2% a rifampicina y 1% a ciprofloxacina y gentamicina. Todos fueron sensibles a TMP-SMX y vancomicina.

CONCLUSIÓN: En el presente estudio encontramos un estado de portación de SA de 26,7%. Llama la atención la mayor resistencia a clindamicina y macrólidos, lo que coincide con el mayor uso de clindamicina en la práctica hospitalaria para el tratamiento de infecciones relacionadas a SA. Los antecedentes de uso de antibióticos e internación recientes son factores que están relacionados con el estado de portador de SA.



ID: 118/ P1-M3: 6

Abstract

Palabras clave: Hidatidosis en pediatría, quiste hidatídico, Echinococcus granulosus

HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN PEDIATRÍA: 13 AÑOS DE EXPERIENCIA

Luciana MOYA¹, Claudio DE CARLI¹, Dilys AP IWAN², Romina ALESSANDRINI¹¹Hospital Castro Rendon; ²Hospital Centenario; luciana_gmoya@hotmail.com

OBJETIVO: Conocer aspectos epidemiológicos relacionados a la presentación de la hidatidosis hepática (HH) en pediatría y conocer la tasa de complicaciones en pacientes operados con técnica conservadora.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes pediátricos hasta 14 años atendidos en una unidad hospitalaria de derivación entre 2004 y 2017.

Variables: Edad, procedencia, sexo, presentación, localización, tamaño, estadio Gharbi/OMS, número de quistes, tratamiento prequirúrgico (albendazol), cirugía, complicaciones, seguimiento.

RESULTADOS: Se analizaron 43 quistes, 29 pacientes (17 varones). Edad: Mediana 8 años (4-14). 65% (n=19) provenientes de zona rural. El 55% de los quistes fueron únicos.

15/43 quistes fueron sintomáticos, igual proporción se presentaron complicados. El 30,4% asintomáticos (hallazgo incidental).

Tamaño: 10 pequeños (23,3%), 24 medianos (55,8%), 8 grandes (18,6%), 1 sin dato (2,3%).

Los pacientes con quistes grandes se presentaron siempre sintomáticos o con complicaciones relacionadas al quiste (p: 0,01) y que en general éstos eran activos (p:0,04).

51,7% de los pacientes recibieron tratamiento médico.

Complicaciones postquirúrgicas: 3 pacientes bilioma, hemorragia intraquistica, síndrome febril.

Solo se registró seguimiento en 16 pacientes (55%) con una mediana de 20 meses (5-114 meses), 5 mostraron recaída.

Discusión: La enfermedad hidatídica habitualmente se adquiere durante la niñez, localización más frecuente es el hígado (50-60%).

En contraste con la literatura en nuestra serie solo el 39,5% de los quistes fueron únicos y en el 70% la enfermedad fue sintomática. 30% presentó complicaciones propias a la evolución de la enfermedad. El tamaño de los quistes fueron en mayor proporción medianos. El 30% no recibió tratamiento médico.

CONCLUSIÓN: Dado que los datos surgen de pacientes derivados al centro de atención del tercer nivel (mayor complejidad provincial) no podemos conocer en cuantos pacientes el tratamiento médico resultó efectivo y evitó la cirugía. Por tal motivo la información es insuficiente sobre seguimiento alejado, dato clave para definir éxito terapéutico; vemos aquí la oportunidad de realizar mejoras en el primer nivel de atención.

Se necesitan estudios prospectivos para aclarar que factores influyen en la elección del abordaje quirúrgico más adecuado.



ID: 119/P1-M7: 3

Abstract

Palabras clave: cmv congenito pcr papel filtro

CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO, A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Maria GOLE, Florencia SILVESTRINI, Virginia BONARDO, Maria Lucila FERNIE

HOSPITAL BRITANICO.; florsilvestrini@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El CMV es la infección congénita más frecuente, con impacto en diferentes órganos y secuelas a corto y largo plazo. Existen varios métodos de pesquisa, diagnóstico y tratamiento. La subvaloración de esta entidad es una problemática mundial.

OBJETIVOS: Mostrar la utilidad de la PCR para CMV en la sangre del papel de filtro para identificar infección congénita vs adquirida a en 3 casos.

DESCRIPCIÓN: Paciente de 32 días RNT PAEG, con ictericia generalizada, acolia, hepatoesplenomegalia y petequias en miembros superiores; hiperbilirrubinemia a predominio conjugada. Otoemisiones acústicas y VERA patológicos. Viruria para CMV +. Serologías maternas negativas en 1º trimestre, nuevas serologías informan CMV IgG>500, IgM no reactivo.

Paciente de 2 meses RNT BPEG RCIU. UCIN 7 días (ARM 1 día, TGR). Presenta anemia y hepatomegalia. Serologías del paciente: CMV IgG 102, IgM 7.7, CV 6850 copias/ml.

Paciente de 6 meses RNT PAEG. Evaluado a los 2 meses por ictericia prolongada, anemia, aumento de enzimas hepáticas. Se solicita IgG CMV positivo, IgM CMV negativo, CMV en orina: positivo. Ecografía cerebral normal, fondo de ojo: normal, sin secuelas neurosensoriales (Otoemisiones Acústicas Y VERA normal). El paciente persiste con anemia y presenta inmunodeficiencia humoral.

En los tres casos se realiza PCR para CMV en cartón de pesquisa neonatal, resultando positivo.

CONCLUSIÓN: Es importante que la mujer en edad fértil conozca sus serologías para CMV. Posteriormente el control en cada trimestre, inclusive si ya es IgG positiva, ya que existe reactivación. En Argentina no está estandarizado el tamizaje serológico de rutina durante el embarazo.

En los tres casos se presentan dos escenarios: CMV congénito o adquirido, para el diagnóstico, pasados los 15 días de vida, la viruria puede ser positiva en ambos casos. El uso del papel de filtro para esclarecer el tipo de contagio es útil y accesible; ya que la pesquisa neonatal es sistemática y los cartones son guardados por años. Ponemos énfasis en diagnosticar infección congénita vs adquirida, para predecir complicaciones y evolución natural, y así iniciar un tratamiento temprano. Ésta es una de las pocas infecciones congénitas que cuentan con un tratamiento, aunque con un beneficio variable. Las opciones terapéuticas son: Ganciclovir 6 semanas EV o Valganciclovir 6 meses VO. En los tres casos se eligió la segunda opción por presentar mayores beneficios sobre las secuelas neurosensoriales a largo plazo.



ID: 120/ P2-M1: 3

Abstract

Palabras clave: Papilomatosis laríngea, Virus de Papiloma Humano tipo 6.

PAPILOMATOSIS LARÍNGEA ASOCIADA A VIRUS DE PAPILOMA HUMANO TIPO 6

Francisco TABACCO, Martha Nelida LAHOZ, Silvia Alicia SCIACALUGA, Ludmila BORGNA

Sanatorio de Niños; franciscotabacco@hotmail.com

OBJETIVO: Presentar un caso clínico de una paciente pediátrica con diagnóstico de polipomatosis laríngea asociada a Virus de Papiloma Humano (HPV) tipo 6 y sus posibles tratamientos.

DESCRIPCIÓN: Paciente de 3 años con diagnóstico de polipomatosis laríngea que ingresa por cuadro de dificultad respiratoria.

Es evaluada por servicio de cirugía de cabeza y cuello y servicio de otorrinolaringología, se realiza endoscopia respiratoria donde se observa a nivel supraglótico, en corona laríngea, múltiples mamelones que alteran la anatomía normal, no pudiendo distinguirse las estructuras habituales ni las cuerdas vocales. En la región subglótica se visualiza alguna lesión verrucosa pequeña, la tráquea es normal. Durante el mismo acto quirúrgico se realiza traqueostomía. En dicho procedimiento se toma muestra para biopsia, recibiendo luego inmunomarcación positiva para VHP tipo 6.

Se decide utilizar el Protocolo de tratamiento con Vacuna de HPV (tres dosis: al momento, al mes y a los 6 meses) y resección quirúrgica programada de las lesiones, con aplicación local de Bevacizumab, con el objetivo de inhibir la angiogénesis, obstaculizando o interrumpiendo el crecimiento de papilomas y sus complicaciones.

Actualmente la paciente se encuentra realizando dicho protocolo, con buena respuesta al mismo.

COMENTARIOS: Actualmente los tratamientos aplicados en dicha patología no son curativos, siendo los mismos de carácter paliativo. Dichos tratamientos tienen como objetivo mantener una adecuada permeabilidad de la vía aérea y ofrecer al paciente una mejor calidad de vida.

Debido a que los papilomas laríngeos presentan una alta tasa de recidiva, el tratamiento quirúrgico de resección de los mismos debe ser aplicado en reiteradas oportunidades.



ID: 121 / PP: 1

Abstract

Palabras clave: VIH pediátrico, calidad de vida relacionada con la salud, PedsQL® 4.0

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR VIH DE TRANSMISIÓN VERTICAL

Marisa FARINA, Graciela BARBONI, Marcela CANDI, Eduardo GADDI

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde; florentinafarina@gmail.com

OBJETIVOS: Describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes de 5 a 18 años con VIH de transmisión vertical. Analizar si existe diferencia en la percepción de CVRS entre pacientes y sus padres/tutores.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, transversal y analítico. Se utilizó el cuestionario PedsQL®. Se incluyó a pacientes entre 5 y 18 años de edad, con infección VIH de transmisión vertical junto con sus cuidadores. Se consideró un puntaje del PedsQL > 70 como indicador de buena calidad de vida.

RESULTADOS: Se realizaron 54 encuestas a pacientes y sus respectivos padres /tutores. La edad media fue de 13 años; el 56 % (n=30) fue de sexo femenino. El 44% era huérfano de uno o ambos padres. En 24 niños (44%) se diagnosticó el VIH antes de los 18 meses de edad. El 70% (n=38) tenía el diagnóstico delevado. La media de años de tratamiento antirretroviral fue de 9.5 (DS 4.72). El 79% (n=43) recibía ≥ 3 comprimidos/jarabe/día mientras que 13% (n=7) entre 1 a 2. Cuatro no recibían TARV por abandono. Sólo 11 pacientes tenían secuelas (8 bronquiectasias, 2 encefalopatía VIH y 1 hipoacusia). El 89% (n=48) estaba escolarizado y la misma era acorde a su edad en el 87.5%. El 11% (n=6) abandonó la escuela. El 74 % de los niños (n=40) presentó valores de CVRS > 70. Al comparar promedios de CVRS entre pacientes y cuidadores, no hubo diferencia significativa (76.44 vs 77.93, p=0.472). Evaluando la esfera psicosocial por separado, el 40% tuvo puntaje <70. De las subescalas, la más afectada fue la escolar, valores pacientes/cuidadores 67.31 vs 66.13. En subesfera emocional los pacientes presentaron una media de 68.98 vs 71.76 de sus encargados (p=0.472). Las mujeres presentaron valores de CVRS menores que los varones (72.83 vs 80.43; p<0.05), como así también en la subesfera emocional (65 vs. 70). Los valores más altos fueron en la escala física y subescala social con medias de 81.66 y 86.11 respectivamente. Los pacientes sin tratamiento presentaron menor CVRS (mediana 64.67; p=0.048).

CONCLUSIONES: En el presente estudio la mayoría de los pacientes que viven con VIH, refieren buena CVRS total. La esfera psicosocial fue la más afectada, y de ella particularmente la esfera escolar. No se encontraron diferencias significativas entre las percepciones de cuidadores y pacientes.



ID: 122/ P1-M3: 3

Abstract

Palabras clave: hantavirus, síndrome pulmonar hantavirus, distrés respiratorio

SÍNDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Antonela UGOLINI, Luis Pedro FLYNN, Silvia SCIACALUGA, Martha Nélica LA HOZ

Sanatorio de Niños Rosario; antougolini@gmail.com

OBJETIVO: El objetivo es destacar la importancia de la sospecha temprana de infección por hantavirus debido a que una vez instalada la fase cardiopulmonar puede progresar rápidamente con distrés respiratorio y shock refractario y llevar al muerte en 24-48hs.

DESCRIPCIÓN: Paciente masculino de 15 años, oriundo de Pujato (Santa Fe), sano previo, es admitido por cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por síndrome febril con registros de 39°C, decaimiento general y mialgias en miembros inferiores, medicado con paracetamol; 6hs previas a la consulta agrega tos no productiva y signos de dificultad respiratoria. El examen físico de ingreso evidenciaba regular estado general, piel y mucosas pálidas y secas, febril 38,7°C, frecuencia cardíaca 95 latidos/min, tensión arterial 90/50 mmHg, frecuencia respiratoria 35 respiraciones/min, con tiraje intercostal, saturación de oxígeno 90% con oxígeno suplementario mediante cánula nasal, auscultación pulmonar rales subcrepitantes bilaterales. Laboratorio de ingreso: leucocitos 4800 mm³ (70% neutrófilos), Hto 45%, Hb 15 g/dl, plaquetas 80000, VES 6 mm, PCR 7 mg/dl, creatinina 1,29 mg/dl, uremia 32 mg/dl, TGO 65 UI/l, TGP 20 UI/l, LDH 631 UI/l, albumina 3 g/dl, coagulograma normal. Radiografía de tórax: infiltrado pulmonar intersticial difuso bilateral con despegamiento pleural bilateral. Ecografía torácica: derrame pleural bilateral mínimo. Debido a la rápida progresión de la clínica respiratoria, se decide su ingreso a sala de Cuidados Intensivos pediátrico donde se indica oxigenoterapia por máscara con reservorio, reposición controlada de fluidos (con albúmina) y tratamiento antibiótico empírico con ampicilina. A las 72 hs se recibe informe de serología IgM ELISA hantavirus positivo. El paciente permaneció en unidad de cuidados intensivos 5 días por injuria pulmonar moderada sin compromiso hemodinámico, no requirió asistencia respiratoria mecánica ni inotrópicos, evolucionó febril persistente hasta el 6to día de internación, y fue dado de alta a los 10 días del ingreso.

COMENTARIOS: El diagnóstico oportuno, la hospitalización en unidades de Cuidados Intensivos y el apoyo ventilatorio y hemodinámico, han disminuido la letalidad inicialmente reportada del 60-70% a un 30-40% en los últimos años. La letalidad en la Argentina fluctúa en las diferentes provincias en un rango amplio, con un promedio de alrededor del 20%.



ID: 123/ P2-M8: 5

Abstract

Palabras clave: SINDROME HIPERINMUNOGLOBULINA E, PATOLOGÍA INFECTOLÓGICA

LA PATOLOGIA INFECTOLOGICA COMO OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA EN PEDIATRIA

Liliana Angela BERTONI¹, Emilio GALDEANO¹, Alejandra LAMPUGNANI², Fernanda PEREZ³, Paulina BORDON³, Julieta ROMANO³

¹Servicio de Infecología Hospital Dr Guillermo Rawson; ²Servicio de Inmunología Hospital Dr Guillermo Rawson;

³Servicio de Pediatría Hospital Dr Guillermo Rawson; lilibertoni@yahoo.com.ar

OBJETIVO: presentar la patologia infectologica como oportunidad diagnóstica de inmunodeficiencia primaria en pediatría

Descripción:

CASO 1: paciente sexo femenino de 7 años de edad derivada para evaluación de piodermitis recurrente de difícil manejo y eccema severo. Antecedentes de abscesos cutáneos, neumonía y rinoadenoiditis recurrente. Al examen fascie tosca, paladar ojival, piodermitis severa.

IgE 2400, SCORE HIES 38 PUNTOS, LINFOCITOS TH17: DISMINUIDOS

CASO 2: paciente sexo masculino de 2 años de edad. Antecedentes de rinoadenoiditis recurrentes. Ingresó al hospital por impetigo de cuero cabelludo y celulitis de región occipital. En hemocultivo desarrolla *staphylococcus aureus* mr. Durante su internación y a pesar del tratamiento antibiótico dirigido presentó bronconeumonía bilateral con pionesmatocoles, neumotorax bilateral y derrame pleural bilateral.

IgE 5040, SCORE HIES:37 PUNTOS, LINFOCITOS TH17: DISMINUIDOS

CASO 3: paciente de sexo masculino de 12 años de edad con antecedentes de traumatismo en pelvis por caída. Ingresó al hospital por fiebre, dolor e impotencia funcional de cadera derecha. En rnm presenta osteoartritis de articulación sacroiliaca derecha y de hueso iliaco homolateral con trazos de microfracturas. Hemocultivos sin desarrollo. Durante su internación a pesar de tratamiento antibiótico empírico presentó neumonía de base de pulmón derecho, derrame pleural y pericárdico

IgE 2021, SCORE HIES: 23 PUNTOS, LINFOCITOS TH17: EN PROCESO

COMENTARIOS: El síndrome de hiperinmuglobulina e, en la mayoría de los casos presenta síntomas desde la niñez, pero debido a que la enfermedad es infrecuente a menudo pasan años antes de que se realice un diagnóstico correcto

Investigaciones recientes sugieren que la enfermedad es causada por una mutación en el gen stat 3 del cromosoma 4. En los casos en que el estudio genético no es posible, el score desarrollado por gimbacher que puntúa la presencia de diferentes elementos clínicos y de laboratorio presentes en el síndrome sumado al valor de linfocitos th17 permiten definir un diagnóstico probable, aunque no definitivo, como ocurre en los casos presentados.

El tratamiento es de sostén y antibióticos ante la presentación de infecciones y eccema y en ocasiones el uso de gammaglobulina. El índice de sospecha colabora en el diagnóstico precoz.



ID: 124/ P1-M3: 4

Abstract

Palabras clave: HIDATIDOSIS, HIDATIDOSIS QUISTICA, HIDATIDOSIS PULMONAR, EQUINOCOCOSIS

HIDATIDOSIS QUISTICA: A PROPOSITO DE UN CASO.

Claudia Mercedes MERCADO, Maria Alba CASTRO, Alejandra Mariel GENCHI, Maria Alfonsina CIAFARDO MARINO, Graciela Maria BATTISTA

Hospital de Niños Superiora Sor María Ludovica de La Plata 1,2,3,4,5; trocas65@live.com.ar

OBJETIVO: presentar un caso de hidatidosis, señalando la importancia del diagnóstico precoz, a fin de controlar y tratar al paciente en forma oportuna.

DESCRIPCIÓN: La hidatidosis o equinococosis quística es una zoonosis parasitaria producida por el *Echinococcus*, la especie de mayor distribución mundial es el *granulosus*, constituyendo un importante problema de salud pública, por ser una enfermedad endémica, en especial en regiones con actividad ganadera de ovinos, caprinos y porcinos.

Caso clínico: Varón de 13 años de edad, previamente sano. Procedente de zona rural, provincia de Bs. As. Consulta en el mes de octubre/2015 por dolor torácico de 1 día de evolución y fiebre 39°, al examen físico presenta dolor a la compresión torácica y disminución de entrada de aire en base derecha. **Rx tx:** imagen redondeada densa en lóbulo inferior derecho. Se interpreta como neumonía redonda, se medica con amoxicilina 100mg/kg/día, 10 días. Control a las 48 hs, afebril, hipoventilación base derecha, completa tratamiento antibiótico. Al 5° día, clínica y radiología sin cambios. Se solicita laboratorio y serología hidatidosis, PPD, ecografía abdominal y TAC pulmonar.

TAC pulmonar: en topografía lateral de LID imagen redonda de contenido líquido y densidades negativas con márgenes netos, presenta discreto realce con el contraste, mide 70 mm x 51 mm x 60 mm.

Ecografía abdominal normal / Anticuerpos para hidatidosis negativo.

En febrero/2016 cirugía indica quistectomía videotoracoscópica, permanece internado 15 días; se medica con ampicilina sulbactam 150 mg/kg/día E.V.(10 días) y albendazol 400 mg c/12 hs V.O. (3 ciclos 28 días c/10 de descanso). Anatomía patológica confirma diagnóstico.

COMENTARIO: es importante la sospecha clínica ante la presencia de un tumor quístico (único o múltiple), imagen ecográfica sospechosa en catastros poblacionales y antecedentes epidemiológicos. Existen aún limitaciones operativas de los Servicios de Salud en el desarrollo de programas de controles, lo cual señala la necesidad de ajustar las actividades con enfoque de riesgo, concentrando acciones en las áreas rurales en donde aún se mantienen altos niveles de transmisión.



ID: 125/ P2-M8: 6

Abstract

Palabras clave: Vacuna, Rotavirus, Diarrea, Argentina

ESTUDIO DEL IMPACTO DE LA VACUNACION ANTIROTAVIRUS EN MENORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA, 2016. ANALISIS BASADO EN LA VIGILANCIA CLINICA Y POR LABORATORIOS

Juan Ignacio DEGIUSEPPE, Juan Andrés STUPKA, * RNVLGV

INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"; jdegiuseppe@anlis.gov.ar

OBJETIVO. Evaluar el impacto de la incorporación de la vacuna antirotavirus al Calendario Nacional en los casos de diarrea aguda en menores de 5 años en Argentina en el año 2016.

MATERIAL Y MÉTODO. Se construyó el corredor endémico semanal de los casos de diarrea aguda en menores de 5 años notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS-C2) del año 2016. Asimismo, se analizó la distribución de los casos positivos para Rotavirus del mismo período, en comparación con los años 2013-2015. Esta información se obtuvo de la notificación agrupada por Semana Epidemiológica del grupo de eventos Diarreas Virales del Sistema Nacional de Vigilancia por Laboratorios (SNVS-SIVILA).

RESULTADO. Durante las primeras 10 semanas del año, se observa una fluctuación de los casos notificados de diarrea aguda entre las zonas de seguridad, alerta y brote. A partir de la semana epidemiológica (SE) 11 hasta la 35, los casos mostraron una significativa disminución en comparación con años anteriores, ubicándose en zona de éxito. Entre las SE 37-41 los casos regresan a la zona de seguridad y alerta y en el final del período, los casos se ubican en la zona de éxito. En comparación con el año 2015, se observó una disminución global de los casos de diarrea aguda notificados de 16,5% y, en particular durante la época de otoño e invierno, del 32,5%. Al analizar la información específica de los casos de Rotavirus volcada al SNVS-SIVILA del 2016, la prevalencia global disminuyó el 50,2% con respecto a la media del período 2013-2015. Asimismo, se observó una pronunciada disminución del pico estacional esperado (otoño-invierno). Por otra parte, la mayor actividad se concentra entre las SE 32-40, es decir, alrededor de 10 semanas después de lo que se observaba con anterioridad. Es importante destacar la concordancia en los resultados provenientes de dos fuentes diversas de información (vigilancia clínica vs. por laboratorios) debido a que ambos demostraron una marcada disminución en la carga de enfermedad diarreica en las semanas en las que históricamente se reporta mayor actividad de Rotavirus.

CONCLUSIONES. Los análisis realizados indican que la intervención tuvo un impacto positivo en la población estudiada, de forma similar a lo observado en los países de la región que ya implementaron esta estrategia. Por lo tanto, se considera necesario contar con sistemas de vigilancia eficientes que permitan evaluar la carga de esta enfermedad en un contexto postvacunal.



ID: 126/ P2-M7: 1

Abstract

Palabras clave: *Kingella kingae*, infección osteoarticular, pediatría

PRESENTACIONES ATÍPICAS DE INFECCIONES OSTEOARTICULARES POR *KINGELLA KINGAE* EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Ana Cristina MEDRANDA, Maria Eugenia PANNUNZIO, Carolina CARBALLO, Eliana ANTELIZ, Carlos VERGARA LOBO, Sabrina SCHIAVINO, Christian CAMPOVERDE, Constanza LOVRICS, Claudia Inés CAZES, Eduardo Luis LOPEZ

Hospital de niños Ricardo Gutiérrez; anicris686@hotmail.com, eugeniapannunzio@gmail.com

INTRODUCCIÓN: *Kingella kingae* (KK) se ha reconocido en los últimos años como un microorganismo emergente causante de infección osteoarticular en niños menores de 48 meses. La colonización orofaríngea es el factor predisponente para el desarrollo de enfermedad invasiva, afectando principalmente al tejido osteoarticular y en menor frecuencia al endocárdico. KK es una bacteria gram negativa cuya identificación en medios de cultivo habituales es difícil. A diferencia de otras infecciones osteoarticulares, las causadas por KK se suelen presentar con una baja respuesta inflamatoria sistémica y baja tasa de complicaciones.

OBJETIVO: Describir formas de presentación atípica o infrecuente de infecciones osteoarticulares por KK entre enero de 2010 y diciembre de 2016.

RESULTADOS: En el período comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2016 se estudiaron 8 pacientes con infecciones osteoarticulares por KK. Cinco se manifestaron con compromiso monoarticular, en menores de 48 meses. Sin embargo, 3 (37.5%) lo hicieron de manera inusual.

CONCLUSIONES: La miositis, el compromiso poliarticular o la espondilodiscitis en un niño de 8 años, representan formas inusuales de presentación.

Se constató una presentación clínica insidiosa en todos los pacientes estudiados, registrándose como mínimo 7 días de evolución de los síntomas hasta la internación.

Ningún paciente presentó elevación importante de los reactantes de fase aguda.

En los 3 casos el tratamiento empírico debió adecuarse al aislamiento microbiológico a través de la toma de muestra del sitio de infección.



ID: 127 / P2-M3: 1

Abstract

Palabras clave: vacuna antigripal, niños, pediatría, adherencia, dos dosis

ADHERENCIA AL ESQUEMA DE VACUNACION ANTIGRI PAL EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES

Pablo BONVEHI, Alejandra SILVA, Mirtha VALDEOLMILLOS, Mariano DIAZ, Ricardo RÜTTIMANN

Fundación Vacunar; alejandrasilva@vacunar.com.ar

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los niños menores de 5 años y, en particular los menores de 2 años, son los que tienen mayor riesgo de complicaciones por influenza. Estas se observan aún en niños sin patología previa que representan el 50% de los casos.

La vacuna antigripal es la principal herramienta de prevención.

Todos los niños hasta los 8 años requieren dos dosis si no fueron vacunados previamente. Aquellos de 6 a 12 meses de edad siempre requieren dos dosis como esquema primario. Ambas son fundamentales para proveer protección efectiva y el intervalo entre las mismas debe ser de 1 mes. De acuerdo a las recomendaciones nacionales, la meta es lograr coberturas de al menos 85% en la segunda dosis.

El objetivo del presente estudio es evaluar el cumplimiento de la aplicación de la segunda dosis y el intervalo entre ambas en niños de 6 a 12 meses que asisten a una red de vacunatorios privados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo donde se incluyeron todos los niños de 6 a 12 meses que recibieron la vacuna antigripal en los años 2015 y 2016 en vacunatorios privados de una misma institución localizados en CABA, conurbano bonaerense y ciudad de Mendoza. Se revisó la base de datos de los niños vacunados de marzo a octubre de cada año y se estableció la proporción que cumplió además, con el intervalo de 1 mes entre ambas aplicaciones.

RESULTADOS: Adherencia al esquema de dos dosis de vacuna antigripal en niños de 6 a 12 meses durante los años 2015 y 2016 (marzo a octubre):

Año 2015:

- » Población vacunada (N): 7.433
- » Única dosis (N y %): 3.623 (48,74)
- » Dos dosis (N y %): 3.810 (51,25)
- » Cumplimiento del intervalo de 1 mes (N y %): 3.048 (80,00)

Año 2016:

- » Población vacunada (N): 8.341
- » Única dosis (N y %): 3.638 (43,61)
- » Dos dosis (N y %): 4.703 (56,38)
- » Cumplimiento del intervalo de 1 mes (N y %): 3.528 (75,00)

CONCLUSIONES: Los resultados del presente trabajo muestran que la adherencia a la aplicación de la segunda dosis se observó en menos de la mitad de los niños. Este hallazgo no difiere mayormente con los datos de cobertura de segunda dosis en niños vacunados en el ámbito público que no supera el 60%. Por otro lado, en aquellos que adhirieron al esquema de dos dosis, se observó un alto cumplimiento del intervalo recomendado.

Durante la campaña de vacunación del presente año (2017), se establecerán estrategias para incrementar coberturas de segunda dosis y si fueran efectivas, implementarlas.



ID: 128/ P1-M6: 4

Abstract

Palabras clave: Fiebre, exantema, hipotensión, sepsis, shock

SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO ESTAFILOCÓCICO EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO

Julia GRIGIONI^{1,5}, Diana CABANILLAS^{2,5}, Sofia BASTONS^{3,5}, Mara MAYDANA^{3,5}, Juan Carlos MORALES^{4,5}

¹Residencia Clínica Pediátrica; ²Unidad inmunología; ³Residencia Infectología Pediátrica; ⁴Servicio de Infectología;

⁵Hospital de niños Sor Maria Ludovica; grigionijulia89@gmail.com

OBJETIVO: describir características clínicas y de laboratorio del síndrome de shock tóxico estafilocócico, abordaje inicial y diagnósticos diferenciales a partir de un caso clínico.

DESCRIPCIÓN: paciente masculino de 13 años de edad que acude a la guardia por presentar fiebre de 5 días de evolución, vómitos y diarrea. Al examen físico, paciente en mal estado general, obnubilado, hipotenso, con exantema eritematomacular generalizado de aspecto morbiliforme, ictericia, hepatomegalia, esplenomegalia, conjuntivitis bilateral, lengua aframbuesada y onicomicosis en manos y pies.

Debido a la falta de mejoría clínica con la reanimación inicial, se decide traslado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, interpretándose el cuadro como shock séptico a descartar etiología: infecciosa (sepsis por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Leptospira* spp., Hantavirus, Dengue, virus de Epstein- Barr (VEB), Citomegalovirus (CMV), entre otros), síndrome hemofagocítico secundario (*Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumoniae*, VEB, CMV, virus herpes simplex, Parvovirus B19).

Se realizaron estudios complementarios de laboratorio iniciales con valores alterados en el hepatograma, función renal, coagulograma y plaquetopenia.

Inició tratamiento con piperacilina tazobactam, vancomicina y clindamicina.

Durante la internación no se aislaron microorganismos de los cultivos realizados (hemocultivos, urocultivo, cultivo de líquido cefalorraquídeo, cultivo de hisopado de fauces, aspirado traqueal virológico y bacteriológico) ni serologías que justifiquen infección aguda (VEB, CMV, *Mycoplasma pneumoniae*, *Toxoplasma gondii*, Parvovirus B19, Herpes simplex tipo 1 y 2, virus de la hepatitis A, B Y C, virus de la inmunodeficiencia humana, Hantavirus, *Leptospira interrogans* y Dengue).

Debido al estado crítico del paciente y a pesar de cumplir parcialmente los criterios de síndrome hemofagocítico, se decidió iniciar tratamiento con esteroides.

Evolucionó favorablemente y presentó descamación en tronco y miembros a los 10 días de iniciado el cuadro.

COMENTARIOS: el síndrome de shock tóxico estafilocócico es una entidad infrecuente, que se presenta como sepsis con cultivos negativos. Debe cumplir con criterios establecidos dentro de los cuales son obligatorios la fiebre, el exantema, la hipotensión y la descamación al finalizar el cuadro. Sus manifestaciones se pueden superponer con otras entidades siendo de especial importancia la sospecha clínica para llegar al diagnóstico.



ID: 129/ P2-M4: 5

Abstract

Palabras clave: Espondilitis, Pila botón

ESPONDILITIS SECUNDARIA A INGESTA DE PILA BOTÓN

Sabrina SCHIAVINO, Walter YFRÁN, Ana MEDRANDA, Maria Cécilia GONÇALVES NEIRA NOVO, Sofía ESPOSTO, Constanza Catalina LOVRICS, Carolina CARBALLO, Maria Laura PRAINO, Claudia CAZES, Eduardo Luis LÓPEZ

Htal. Ricardo Gutierrez; schiavinsabry@hotmail.com

OBJETIVO: Con los años, los accidentes relacionados a la ingesta de pilas botón han aumentado, dado el avance de la tecnología. La mayoría presenta una evolución benigna, aunque dado que pueden causar graves daños, de encontrarse en esófago deben ser removidas.

Las pilas botón pueden hallarse en audífonos, controles remotos, relojes y juguetes. La frecuencia de accidentes es más alta en ancianos, y en niños de 1 a 3 años, con predominio en varones.

En Estados Unidos, se ha reportado una frecuencia de 9.8 casos/millón de habitantes en el 2015, con un 3% de secuelas moderadas, graves o muerte.

Las complicaciones incluyen perforación y estenosis esofágica, generación de fistulas con grandes vasos o la tráquea, mediastinitis y espondilitis.

DESCRIPCIÓN: Paciente de 21 meses de edad que consulta por tortícolis. Presenta antecedentes de bronquiolitis, y extracción de pila botón de esófago 20 días antes. Se retira la pila, con esofagoscopia con lesión negruzca con membrana sangrante. Recibió durante la internación 48 hs de tratamiento con ampicilina - sulbactam y dexametasona, cumpliendo al alta 5 días totales con con amoxicilina - ac. Clavulánico.

Dado antecedente, se solicita valoración por endoscopia, que indica realizar radiografía de perfil cervical observándose ensanchamiento de tejido prevertebral. Se solicita laboratorio (GB 11900 (41NS 48L) PCR 0.3 VSG 55), hemocultivos (negativos), y se indica antibioterapia empírica con cefotaxime y clindamicina.

Se solicita esofagograma, que informa estrechamiento en tercio superior de esófago, y resonancia magnética nuclear donde se observa alteración de tejidos prevertebrales y vértebras en 1º, 2º y 3º vértebra dorsal, compatibles con osteomielitis, con compromiso de partes blandas que circunda al esófago. Se asume osteomielitis con colección prevertebral.

Cumple 14 días de tratamiento con cefotaxime y clindamicina con buena respuesta, rotándose esquema a vía oral con trimetoprima sulfametoxazol y amoxicilina - ácido clavulánico durante 5 meses más.

COMENTARIOS: La ingesta de pila botón es un evento de importante riesgo potencial. Dado que en más de la mitad de los casos la ingesta no es presenciada debe tenerse alto índice de sospecha.

Se cuenta actualmente con protocolos para tratamiento del evento, y se plantea la posibilidad de cobertura antimicrobiana profiláctica según el grado de lesión. De presentarse complicaciones, las mismas deberán ser valoradas para la instauración de un esquema antimicrobiano adecuado.



ID: 130/ P1-M5: 1

Abstract

Palabras clave: artritis séptica, cadera, streptococcus, agalactiae, lactante

ARTRITIS SEPTICA DE CADERA A STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN UN LACTANTE.

María de Lourdes FATTORI, Silvana Natali AROCHA, María de los Ángeles DONATO, Natalia FERNANDEZ, Pilar RODRIGUEZ ALASSIA, María de los Ángeles ASTBURY, Mónica FERNANDEZ

Hospital de Niños Zona Norte; naty_arocho05@hotmail.com

OBJETIVO: Comunicar nuestra experiencia acerca de la afección articular por *Streptococcus agalactiae* como manifestación de infección neonatal tardía.

Descripción: Paciente de 40 días de vida, eutrófica, completamente inmunizada, con antecedente personal de ictericia neonatal. Consulta por cuadro de 72 horas de evolución caracterizado por dolor a la movilización de cadera izquierda. A su ingreso se encontraba afebril, de buen estado general y se constata limitación a la rotación de cadera izquierda con dolor que lleva a posición antalgica en flexión. Servicio de traumatología realiza punción y posterior artrotomía de cadera afectada por sospecha de artritis séptica, con drenaje de material purulento que se envía a cultivo. Se indica clindamicina y ceftriaxona a dosis habituales, previa toma de hemocultivos.

Se recibe cultivo de líquido articular positivo a *streptococcus agalactiae*, reasumiéndose el cuadro como osteoartritis de cadera izquierda por siembra hematógena. Cabe destacar el antecedente materno de no haber realizado cultivo de flujo vaginal durante el tercer trimestre del embarazo. Servicio de infectología decide rotar terapéutica a ampicilina y gentamicina, previa toma de muestra de líquido cefalorraquídeo para cultivo, que se informa negativo con citofisicoquímico normal.

Con hemocultivos negativos y buena evolución clínica, completa catorce días de tratamiento con ampicilina y se decide su alta hospitalaria continuando con antibioticoterapia vía oral.

COMENTARIOS: El *Streptococcus agalactiae* coloniza con frecuencia el tracto gastrointestinal y el aparato genitourinario de la embarazada, y por transmisión vertical es causante de sepsis neonatal de comienzo precoz o tardío.

La afección osteoarticular es una forma poco frecuente de presentación de la infección tardía por estreptococo del grupo B. Su importancia radica en el hecho que se trata de una manifestación local de una infección sistémica que con frecuencia afecta al sistema nervioso central, por ende es importante sospecharla a fin de iniciar tratamiento antibiótico precoz.

Además debemos resaltar la importancia de la detección de gestantes portadoras del *Streptococcus agalactiae*, ya que permite el tratamiento profiláctico intraparto y de esta manera reduce la transmisión neonatal y sus consecuencias.



ID: 131 / P2-M3: 4

Abstract

Palabras clave: shock, toxico, streptococcus, pyogenes, varicela

SHOCK TOXICO A STREPTOCOCCUS PYOGENES ASOCIADO A VARICELA

Silvana Natali AROCHA, María de los Ángeles DONATO, María de Lourdes FATTORI, Natalia FERNANDEZ, Pilar RODRIGUEZ ALASSIA, María de los Ángeles ASTBURY, Laura MORALES

Hospital de Niños Zona Norte; naty_arocho05@hotmail.com

OBJETIVO: Comunicar nuestra experiencia sobre el síndrome de shock toxico a Streptococcus pyogenes como complicación asociada a la varicela.

DESCRIPCIÓN: Paciente de 4 años de edad, eutrófico, previamente sano, incompletamente inmunizado. Ingresó a UCIP con diagnóstico de shock séptico, cursando cuarto día de periodo de estado de varicela. Se medicó con clindamicina, ceftriaxona y vancomicina, previa toma de hemocultivos. Requiere reanimación con cristaloides, inotrópicos, hidrocortisona, transfusión de glóbulos rojos y asistencia mecánica respiratoria por síndrome de dificultad respiratoria. Presentaba laboratorio con leucocitosis y desviación a la izquierda, uremia 74mg%, creatininemia 1,03mg/dl, GOT 90UI/l, GPT 76UI/l y TP 10,3seg para un testigo de 8seg; recibiendo conjuntamente el resultado de hemocultivos positivo a Streptococcus pyogenes, se resume el cuadro como shock toxico. Presento panserosistis, requiriendo drenaje de derrame pleural y diuréticos por derrame pericárdico.

En día 7 de evolución se observa tumoración axilar y torácica izquierda con signos de flogosis. Se realiza ecografía con sospecha de miositis, ampliándose estudio con tomografía axial computada. Se adopta conducta expectante por parte de servicio de cirugía.

Con hemocultivos posteriores negativos, completa 14 días de vancomicina.

A su ingreso a sala general por persistencia de curva febril se reitera tomografía de tórax evidenciándose múltiples colecciones en músculos de la región de parrilla costal izquierda, por lo que servicio de cirugía realiza drenaje quirúrgico en 3 oportunidades, con toma de cultivo. Los mismos se informan positivos a stafilococcus hominis meticilino resistente, con resistencia clindamicina y eritromicina, por lo que servicio de infectología indica vancomicina a dosis habituales.

Presenta franca mejoría clínica y de la curva febril, por lo que en día 34 de internación se rota antibioticoterapia a trimetopim-sulfametoxazol, otorgándose el alta hospitalaria.

COMENTARIO: La varicela es una enfermedad exantemática frecuente en la infancia, y la infección de piel y partes blandas es la complicación bacteriana más frecuente.

La enfermedad invasiva por estreptococo beta-hemolítico del grupo A (SBHGA) afecta a la mitad de pacientes con varicela, y puede desencadenar un cuadro de shock toxico potencialmente fatal. Por ende hacemos énfasis en alta sospecha clínica a fin de arribar a un diagnóstico precoz y tratamiento inmediato, evitando la alta morbimortalidad.



ID: 132/ P1-M8: 2

Abstract

Palabras clave: *Criptococco en adolescentes*

CRIPTOCOCOSIS MENINGEA EN TRES ADOLESCENTES CON SIDA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE.

Maria Eugenia OLIVA¹, Maria Elena NARDIN², Alicia NAGEL², Gustavo EZCURRA¹¹Hospital de niños Dr Orlando Alassia; ²Hospital Jose M Cullen; olivaeugenia@yahoo.com.ar

INTRODUCCION: La Criptococosis es una micosis sistémica oportunista, producida por *Cryptococcus neoformans*, una levadura capsulada con afinidad por el sistema nervioso central. La alteración de inmunidad de células T constituye el principal factor de riesgo, más aun en pacientes con VIH/SIDA. Es 5 a 10 veces más frecuente en adultos que en niños, en descenso desde la existencia del HAART. Demostramos el hallazgo de esta patología en 3 adolescentes con SIDA.

CASOS CLÍNICOS: se evaluaron tres historias clínicas retrospectivamente de pacientes con SIDA más alteración del sensorio y fiebre, que fueron atendidos en el HNOA de Santa fe

Caso 1: Niño de 12 años, oriundo de la ciudad de Las Tosca, con SIDA, transmisión vertical, ingresa cefalea frontal.

Cultivos en sangre y LCR desarrollo de *Cryptococcus neoformans*. CD4 menor a 100mm, sin carga viral. Comienza tratamiento con antifungicos . Fallece a la semana de tratamiento efectivo.

Caso 2: Niña de 14 años, oriunda de la ciudad de Santa fe, con SIDA, diagnostico actual, con alteración de la conciencia y de pares craneales, evidenciándose en imágenes masa ocupante de espacio en tálamo derecho.

Cultivos negativos, antigenorraquia positiva en dos oportunidades 1/1028. Carga viral 25800 copias/ml, CD4 22 cel/ul. Comienza con tratamiento efectivo. Alta a los 35 días de su ingreso, con buena evolución.

Caso 3: Niña de 13 años, oriunda de la ciudad de Rafaela, con cefalea mas alteración del sensorio, SIDA, transmisión vertical, con antecedentes de meningitis por Criptococo en septiembre de 2015.

Cultivos negativos, antigenorraquia positiva, CV < 40 copias/ml y CD4 200 cel /ul (21.85). Evoluciono bien al tratamiento antifungico y se otorga el alta hospitalaria a los 14 días

Uno solo falleció y los otros dos evolucionaron favorablemente, quizás por la rapidez de instauración de los antifungicos, el mejor estado inmunológico, y la fungemia negativa.

COMENTARIOS: Motiva la presentación de estos casos la importancia de considerar a esta patología en niños con SIDA como causa severa de morbimortalidad, su diferente evolución según el estado inmunológico del paciente, su escasa frecuencia en la era HAART y sobre todo su presentación más frecuente en niños mayores que en niños pequeños.



ID: 133/ P2-M1: 6

Abstract

Palabras clave: Rotavirus, vacunas, inmunodeficiencia, diarrea persistente, inmunocomprometido.

ROTAVIRUS DE ORIGEN VACUNAL EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA COMBINADA SEVERA

Maria Juliana PALAU¹, Maria Florencia GIL¹, Juan Ignacio DEGIUSEPPE², Sofia BASTONS³, Lorena REGAIRAZ⁴, Diana CABANILLAS⁴, Cecilia VESCINA¹

¹Sala de Microbiología. HIAEP "Sor María Ludovica". La Plata, Argentina.; ²Laboratorio de Gastroenteritis Virales. INE-ANLIS "Dr. Carlos C. Malbrán". CABA, Argentina.; ³Servicio de Enfermedades Infecciosas. HIAEP "Sor María Ludovica". La Plata, Argentina.; ⁴Servicio de Inmunología. HIAEP "Sor María Ludovica". La Plata, Argentina.; mjulianapalau@gmail.com

OBJETIVO: Describir un caso de diarrea persistente por Rotavirus de origen vacunal en un niño con inmunodeficiencia combinada severa (IDCS).

DESCRIPCIÓN: Paciente masculino, nacido pretérmino sin complicaciones. Recibió dos dosis de vacuna Rotarix® a los 2 y 4 meses de edad.

Se interna a los 5 meses de edad, por presentar síntomas de bronquiolitis, muguet, intolerancia oral y estancamiento ponderal. Se realiza el diagnóstico de BCGitis diseminada con compromiso meníngeo. Presenta una severa linfopenia T (recuento de células CD3+ 0,1%, 2cel/mm³) e hipogammaglobulinemia con IgG: 1,38g/L (Valor normal: 1,97-9,97). Se realiza el diagnóstico de IDCS y se confirma por la presencia de una mutación en el gen IL2RG (IDCS ligada al X).

Al día 24 de internación comienza con diarrea. El rotavirus fue hallado en 4 muestras consecutivas tomadas con intervalo de una semana. El virus fue detectado por técnicas comerciales de inmunocromatografía. Mediante genotipificación y secuenciación de las proteínas VP7, VP4 y NSP4 se demostró el origen vacunal de las cepas. No se detectó viremia en este paciente.

A los 7 meses de edad, se realizó trasplante haploidéntico con la madre. El día 3 post trasplante presenta nuevamente diarrea con resultados persistentemente positivos durante 2 meses más. Posteriormente, en las muestras de materia fecal no se detectan antígenos de rotavirus, a pesar de no haber logrado la reconstitución de células T, a diferencia de lo que se describe en la bibliografía.

COMENTARIOS: Las vacunas a virus vivo y atenuado, como las disponibles para rotavirus, están contraindicadas en pacientes con IDCS. En ausencia de screening neonatal para inmunodeficiencias se administran previo al diagnóstico, resultando en una diarrea severa y persistente, que en muchos casos se acompaña además de viremia. La infección se resuelve sólo cuando se produce la reconstitución de los linfocitos T tras el trasplante.

Describimos este caso, ya que existen escasos reportes a nivel mundial, no con el fin de cuestionar los beneficios de las vacunas en la población general, sino de concientizar acerca de la seguridad de estas vacunas en paciente severamente inmunocomprometidos y remarcar la necesidad de detectar tempranamente la IDCS.



ID: 134/ P1-M7: 5

Abstract

Palabras clave: fiebre, menor de 3 meses, internación

MANEJO DEL LACTANTE FEBRIL SIN FOCO MENOR DE 3 MESES EN INTERNACIÓN

Carlos Javier ROJAS MOLINA, Ruth Martina GALLARDO, Deborah Lilian GAY, Cesar Gustavo RODRIGUEZ, Natalia DE APELLANIZ, María Melania DE SALVO, Jesica Natalia TAIMAN

HOSPITAL CHURRUCA; vmolina@intramed.net

OBJETIVO: Evaluar el manejo de lactantes febriles sin foco clinico menores de 3 meses de edad internados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo en el que se evaluaron las historias clínicas de niños de 29 a 90 días de vida internados con diagnostico de fiebre sin foco clínico evidente entre los meses enero y diciembre de 2016. Se consideraron las siguientes variables: edad, género, escala de Rochester, toma de cultivos, tratamientos recibidos y días de internación.

RESULTADOS: De 2028 pacientes internados en el periodo estudiado resultaron 128 menores de 3 meses de los cuales el 19,5% (25) se internaron con diagnostico de fiebre sin foco clínico. El 60% fueron varones. Se realizaron hemocultivos a 19 (76%) de ellos con resultados todos negativos y urocultivo a 18 pacientes (72%) obteniendo el 39% (7/18) resultado positivo. Punción lumbar se realizo a 10 pacientes de los cuales tres tuvieron citoquimico de LCR patológico con cultivos negativos y en solo uno de éstos se rescato enterovirus. Un paciente evoluciona a una bronquiolitis por VSR. Recibieron tratamiento antibiótico (ATB) el 52% (13/25) pacientes, mientras que con el resto se asumió conducta expectante. Todos los pacientes que no cumplan con los criterios de Rochester recibieron tratamiento ATB. La media de días de internación fue de 4,96 días y la mediana de 2 días.

CONCLUSION: El foco infeccioso más frecuente en nuestra casuística fue el urinario sin bacteriemia, seguido en menor medida por el meningeo. No se registraron bacteriemias. En casi la mitad de los pacientes se mantuvo conducta expectante con evolución favorable de manera que podríamos mantener esta conducta en niños que presentan bajo riesgo de presentar infección bacteriana severa.



ID: 135/ P1-M6: 1

Abstract

Palabras clave: Infecciones por Pyogenes

INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES (SP) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: 2010-2016

Maria Eugenia OLIVA, Claudia GODOY, Debora GOMEZ, Mercedes HEINRICH, Maria Laura ZURBRIGGEN, Maria Jose BLESA, Carolina ARO, Gabriela DEGIOVANNI, Liz VELEZ, Maria Rosa BARONI, Gustavo EZCURRA

Hospital de niños Dr Orlando Alassia; olivaeugenia@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN: Las infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* (IISP) presentan alta morbimortalidad en niños.

OBJETIVOS: Describir incidencia, factores predisponentes y características clínicas de niños internados por IISP en nuestro hospital en el periodo 2010-2016.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, basado en laboratorio, de IISP en niños internados, evaluando edad, sexo, focos clínicos iniciales y tardíos, patología crónica previa, factores predisponentes, tratamiento y evolución.

RESULTADOS: se estudiaron 40 pacientes. Incidencia de 4,5 casos/10000 egresos. Mediana de edad 60 meses; 1 solo paciente con patología crónica previa, con factores predisponentes 72 %. Las formas de presentación más frecuentes fueron piel y partes blandas en 25, osteoarticulares en 9, sepsis en 2, fiebre sin foco en 2, meningitis en 2 y síndrome de shock tóxico en 1. No tuvimos casos de fascitis necrotizante. Se aisló SP en hemocultivos en 14 episodios. Nueve requirieron ingreso a UCIP y 16 drenaje quirúrgico. El promedio de internación fue de 8 días. La tasa de letalidad fue del 2,5 %.

CONCLUSIONES: La mayoría de las IISP se presentaron en pacientes sin patología crónica previa. Los focos de presentación, frecuentemente con bacteriemia, fueron la piel y las partes blandas. La letalidad fue menor a otras publicaciones.



ID: 136/ P1-M8: 3

Abstract

MENINGITIS Y ARTRITIS SÉPTICA POR NEISSERIA MENINGITIDIS B: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mara MAYDANA, Agostina FINOCCHI, Mariel GARCIA, Valeria URIARTE, Juan Carlos MORALES, Marta VINUESA, Maria Fernanda SOSA, Sofia BASTONS

HIAEP sor maria ludovica; agostina.finocchi@yahoo.com.ar

OBJETIVO: presentar un caso clínico de paciente con artritis séptica (AS) de rodilla derecha y meningitis por meningococo B.

DESCRIPCIÓN: Paciente masculino de 8 años que ingresa en enero de 2017 al servicio de infectología pediátrica por presentar dolor, tumefacción e impotencia funcional de rodilla derecha de 48 hs de evolución asociado a fiebre. A su ingreso se realiza artrocentesis obteniéndose líquido purulento (8750 elementos, 80%PMN) por lo que se interpreta el cuadro clínico como AS. Inicia esquema antibiótico con trimetoprima- sulfametoxazol y clindamicina. Durante el primer día de internación, el paciente comienza con cefalea, fotofobia y rigidez de nuca. Se realiza punción lumbar, obteniéndose líquido cefalorraquídeo (LCR) purulento, glucorraquia 0,35 g/l y proteinorraquia 2,52 g/l por lo que se decide rotar esquema antibiótico a ceftriaxona-vancomicina. Resultado de cultivo de LCR y líquido sinovial: Neisseria meningitidis B. Hemocultivos negativos. Se realiza interconsulta con inmunología. HIV negativo, valores de complemento normales sin asplenia funcional o anatómica. El paciente evolucionó favorablemente resolviendo sintomatología 24hs posterior a tratamiento antibiótico, cumple 7 días de ceftriaxona EV y egresa en buen estado general, con amoxicilina vía oral, continuando en seguimiento por servicio de infectología e inmunología.

COMENTARIOS: La AS por meningococo es una etiología infrecuente, siendo el serogrupo más implicado es el W135. Se describen dos mecanismos patogénicos: invasión bacteriana directa de la articulación, durante una bacteriemia por meningococo (AS de inicio temprano o artritis meningocócica primaria (AMP), y AS de inicio tardío, por depósito de inmunocomplejos articulares. LA AS de inicio temprano se presenta en el 5% de los casos de meningococcemia y puede acompañarse de meningitis en 0-26% de los casos. El tratamiento se basa en antibioticoterapia endovenosa y se recomienda drenaje articular para acortar la duración de los signos y síntomas, y prevenir la destrucción articular. El pronóstico es bueno, raramente se observan secuelas a largo plazo. Se recomienda en todos los casos evaluación inmunológica ya que los niños con deficiencia de complemento tienen riesgo aumentado de desarrollar infecciones por meningococo.



ID: 137 / P2-M7: 3

Abstract

Palabras clave: INFECCIONES INVASIVAS, HAEMOPHILUS INFLUENZAE

ENFERMEDADES INVASIVAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B EN 2 CENTROS DE SALUD. MONTEVIDEO-URUGUAY (2012-2016)

Ana Cecilia NIEVES JANAVEL, Lucia FERNANDEZ FORENS, Stella GUTIERREZ, Cristina ZABALA, Gustavo GIACHETTO, Patricia BARRIOS

Centro Hospitalario Pereira Rossell- Montevideo Uruguay; cecilianieves@hotmail.com, lfernandezforens@gmail.com, maressol@chasque.net

INTRODUCCIÓN: La infección por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) puede causar infecciones invasivas. Uruguay en 1994 fue el primer país en Latinoamérica en introducir la vacuna a su esquema obligatorio con disminución significativa de las infecciones. A partir del año 2012 se registró un aumento del número de casos.

OBJETIVO: Describir las infecciones invasivas por Hib en niños en el periodo 2012-2016 en dos instituciones de Montevideo.

Métodología: Estudio descriptivo con pacientes ingresados entre enero 2012 a diciembre 2016. Variables analizadas: sexo, edad, procedencia, número de dosis de vacuna, fallo vacunal, lugar de aislamiento, días hospitalización, requerimientos de cuidados intensivos y evolución.

RESULTADOS: Se registraron 22 casos de enfermedad invasiva. Mediana de edad 8 meses (3-32 meses). Catorce tenían esquema de vacunación vigente. Once presentaron factores predisponentes: inmunización incompleta, tabaquismo intradomiciliario y guardería. Dieciséis presentaron fallo vacunal. Trece presentaron meningoencefalitis aguda supurada, seis neumonía. Los demás epiglotitis, celulitis y bacteriemia. Aislamiento de Hib: 13 LCR, 9 hemocultivos y 2 líquidos pleurales. La mediana de días de hospitalización 14 (6-27). Doce requirieron ingreso a Cuidado Intensivo. Ninguno falleció.

CONCLUSIÓN: Se debe reforzar la vacunación evitando oportunidades perdidas. Se deben estudiar las causas de fallo vacunal.



ID: 138/ P1-M3: 2

Abstract

Palabras clave: Dengue, manifestaciones neurológicas, laboratorio, perfil clínico

EPIDEMIA DE DENGUE 2016 EN PEDIATRÍA

Graciela Ester CABRAL¹, Margarita Inés BERTOLINI², Liliana María VENCE², Viviana Carolina ACOSTA¹

¹Virología. HOSPITAL POSADAS; ²Pediatría. HOSPITAL POSADAS; vivianaacostacorreo@yahoo.com.ar

Argentina experimentó una gran epidemia de dengue en 2016. El presente estudio evalúa el perfil clínico, parámetros de laboratorio y curso de la infección en infantes asistidos en un hospital de alta complejidad de la Provincia de Buenos Aires.

MATERIALES Y MÉTODOS: Los niños fueron atendidos en guardia y consultorio de demanda espontánea del Servicio de Pediatría del Hospital Posadas entre enero y mayo del 2016. Los datos ingresados en formulario clínico epidemiológico estructurado se analizaron retrospectivamente. La definición, diagnóstico y manejo de casos se efectuó según directrices del Ministerio de Salud de la Nación. Se clasificaron como fiebre por dengue (FD), dengue con signos de alarma (DSA), dengue con comorbilidades (DC) y dengue grave (DG). El diagnóstico se confirmó mediante RT-PCR en tiempo real (RT-PCR) (CDC 2011) o anticuerpos IgM comerciales (IgM-DENV) y MAC-ELISA (Burke 1987) en muestras de suero y en LCR de pacientes con manifestaciones neurológicas.

RESULTADOS: Se estudiaron 234 niños, 47,5% femenino con edades comprendidas entre 0 y 16 años (mediana: 10). El 60% de las consultas correspondieron a niños entre 9-12 años. Se internaron 21 pacientes (12,7%): 5 DC; 9 DSA y 7 por manifestaciones neurológicas.

Un total de 165 (70,5%) niños fueron diagnosticados con dengue: 158 en muestras de suero: 127 por RT-PCR y 31 por IgM-DENV. 7 pacientes con compromiso de SNC fueron estudiados en muestras de LCR: 3 por RT-PCR y 4 por MAC ELISA. El 74% de los positivos se observaron entre 9 y 16 años.

Se encontraron diferencias significativas entre los positivos y negativos para recuento de leucocitos y plaquetas, hematocrito y GOT (U de Mann-Whitney $p < 0.0001$). Se observó diferencia significativa para erupción prurito ($p: 0,0002$; OR: 2,6), sin diferencia para mialgia, artralgia, dolor retrocular, cefalea, náuseas, vómitos ni inyección conjuntival. Los casos con antecedente de viaje (15 %) fueron antes de la SE 10.

CONCLUSIONES: Si bien el brote fue importante en pediatría especialmente en el grupo etario > 9 años el 79 % no tuvo complicaciones. Se registró circulación autóctona a partir de la SE 10.

Los factores de laboratorio asociados a la infección fueron: leucopenia, plaquetopenia, hematocrito y GOT. No se pudieron asociar características clínicas salvo erupción-prurito. La frecuencia de compromiso neurológico hallado (4%) coincide con la bibliografía. Estos datos muestran la importancia de la vigilancia de dengue en LCR en especial durante una epidemia.



ID: 139/ P2-M5: 5

Abstract

Palabras clave: Infección urinaria, test diagnóstico

DESARROLLO DE UNA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE INFECCIÓN URINARIA

Luciana ROBINO¹, Leticia CAIATA^{1,2}, Claudia GUTIÉRREZ³, Gabriela ALGORTA^{1,3}, Paola SCAVONE⁴

¹Departamento de Bacteriología y Virología, Facultad de Medicina, Universidad de la Republica, Uruguay;

²Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la Republica, Uruguay; ³Laboratorio Central, Bacteriología, Centro Hospitalario Perzira Rossell; ⁴Departamento de Microbiología, Instituto de Investigaciones Biológicas, Clemente Estable; lurobino@gmail.com

OBJETIVOS: Desarrollar una técnica de diagnóstico de sospecha de infección urinaria (IU), rápida y económica. Comparar su comportamiento con otros test diagnósticos.

MATERIALES Y MÉTODOS: La resazurina es un indicador redox de crecimiento bacteriano. En presencia de microorganismos se reduce a resorufina y se evidencia por un rápido cambio colorimétrico de azul a rosa. Se procesaron muestras de orina de pacientes con sospecha de IU, asistidos en 2 hospitales de Uruguay, para urocultivo, tira reactiva de orina para leucocitos y nitritos (TRO) y test de resazurina. El pellet de 1 ml de orina centrifugada se expuso frente a una solución de resazurina a 0.05% a 37°C en oscuridad hasta 2 hrs. El urocultivo, TRO y resazurina fueron procesados por distintos investigadores. Se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de la resazurina y de TRO en comparación con urocultivo (gold estándar).

RESULTADOS: Se estudiaron 289 muestras de orina; 44 urocultivos fueron positivos a un microorganismo. En 208 no hubo desarrollo y 37 polimicrobianos (interpretado como muestra contaminada). Resazurina fue positiva en 68 muestras, en 41/44 urocultivos positivos (S: 93.1%, E: 88.6%, VPP: 59.4%, VPN: 98.6%). En los 27 restantes resazurina +, 23 fueron en urocultivos polimicrobianos y 4 sin desarrollo. De los test de resazurina negativos, hubo desarrollo bacteriano en 18 urocultivos: 15 polimicrobianos (10 con recuento bajo, $\leq 10^3$ UFC/ml y 5 alto, $\geq 10^4$ UFC/ml), y en 3 monomicrobianos con recuentos altos: *Enterobacter sp*, *Morganella sp*, *S. epidermidis*.

A 125/289 muestras se realizó TRO: Nitritos + y Leucocitos+ en 5 muestras, Nitritos + 13 y leucocitos + 30. 20/125 urocultivos fueron positivos a un microorganismo: nitritos y leucocitos + en 2/20 (S: 10%, E: 97%, VPP: 40%, VPN: 85%); nitritos + 8/20 (S: 40%, E: 95%, VPP: 61%, VPN: 89%); leucocitos + 9/20 (S: 45%, E: 80%, VPP: 30%, VPN: 88%).

CONCLUSIONES: El test de resazurina es una técnica sencilla, con elevada S, E y VPN para la sospecha de IU y mejor rendimiento que la TRO. Un resultado negativo permitiría reducir tratamientos empíricos innecesarios y solicitudes de urocultivos.



ID: 140/ P2-M8: 2

Abstract

Palabras clave: iVDPV, poliovirus, vacunación antipoliomielítica

ACCIONES DE CONTROL ANTE LA DETECCIÓN DE UN CASO DE IVDPV2 EN EL CONTEXTO DEL SWITCH DE VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA

Marina Elisa PASINOVICH¹, Silvina Etel NEYRO¹, María del Valle JUÁREZ¹, Carolina RANCAÑO¹, Adriana Beatriz JURE², María Cecilia FREIRE³, Liliana BEZRODNIK⁴, Gisela SEMINARIO⁴, Mirta MAGARIÑOS⁵, Susana del Valle DEVOTO¹

¹Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación Argentina; ²Programa de Inmunizaciones. Ministerio de Salud de Salta; ³Servicio de Neurovirosis. INEI-ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán; ⁴Servicio de Inmunología. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez; ⁵Consultor en inmunizaciones. OPS/OMS Argentina; mpasinovich@dicei.msal.gov.ar

OBJETIVO: Describir las acciones realizadas antes y después de la identificación de un virus Sabin derivado tipo2 (iVDPV2) en un niño con agammaglobulinemia ligada al X en contexto inmediato del inicio de la estrategia nacional de vacunación antipoliomielítica en esquema secuencial (IPV -OPV) y la implementación del "Switch o cambio" de vacuna oral trivalente (tOPV) a bivalente (bOPV) contemplada en el "Plan estratégico para la Erradicación de la Poliomieltitis", que prevé lograr la erradicación del virus salvaje de la poliomieltitis y la eliminación de los poliovirus de origen vacunal.

DESCRIPCIÓN: Paciente (pte) de 7 meses, oriundo de Salta, con sospecha de inmunodeficiencia primaria y antecedente de vacunación con tOPV a los 2 y 5 meses. Se diagnostica agammaglobulinemia ligada al X a los 6 meses. Comienza seguimiento con búsqueda mensual de enterovirus en materia fecal (MF) con aislamiento de polivirus tipo 2 vacunal, con progresivo aumento del número de mutaciones nucleotídicas, hasta su clasificación como iVDPV2.

Desde el inicio del seguimiento se realizaron acciones para disminuir el riesgo de transmisión y propagación viral en la comunidad. Previo a la identificación del iVDPV2: articulación con referentes provinciales de inmunizaciones y del Laboratorio Nacional de Referencia; manejo seguro de excretas del pte; muestra mensual de MF cultivo y PCR enterovirus; investigación para evaluar circulación en la comunidad, búsqueda activa de casos de parálisis aguda flácida (PAF); análisis del riesgo (coberturas de vacunación y tasas de PAF). Posterior a la identificación: notificación a autoridades del Ministerio de Salud de la Nación y, según Reglamento Sanitario Internacional, a la Organización Panamericana de la Salud (OPS); clasificación del caso; continuo manejo seguro de excretas; ampliación del monitoreo rápido de coberturas peridomicilio; seguimiento con muestras mensuales de MF del pte; reevaluación de transmisión en contactos.

El pte recibió tratamiento con gammaglobulina desde el diagnóstico y fue incluido en un protocolo de uso compasivo de Pocopavir durante el cual negativiza el aislamiento del virus en MF. Continúa con manejo seguro de excretas ante el riesgo de recurrencia por su inmunosupresión.

CONCLUSIONES: Las acciones realizadas en forma oportuna son evidencia de la adecuada calidad de vigilancia clínica, epidemiológica y de laboratorio y previnieron la diseminación del virus derivado de la vacuna en la comunidad.



ID: 141 / P2-M8: 1

Abstract

Palabras clave: rotavirus, diarrea aguda, vacunación

IMPACTO DE LA ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS SOBRE LAS DIARREAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS EN ARGENTINA

Silvina NEYRO, Carolina RANCAÑO, María del Valle JUAREZ, Marina PASINOVICH, Nathalia KATZ, Susana del Valle DEVOTO

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación
sneyro@dicei.msal.gov.ar

INTRODUCCIÓN: La diarrea aguda (DA) es una de las causas más frecuentes de mortalidad en niños <5 años en el mundo. Rotavirus (RV) es la causa más frecuente de DA viral en este grupo. Argentina introdujo la vacuna contra RV al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en el año 2015, con esquema de 2 dosis (2 y 4 meses). La información brindada por la vigilancia epidemiológica es fundamental para evaluar el impacto de la toma de decisiones en Salud Pública.

OBJETIVO: Describir y comparar la situación epidemiológica de DA en Argentina en los periodos pre (2010-2014) y post (2015-2016) introducción de la vacuna al CNV, en <5 años de edad y por región.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo. Se analizaron los casos y tasas de incidencia de DA por 10.000/hab (desagregados por edad y por región) notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud; en los periodos pre (PreV) y post introducción de la vacuna (PostV)

RESULTADOS: Las coberturas nacionales de vacunación alcanzadas en el año 2015 fueron del 83,3% (1° dosis) y 60,9% (2° dosis); en 2016 (datos preliminares) 71,3% (1° dosis) y 63,9% (2° dosis). En el período PreV fueron notificados 2.604.195 casos de DA en <5 años (tasa 1.680) y en el PostV 933.001 casos (tasa 1.398), demostrándose una reducción en la tasa de DA del 10,4% (IC95% 10,2-10,6) $p < 0,001$. Los niños <12 meses (tasa PreV 1.874 y PostV 1.536) y entre 12-24 meses (tasa PreV 2.702 y PostV 2.447) presentaron las mayores reducciones de tasas de DA (18,05% [IC95% 17,6-18,4] y 9,4% [IC95% 9,09-9,8] respectivamente; $p < 0,001$). El grupo con menor impacto fueron los niños de 2-4 años (tasa PreV 1.065 y PostV 994; reducción del 6,6% [IC95% 6,3-6,9]) los cuales por edad, no se encontraban incluidos en la población objetivo de la estrategia. Las regiones del Noreste y Centro evidenciaron las mayores reducciones en las tasas de DA del país en <5 años (17,3% [IC95% 16,6-17,9] y 15,5% [IC95% 15,2-15,8] respectivamente; $p < 0,001$)

CONCLUSIONES: A 2 años de la introducción de la vacuna al CNV se evidencia una reducción en el número de casos y tasas de diarrea en menores de 5 años, especialmente en los grupos de <12 meses y 12-24 meses; grupos pertenecientes a la población objetivo de vacunación dentro de la población analizada. El NEA representó la región con mayor reducción de DA. La vacunación contra RV es una herramienta importante y útil para disminuir la DA grave y su letalidad en niños pequeños en nuestro país, especialmente en la población más susceptible.



ID: 142/ P2-M6: 2

Abstract

Palabras clave: Actinomicosis pulmonar en pediatría

ACTINOMICOSIS PULMONAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Micaela MURILLA, Paula Giselle CANDA, Julieta BELLOMO, Luciana BLANCO, Ivana CORDIDO, Gabriela NETRI, Marcelo ACERENZA, Fabiana GARCIA

Sagrado Corazon; micaelamurilla@gmail.com

OBJETIVO: La actinomicosis es una enfermedad rara en niños. La afectación pulmonar aparece como un cuadro de condensación crónica que no mejora con el tratamiento antibiótico convencional. Se describe el caso clínico de un paciente pediátrico con actinomicosis pulmonar.

DESCRIPCIÓN: Paciente de sexo masculino de 11 años de edad, sin antecedentes de relevancia, que se interna por dolor torácico, astenia y adinamia de 3 meses de evolución.

Se realiza Rx de tórax donde se evidencia opacidad pulmonar parahiliar izquierda, TAC de tórax que informa compromiso del lóbulo superior del pulmón izquierdo con ocupación de espacio alveolar de aspecto consolidativo que alcanza la región hilar, ganglios axilares bilaterales y mediastinales y derrame pleural homolateral de 19 mm.

Se solicitan PPD 0 mm, HIV no reactivo y estudio inmunológico dentro de parámetros normales.

Ecocardiograma: leve derrame pericárdico con fibrina en su interior.

Se decide realizar biopsia con cultivo gérmenes comunes micobacterias y hongos negativos. PCR para *Mycobacterium tuberculosis* negativa.

Se recibe anatomía patológica que informa neumonía necrotizante con hepatización y filamentos de *Actinomyces* en alveolos. Comienza tratamiento antibiótico con penicilina G sódica EV con mejoría clínica y radiológica con plan de completar tratamiento prolongado VO.

COMENTARIOS: La actinomicosis es predominantemente una infección cervicofacial ya que el *Actinomyces* es un comensal habitual de la cavidad oral. La afectación torácica ocurre en aproximadamente el 15% de los casos y es más común en inmunodeprimidos o niños con patología de base en los cuales el cuidado dental es deficiente. El diagnóstico se retrasa en ocasiones al no ser considerado entre los agentes productores de patología pulmonar. El examen microscópico es el que establece el diagnóstico en la mayoría de los casos. Las manifestaciones clínicas son tos productiva, fiebre, pérdida de peso y disnea. Los hallazgos radiológicos incluyen consolidación pulmonar crónica con o sin adenopatías hiliares, derrame pleural y periostitis de la costilla subyacente. El diagnóstico diferencial suele establecerse con otros procesos infecciosos, sobre todo TBC. La evolución crónica y la dificultad para cultivar el germen suelen requerir la biopsia pulmonar para precisar la etiología. El tratamiento con penicilina EV durante 2 a 8 semanas para continuar con terapia oral durante al menos 6 meses es la opción más citada en la bibliografía.



ID: 143/P1-M4: 2

Abstract

SÍFILIS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

EA TORRENTE¹, MJ LITRENTA¹, PL FRANCO¹, JP STAGNARO^{1,2}, S REDAELLI¹, SE GONZÁLES AYALA²

¹Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo, Florencio Varela, Provincia Buenos Aires; ²Escuela Universitaria de Recursos Humanos del Equipo de Salud, Universidad Nacional de La Plata; estefania.torrente09@gmail.com, silvia.segayala@gmail.com

OBJETIVO. Determinar la prevalencia de sífilis en las gestantes adolescentes atendidas.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y de carácter exploratorio. Muestra no probabilística: total de embarazadas adolescentes que recibieron asistencia durante el primer semestre del año 2016 en el Hospital Zonal General de Agudos "Mi Pueblo" de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires.

RESULTADOS. Fueron asistidas 536 gestantes adolescentes (13-19 años) de las cuales 401 (74,81%) fueron estudiadas con al menos una prueba serológica. La prevalencia alcanzó el 4,73% (19/401). Los resultados del estudio serológico, la realización del tratamiento y el tratamiento en las parejas se presentan a continuación en la Tabla.

Sífilis gestacional < 20 semanas

Prueba diagnóstica

- » Total: 311 58,02%
- » Positivo: 14 2,61%
- » Negativo: 297 55,41%
- » Tratamiento: 7 50,00 %
- » Tratamiento de la pareja: 4 28,75%

Sífilis gestacional > 20 semanas

Prueba diagnóstica

- » Total: 90 16,79 %
- » Positivo: 5 0,93 %
- » Negativo: 85 15,86 %
- » Tratamiento: 3 60,00 %
- » Tratamiento de la pareja: 3 60,00 %

CONCLUSIONES

- » La prevalencia en este grupo es elevada comparada con la prevalencia global en gestantes en el país y en otros Hospitales del Gran Buenos Aires.
- » Es necesario mejorar la calidad de las prestaciones para cumplir con la medida más importante para la prevención de la transmisión vertical de la sífilis que es el adecuado control prenatal y la identificación de las embarazadas infectadas.
- » El estudio serológico debe realizarse en la primera consulta prenatal y repetirse en cada trimestre del embarazo y en el posparto.
- » Los resultados deben estar disponibles para que el profesional actuante realice las indicaciones que correspondan.
- » La consejería en salud sexual y reproductiva es una medida que, con el control prenatal, reducirán el número de casos de sífilis.



ID: 144 / P2-M2: 3

Abstract

Palabras clave: bordetella virus respiratorios coinfección coqueluche

SINDROME COQUELUCHOIDE EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: BORDETELLA PERTUSSIS Y SU RELACIÓN CON VIRUS RESPIRATORIOS

Maria Paula EGUIGUREN, Micaela AVELLANEDA, María Paula ZIALLORENZO, Micaela Gisele ARREGUI, Leyla Soledad SAAB, María ALEGRE, Natalia Pamela TREVIÑO, Brenda Betiana HORRACH HEREDIA, Marisa BETTIOL, María Juliana PALAU, Cecilia VESCINA

HIAEP Sor María Ludovica de La Plata; bioresiludovica@yahoo.com.ar

OBJETIVOS: Caracterizar la población de pacientes con solicitud de búsqueda de *Bordetella pertussis* (BP); analizar la asociación de BP con virus respiratorios (VR).

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio retrospectivo, descriptivo de los resultados de la determinación de la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) para BP en muestras de aspirado nasofaríngeo de pacientes atendidos en el hospital, en el período comprendido entre Junio de 2014 y Junio de 2016. Se incluyeron pacientes de ambos sexos de 0 a 13 años de edad. El panel de VR, se realizó por Inmunofluorescencia directa. Este incluye las determinaciones de VSR (Virus Sincicial Respiratorio), FluA (Virus Influenza A), FluB (Virus Influenza B), PI (Virus Parainfluenza I), PII (Parainfluenza II), PIII (Parainfluenza III) y ADV (Adenovirus). Los resultados fueron analizados utilizando el programa estadístico IBM SPSS Statistics 20.0.

RESULTADOS: El total de solicitudes de PCR para BP fue 944, 821 también tenían solicitud para VR. 119/944 (12,6%) resultaron positivas para BP y 825/944 (87,4%) negativas. 390/821 (47,5%) resultaron positivas para VR. 102/119 BP positivas se analizaron para VR. 52/102 resultaron positivas (51% de coinfección). 44/52 (84,6%) resultaron positivas para VSR.

CONCLUSIONES: La frecuencia de BP fue 12,6%. El VR más frecuente fue VSR. El mayor número de casos de BP fue en los meses de mayo- agosto, coincidiendo con el período de mayor circulación viral. Los resultados de este trabajo sugieren que el diagnóstico de infección por BP no debería excluir la posibilidad de infección por VR. Es decir, que refuerza la importancia del diagnóstico diferencial y la búsqueda de coinfecciones dada la elevada frecuencia encontrada (52%).



ID: 145/ P2-M6: 5

Abstract

Palabras clave: *Actinomyces naeslundii*. Artritis. Cadera. Pediatría

ARTRITIS DE CADERA POR ACTINOMYCES NAESLUNDII. REPORTE DE UN CASO

Maria Laura MALDONADO, Fernando GONZALEZ, Ezequiel BORGIA, Claudia HERNANDEZ, Mirta LITTERIO

Hospital de Pediatría Garrahan; maldonadomalau@hotmail.com

OBJETIVO: Presentar un caso de artritis de cadera por *Actinomyces naeslundii* en un paciente pediátrico

DESCRIPCIÓN: Paciente de 14 años de edad con diagnóstico de Dermatomiositis y Esclerodermia en seguimiento por síndrome de superposición con impacto cutáneo, articular, muscular, vascular, pericárdico y pulmonar con tratamiento inmunosupresor. Presencia de caries y mala higiene bucal. A los 13 años fue internada por derrame pericárdico y pleural sin rescate de germen. Al mes siguiente fue reinternada por neumonía con derrame pleural bilateral y pericárdico con cultivos negativos. En septiembre del 2016 consultó por dolor en cadera izquierda. Se realizó ecografía de cadera y resonancia magnética nuclear donde se constató líquido articular. Se tomaron dos muestras por biopsia aislándose de una de ellas *A. naeslundii*. Recibió penicilina EV durante 23 días y continúa en tratamiento con Amoxicilina VO.

COMENTARIO: La Actinomicosis es una enfermedad supurativa granulomatosa crónica causada por un bacilo gram positivo no esporulado anaerobio estricto o facultativo del género *Actinomyces* siendo *A. israelii* la especie más frecuente. Este microorganismo es parte de la microbiota endógena del ser humano, encontrándose en mucosa oral, del tracto digestivo y del tracto genital femenino.

Los factores asociados a la enfermedad son: pobre higiene oral, caries, intervención quirúrgica, aspiración de material de boca infectado, desnutrición e inmunosupresión. Sin embargo se han reportado casos sin factor de riesgo asociado. Es una patología poco frecuente en pediatría y puede presentarse tanto en pacientes inmunocompetentes como en inmunocomprometidos. Existen tres presentaciones clínicas relevantes: cervicofacial, abdominal y torácica en orden de frecuencia en pediatría. La diseminación hematológica es inusual, a excepción de algunas actinomicosis producidas por *A. meyeri*. Los principales diagnósticos diferenciales son la tuberculosis y las enfermedades tumorales.

El diagnóstico de Actinomicosis puede hacerse a través de un examen histopatológico por la visualización de los gránulos de azufre o mediante aislamiento e identificación del organismo a través del cultivo microbiológico del material. La dificultad en la recuperación del mismo exige una adecuada modalidad de transporte y procesamiento de las muestras.

El caso presentado correspondió a una diseminación hematológica con impacto a distancia producida por *A. naeslundii*.



ID: 146/ P2-M2: 5

Abstract

Palabras clave: IRAB; RETROSPECTIVO; FACTORES DE RIESGO

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS Y LOS FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN LOS MISMOS EN UN HOSPITAL DE 2° NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL TRIENIO 2014-2016

Monica NIEVAS, Aidee HOFFMAN, Daniela MOYA, Guillermo CALDERARO

HZGA Horacio CESTINO; mndramonica@gmail.com, colohoffman@hotmail.com, moyaed.lp@gmail.com, guillermocalderaro@gmail.com

OBJETIVO: Analizar la casuística y realizar una valoración comparativa de las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) en niños menores de 2 años vistos en nuestro hospital, tanto de manera ambulatoria como en pacientes internados en un periodo de 3 años, durante las semanas epidemiológicas que se extienden desde el 1° de Junio al 31 de agosto de dichos años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. El mismo fue realizado con estadística propia del servicio extraída de las Planillas IRAB del ministerio de salud de la provincia de Bs As.

Variables analizadas: edad en meses; presencia o ausencia de enfermedad de base; presencia o ausencia de hábito tabáquico en el hogar; peso al nacer mayor o menor de 2,500 gramos; y madre adolescente (menor de 17 años)

Las mismas fueron analizadas a lo largo del trienio 2014-2016, durante el periodo de tiempo que se extiende desde el 1° de Junio al 31 de agosto de cada año.

Criterios de inclusión:

- » -Niños menores de 2 años de edad
- » -Diagnóstico de IRAB
- » Criterios de exclusión fueron
- » -Edad mayor de 2 años
- » -Presencia de un diagnóstico alternativo al inicio o durante la evolución del cuadro.

RESULTADOS: Se analizaron 514 registros. El total de los mismos fue de 74 en 2014, 151 en 2015 y 289 en 2016, evidenciándose un aumento progresivo en los casos vistos de IRAB en el trienio estudiado. El porcentaje de internación fue de 2.7%, 5.9% y 11.7% para los años 2014, 2015 y 2016 respectivamente. El porcentaje de fumadores en el domicilio fue de 48.64%, 53.64% y 52.94% para los años 2014, 2015 y 2016 respectivamente. Las madres menores de 17 años fueron 4.05% para el 2014, 7.28% para el 2015 y 6.57% para el 2016. En relación al peso de nacimiento menor a 2500 Gramos, el porcentaje de niños con IRAB con dicho factor de riesgo fue de 95.94 % para el 2014, 53.64% para el 2015 y 52.94% para el 2016.

CONCLUSIONES: Como se evidencia en nuestro estudio, en el transcurso del trienio estudiado hemos asistido a un aumento en el número de casos de IRAB, con aumentos en los porcentajes de internación en nuestro hospital año tras año. Vemos sin embargo el grupo más susceptible de contraer esta patología son los niños menores de 1 año de edad.

Asimismo, observamos un porcentaje importante de niños con IRAB en cuyos hogares se halla presente el hábito tabáquico permitiéndonos de esta manera priorizar acciones de prevención y promoción de la salud sobre este aspecto particular.



ID: 147 / P1-M8: 1

Abstract

Palabras clave: Arañazo de Gato, Bartonella, Linfadenitis regional

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO (EAG). FORMAS DE PRESENTACION Y EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

Matias LIENAU, Maria Virginia DI CIO, Virginia VERDAGUER, Enrique CASANUEVA, Manuel ROCCA RIVAROLA

Hospital Universitario Austral; matiaslienau@hotmail.com, MDICIO@cas.austral.edu.ar, VVERDAGU@cas.austral.edu.ar, ECASANUE@cas.austral.edu.ar, MRRIVAROLA@cas.austral.edu.ar

INTRODUCCIÓN: La EAG es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Bartonella henselae*. La forma linfoganglionar es su presentación más frecuente y es la primera causa de linfadenitis regional subaguda de más de 3 semanas de duración.

OBJETIVOS: Analizar las distintas formas de presentación, sospecha diagnóstica inicial, prevalencia por grupo etario, sexo, y evolución de la enfermedad.

Población: Se estudiaron 82 pacientes de 0 a 16 años (continuando un estudio previo presentado como *poster digital* en el 7° Congreso Argentino de Infectología Pediátrica) con diagnóstico clínico y/o serológico y/o epidemiológico de EAG entre octubre 2003 y enero de 2017 en el Hospital Universitario Austral.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo no comparativo a través de la revisión de historias clínicas y sistema de búsqueda electrónico (OLAP) de pacientes con diagnóstico de EAG

RESULTADOS: La consulta más frecuente fue la tumoración aislada (92.7%) y cervical (42.7%), seguido por la localización submaxilar (29.2%), axilar (18.3%) con una distribución similar por sexo. Se constató fiebre en el 47.5% y la sospecha diagnóstica inicial más frecuente fue la adenopatía bacteriana (59.75%) medicada al inicio con Cefalexina en el 45% de los casos. Solamente el 28% recibió inicialmente un tratamiento adecuado (Azitromicina 12.2%, TMS 10.9% ó Claritromicina 4.9%). El tratamiento definitivo más indicado fue la Azitromicina (41.4%). Mayormente se cumplió tratamiento ambulatorio (78.7%) requiriendo internación solo el 18.3%. Otros diagnósticos iniciales fueron Parotiditis, BCGitis, Quiste Branquial, Quiste Tirogloso, Hematoma sobreinfectado, Hemangioma, Pediculosis, Infección odontológica. En el 93.9% se realizaron serologías con IgM+ en el 61% e IgG+ (como única serología positiva ó en conjunto con IgM+) 86.6%. Se constató por HC drenaje espontáneo de la lesión en el 25.6%. En el 89% se analizó el tiempo desde la consulta hasta el diagnóstico con una moda de 0 días y una mediana de 7 días. (0-120 días). En el 13.4% se sospechó EAG durante la consulta inicial y en el 45% antes de los 7 días de haber consultado.

CONCLUSIONES: La EAG sigue siendo una enfermedad frecuente de curso benigno pero eventualmente de larga evolución hasta su resolución. Su diagnóstico desde el inicio de síntomas en algunos casos es tardío y aunque sea precoz, muy frecuentemente el tratamiento antibiótico inicial no es el adecuado.



ID: 148/ P1-M6: 6

Abstract

TUBERCULOSIS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS ENTRE 2012 Y 2016: INDICACIÓN Y ADHERSIÓN AL TRATAMIENTO

R. VILLALBA, C. MARTINO, P. LUCAS, A. AGÜETE, L. PARDO, G. SISTO, C. ZABALA, S. GUTIERREZ, G. GIACHETTO

Centro Hospitalario Pereira Rossell; rvillalba333@gmail.com, carolinamartinodominguez@gmail.com

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad curable. La oportunidad y adhesión al tratamiento son factores clave.

OBJETIVO: Describir los criterios utilizados para el inicio y la adherencia al tratamiento antituberculoso en niños hospitalizados.

Métodología: Estudio descriptivo de menores de 14 años hospitalizados entre enero de 2012 y diciembre de 2016 con diagnóstico probable o confirmado de TBC. Variables: características clínicas, noción de contacto, indicación y adherencia al tratamiento.

RESULTADOS: La TBC representó el 0,17% de los ingresos hospitalarios. En este estudio se incluyeron 86 casos que completaron tratamiento: 26 confirmados y 60 sospechosos. Al ingreso, 30 eran asintomáticos y 56 sintomáticos. Presentaron enfermedad pulmonar 70 casos, 62 fueron positivos en la prueba cutánea con derivado proteico purificado del bacilo de Koch (PPD) y 72 tuvieron contacto confirmado. La duración de los síntomas previo a la hospitalización fue menor de 15 días en 62% de los casos. La sospecha diagnóstica en los pacientes sintomáticos y asintomáticos fue en su mayoría (60%) en base a presencia de contacto, radiografía pulmonar (Rxtx) patológica y/o PPD positivo. La media desde el inicio de los síntomas y el tratamiento fue de 23 días. Luego del alta hospitalaria, 36 niños (42%) tuvieron problemas de adherencia al tratamiento y 6 lo abandonaron. Presentaron efectos adversos 4 niños (4.6%), 3 hepatitis tóxicas, 1 artralgia por pirazinamida, revirtieron con su suspensión que se reinició sin inconvenientes.

CONCLUSIONES: La confirmación diagnóstica de tuberculosis es difícil en niños. La radiografía de tórax patológica y el antecedente de contacto son criterios fundamentales para la sospecha. La falta de aislamiento bacteriológico no excluye el diagnóstico. En esta serie hubo problemas de adherencia al tratamiento en un número significativo de casos lo que compromete el control de esta enfermedad. Los efectos adversos al tratamiento fueron poco frecuentes. Es necesario continuar desarrollando estrategias que permitan captación oportuna, iniciar un tratamiento precoz y mejorar su adherencia.



ID: 149/ P2-M6: 1

Abstract

Palabras clave: Cryptococcus, Meningitis, Inmunodeficiencia

CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA: CASO CLÍNICO

Catty FERNANDEZ, Lorena PARDO, Cristina ZABALA, Alvaro GALIANA, Gonzalo COSTA, Stella GUTIERREZ, Gustavo GIACHETTO

Centro Hospitalario Pereira Rossell; fernandezcatty@gmail.com

La Criptococosis, enfermedad de Busse-Buschke, Torulosis o Blastomicosis Europea es una infección secundaria a una levadura del género, *Cryptococcus*. Es un patógeno fúngico importante reconocido por su habilidad para causar infección subaguda del Sistema Nervioso Central (SNC).

La meningitis criptococócica es potencialmente fatal, por lo que, un diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales.

Se presenta el caso de una paciente de 4 años, con buen crecimiento y desarrollo y vacunas vigentes, sin antecedentes personales, familiares ni ambientales a destacar.

El motivo de consulta fue decaimiento y cefalea frontal de 1 mes de evolución, de intensidad moderada a severa, acompañada de fotofobia y alteración de conciencia. Con planteo de Meningoencefalitis de probable etiología bacteriana o viral, se realizó punción lumbar y se inició tratamiento empírico: citoquímico de LCR aspecto hemático, sobrenadante límpido, sedimento hemático, Glucosa 0.76 g/L, Proteinorraquia 0.37 g/L, eritrocitos 110% conservados, PMN 0.01/mm³, sin confirmación bacteriológica. Mejoría parcial de la cefalea. En la evolución agrega elementos de hipertensión endocraneana (HEC) y fiebre. Se decide buscar patógenos bacterianos específicos y poco habituales en LCR. Se realizó PCR múltiple, positiva para *Cryptococcus* sp. El estudio directo con tinta china mostró *Cryptococcus neoformans* que posteriormente se confirma con el cultivo micológico. Se inició tratamiento con anfotericina B y fluconazol. Presentó hipertensión endocraneana persistente que requirió realización de derivación ventriculoperitoneal (DVP).

Los Hemogramas evidenciaron neutrofilia con linfopenia de hasta 200 y descenso de CD4 y CD8 (serología negativa para VIH). Se obtienen cultivos micológicos sin desarrollo luego de 5 meses de tratamiento con Anfotericina y Fluconazol.

Presentó efectos adversos severos y reiterados (hipopotasemia severa, acidosis metabólica) y disminución de la sensibilidad a Fluconazol.

Se plantea debut de linfopenia CD4 idiopática, pendiente confirmación molecular.



ID: 150/ P2-M4: 2

Abstract

Palabras clave: *haemophilus influenzae* invasiva meningea secuelas

ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN PACIENTE PEDIÁTRICO SIN FACTORES DE RIESGO

Daiana RADICICH, Natalia CASTRO, Mariana MATSUYAMA, Mirian GALARZA, Viviana SALOMONE, Anabella CACACE, Micaela LIPORACE, Luciana CLERICI, Mercedes PRIETO, Alejandra COCA, Fabio CESARONE, Luis CEVASCO

Hospital Pedro Fiorito,; natyelu11@gmail.com, acs_221088@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: Existe según la literatura mundial un escaso porcentaje de enfermedad invasiva por *Haemophilus Influenzae* en aquellos pacientes que no presentan factores de riesgo asociados a ello. Destacamos en este caso la importancia de conocer su forma de presentación clínica y anclar en ello futuras nuevas medidas de notificación y prevención.

DESCRIPCIÓN: Paciente de sexo masculino de 1 año y 9 meses, ingresa a guardia por presentar vómitos de cuatro días de evolución, clínica y hemodinámicamente estable, sin signos de toxoinfección sistémica.

El primer día de internación evoluciona desfavorablemente, presenta clínica de sepsis, tendencia al sueño y laboratorio con Leucopenia y Plaquetopenia con foco abdominal y cutáneo (edema y eritema en sitio de venopunción).

Se realiza HMC *2, Urocultivo (no se realiza Punción Lumbar debido a presentar plaquetopenia), se inicia tratamiento con ceftriaxona 100 mg/kg/día y clindamicina 30 mg/kg/día. Horas más tarde comienza con signos de irritación meníngea, y por clínica se rota a vancomicina 60 mg/kg/día.

Se rescata en ambos hemocultivos, *Haemophilus Influenzae*.

COMENTARIOS: es importante destacar que el reconocimiento temprano de los signos y síntomas compatibles con enfermedad invasiva por *Haemophilus Influenzae* permiten un rápido diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar así futuras secuelas, pese a presentarse frente a un paciente sin factores de riesgo, inmunocompetente y con vacunación adecuada.



ID: 151 / P2-M6: 3

Abstract

Palabras clave: *Mycobacterium bovis*, infección diseminada BCG

INFECCION DISEMINADA POR MYCOBACTERIUM BOVIS-BCG

Gabriela ENSINCK, Gustavo LAZARTE, Antonela ROMAGNOLI, Miguel GALICCHIO, Fernanda MACARIO, Silvia LARINI, Alicia ALETTI, Ana CHIOSSONE, Claudia CANO

Hospital de Niños "Victor J. Vilela", Rosario (Sta. Fe); glazarte@hotmail.com

OBJETIVO. Presentar dos casos de infección diseminada por *Mycobacterium bovis*-BCG en pacientes inmunocomprometidos.

DESCRIPCIÓN. CASO 1. Paciente de 5 meses, sexo masculino, con antecedentes personales de VIH de transmisión vertical, chagas y citomegalovirus congénitos, diagnosticados a los 4 meses de vida. Consulta por fiebre de 24 hs de evolución y tumoración en región deltoidea derecha (lesión de 1,5 x 1,5 cm, rojo violácea), adenopatías axilares homolaterales móviles dolorosas, petequias en miembros superiores e inferiores y hepatoesplenomegalia. Se solicitan hemocultivos para gérmenes comunes y micobacterias, cultivos de médula ósea y lavados gástricos. Se medica con ceftriaxona, continúa con tratamiento antirretroviral y profilaxis con trimetoprima-sulfametoxazol. Con sospecha de becegeitis diseminada se inicia tratamiento con isoniacida, rifabutina, ciprofloxacina y etambutol. Se aísla *Mycobacterium bovis* en cultivo de médula ósea.

CASO 2. Paciente de 7 meses, sexo femenino, con antecedentes de prematuridad y cuadros infecciosos recurrentes. Ingresó para estudio por sospecha de inmunodeficiencia combinada severa, en profilaxis con posaconazol, trimetoprima-sulfametoxazol y claritromicina. Se constatan lesiones de 1-2 cm, nodulares, eritematosas, no adheridas a planos profundos, no pruriginosas, en glúteos, miembros y tronco. Se realiza biopsia de las lesiones, hemocultivos para gérmenes comunes, micobacterias, hongos y cultivo de médula ósea. Por sospecha de infección por micobacterias inicia tratamiento con isoniacida, rifampicina, etambutol y levofloxacina. Se rescata *Mycobacterium bovis* en hemocultivos y en cultivo de lesión de piel. Se asume como BCGitis diseminada. Se recibe resultado estudio molecular que informa mutación en el gen IL7RA. Comienza estudios para trasplante de médula ósea.

COMENTARIOS. La infección diseminada por *Mycobacterium bovis*-BCG es una complicación rara pero grave de la vacunación con BCG principalmente en pacientes inmunocomprometidos. La presentación clínica no siempre es característica y debe sospecharse en pacientes que han recibido la vacuna y tienen alguna patología del sistema inmune.



ID: 152/ P1-M5: 3

Abstract

REPORTE DE UN CASO: BACTERIEMIA Y ARTRITIS DE RODILLA POR SAMS.

Pilar FORTES, Belen TORNATORE, Virginia BONARDO, Fernie LUCILA

Htal. Britanico Bs As,; fortespili@gmail.com, belentornatore@gmail.com, vir20042003@gmail.com, lucilafernie@gmail.com

INTRODUCCIÓN: El *Staphylococcus aureus* (SA) es causante de múltiples cuadros, desde infecciones simples de piel hasta infecciones graves como neumonía necrotizante y sepsis (10%). Un 80% de las infecciones de piel y partes blandas son causadas por SA, tanto Meticilino-sensible (SAMS) como Meticilino-resistente (SAMR). Las infecciones articulares son poco frecuentes en la infancia, afectando a menores de 5 años. El 90% de los casos son monoarticulares, afectando extremidades inferiores (cadera, rodilla y tobillo). Difíciles de reconocer en fases precoces y en muchos casos plantean problemas en el diagnóstico y manejo terapéutico. Las complicaciones más frecuentes (10-25%) son: cojera, alteración del crecimiento óseo, afectación articular con movilidad limitada.

DESCRIPCIÓN: Paciente masculino de 5 años, previamente sano. Consulta por dolor en miembro inferior derecho (MID) y fiebre de 48 hs de evolución. Al examen físico refiere dolor a la movilización de MID, sin edema ni eritema. No impresiona líquido articular ni asimetría entre ambos miembros. Se interna para control clínico y manejo del dolor. El primer día de internación presenta episodio de bacteriemia, se realizan hemocultivos (HMCx2) y laboratorio con empeoramiento de reactantes de fase aguda (con respecto al ingreso). Se indica ceftriaxona 50 mg/kg/día. Por duda en el examen físico, se solicita RMN de miembros inferiores que muestra foco articular en rodilla derecha. Se agrega clindamicina. Se rescató SAMS en los HMCX2 del ingreso por lo que se rota la ceftriaxona por cefazolina. Se realizó búsqueda de focos profundos con resultado negativo. Clínicamente presenta empeoramiento del dolor asociado a edema, eritema y signo de choque positivo, se realiza drenaje del líquido articular por traumatología. Se obtiene cultivo positivo para SAMS. Se inmoviliza el MID, con franca mejoría clínica. Se realizan HMCx2 de control: negativos. Cumple 17 días totales de antibiótico endovenoso y por mejoría clínica, se otorga egreso con tratamiento antibiótico vía oral y seguimiento ambulatorio.

COMENTARIOS: anualmente crecen los casos por SA comprometiendo diferentes focos clínicos. Es importante sospechar el foco articular, pudiendo reconocer los signos y síntomas para establecer un diagnóstico y tratamiento precoz que permitan la curación, y así disminuir las secuelas.



ID: 153/ P1-M5: 2

Abstract

Palabras clave: CHAGAS URBANO

CHAGAS URBANO EN LA CIUDAD DE SAN JUAN

Emilio GALDEANO, Liliana BERTONI

Servicio de Infecología Hospital Dr Guillermo Rawson; jegaldeano@hotmail.com

OBJETIVO: presentar un caso clínico de chagas urbano en la ciudad de san juan

DESCRIPCIÓN: paciente de sexo masculino de 13 años de edad procedente de chimbas (zona urbana) en la ciudad de san juan, que se internó por síndrome febril prolongado de un mes de evolución con picos febriles de 39°. La fiebre se acompañaba de artralgias de grandes articulaciones y descenso de 3 kg de peso durante el último mes.

EPIDEMIOLOGIA (+) para chagas, psitacosis

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO: palidez generalizada, hepatomegalia leve.

LABORATORIO al ingreso gb 4630 nc8% ns22% (ran 1389) l64% m6% . Hb 12,4 g%, pl: 332.000, Vsg 8 mm .Pcr 12,47 mg/dl.

Valoración acv y ecg: normales. Perfil reumatológico (fan, c3, c4, ferritina) normal

Serologías: veb, vih, cmv, toxoplasmosis negativas

CHAGAS: hai reactivo, tif reactivo, elisa no reactivo. Microhematocrito para chagas :positivo

Se realizó tratamiento con **beznidazol 5 mg/k/día** vo ,con lo que el paciente negativizó su microhematocrito y revirtió su sintomatología.

COMENTARIOS: la ciudad de san juan, inserta en un valle precordillerano de la región árida del oeste de la república argentina es un área de fuerte prevalencia de enfermedad de chagas.

En las últimas décadas se ha observado el desplazamiento significativo del *triatoma infestans*, desde las zonas rurales, su hábitat tradicional, hacia el centro urbano , siendo una de las pocas ciudades en el mundo que presentan la urbanización de la enfermedad.

La principal hipótesis en relación a este fenómeno, surge de la aparición de evidencias de urbanización del vector, por la sustitución de hospedadores rurales por otros de hábitat urbano, tales como la paloma -*columba livia*-, que siendo parasitada por *triatoma infestans*, favorece su radicación en la ciudad. Así mismo, las migraciones de amplios grupos poblacionales desde las áreas rurales a las urbanas conservando sus costumbres y hábitos (tales como gallineros y corrales domésticos), pueden colaborar a incrementar el fenómeno.

El caso clínico que se presenta confirma esta realidad epidemiológica y plantea la necesidad de la ejecución de acciones de control a partir de la prevención. Esto hace necesario recurrir a la intervención interdisciplinaria de profesionales médicos, agentes sanitarios, epidemiólogos, bioquímicos y biólogos



ID: 154/ P1-M4: 3

Abstract

Palabras clave: HIV-SIDA Pediátrico Bronquiectasias

BRONQUIECTASIAS EN PACIENTES PEDRIATICOS HIV-SIDA DE TRANSMISION VERTICAL

Marisol Isabel SOSA¹, Roberto HIRSCH¹, Sandra INWENTARZ², Laura LAGRUTTA²

¹Hospital F. J. Muñoz; ²Instituto R. F. Vaccarezza; marisol2208@gmail.com

OBJETIVO: Relacionar las Bronquiectasia (BQ) , secuela más frecuente pulmonar en un grupo de pacientes HIV/SIDA de transmisión vertical menores de 18 años, con la mala adherencia al tratamiento antirretroviral (ARV).

MATERIAL Y MÉTODOS. Trabajo de investigación retrospectivo observacional. Se seleccionó un grupo de 27 pacientes de un total de 450 pediátricos con diagnóstico de HIV/SIDA desde el año 1990 al 2017. Los 27 pacientes seleccionados eran HIV por transmisión vertical, menores de 18 años, con patología recurrente respiratoria que presentaban imágenes y/o clínica compatibles con BQ. Se evaluó la correlación de CD4, Carga Viral (CV), adherencia a ARV, complicaciones y evolución en algunos casos posterior al paso de su seguimiento como adulto.

RESULTADOS: Los 27 pacientes seleccionados presentaron antecedentes de varios años en fallo virológico e inmunológico por abandono, mala adherencia o falta de tratamiento (ARV). Esta situación siempre se acompañó de patologías respiratorias recurrentes. En todos los casos presentaron secuelas pulmonares BQ. Del total de pacientes 21 eran mujeres 77% y 6 el 22% varones.

Un porcentaje de pacientes 30% mantienen mala adherencia hasta la actualidad. Estas conductas se acompañan de neumonías o cuadros respiratorios recurrentes, que en muchas ocasiones requiere de más de una internación.

Otros pacientes, por su edad (mas de 18 años) continuaron su seguimiento como adultos. Muchos tenían antecedentes pediátricos de patologías oportunistas en pulmones secuelares, que lograron resolver en su seguimiento. Como adultos, se sumaron a la mala adherencia reactivaciones, complicaciones oportunistas o cuadros que no tuvieron que ver con la patología respiratoria pero si con deterioro inmunológico y fallecieron 26%. La mayoría de los fallecidos presentaban más de 5 años de mala adherencia, y en todos el CD4 era menor a 10%. 7 de los 8 pacientes fallecidos eran mayores de 18 años.

El 33% evoluciono bien, pero con controles periódicos, este cambio se relacionaron principalmente con cambios en el entorno familiar que logro que estos niños revirtieran la mala adherencia con mejoría de su estado inmunológico y respiratorio, sin recaídas respiratorias por sus BQ consecuencia de inmunodeficiencia por mala adherencia oportunamente.

CONCLUSIONES: En la población estudiada el 6% presento patología respiratoria con BQ por mala adherencia a ARV.

Los cambios en la adherencia y el entorno familiar ayudaron a revertir la mala evolución .



ID: 155/ P2-M5: 4

Abstract

Palabras clave: larva migrans visceral, toxocara

REACCION CRUZADA DE ELISA EN EL DIAGNÓSTICO DE PARASITOSIS EN NIÑOS.

Jose Emilio GALDEANO, Liliana BERTONI, Natalia HEREDIA, Florencia RUFINO

HOSPITAL DR. GUILLERMO RAWSON - SAN JUAN; jegaldeano@hotmail.com

OBJETIVO: Describir un caso clínico de larva migrans visceral donde se demostró reacción cruzada de técnica de Elisa para enfermedad de Chagas.

DESCRIPCIÓN: Femenino, 5 años, nacionalidad Boliviana, reside en San Juan desde 7 meses previos. Ingresar por fiebre de origen desconocido, poliadenopatías generalizadas y hepatomegalia. Epidemiología para Chagas, Toxocariasis, Brucelosis, Toxoplasmosis, Leishmaniasis, Ascariasis, Hidatidosis (perros, gatos, gallinas, patos, chanchos, cabras, burros), padres chagásicos.

Laboratorio al ingreso: GB: 37.090 (NS 74, L 17,9, M 4,7, E 2,5); Hb 7,7; Hto 25; PI 1.093.000; PCR 341; función renal y hepática normales. Comienza CEFTRIAXONA hasta ver cultivos. FAL 12.310, FAN 1/320, IgG 58,76.

Cultivos 72hs negativos, PPD negativa, Rx torax normal, Elisa HIV negativo. Suspende ceftriaxona.

Eosinofilia (RAE 1.791), Serologías negativas (hep B-C, VDRL, VEB, CMV, Huddleson, Rosa de bengala), Toxo latex reactiva, Toxo IgG 26, Toxo IgM (-); Chagas Microhematocrito (-), ELISA reactivo, HAI (-), TIF indeterminado. PAMO normal.

Coproparasitológico (-), TAC: poliadenopatías laterocervicales, infraparotídeas, supraclaviculares, axilares, periaórticas, hepatomegalia moderada.

Hiperproteíнемia, Hipoalbumíнемia, Amilasa normal, Repetición serología Chagas: Elisa reactivo, HAI (-), TIF (-). Por clínica, epidemiología y serologías discordantes inicia BENZNIDAZOL.

Luego afebril. Persiste eosinofilia (RAE 1094). Salen serología para toxocara (Malbran), RK39 y directo para Leishmaniasis (Fátala Chaben). Se medica empíricamente con ANFOTERICINA LIPOSOMAL por 5 días.

Proteinuria significativa, serología para micosis profundas (-), RK39 (-) y directo Leishmaniasis (-). Elisa Toxocara (+), WB (-).

Biopsia hepática: Leve dilatación sinusoidal, espacios porta con proliferación ductal vinculable a colestasis extra hepática. Biopsia ganglionar: múltiples granulomas de células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño y Langhans. Inclusiones citoplasmáticas que con coloración PAS evidencia formaciones birrefringentes compatibles con larva migrans ganglionar. Inicia ALBENDAZOL por 15 días con buena evolución.

COMENTARIOS: El diagnóstico serológico no busca el parásito, sino anticuerpos, por lo que sus resultados nunca proporcionan certeza diagnóstica. En nuestro paciente, las reactividades cruzadas en Elisa y la clínica compatible condujeron a un error diagnóstico inicial.



ID: 156/ P1-M5: 5

Abstract

Palabras clave: Protocolo Atención Enfermero Lesion Quemadura

PROTOCOLO DE CUIDADO ENFERMERO EN NIÑOS CON LESION QUEMADURA (MENORES DEL 10% DE SUPERFICIE TOTAL DE QUEMADURA(SCT)TIPO A-AB EN MENORES DE 3 AÑOS HASTA 14 AÑOS INCLUSIVE ZONAS LESION FRECUENTE CARA MANOS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

Stella Maris ALBARENQUE

Hospital de Niños SML de La Plata; stellaalbarenque@hotmail.com

INTRODUCCION .Las lesiones Quemaduras en niños en distintas etapas evolutivas, son consultas habituales en salas de guardia , unidades sanitarias, salas de primeros auxilios; teniendo en cuenta la diversidad técnico procedimental a la hora de realizar curaciones de este tipo de lesiones su primer atención(limpieza NO correcta de lesión quemadura) suele ser fuente potencial de infección local surgiendo la necesidad de implementar un protocolo de intervencion de Cuidado enfermero .

OBJETIVO: Implementacion y evaluacion de Protocolo de Cuidado Enfermero en de Niños con lesión Quemadura atendidos en el Consultorio de Plàstica y Quemados de un hospital pediàtrico provincial Periodo Enero Diciembre 2016 .

MATERIAL Y MÉTODO. Se efectuó un análisis retrospectivo del registro de curaciones de Enfermería del Consultorio de Plàstica y Quemados de un Hospital Pediatrico Provincial en el periodo Enero -Diciembre 2016, de un total de 1532 curaciones que correspondieron a 443 niños menores de 3 años hasta 14 años inclusive, siendo la etiología líquidos calientes, fuego directo, otros se realizaron respetando : 1-ANALGESIA -Limpieza de lesión 2-Secado con gasas esteriles.3-Colocacion de tópicos.4.Vendaje 5.Pautas de Alarma y Mostracion de Tecnica para padres. Evaluacion por especialidad a las 48 Hs, luego 96 Hs, y por ultimo 7/10/12 y 14 dias

RESULTADOS.Del total de curaciones realizadas 1532 se observó en las que se realizaron el Protocolo de Primera cura en consultorio de especialidad la evolución fue altamente satisfactoria Alta Medica entre 7/14 dias según evolución clínica de la lesión Herida Limpia ; no obstante en casos que la cura se realizo como segunda valoración se observaron signos locales de infeccion y debiendo administrarse Antibiotico, con el consecuente retraso de su evolución clínica, limitación de la movilidad y entre otros.

CONCLUSIONES La correcta implementación del protocolo , la formación del profesional de enfermería en Atención Primaria de este tipo de pacientes es esencial a fin de llevar a cabo un diagnostico y tratamiento oportuno a fin de prevenir infección local del lecho y no menos importante la limitación de secuelas funcionales en colaboración con padres de los niños - Pautas de Alarma, tema de relevancia para un próximo trabajo.



ID: 157 / P2-M4: 3

Abstract

ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS DEL GRUPO VIRIDANS EN UNA ADOLESCENTE CON ABSCESO PERIODONTÓGENO

Elen CONTRERAS NARVAEZ, Carolina CARBALLO, María Cecilia GONÇALVES, Sofía ESPOSTO, Carlos VERGARA, Sabrina SHIAVINO, Christian CAMPOVERDE, Constanza LOVRICS, Claudia CAZES, Eduardo LÓPEZ

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez; elenjh@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: los *Streptococcus* del grupo *viridans* (SGV) son colonizantes de la cavidad oral, tracto gastrointestinal y genital femenino.

En huéspedes susceptibles, como cardiopatas e inmunosuprimidos, es responsable de aproximadamente el 25-30% de las bacteriemias a diferencia del 1-2% de las mismas en pacientes inmunocompetentes.

CUADRO CLÍNICO: se presenta el caso de una adolescente de 14 años de sexo femenino, previamente sana, con enfermedad invasiva por SGV a punto de partida de absceso periodontógeno.

Ingresó a hospital zonal, con cuadro de sepsis derivada de un consultorio odontológico al que concurrió por dolor y tumoración submaxilar. Luego de la estabilización hemodinámica, y la toma de hemocultivos inició tratamiento con vancomicina y meropenem.

Se derivó a esta institución. Al ingreso presentaba dificultad respiratoria, cuello proconsular y sensorio alternante. Laboratorio con glóbulos blancos $29100/\text{mm}^3$ (NS: 72%, C: 1%, MM: 4%, L: 14%) Hb: 11 gr/dl, plaquetas: $276000/\text{mm}^3$, PCR: 211 mg/dl. Se realizaron hemocultivos de control negativos, punción lumbar con citoquímico normal, cultivo negativo, se mantuvo igual esquema antibiótico. Se realizó TAC de cuello y de tórax con contraste que evidenció absceso laterofaríngeo izquierdo, líquido en mediastino y derrame pleural izquierdo. Se realizó toilette quirúrgica. Se obtuvieron resultados de hemocultivos de hospital de derivación positivos a *Streptococcus viridans* sensible a vancomicina, clindamicina, cefotaxime, levofloxacina; se adecuó esquema a cefotaxime/clindamicina.

La paciente requirió 2 toilette quirúrgicas, asistencia mecánica ventilatoria por 10 días e inotrópicos por 8 días. Durante la internación, se realizó estudio inmunológico que fue normal y extracción de 2 piezas dentarias. Cumplió 3 semanas de antibiótico endovenoso con evolución favorable, parámetros de laboratorio mejorados y egreso hospitalario con amoxicilina/clindamicina vía oral por 8 semanas totales.

CONCLUSIÓN: las infecciones invasivas por *Streptococcus* del grupo *viridans* en huéspedes inmunocompetentes son poco frecuentes. Resulta fundamental el cuidado del estado dentario para su prevención.



ID: 159/ P2-M8: 4

Abstract

Palabras clave: Síndrome febril prolongado, niños, etiología

SINDROME FEBRIL PROLONGADO: UN DESAFIO EN PEDIATRIA

Maria Laura PRAINO, Eliana ANTELIZ, Walter YFRAN, Christian CAMPOVERDE, Carolina Mirta CARBALLO, Claudia Inés CAZES, Eugenia PANUNZIO, Elen CONTRERAS, Sofia ESPOSTO, Cecilia CONCALVES, Ana MEDRANDA, Eduardo Luis LOPEZ

Hospital Gutiérrez, Servicio de Infectología; mlpraino@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: Se define Síndrome febril prolongado o fiebre de origen desconocido, a la presencia de fiebre por al menos 7 días de duración con estudio inicial que no permite un diagnóstico etiológico.

OBJETIVO: Describir las características del Síndrome febril prolongado en menores de 18 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que asistieron a consultorios de Infectología por fiebre mayor a 8 días, desde enero 2010 - 2017 (7 años).

Se volcaron los datos en una ficha diseñada para tal fin y se realizó el análisis estadístico por medio de Stata v13.

RESULTADOS: Se identificaron 54 pacientes con una proporción de varones: mujeres de 1,1: 1. La mediana de edad fue 75 meses con una rango de 8 a 225.

La mediana de días de fiebre al momento de la consulta fue de 15 días (rango 7 a 90 días) y la mediana de duración total de la fiebre fue de 21 días (rango 8-90 días)

La mayoría de los pacientes se encontraba en buen estado general (84%) y sólo 16/54 requirieron internación para estudio o tratamiento, la media de días de internación fue de 7,4.

Catorce pacientes (26%) presentaban al interrogatorio antecedentes epidemiológicos relevantes (viajes: 4; animales: 14; convivientes enfermos: 5)

Se evidenciaron alteraciones de laboratorio en 37/54 pacientes: 32 leucocitosis, 26 aumento de reactantes de fase aguda y 16 alteración del hepatograma. Las imágenes resultaron patológicas en 27/54 pacientes siendo lo más frecuente la ecografía abdominal patológica.

Se obtuvo diagnóstico etiológico en 41/54 pacientes (75,9%): 39 (95%) con patología infecciosa, 1 inmunológica y 1 reumatológica.

La etiología más frecuente fue la mononucleosis por EBV 38% (15/ 39) seguida de infecciones por *Bartonella henselae* 20% (8/39).

El 66,6% de los pacientes (36/54) presentaron resolución espontánea del cuadro febril. Todos presentaron buena evolución.

CONCLUSIONES: La etiología infecciosa, de origen viral, representa la causa más frecuente en pediatría. Las presentaciones atípicas de infecciones frecuentes suelen dificultar el diagnóstico precoz.

El interrogatorio detallado junto al examen clínico resultan imprescindibles para guiar los exámenes complementarios a solicitar.



ID: 162/ P2-M2: 4

Abstract

Palabras clave: tuberculosis extrapulmonar, tuberculosis ganglionar, linfadenopatías, niños

TUBERCULOSIS GANGLIONAR PERIFERICA EN UN CENTRO PEDIATRICO DE TERCER NIVEL

Isabel Rosa del Valle SQUASSI¹, Silvina NEYRO¹, Andrés MARTÍNEZ BURKETT², Ana María CARATOZZOLO³, Martín MEDIN⁴, María Cristina CERQUEIRO¹

¹Sección Tisiología. Hospital de Niños Dr. R. Gutiérrez (HNRC); ²Servicio de Bacteriología. HNRC; ³Laboratorio de Biología Molecular. HNRC; ⁴Servicio de Anatomía Patológica. HNRC; isquassi@yahoo.com.ar

La tuberculosis (TB) ganglionar periférica (TGP) es una de las formas más frecuentes de TB extrapulmonar (XP) (8% de todos los casos). En nuestro servicio representa el 28% de las formas XP, segunda luego de las pleurales. El tratamiento (tto) se demora por falta de sospecha clínica, descartándose antes otros diagnósticos (dg). La exéresis quirúrgica (qx) es controvertida

OBJETIVO: Abordaje de los aspectos clínico epidemiológicos desde una revisión de casos

MATERIALES Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de pacientes (ptes) con dg confirmado de TGP asistidos de 2000-2015 en un centro pediátrico de 3° nivel. Análisis estadístico: Epi Info7®

RESULTADOS: Se reunieron 66 ptes, 44% en los últimos 5 años (a). Edad media 8,8a (40% > 10a); niñas 58% y de mayor edad (10vs7a; $p < .04$); eutróficos 75%; sin comorbilidad 59%; inmunocomprometidos 17%; infecciones asociadas 14%; enfermedad respiratoria 11%; desnutrición grave 9%; cáncer 5% y reumatológicos 3%. De área metropolitana 80%. El foco de contagio se halló en 56%. Todos BCGeizados; PPD(+) inicial 61%. Recibieron antibióticos previos 80%. Presentó fiebre 29%, síntomas respiratorios 20%, impregnación 18% y dolor 14%. Localización única 29%; múltiple periférica 23% y además profunda 49%. La región cervical fue la más comprometida (82%). Otras formas XP en 12 ptes. La Rx Tórax fue normal en 47%; ensanchamiento hiliomediastinal (36%) y lesión pulmonar (27%) (condensación, cavidad y/o miliar). El tiempo de evolución al inicio del tto fue en promedio (μ) 81 días. Se internó 74%, μ : 15 días [más prolongado en inmunocomprometidos (μ : 41), con foco pulmonar (μ : 26) o reacción adversa a fármacos anti-TB (RAFA) (μ : 28) ($p < .01$)]. Cultivó *Mycobacterium TB* el 70% (42 ptes de 60 estudiados); dg por PCR 65% (22/34) e histología compatible 88% (45/51). Todos iniciaron tto con 3 o 4 drogas, por sospecha clínica, exposición a foco y/o PPD positiva, antes de la confirmación dg. RAFA en 15 ptes (23%). Falleció 1 pte, se derivaron para completar tto, abandonaron 5, curaron 54 (82%). La exéresis realizada en 4 ptes no modificó la evolución.

CONCLUSIONES: La sospecha de TB en adenopatías subagudas implica un procedimiento invasivo (punción y/o biopsia), enviar material para cultivo de micobacterias, y descartar focos profundos. La exéresis qx no está indicada; si el tto es adecuado la evolución será favorable y la cicatrización, aunque lenta, es lo habitual. La TGP es una enfermedad de buen pronóstico aún con un dg tardío, con alta tasa de curación



ID: 163/ P2-M5: 1

Abstract

Palabras clave: Brote, meningococo, serotipo b, epidemiología, evolución.

BROTE DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA POR SEROGRUPO B EN CÓRDOBA.

Analia Verónica GARNERO, Edgar Daniel PIEDRA, Andrés GOMILA, Carolina VANZO

Hospital de Niños de la Santísima Trinidad; pedraedgar@gmail.com

INTRODUCCIÓN: Entre el 10 y el 30 de mayo de 2016 ocurrió un brote de enfermedad meningocócica (EM) en la ciudad de Córdoba. Los brotes de la EM frecuentemente crean una fuerte alerta en la sociedad, por lo que las instituciones de salud y los médicos en general deben contribuir con celeridad al desarrollo de actividades preventivas.

OBJETIVO: Reportar los aspectos epidemiológicos y clínicos de un grupo de pacientes con EM internados durante dicho periodo en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se llevó a cabo la recolección de datos a partir de las historias clínicas de pacientes internados con diagnóstico de EM en el mes de Mayo 2016. Se obtuvo el diagnóstico microbiológico por cultivo y/ o técnica de PCR.

RESULTADOS: Se confirmaron cinco casos de EM en pacientes previamente sanos. Edad media: 46 meses (8 - 72 meses). Predominó el sexo masculino (4/5). Todos los casos vivían en el mismo complejo habitacional donde compartían un espacio en común de uso múltiple.

Manifestaciones clínicas: fiebre (5/5), shock séptico (2/5), síndrome meníngeo y petequias (2/5) y diarrea aguda (1/5). Se aisló *N. meningitidis* serogrupo B en todos los casos. En los dos primeros pacientes se rescató el germen solamente en hemocultivo, en el tercero solo en Líquido Cefalorraquídeo Raquídeo (LCR), en el cuarto en LCR y hemocultivo y en el quinto paciente la confirmación diagnóstica fue por técnica de PCR en LCR. Tiempo de internación promedio fue de 10 días (7 a 14 días). Los paciente con shock séptico tuvieron un tiempo de internación de 2 días en Unidad de Terapia Intensiva. Todos los pacientes tuvieron evolución clínica favorable, sin secuelas tróficas.

CONCLUSIONES: En nuestros pacientes la evolución clínica fue favorable y el nexo epidemiológico fue nuestra alerta para evitar nuevos casos. La edad media fue de 46 meses. El serogrupo identificado en esta oportunidad fue el B, cepa contra la cual no hay vacuna disponible actualmente en nuestro país.



ID: 164/ P1-M6: 2

Abstract

Palabras clave: meningitis sub aguda- criptococo

MENINGITIS-INMUNOCOMPETENTES- INMUNODEFICIENTES

Adriana CARVALLO¹, Clarisa AGUIRRE², Esteban SOSA³, Melisa LERTORA⁴¹hospital pediatrico -resistencia-chaco; ²hospital pediatrico-resistencia-chaco; ³hospital pediatrico-resistencia-chaco; ⁴hospital pediatrico-resistencia-chaco; adrianamariacarvallo@hotmail.com**OBJETIVO:** puesta al día en la sospecha de criptococo en meningitis sub-agudas- crónicas

Niña de 8 años internada 10 días por fiebre, cefaleas y vómitos (con evolución de 3 semanas) medicada con antibióticos por orina patológica y lesiones en piel sobreinfectadas, presenta desmejoría, persistiendo cefaleas y vómitos. TAC normal. Hemocultivo: *E.coli*, sensible a antibiótico recibido.

Ingreso con síndrome meníngeo. TAC (de cerebro): se interpreta como lesión nodular frontal izquierda con refuerzo en anillo y centro hipodenso. Se solicita RNM.

A las 48 hs convulsión febril, pupilas midriáticas, anisocoria, hiporreactivas.

Ingreso a UCIP, ARM. Presenta hipertensión endocraneana: drenaje ventricular externo, LCR con citoquímico normal. Tratamiento: meropenem/vancomicina/Aciclovir.

A las 24 hs, LCR: 130 elementos, predominio mononuclear, hiperproteínoorraquia, se agregan tuberculostáticos y corticoides.

A los 10 días, con PCR en LCR negativa para herpes y varicela zoster, se suspende Aciclovir.

Permanece 10 días en ARM, luego pasa a sala de internación, con drenaje ventricular externo, neurológicamente con apertura ocular espontánea, sigue con la mirada, pupilas isocóricas, responde a estímulos dolorosos. Hemiparesia derecha.

RNM: alteración de la señal de sustancia blanca. Con el contraste, refuerzo giriforme patológico de la superficie cortical región lateral del lóbulo temporal izquierdo (encefalitis?), resto normal.

A la tercer semana: farmacodermia, suspensión de tuberculostáticos y antibióticos por cultivos negativos, habiendo cumplido 16 días de vancomicina/meropenem. Con imágenes no compatibles con absceso.

Inmunodeficiencia primaria con compromiso de linfocitos

Se solicita **tinta china en LCR: positivo**

Inicia anfotericina liposomal y fluconazol. Tres semanas posteriores la antigenemia en LCR y suero permanecían iguales, cultivos bacterianos negativos, desarrollo de CRIPTOCOCO en LCR y punta de catéter drenaje ventricular.

Se deriva a hospital Garrahan para tratamiento con VORICONAZOL y estudio de inmunodeficiencia (además de poseer un catéter de derivación ventrículo-peritoneal sin reservorio, por lo que no se podían obtener muestras de LCR para control de antigenemia)

COMENTARIO: el diagnóstico clínico es difícil debido a lo inespecífico de la sintomatología. Debe sospecharse en pacientes inmunocomprometidos que presenten cefaleas, fiebre y signos y síntomas neurológicos, con cuadros de meningitis sub aguda o crónica. No desestimar en los inmunocompetentes.



ID: 165/ PP: 3

Abstract

Palabras clave: Infección asociada a prótesis osteoarticular, epidemiología, pediatría

INFECCIÓN ASOCIADA A PRÓTESIS OSTEOARTICULAR EN NIÑOS: ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE UN PERÍODO DE 10 AÑOS.

Carlos Mauricio VERGARA LOBO¹, Elen CONTRERAS¹, Carolina CARBALLO¹, Fausto Martín FEROLLA¹, Walter YFRAN¹, Eugenia PANNUNZIO¹, Eliana ANTELIZ¹, Juan REVIRIEGO², Maria ESCALADA², Gabriel ROSITTO², Carlos LEGARRETA², Claudia Inés CAZES¹, Maria Marta CONTRINI¹, Eduardo Luis LOPEZ¹

¹Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", Programa de Infectología Pediátrica, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.; ²Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", Servicio de Traumatología.; vergara1984@hotmail.es

INTRODUCCIÓN: las infecciones asociadas a prótesis osteoarticulares (IAP) conllevan alta morbilidad; son escasos los datos sobre esta patología en pediatría.

OBJETIVOS: describir características clínico-epidemiológicas de las IAP en niños.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio retrospectivo, observacional. Se analizaron historias clínicas de los pacientes con IAP atendidos de 01/07-01/17 en el H. R.Gutiérrez. Se clasificó la IAP según el tiempo desde la cirugía al diagnóstico: precoz (0-3m) (P), intermedia (3-24m) (I), tardía (>24m) (T).

RESULTADOS: 89 IAP (P n=63; I n=9, T n=17), 51% varones, mediana(m) de edad 13a (rango[r] 4-20), m de internación 30d (r6-180). Se infectaron 52/548 (9,5%) niños con prótesis de columna, siendo la IAP más frecuente (58,4%). Se presentaron con rubor, calor y secreción (n=69;77,5%), dolor (n=40;44,9%), fiebre (n=36;40,4%). De los 69 pacientes con signos locales, 51(73,9%) tuvieron IAP P. Manifestaron dolor: en IAP P 26/63(41,2%), en I 3/9(33,3%) y en T 11/17(64,7%); 23/63(36,5%) P tuvieron fiebre. El método complementario de diagnóstico más utilizado fue la ecografía (n=30;33,7%). Aislamiento microbiológico en 63 (70,8%) pacientes, 51 (80,9%) fueron IAP monomicrobianas. Cocos Gram(+) se aislaron en 63,5% de las IAP P, 85,7% de las I y 68,7% de las T. Se diagnosticaron Gram(-) en 51,3% de las IAP P y en el 43,7% de las T. Tres (3,4%) IAP febriles presentaron bacteriemia por Gram(+), 2 de ellas IAP T. No hubo diferencias en los valores al ingreso de leucocitos(GB) y protC-reactiva(PCR) entre niños con y sin bacteriemia, ni entre los distintos tipos de IAP; m de GB 9000/mm³ (r3200-25550), PCR 37mg/L (r1-270). Media de GB al ingreso en IAP por *S. aureus* meticilino resistente (SAMR) 14236 ±5995 vs 9296 ±3788/mm³, p<0,01. La duración del tratamiento EV fue diferente según tipo de microorganismo (p 0,03), mayor en IAP por Gram(-). Recibieron TMS VO 48 (53,9%) niños, sin efectos adversos que requirieran su suspensión. La m de tratamiento total fue de 189d (r28-756). A 82 niños (92,1%) se les realizó toilette, 37 (45,1%) requirieron más de una. Seis (6,7%) presentaron recaída y 8 (9%) reinfección.

CONCLUSIONES:

- » La clínica de las IAP intermedias y tardías fue más solapada.
- » Las IAP por SAMR tuvieron GB al ingreso significativamente más elevados.
- » En la mayoría no sería urgente el inicio de TEI.
- » TMS fue el tratamiento VO más indicado.
- » Los resultados obtenidos son útiles para definir una adecuada estrategia de profilaxis prequirúrgica e indicación de TEI.



ID: 166/ P1-M2: 5

Abstract

“NEUMONÍA MULTIFOCAL ABSCEDADA SECUNDARIA A SEPSIS SEVERA A SAMR: A PROPÓSITO DE UN CASO”

Carla Antonela DI PIETRO POZZI, Pablo MANINI, Lihuel PAMERIO, Paula PENSA, Paula RAITANO, Patricia TUCCILLO

Hospital Naval; cardipi_86@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: Se han observado cepas de *S. aureus* meticilino-resistente de la comunidad (SaMRC), sin ninguna relación con las cepas de origen nosocomial y con un comportamiento clínico peculiar. Este patógeno genera infecciones de piel y tejidos blandos y formas particularmente graves como neumonías necrotizantes y hasta coagulación intravascular diseminada y hemorragia suprarrenal. Se ha observado que generan metástasis a nivel pulmonar, hueso, músculos, riñones y válvulas cardíacas. Estas metástasis pueden pasar desapercibidas durante los primeros días del tratamiento y manifestarse un mes después del episodio de bacteriemia.

OBJETIVO: Presentar un caso clínico de Neumonía multifocal abscedada secundaria a sepsis severa a SAMR.

CASO: Paciente de 9 años de edad que comienza con cuadro de forunculosis en hombro derecho en tratamiento con cefalexina 48hs previas. Consulta por dificultad respiratoria y fiebre. En guardia se consta alteración hemodinámica por lo que se realiza expansión a 20ml/kg con solución fisiológica. Se interna en sala de pediatría. Se toman HMCx2 (positivos 2/2 para SAMR) y se medica con vancomicina y ciprofloxacina según antibiograma. HMCx2 control negativos. Se estudian focos profundos donde se detecta derrame pericárdico laminar. Durante la misma el paciente comienza nuevamente con fiebre y dificultad respiratoria más dolor en punta de costado por lo que se realiza ecografía pleural donde se evidencia derrame. Por persistir febril y sin mejoría clínica se solicita TAC toraco-abdominal en la que se observa absceso pulmonar en lóbulo superior izquierdo e imágenes hipodensas en ambos riñones compatibles con isquemias, función renal conservada. Por la presencia de absceso pulmonar se decide continuar tratamiento con vancomicina (31 días) y piperacilina tazobactam (21 días).

CONCLUSIÓN: Las primeras infecciones por SAMRC cursaban de forma benigna. Con el uso indiscriminado de vancomicina se ha generado la resistencia antimicrobiana, en especial en cocos grampositivos. Se ha observado un aumento de pacientes colonizados o infectados con cepas de SaMRC en varones, de 5 años de edad media, de condiciones socioeconómicas bajas y con gran número de convivientes. Con una peor evolución y mayor mortalidad en pacientes con infecciones graves, como neumonía, con tratamiento retrasado en su inicio. Lo que llevo a plantearse el agregar clindamicina al tratamiento empírico inicial en dichas infecciones.



ID: 167 / P2-M3: 2

Abstract

Palabras clave: Vacunas, Personal de Salud, Capacitación, Prevención

ENCUESTA DE VACUNAS EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GRAL DE AGUDOS B .RIVADAVIA

María Lorena AMARILLA, María Isabel LADO, Liliana Beatriz SARACENI

Hospital Gral. de Agudos B Rivadavia.; lorenaamarilla@hotmail.com

OBJETIVOS: Evaluar el conocimiento en el Personal de Salud en relación a las vacunas obligatorias en esta cohorte.

Diseño materiales y métodos

- » La investigación se realizó en el Servicio de Promoción y Protección de la Salud del Hospital Gral. de Agudos B. Rivadavia durante el periodo comprendido entre el 01/07/2015 - 01/07/2016.
- » Se trata de un estudio descriptivo, comparativo prospectivo y observacional de muestras independientes.
- » La encuesta estaba dirigida a Profesionales de la Salud de Especialidades Médicas y No Médicas, que integran la base de datos de la Asociación de Profesionales del Hospital Gral. de Agudos B. Rivadavia.
- » El trabajo se desarrolló a través de una encuesta online, no obligatoria a los Profesionales de la Salud, por correo electrónico, encuesta en Formulario Google.
- » Las respuestas fueron de opciones múltiples, en Número de 4, la opción correcta fue vacunas Antigripal, Hepatitis B, Triple viral y/o doble viral, doble adultos y/o triple acelular, opción 2.

RESULTADOS: La encuesta anónima fue respondida en forma voluntaria por Profesionales Médicos y No Médicos en Número de 100, de la base de datos de de la Asociación de profesionales.

El grafico 1 muestra que el mayor porcentaje, 62%, correspondió a la opción 2

Grafico 2

Los resultados obtenidos, en orden de porcentajes: el 18% corresponde al Personal de Salud No Médico; el 11% a Pediatría (Neonatología + Pediatría), 11% Clínica Medica; 9% Obstetricia, Laboratorio y Salud Mental respectivamente.

El resto del Personal encuestados registró porcentajes menores.

DISCUSIÓN: El Ministerio de Salud de la Nación ha incorporado en el calendario de Vacunación Nacional nuevas vacunas. Es uno de los calendarios más completos de la región de las Américas para la equidad de la población.

Existen enfermedades Inmunoprevenibles a través de las vacunas. El personal de salud debe tener información clara y precisa.

Este trabajo investigó cuales eran los conocimientos del Personal de Salud de nuestro Hospital, sobre las vacunas obligatorias, cuyo objetivo, es mejorar la capacitación y difusión de dicha información para una mayor prevención y cobertura.

CONCLUSIONES: En este trabajo los resultados demuestran que el Personal de Salud, conoce la vacunación correspondiente para su protección.

Destacamos la importancia de no perder la oportunidad de vacunación a través de la capacitación continua.



ID: 168/ P2-M8: 3

Abstract

Palabras clave: registro nominal, coberturas vacunales.

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN. COBERTURAS VACUNALES EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS EN UN PAÍS DE AMERICA LATINA..

Fernando ARRIETA, María Catalina PÍREZ, Marina MONTEIRO, Gabriela ALGORTA, Alicia MONTANO

Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Uruguay; mcpirez@yahoo.com

OBJETIVO: Describir el sistema de registro nominal universal y las coberturas vacunales.

MATERIALES Y MÉTODOS: Datos obtenidos de archivos del Ministerio de Salud (MS), de Dirección General de Salud (DIGESA) y de registros de Comisión Horaria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP) para describir el Sistema Nacional Nominado de Inmunizaciones (SNNI), su implementación y la cobertura obtenida con los 13 biológicos administrados a los menores de 5 años.

RESULTADOS: La vacunación es gratuita y obligatoria para el niño y su familia. El MS a través de DIGESA se encarga de la planificación, regulación, supervisión de las vacunas incluidas en el Programa Nacional de Vacunaciones (PNV), realiza vigilancia epidemiológica y comunicación sobre la evolución de las enfermedades prevenibles por vacunas. La CHLA-EP, creada para el control de la Tuberculosis pasó en 1987 a cumplir tareas relacionadas al PNV. Se encarga del almacenamiento, distribución, conservación de cadena de frío, registro nominal de dosis administradas, supervisión de puestos de vacunación públicos y privados, información de coberturas vacunales, y el entrenamiento y formación de vacunadores. El SNNI permite realizar el seguimiento de la historia vacunal de cada niño. Todos los vacunatorios públicos y privados registran cada dosis. Éste se hace: registro electrónico "on line" (65% de las dosis) y en papel. Los vacunatorios que no cuentan con registro electrónico, lo hacen en una boleta que se envía al nivel departamental, donde es ingresada a la base de datos. Desde allí se envía la información al nivel central que tiene la base de datos completa, emite informes y los recordatorios a niños atrasados en su cronograma. Las coberturas actuales de vacunación son: BCG = 97%, DPT-HB-Hib 3 dosis = 93%, VPI 3 dosis = 93% cohorte 2015; PnC13V 3 dosis = 94%, SRP 1 dosis = 95%, Varicela 1 dosis = 95% cohorte 2014; HA 2 dosis = 89%, cohorte 2013; DPT = 91%, SRP 2 dosis = 92% y varicela 2 dosis = 87%, cohorte 2010.

CONCLUSIONES: El SNNI ha demostrado ser un sistema de registro confiable y útil que permite al Ministerio de Salud, realizar el seguimiento del PNV en tiempo real, detectar dificultades puntuales y corregir o ajustar los problemas detectados. Ha sido evaluado positivamente por OPS pudiendo servir como modelo para otros países. Las coberturas vacunales son cercanas y mayores al 90% para la mayoría de los biológicos administrados.



ID: 169/ P2-M1: 4

Abstract

Palabras clave: mycobacterium abscessus, bacteriemia en neonato

BACTERIEMIA NEONATAL POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS

Maria Laura LESCANO¹, Clarisa AGUIRRE², Teresa CORALLO², Daniela CACERES¹, Mirta COLEF¹, Mariana DANTUR¹

¹Hospital JC Perrando; ²Hospital Pediátrico Avelino Castelan; matrento@hotmail.com, draclarisa@yahoo.com.ar, terecorallo@yahoo.com.ar, danicace27@gmail.com, mirtacolef@hotmail.com, maridantur@yahoo.com.ar

OBJETIVO: Durante las tres últimas décadas se ha observado un notable incremento de las infecciones por Micobacterias atípicas (MA) en todo el mundo, principalmente de infecciones postraumáticas y postquirúrgicas. Más recientemente se describen infecciones diseminadas y brotes por contaminación de equipos médicos.

Nuestro objetivo es comentar la experiencia en el manejo diagnóstico y terapéutico en una recién nacida pre término de bajo peso (RNPT/BP) con bacteriemia por *Mycobacterium abscessus*.

DESCRIPCIÓN: Paciente de sexo femenino, RNPT, EG 30sem Peso 720gr, APGAR 5/8, gemelar. Como antecedente se medica con ampicilina-gentamicina durante 10 días por sospecha de sepsis neonatal precoz con cultivos negativos. Requiere ARM e inotrópicos. A las 48 horas de la suspensión de antibióticos, desmejora clínicamente, nuevos infiltrados alveolares bilaterales, se realizan nuevos cultivos microbiológicos. Laboratorios con leucocitosis, con fórmulas inmaduras, anemia y plaquetopenia, PCR: positiva. LCR: turbio, gluc 44, prot 1,24, células 25, se inicia vancomicina y meropenem. A los 5 días informan bacilos Gram positivos en hemocultivos, y punta de catéter sensible a imipenem y amikacina con sospecha de MA a través de técnicas microbiológicas tradicionales y pruebas de sensibilidad por el método de difusión. A las 48 hs se agrega claritromicina. La cepa fue derivada al Laboratorio de Referencia Nacional. A los 30 días del esquema empírico, se confirma MA variedad abscessus. La paciente evoluciona estable compensada, afebril, con tolerancia aporte enteral, reactiva, rx de tórax con infiltrados bilaterales predominio vértices, ecocardiograma, ecografía abdominal y fondo de ojo: normales, con requerimiento de O₂ por displasia broncopulmonar, con hemocultivos control intratratamiento negativos.

COMENTARIOS: Las infecciones por MA son variables y están relacionadas con la especie infectante, su relación con el medioambiente y con la respuesta inmune del huésped. El diagnóstico puede ser dificultoso. Se recomienda considerar esta infección atípica dentro de los diagnósticos diferenciales en sepsis neonatal tardía y realizar seguimiento microbiológico de los hemocultivos relacionados a estas especies, ya que presentan un crecimiento más lento que los gérmenes habituales.



ID: 171 / PP: 2

Abstract

Palabras clave: quemados, osteomielitis, niños

OSTEOMIELITIS EN PACIENTES QUEMADOS PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS

Maria Teresa ROSANOVA¹, Carla Jimena VOTO¹, Susana CARNOVALE¹, Nidia Laura TRAMONTI², Jimena LEMA², Jose Luis PINHEIRO¹, Adela ISASMENDI¹, Veronica ALVAREZ¹, Rosa Mabel VILLASBOAS², Santiago LABORDE²

¹Servicio de Control Epidemiológico e Infectología Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan; ²Unidad de Cirugía Plástica y Quemados Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan; carlavoto@gmail.com

INTRODUCCIÓN: La osteomielitis en pacientes (p) pediátricos quemados es una complicación poco frecuente que conlleva importante morbilidad. Los datos en la literatura se limitan a series de pocos casos.

OBJETIVO: Describir las características clínicas, microbiológicas y evolutivas de niños con osteomielitis internados en una Unidad de Quemados pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y descriptivo durante el periodo comprendido entre 01/2007 a 01/2017, que incluyo niños internados por quemaduras en la Unidad de Quemados del Hospital de Pediatría "Juan P. Garrahan" con diagnóstico de osteomielitis por aislamiento microbiológico en tejido óseo y anatomopatología compatible.

RESULTADOS: N=12 p. Mediana de edad: 42.5 meses (RIC 27-118). Los mecanismos de quemadura fueron fuego directo en 11 p. (92%) y electricidad en 1 p. (8%). La mediana de superficie quemada fue 33.5% (RIC 18.5-58). Un 100% presentó quemadura tipo AB y B y 7 pacientes (58%) un índice de Gárcés ≥ 3 . Once pacientes (92%) presentaron exposición ósea al ingreso y 7 pacientes (58%) síndrome compartimental en el sitio afectado. Las localizaciones más frecuentes fueron: metacarpianos (5 p.), calota (3 p.), tibia (2 p.), cúbito (1 p.) y metatarsiano (1 p.). La osteomielitis se diagnosticó con una mediana de 30 días post - quemadura. La forma clínica de presentación fue: dos niños (17%) desarrollaron un cuadro de sepsis, 7 pacientes (58%) tuvieron fiebre y uno (8%) hipotermia.

Los microorganismos más frecuentemente aislados de tejido óseo fueron: *Fusarium* spp. en 3 p., *Pseudomonas aeruginosa* en 2 p., *Mucor* spp en 1p., *Trichosporon asahii* en 1p., *Candida albicans* 1p., *Candida parapsilosis* 1p., *Enterococcus* spp. 1 p. y en 2 casos infección polimicrobiana. Un 100% presentó anatomopatología compatible. La mediana de tiempo de tratamiento fue 44.5 días (RIC 34.5-65.5) y de estadía hospitalaria 75 días (RIC 76-82.5). Presentaron complicaciones 11 p. (92%); 6p. (50%) tuvieron secuelas motoras y 4p. (33%) amputación del sitio afectado. Un paciente (8%) falleció con sepsis relacionada a la infección.

CONCLUSIONES: En nuestro conocimiento esta es la serie de casos más grande de niños quemados con osteomielitis. El índice de gravedad ≥ 3 , la extensión de la quemadura $\geq 30\%$ y las quemaduras profundas fueron los factores asociados más frecuentemente. El mayor número correspondió a osteomielitis fúngicas de aparición tardía post-quemadura. Las secuelas funcionales fueron comunes. La mortalidad fue baja.



ID: 172/ P2-M7: 2

Abstract

INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA ENTRE 2008 Y 2017

María Paula GRAZIANI, Manuela MOSER, María Belén TORNATORE, María Paula CITRONI, Tatiana BARRIONUEVO, María Virginia BONARDO, María Lucila FERNIE

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES; mpaula.graziani@gmail.com

OBJETIVOS: *Staphylococcus aureus*(SA) es la causa más frecuente de infecciones de piel y partes blandas (PPB). En los últimos años, ha aumentado la incidencia de SA meticilino resistente (SAMR), transformándose en uno de los principales agentes infecciosos emergentes, con una prevalencia descrita del 62% en la literatura local. El objetivo del estudio es presentar una serie de casos de pacientes internados en el Departamento de Pediatría de nuestro hospital por infecciones por SA. Estimar la incidencia con respecto al número de egresos hospitalarios. Comparar las características clínicas entre SAMS y SAMR.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes pediátricos, internados en nuestro centro entre enero de 2008 y febrero de 2017 con infección microbiológicamente documentada. Se tomó el número de egresos hospitalarios en dicho período como población de referencia. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, foco clínico, rescate microbiológico, hisopado en búsqueda de SAMR, días de internación, complicaciones y tratamiento.

RESULTADOS: En el período seleccionado, se internaron 45 pacientes con infección por SA: 32 SAMR y 13 SAMS. Las infecciones por SAMR constituyeron el 71%, ligeramente por encima de la relación descrita en la literatura local.

La incidencia ha ido aumentando en los últimos años con un pico máximo durante 2015 (tasa de 0,86% con respecto a egresos hospitalarios) y con predominio de las infecciones por SAMR respecto de SAMS.

La distribución según el foco clínico fue: 62% PPB, 20% osteoarticular y 13% pulmonar. Se realizó Hisopado en búsqueda de SAMR en el 47%, obteniéndose resultado positivo en el 52% de las muestras.

El promedio de días de internación fue mayor en los casos de SAMR (10,5 días). Todos los casos que presentaron complicaciones fueron por SAMR (19%).

El requerimiento de intervención quirúrgica fue del 40% para SAMR y 30% para SAMS.

La clindamicina fue la elección terapéutica inicial en el 73%. El 84% de las infecciones por SAMR y el 100% de las generadas por SAMS recibieron antibiótico concordante según el antibiograma. Solo se constató un caso de SAMR resistente a clindamicina.

CONCLUSIONES: La frecuencia de SAMR ha ido en aumento en los últimos años. Las infecciones de PPB y las osteoarticulares fueron las más frecuentes. Se destaca el uso del hisopado para la detección de colonización. Resulta indispensable conocer la epidemiología local para adecuar el tratamiento empírico inicial.



ID: 173/ P2-M4: 1

Abstract

Palabras clave: Enfermedad exantemática inmunoprevenible

ENFERMEDAD EXANTEMÁTICA INMUNOPREVENIBLE

Andrea LEVAGGI, María Lorena AMARILLA, María Isabel LADO, Liliana Beatriz SARACENI

Hospital Gral de Agudos B Rivadavia, Servicio de Promoción y Protección de la Salud

andreallevaggi@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN: Se presenta un paciente adolescente de 17 años de edad con Diagnóstico presuntivo de Enfermedad Inmunoprevenibles Exantemáticas Sarampión/ Rubeola.

DESCRIPCIÓN: Paciente adolescente, 17 años de edad concurre a la consulta en Hospital de Provincia por fiebre de una semana de evolución, exantema generalizado, adenopatías en cervicales, occipitales, submaxilares, cefaleas, se interpreta como reacción alérgica se medica con antihistamínicos.

Al no ceder la sintomatología, consulta en nuestro Hospital, donde es llamativo el exantema y el Síndrome Febril que no cede.

Se solicitan exámenes complementarios de rutina, Serología: IGG-IGM para Sarampión, Rubeola, Parvovirus, HIV, Ac, core total HB, Ac Hepatitis, Monotest, VDRL, Pruebas Treponémicas.

Se reciben HMG Hto 47% Rto. C, Blancos 3700/mm³, Plaquetas 124.000/mm³, Fórmula repartida, Hepatograma dentro de límites normales, Glucemia 95 mg%, urea 30 mg%, ERS 10mm/3.

IGG para sarampión reactivo, IGG para Rubeola reactivo, IGM Parvovirus B19 No reactivo, HIV negativo, Ac core total HB no reactivo, IGM HA Negativo. Monotest negativo.

VDRL: 1/128 Test treponémico FTA-ABS reactivo. Se realiza tratamiento con Penicilina Benzatínica, se realiza seguimiento y controles posteriores con descenso de los títulos.

Continúa en control

COMENTARIOS: Paciente adolescente de 17 años, que concurre a la consulta por exantema generalizado Síndrome Febril, adenopatías generalizadas, como primer diagnóstico se pensó en una Enfermedad exantemática Inmunoprevenible.

Posteriormente con los resultados, el diagnóstico definitivo: Sífilis Secundaria.

Es importante ante el incremento de Sífilis en adolescentes y adultos en nuestro país, pensar en el diagnóstico ante un exantema similar que resulte como diagnóstico diferencial de Enfermedad Inmunoprevenible exantemática.



ID: 174/ P1-M4: 1

Abstract

Palabras clave: Infecciones de transmisión sexual, Infecciones genitales bajas, Abuso sexual

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: ANALISIS EN UNA POBLACION USUARIA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA. DICIEMBRE/ 2014 A FEBRERO/2017

Monica PUJADAS, Analhí MOGNI, Natalia HERMIDA, Estefanía CABO, Federica BADIA, Laura GARCIA, Edith RICHARDS, Pedro CLADERA, Catalina PIREZ

Clinica Pediátrica A Centro Hospitalario Pererira Rossell; anahimogni@gmail.com, drahermida@gmail.com

OBJETIVO: Conocer la prevalencia de infecciones genitales bajas (IGB) como forma de presentación de infecciones de transmisión sexual (ITS) en niños y adolescentes asistidos en un hospital de referencia, durante el período 1° de diciembre de 2014 al 28 de febrero de 2017. Describir etiología y posibles mecanismos de transmisión.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron los casos a quienes se solicitó muestra microbiológica de IGB y se incluyeron aquellos con resultado positivo durante el periodo considerado. Fuente de datos: registros de laboratorio e historias clínicas. Se analizaron muestras de exudado vaginal, hisopado rectal y en varones exudado uretral y urocultivo. Técnicas utilizadas: observación al microscopio de extendido en fresco y directo, cultivo bacteriológico y PCR *real time* para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y etiológicas.

RESULTADO: De las 250 solicitudes de búsqueda de IGB, se identificaron 14 resultados positivos (5,6 %); 13 sexo femenino. Edad: 2 a 14 años, media 8 años. En 3 pacientes se identificó más de un germen. Se diagnosticó *C. trachomatis* en 10 pacientes, *N. Gonorrhoeae* en 6, *Gardnerella vaginalis* en 2 y *Ureaplasma urealyticum* en un caso. En todos los casos el motivo de consulta fue abuso sexual (100%).

CONCLUSIONES: Las infecciones genitales bajas constituyen uno de los problemas más frecuentes en ginecología pediátrica. En este grupo etáreo la detección de una IGB requiere descartar en primer lugar abuso sexual, aunque otras formas de transmisión son posibles (perinatal, accidental por auto o hetero inoculación). La prevalencia encontrada (5,6%) es elevada comparada con datos internacionales, pero debemos considerar que se trata de un hospital de tercer nivel, que asiste población con vulnerabilidad social. El hallazgo de alguno de estos patógenos es relevante para el diagnóstico de abuso sexual. Se identificó *C. trachomatis* como el germen más frecuente y en segundo lugar *N. gonorrhoeae*, lo cual difiere a la bibliografía internacional en donde *N. gonorrhoeae* es en general el germen mayormente implicado.



ID: 175/ P1-M7: 4

Abstract

Palabras clave: Prozona, Sífilis

EFECTO PROZONA EN SÍFILIS CONGÉNITA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Yamila Vanesa MOGLIA, Agustina DALZOTTO, Analia MANCERA, Claudio MARTIGNETTI

Hospital Oñativía; yamilamoglia@hotmail.com

OBJETIVOS: Exponer dos casos de sífilis congénita en los cuales el diagnóstico se retrasó, producto del efecto prozona.

DESCRIPCIÓN: Se presentan dos niños con cuadros clínicos diferentes de lúes congénita que tienen en común controles de VDRL materna negativas efectuadas en el tercer trimestre de la gestación.

El primer caso, corresponde a una niña de 1 mes, que ingresa a la guardia con sepsis clínica. Presenta evolución tórpida y tras la realización de screening serológico, se llega al diagnóstico de sífilis congénita.

El segundo caso, corresponde a una niña de 5 meses de edad, que concurre a control de salud con examen físico crecimiento y desarrollo adecuado. La aparición en la madre de lesiones en piel compatible con secundarismo sífilítico que se confirmaron con VDRL y tpha positiva, obligo a estudiar a la niña confirmándose en ella también el diagnóstico de sífilis congénita.

COMENTARIO: Concluimos que deberíamos elevar el índice de sospecha de sífilis congénita en todos los niños asistidos, aún con serologías para VDRL negativa del último trimestre de la gestación. Sugerimos solicitar durante el embarazo pruebas con mayores diluciones para minimizar los falsos negativos por efecto de prozona.



ID: 176/ P1-M2: 4

Abstract

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN PROTOCOLO DE INMUNOSUPRESIÓN, ASISTIDOS EN UN SERVICIO DE REFERENCIA EN ENFERMEDAD POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Gabriela AMAYA¹, Gabriela SISTO², Valeria LE PERA¹, Federica BADÍA¹, Gabriela ALGORTA³, Maria Catalina PIREZ¹

¹Clinica Pediátrica A Facultad Medicina UDELAR; ²Comisión Honoraria Para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes; ³Departamento de Bacteriología y Virología Facultad de Medicina UDELAR; gaby22.10@montevideo.com.uy, grsisto@adinet.com.uy

OBJETIVOS: Analizar los pacientes pediátricos asistidos en una unidad de referencia en enfermedad tuberculosa, que fueron derivados para su valoración, previo al inicio de un tratamiento inmunosupresor, y que no presentaban antecedente de contacto con un paciente bacilífero.

MATERIALES Y MÉTODOS: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo en base al análisis de las historias clínicas de los pacientes asistidos en una unidad especializada en enfermedad por *Mycobacterium tuberculosis*, en el año 2016. Se incluyeron todos los pacientes que fueron derivados ese año para su valoración, previo al inicio de una terapia inmunosupresora y que no tenían al momento de la primera consulta noción de contacto con un paciente enfermo de tuberculosis. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas. Se consignó el resultado del PPD y características de la radiografía de tórax. Se registró el inicio o no de tratamiento profiláctico con 1 o 2 fármacos, su cumplimiento y evolución clínica.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 21 pacientes entre 14 meses y 16 años (media 10 años). Cinco pacientes tenían diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil, 1 fue derivado del Servicio de Oncología, y otro presentaba síndrome nefrótico. En los 12 restantes no se consignó la causa de inicio del tratamiento. De los 19 pacientes en los que se realizó PPD, 5 presentaron un resultado positivo (>5 mm) en la primera visita, y en 14 el resultado fue de 00mm. Un paciente presentó un viraje tuberculínico a los 2 meses de seguimiento, surgiendo entonces el antecedente del contacto con un paciente bacilífero. La radiografía mostraba infiltrado difuso. Cuatro pacientes iniciaron quimioprofilaxis con 1 fármaco y 1 con 2 fármacos. Completaron el tratamiento 2, 1 se encuentra bajo tratamiento, 1 abandonó y otro continuó su seguimiento en otra dependencia.

CONCLUSIONES: Los pacientes inmunocomprometidos tienen un riesgo incrementado de enfermedad por *Mycobacterium tuberculosis*. Existe consenso en evaluarlos previo al inicio de una terapia inmunosupresora, por el riesgo que supone la enfermedad tuberculosa o la reactivación de una infección tuberculosa latente.



ID: 177 / P2-M2: 1

Abstract

Palabras clave: neumonía, empiema, *S. pneumoniae*

NEUMONÍAS COMPLICADAS CON EMPIEMA: ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA. ENERO A DICIEMBRE 2016

Mercedes OLAZARRI, Fiorella STRATTA, Mónica PUJADAS, Elizabeth ASSANDRI, Federica BADÍA, Karina MACHADO, María Catalina PÍREZ

Hospital Pereira Rossell; olamecha2@gmail.com, sfio2010@hotmail.com

OBJETIVO: Analizar las características epidemiológicas, clínicas, etiológicas, evolución y complicaciones de los niños ingresados en un hospital pediátrico en el período comprendido entre Enero a Diciembre de 2016 con diagnóstico de empiema.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes ingresados a sala de cuidados moderados con diagnóstico de empiema definidos según características de líquido pleural durante el año 2016. Se consideró empiema cuando se observa pus en el derrame pleural, definiéndose con pH < 7.2. Glucosa igual o < a 40 mg/dl. Lactato deshidrogenasa (LDH) > 1000 U/l u observación directa de bacterias en el líquido. Fuente de datos: historias clínicas.

Se consideraron variables epidemiológicas, clínicas evolutivas y etiológicas. Se estableció el análisis estadístico en base a distribución de frecuencias y pruebas de significancia estadística cuando correspondiera, considerando significativo un valor de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS: Se identificaron 33 ingresos por empiema, 22 (66,6%) eran de sexo masculino, 11 (33,4%) femenino. Un promedio de edad de 41 meses con un rango de 7 a 159 meses. La mayor incidencia se registró en el mes de Mayo en coincidencia con el aumento del virus de la gripe. 12 (36,3%) requirieron ingreso a CTI, 21 (63,7%) se manejaron en sala de internación. Solo 2 (6%) requirieron cirugía mediante videotoracoscopia. Ningún paciente falleció. 26 (79%) presentaban el esquema de vacunación al día y 7 (21%) no. El rango de días de fiebre previo al ingreso fue de 1 a 15 días. 542 días de internación con un rango de 6 a 36. 20 (60,6%) pacientes recibieron estereptoquinasa (STK), 12 (36,4%) no, solo 1 (3%) paciente no requirió drenaje de tórax. 20 (60,6%) pacientes presentaron antígeno neumocócico positivo, 2 (6,1%) positivos para *Haemophilus influenzae* tipo b y 11 (33,3%) fueron negativos. 5 (12%) pacientes presentaron cultivo de líquido pleural positivo para *Streptococcus pneumoniae*, 1 (3%) para *Staphylococcus aureus* y 27 (82%) sin desarrollo. Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p = 0,004$) entre LDH y necrosis pulmonar.

CONCLUSIONES: Se identificaron 33 casos de empiema coincidiendo con el aumento durante este año de la circulación del virus influenza. *S. pneumoniae* continua siendo el agente causal más frecuente de NAC complicada. No hubo cambios en su sensibilidad antibiótica.



ID: 178/ P2-M7: 5

Abstract

Palabras clave: Infección HIV, pediatría, abuso sexual infantil

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN HIV EN PEDIATRÍA. NO TODO ES TRANSMISIÓN VERTICAL

Soledad Estrella GONZALEZ, Debora MECIKOVSKY, Solange ARAZI, Cecilia ZUNANA, Soraya EL KIK, Erica GANTNER, Mariana PARTULANE, Aldana ARAGONA, Alejandra BORDATO, Andrea MANGANO, Rosa BOLOGNA

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. Ciudad de Buenos Aires. Argentina; sole.estrella.gonzalez@gmail.com

OBJETIVOS: Describir un caso de infección HIV en un paciente pediátrico con antecedente de exposición perinatal al HIV, en quien se descartó previamente la transmisión vertical (TV)

DESCRIPCIÓN: Paciente 9 años, procedente de Jujuy, motivo de internación: diarrea crónica, síndrome febril prolongado y pérdida de peso. Presenta bicitopenia, hipergamaglobulinemia, reactantes de fase aguda aumentados. Ecografía de abdomen con adenomegalias y engrosamiento a nivel cecal. ELISA HIV positivo. Se confirma diagnóstico de infección HIV Estadio 3 con carga viral 21 400 copias/mm³ y CD4 10% VA 74 células/mm³.

Antecedente personales: hija de madre con infección HIV; embarazo controlado, nació por cesárea. Recibió profilaxis antirretroviral durante el parto y la niña recibió AZT durante 6 semanas. No recibió lactancia. Se descartó la TV del HIV con 3 PCR negativas y 2 ELISA HIV negativos, último a los 2 años 6 meses. Posee 3 hermanos sanos. Padre con infección HIV. Al interrogatorio, no surgen antecedentes de accidentes cortopunzantes en el hogar, no transfusiones, ni sospechas de transmisión a través de la vía sexual.

Habiéndose descartado la infección perinatal, el diagnóstico actual de infección por HIV constituye según la Clasificación de Muram-Adams, clase 4: Hallazgo de certeza de abuso sexual infantil (Evidencia definitiva). Se realizó la presentación ante el Consejo de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes(CDNNyA). Presenta en la internación examen ginecológico normal.

Se reciben informes desde CDNNyA, constan intervenciones judiciales a este grupo familiar, con denuncia penal por sospecha de ASI a hermana mayor. Se han realizado las denuncias penales correspondientes y se aguarda la resolución judicial.

Se realizan VEDA y VCC signos de esofagitis candidiásica y lesiones ulceradas en colon, sin diagnóstico etiológico. Inició tratamiento tuberculostático por sospecha de Tuberculosis intestinal, anfotericina por candidiasis esofágica e inició TARV (ABC-3TC-EFV). Presentó buena evolución clínica.

COMENTARIOS: Ante el diagnóstico de infección por HIV en pediatría, luego de descartada la infección por TV se debe considerar en primer lugar el ASI. Existen otras formas de transmisión menos frecuentes como los accidentes cortopunzantes domésticos, lactancia por otra persona y la premasticación de los alimentos, entre otras. Es responsabilidad del equipo médico no solo realizar el correcto diagnóstico etiológico sino también investigar sobre la forma de adquisición.



ID: 179/ P2-M1: 5

Abstract

Palabras clave: sinusitis, absceso cerebral, *Streptococcus constellatus*, *Dialister pneumosintes*

ABSCESO CEREBRAL POR STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS Y DIALISTER PNEUMOSINTES. REPORTE DE UN CASO.

María Soledad MUSSINI¹, Esmeralda HIGHTON¹, María Guadalupe PÉREZ¹, Adela ISASMENDI², José Luis PINHEIRO², María Laura MALDONADO², Mirta LITERIO²

¹Hospital Garrahan, Servicio de Epidemiología e Infectología; ²Hospital Garrahan, Servicio de microbiología; soledadmussini@gmail.com

OBJETIVO: describir las características clínicas y evolutivas de una niña con sinusitis frontal complicada con absceso cerebral por *Streptococcus constellatus* y *Dialister pneumosintes*.

DESCRIPCIÓN: Paciente sana que consulta por cefalea holocraneana de 12 días de evolución, asociada a fiebre, fotofobia y vómitos. Relata haber consultado 48 hs antes en otro centro donde diagnostican sinusitis y medican con azitromicina.

Al ingreso se encontraba en buen estado general, vigil y reactiva; afebril, sin signos de foco motor, con ligero dolor a la movilización pasiva del cuello y a la palpación del arco supraciliar izquierdo. Pupilas isocóricas y reactivas, fuerza y tono en 4 miembros conservados. Reflejos presentes.

Laboratorio inicial: 18.800 glóbulos blancos/mm³ (90/7/3), hemoglobina 11,7gr%, 450.000 plaquetas/mm³, PCR 60 mg/l, función renal y hepatograma normales, hemocultivos x 2 negativos.

Por la magnitud de la cefalea, se realizó tomografía computada (TC) de cerebro con contraste endovenoso, que evidenció lesión hipodensa con realce periférico post-contraste y edema perilesional en la porción basal del lóbulo frontal izquierdo, con desplazamiento de línea media, compatible con absceso cerebral y sinusitis del seno frontal izquierdo.

Se interpretó el cuadro como absceso cerebral frontal secundario a sinusitis complicada. Se medica con Ceftriaxona y Metronidazol endovenosos.

Se realiza drenaje quirúrgico guiado por TC con aspiración de material purulento. Se envió muestra a cultivo. Se obtuvo desarrollo de *Streptococcus constellatus* con concentración inhibitoria mínima de 0,094 ug/ml para penicilina y de 0,75 ug/ml para ceftriaxona.

Fue valorada por servicio de inmunología quienes descartan inmunodeficiencia por presentar hemograma sin citopenias, dosaje normal de gammaglobulinas y ELISA HIV negativo.

La niña completó 6 semanas de tratamiento. Evolucionó afebril, con resolución de la cefalea. No presentó secuelas neurológicas al alta.

TC de control al finalizar el tratamiento sin colecciones.

COMENTARIOS: La sinusitis bacteriana es una entidad prevalente en niños y adolescentes, en general de evolución benigna. Sin embargo pueden presentarse complicaciones graves como la de la paciente presentada. Se requiere un alto índice de sospecha para identificar en forma precoz estas formas graves. Cuando se realiza el drenaje quirúrgico deben estudiarse gérmenes aerobios y anaerobios en el material de drenaje ya que suelen presentar etiología polimicrobiana.



ID: 180/ P2-M2: 2

Abstract

NEUMONIA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B EN PACIENTE CORRECTAMENTE VACUNADO

Lucia FOGGIATO¹, Natalia HERMIDA², Federica BADIA², Monica PUJADAS²

¹centro hospitalario pereira rossell; ²clínica pediátrica A facultad de medicina UDELAR; drahermida@gmail.com

OBJETIVOS: Comunicar el caso clínico de un paciente pediátrico, inmunocompetente y correctamente vacunado, en quien se diagnosticó neumonía complicada con derrame pleural por *Haemophilus Influenzae* b, y analizar los factores probablemente implicados.

DESCRIPCIÓN: Varón, 1 año y 2 meses, eutrófico, sano. 3 dosis de vacuna Pentavalente, la tercer dosis al año de vida. Sin antecedentes ambientales a destacar.

Ingresos por enfermedad de filiación respiratoria de 1 semana de evolución caracterizada por tos catarral y fiebre, que agrega en la evolución fatiga progresiva, quejido, y repercusión general.

El examen físico a su ingreso: regular estado general, febril, trajes y polipnea de 45rpm. A la auscultación, franca disminución de la entrada de aire y estertores húmedos en cara posterior de hemitórax derecho.

La radiografía de tórax muestra foco de consolidación que ocupa todo el hemitórax derecho. La ecografía de tórax evidencia derrame pleural de 12mm. El análisis del líquido pleural informa: aspecto turbio amarillento, proteínas 37.0 g/L, glucosa 0.92 g/L, LDH 804 U/L. En el citológicos: hematíes, polimorfonucleares y linfomononucleares. La detección de antígenos capsulares es positiva para *Haemophilus influenzae* tipo b, pero no hay desarrollo bacteriano en cultivo del líquido pleural.

El hemocultivo desarrolla un *Haemophilus influenzae* tipo b, betalactamasa negativo.

Recibe tratamiento con Ampicilina, con buena evolución y resolución progresiva del derrame pleural.

Se descarta la presencia de una inmunodeficiencia primaria o secundaria.

COMENTARIOS: Se ha reportado un aumento de la incidencia de enfermedad invasiva por *Haemophilus Influenzae* b, luego de su drástica reducción con la introducción de la vacuna conjugada. Estos datos de todos modos distan de las cifras de pacientes graves y muertes que se registraban en la era prevacunal.

El control de esta enfermedad sigue teniendo como pilar fundamental la vacunación, con énfasis en cumplir con el calendarios vacunal, y mantener altas tasas de vacunación en la población.

Los aumentos de la frecuencia de estos casos deben investigarse sin demora, registrando edad, estado de la vacunación, tiempo transcurrido desde la administración de la última dosis y presencia de inmunodeficiencia u otro factor de riesgo para esta enfermedad.



ID: 181 / P1-M4: 4

Abstract

CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO: DOS CASOS INTRAFAMILIARES. TRATAMIENTO CON VALGANCICLOVIR.

Clarisa AGUIRRE, Ariane AUPY, Andrea GAJO GANE, Maia BORZI, Roberto QUINCOSE

Hospital pediátrico "Juan Pablo II". Corrientes; arianeaupy@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La infección por citomegalovirus (CMV) es la infección congénita más frecuente en los países desarrollados, con una prevalencia que oscila entre el 0,3 y el 2,4% de los recién nacidos. La mayor parte de las infecciones congénitas por CMV están en relación a la primoinfección materna durante el embarazo, en cuyo caso el 40% de los fetos se infecta, el 10% presenta síntomas al nacimiento y la mitad de todos ellos queda con secuelas permanentes. En relación a su alta prevalencia, el CMV congénito es una de las causas más frecuentes de retraso psicomotor y sordera neurosensorial de origen infeccioso.

DESCRIPCIÓN: Caso 1: Varón, de 1 mes de edad, RNT/BPEG (41 semanas/2.250 kg) con antecedentes de internación en neonatología por Sepsis clínica, RCIU, anemia y trombocitopenia. Cumplió antibioticoterapia con cultivos negativos. Consulta por aparición de nuevas lesiones purpúricas, laboratorio con anemia y trombocitopenia. Examen físico: petequias generalizadas en piel y mucosa oral. Hepatoesplenomegalia. Laboratorio: Anemia grave, plaquetopenia (30.000/mm³). Serologías maternas (HIV- Hep B y C- VDRL) y del bebé (Toxoplasmosis, Chagas, VDRL) negativas. IgG e IgM y PCR en sangre y orina positivas para CMV. Asumido como Citomegalovirus Congénito. Se administra 1 dosis de Gammaglobulina con aumento de plaquetas. Examen neurológico normal, ecografía cerebral y TAC de cerebro normales. Fondo de ojos normal. Potenciales auditivos anormales. Inicia tratamiento con valganciclovir.

Caso 2: varón de 1 mes de vida (primo hermano del anterior), RNPT/PAEG, 35 semanas, PN: 2.370 grs. Antecedente de internación en neonatología por sospecha de sepsis con cultivos negativos, síndrome purpúrico, trombocitopenia (24.000/ mm³) PCR negativa. Evoluciona favorablemente, con laboratorio mejorado. Consulta a nuestro hospital por el antecedente y el diagnóstico de su primo hermano de CMV congénito. Serologías de mamá y bebé IgG e IGM positivas para CMV y PCR CMV del bebé en sangre positiva y en orina negativa (resto de serologías negativas). Ecografía cerebral con calcificaciones. Tiene otoemisiones acústicas normales. Inicia tratamiento con valganciclovir.

COMENTARIOS: El ganciclovir se ha utilizado en neonatos con infección congénita sintomática por CMV con el objetivo de disminuir la sordera neurosensorial. Valganciclovir tiene la ventaja de poder administrarse por vía oral facilitando así el tratamiento ambulatorio. Requiere control hematológico semanal.



ID: 182/ P1-M1: 2

Abstract

NEUMONIA CON SDRA GRAVE A CMV COMO MANIFESTACION DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA COMBINADA: SINDROME DE HIPER IGM LIGADO AL X (DÉFICIT DE CD40L)

Diego GONZALEZ¹, Magdalena SCHELOTTO², Yelena RAMIREZ², Valeria LE PERA³, Analhi MOGNI³, Estefania CABO³, Elizabeth ASSANDRI³, Federica BADIA³, Monica PUJADAS³, Karina MACHADO³, Maria Catalina PIREZ³

¹centro hospitalario pereira rossell; ²inmunologia centro hospitalario pereira rossell; ³clinica pediatria A facultad de medicina UDELAR; gonzalezmarquez@intramed.net

OBJETIVO: Presentar el caso de un lactante portador de una inmunodeficiencia primaria combinada, que debutó como una infección grave a Citomegalovirus (CMV), y presento desafíos en su diagnostico, tratamiento, y seguimiento.

DESCRIPCIÓN: Varón, 5 meses y 19 días, alta vulnerabilidad social. Tio por linea materna, fallecido a los 2 años por una inmunodeficiencia primaria combinada (síndrome hiper IgM ligado al X, déficit de CD 40 L, en quien se confirmó la mutación E129X en el exón 4 del gen de CD40L).

Producto de primer embarazo, retraso del crecimiento intrauterino. Nacimiento a termino, con peso adecuado para la edad gestacional, sin patologías. Adecuado crecimiento y desarrollo, vacunas al día. Ingresa en unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de neumonía bilateral e insuficiencia respiratoria con rápida progresión a la gravedad extrema. De la valoración por Inmunología: dosificación de inmunoglobulinas informa IgG 24 mg/dL, IgA 17 mg/dL, IgM 24mg/dL, y perfil B con ausencia de switch de clases de inmunoglobulinas. Se confirma es portador del mismo trastorno genético.

La reacción en cadena de la polemizaras (PCR) para CMV fue positiva, con 81200 copias. Recibe tratamiento con Ganciclovir 42 días y Valganciclovir por 6 días (6 semanas total). Se administran inmunoglobulina, 3 dosis inicialmente, posteriormente dosis mensuales. Se inicia profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol. Permanece en cuidado intensivos por 26 días, y 36 días en sala. Durante su estadia cuidados moderados, además de su recuperación respiratoria y nutricional, se trabajo en conjunto con el servicio de asistentes sociales, en la reinserción del niño en su hogar, y la educación a la madre en los cuidados. Se realoja al niño y su familia en una vivienda con condiciones adecuadas para su cuidado.

COMENTARIOS: El Síndrome de HiperIgM es una enfermedad genética rara, ligada al X, debida a una mutación en el gen CD40 ligando, forma parte de las inmunodeficiencias combinadas.

Presenta un defecto de los linfocitos B con alteración en el cambio de clase de las inmunoglobulinas. Se expresa con IgM normal o aumentada e IgG, IgA e IgE disminuidas..

Se destacan por su frecuencia las infecciones pulmonares, siendo *P. jirovecii*, *S. pneumoniae* y CMV, los mas involucrados.

Los factores culturales y sociales, deben ser considerados en el seguimiento, para lograr un adecuado consejo genético, y asegurar los cuidados para un mejor pronostico y calidad de vida de estos pacientes.



ID: 183/ PP: 6

Abstract

Palabras clave: EGB-PREVENCIÓN INFECCION PERINATAL

PROFILAXIS PARA ESTREPTOCO: EXPERIENCIA EN UNA MATERNIDAD

Fabiana Beatriz GARCIA¹, Marcelo DE CARO², Nestor VAIN², Ramon LARCADE²¹FUNCEI; ²Sanatorio Trinidad Ramos Mejia; fgarcia@funcei.org.ar

INTRODUCCIÓN: La infección perinatal por estreptococo grupo B (EGB) representa en nuestro medio un desafío importante. Las normas nacionales indican la pesquisa y prevención antibiótica obligatoria pero estas pautas no siempre se cumplen.

OBJETIVO: Describir las medidas de prevención para EGB que se aplican en un centro de internación polivalente privado con un área materno-infantil.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo prospectivo realizado con recopilación de datos a través de planilla de registro que se completó en sala de partos de la institución desde el 1/1/2016 a 1/2017. Los datos relevados fueron edad gestacional al nacer, cultivo para EGB realizado o no y resultado, profilaxis ATB con penicilina EV y número de dosis, vía de parto y factores de riesgo obstétricos.

RESULTADOS: Desde 1/2016 al 3/2017 se realizaron 1629 partos. Se recopiló información de 60 embarazadas (E) durante el trabajo de parto. Se registraron 41 cesáreas y 19 partos vaginales (EG= 28 a 41 S).

En 53/60 E se realizó cultivo para SGB y estuvo disponible al parto en 52/53; resultó positivo en 15 (28%). En las 7 E en quienes no se realizó la pesquisa se detectó como dato relevante: dos con EG 28 y 34S y en 5 con 37 o más semanas de gestación EG.

Recibieron profilaxis ATB EV con penicilina las 15 E con cultivo positivo para EGB. Nueve E recibieron 1 dosis y 6 E, 2 dosis. A los RNs con intervalos entre el inicio de profilaxis y nacimiento < de 4hs se les realizaron hemocultivos e iniciaron antibióticos empíricos.

No se registraron casos de sepsis temprana para EGB en ninguno de los Rns nacidos en ese periodo.

CONCLUSIONES: En esta población se detectó una prevalencia de portación similar la reportada en otros estudios nacionales.

En 12% de las pacientes no se realizó pesquisa para EGB, pero el 50% de estas E recibieron profilaxis teniendo en cuenta los factores de riesgo obstétricos. Consensuar con el equipo médico a cargo del trabajo de parto que la duración de profilaxis ATB sea el adecuado es muy importante y debe registrarse.

La vigilancia epidemiológica de la prevención perinatal del EGB permite revisar prácticas para mejorar su cumplimiento.



ID: 184 / P1-M1: 1

Abstract

Palabras clave: *Mycobacterium tuberculosis*, trasplante células hematopoyéticas

INFECCIÓN DISEMINADA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN PACIENTE RECEPTOR DE TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

Soledad Estrella GONZALEZ, María Teresa ROSANOVA, Ana Nina VARELA BAINO, Sandra GOMEZ, Carolina EPELBAUM, María Jose IZAGUIRRE, Raquel STACIUK, Analia PENAYO ZARATE, Claudia SARKIS

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. Ciudad de Buenos Aires. Argentina; ananinvare@hotmail.com

OBJETIVOS: Describir un caso de infección diseminada por *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) en paciente receptor de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) alogénico no relacionado (NR).

DESCRIPCIÓN: Paciente de 9 años portador de adrenoleucodistrofia, recibe TCPH NR. En la evaluación pretrasplante se detecta TAC tórax con imágenes nodulillares. Se realizó catastro familiar, PPD y BAL resultando negativos. Recibe micofenolato y tacrolimus; profilaxis con voriconazol. A los 63 días post-TCHP es internado por fiebre y CVAS diagnosticándose coinfección *Influenza A* (INF) y *Mycoplasma pneumoniae* (Mp). Es medicado con piperacilina-tazobactam, oseltamivir y azitromicina. Evoluciona febril persistente, con dificultad respiratoria progresiva e hipoxemia. Rx tórax con condensación paracardiaca derecha. Inicia cidofovir por rescate de Adenovirus (ADV) en SNF y sangre. Nueva TAC tórax con infiltrado alveolar campo derecho y adenomegalias mediastinales. Se modifica esquema antimicrobiano a meropenem, vancomicina, pentamidina, foscarnet, continuando con oseltamivir, cidofovir y anfotericina. Ingresa a UCI, se realiza BAL con aislamiento de INF, ADN y Mp. Evoluciona con shock séptico y SDRA con requerimientos inotrópicos y ARM. Posteriormente agrega enteritis, compromiso esplénico; insuficiencia renal y colestasis. A los 15 DDI (días de internación), se informa BAL con cultivo positivo para MTB sensible. Aspirados traqueales y hemocultivos positivos para BAAR. Inició tratamiento tuberculostático con rifampicina, isoniazida, levofloxacina, meropenem y amikacina. Evoluciona con falla múltiple de órganos y fallece a los 47 DDI. Se reitera catastro familiar sin detectarse caso índice.

COMENTARIOS: La infección por MTB son infrecuentes en TCPH, la incidencia es menor en comparación con TOS y depende de la epidemiología local, del tipo de trasplante, siendo más frecuente en alogénicos. Las formas diseminadas constituyen el 30% y la mortalidad llega hasta el 75%. En los casos graves se recomiendan los esquemas con rifampicina a pesar de las interacciones existentes.

Las complicaciones pulmonares constituyen una causa mayor de morbimortalidad en TCPH. Se debe tener en cuenta la diversidad de etiologías y la alta frecuencia de copatógenos. El BAL constituye el pilar fundamental en el diagnóstico. La fiebre persistente, progresión o nuevo infiltrado pulmonar luego del tratamiento específico obliga a reiterar los procedimientos diagnósticos como en el caso presentado



ID: 185/ P2-M1: 2

Abstract

Palabras clave: abscesos, piógenos, mastoiditis

ABSCESOS CEREBRALES MÚLTIPLES

Andrés GOMILA¹, Carolina VANZO², Edgar PIEDRA³, Analia GARNERO⁴¹Servicio de Infectología, Hospital de Niños de Córdoba; ²Servicio de Infectología, Hospital de Niños de Córdoba;³Servicio de Infectología, Hospital de Niños de Córdoba; ⁴Servicio de Infectología, Hospital de Niños de Córdoba;

pedraedgar@gmail.com

OBJETIVO: Describir un caso clínico de infección otomastoidea con complicación intracraneana diseminada.

DESCRIPCIÓN: Paciente masculino, 10 años, comienza el 20/12/15 con 39°C, un registro diario. El día 28/12 es derivado desde hospital zonal por persistencia de la fiebre y la aparición de disartria y hemiparesia derecha. **Examen Físico:** Hemiparesia braquiocrural derecha, disartria, Glasgow 15/15. Resto del examen normal.

Laboratorio: GB 16.500 (85/9/4) Plaquetas 400.000 Hb 11.9 PCR 98.

TAC cerebral: Imágenes ocupantes de espacio que captan contraste, dos en región occipital de ambos lados y otra frontal parasagital izquierda, en relación a la hoz del cerebro, con edema perilesional y efecto de masa. Otomastoiditis izquierda con solución de continuidad de la placa sigmoidea en íntima relación con el seno venoso transversal. Sinusitis maxilar y etmoidal izquierda.

Hemocultivos: negativos. **Ecografía abdominal:** Normal. **Ecocardiograma:** normal.

Diagnóstico: Abscesos cerebrales.

Comienza tratamiento con Ceftriaxona, Vancomicina y Metronidazol.

Se realiza craniotomía con evacuación de abscesos y se envía muestra a Bacteriología.

Evolución clínica favorable con leve debilidad en MMII.

06/01/16 TAC control: Nueva colección en lóbulo temporal derecho. Persisten imágenes occipitales sin cambios. En región frontoparietal izquierda se observa una de 36mm de diámetro, otra parietal izquierda de 39mm y una parasagital izquierda de 20mm con edema perilesional. Trombosis del golfo de la yugular y seno sigmoideo izquierdo.

Cultivo de material evacuado: *Streptococcus anginosus*. Se suspende Vancomicina.

El **07/01/16** ingresa a quirófano para nueva evacuación de abscesos y mastoidectomía.

12/01/16 TAC cerebral: sin cambios importantes respecto a estudios anteriores.

01/02/16 TAC cerebral: Ligera disminución de tamaño con respecto a imágenes previas.

Se realiza intervención quirúrgica con guía de neuronavegación para evacuación de abscesos.

15/02/16 TAC cerebro: persisten 3 lesiones pequeñas.

24/02/16 Cumple 8 semanas de tratamiento antibiótico endovenoso. Se indica **egreso hospitalario con Amoxicilina por 14 días.**

COMENTARIO: Se destaca la presencia de múltiples abscesos piógenos a punto de partida de un foco otomastoideo, con escasas manifestaciones clínicas en relación a la necesidad de reiteradas intervenciones neuroquirúrgicas.



ID: 186/ P1-M3: 1

Abstract

LEISHMANIASIS VISCERAL: A PROPÓSITO DEL PRIMER CASO DETECTADO

Clarisa AGUIRRE¹, Andrea BENITEZ², Alejandra BONTCHEFF², Marcela CORRALES², Andrea GAJO GANE²

¹Hospital pediátrico "Juan Pablo II". Corrientes.; ²Hospital de Alta Complejidad, J. D.Perón. Formosa.; claudia_meliane@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN: La Leishmaniasis es una parasitosis producida por un protozoo del género leishmania. Afecta al ser humano y a otros mamíferos. Es una zoonosis, con reservorios domésticos y silvestres transmitida en la naturaleza por la picadura de mosquitos del género Phlebotomus. Se describen tres formas: cutánea, mucosa y visceral.

OBJETIVOS: 1°Relatar primer caso. 2°Considerar y sensibilizar esta entidad en los diagnósticos diferenciales.

Caso Clínico: Paciente de 2 años y 6 meses de edad, sexo masculino, sin antecedentes personales ni familiares de importancia, oriundo de Las Lomitas (Formosa), que presenta 4 meses atrás previo a su ingreso astenia, somnolencia, hipertermia no cuantificada intermitente acompañada de deposiciones desligadas amarillentas y dos episodios de cuadros respiratorios. Presencia de canino vagabundo. Habita en vivienda precaria con deficientes condiciones higiénico-sanitarias. Ingresó clínicamente estable, adelgazado, adinámico, marcada palidez cutáneo-mucosa, soplo sistólico, abdomen prominente con hepatoesplenomegalia masiva, circulación colateral, resto sin otros hallazgos relevantes. Sin signos de sangrado activo. Laboratorios: Anemia, trombocitopenia y leucopenia. PCR elevada, hipocalcemia e hipoalbuminemia. Hipergamaglobulinemia policlonal. TCC, ferritina, fibrinógeno, medio interno, función renal y hepática con parámetros normales. Cultivos: Sangre: + BGN (*Serratia*). hemocultivos de control negativos. Serologías: RK39 Positivo. Ecografía abdominal: Hepatoesplenomegalia con parénquima homogéneo, sin otras alteraciones. ECG: S/P. Biopsia de médula ósea en la que se observó visualización directa de amastigotes, con proliferación histiocítica y hemofagocitosis. Se asume como Leishmaniasis visceral, SHF, Bacteriemia a BGN. Recibió GR y Plaquetas. Cumplió 10 días de antibióticos. Anfotericina liposomal, con buena respuesta.

CONCLUSIÓN: Ante un paciente con esplenomegalia masiva y fiebre en un área donde se registran casos de Leishmaniasis canina, sospechar esta entidad.



ID: 187 / P1-M4: 5

Abstract

Palabras clave: enfermedad tuberculosa, incidencia

CAMBIOS EN LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN LA POBLACIÓN DE 0 A 14 AÑOS EN UN PAÍS DE AMÉRICA LATINA ENTRE 2006 Y 2015.

María Catalina PÍREZ¹, Mariela CONTRERA², Gabriela SISTO², Gabriela AMAYA¹, Federica BADÍA¹, Gabriela ALGORTA², Alicia MONTANO²

¹Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Uruguay. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina, UDELAR. Uruguay; ²Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Uruguay; mcpirez@yahoo.com

OBJETIVO: mostrar la evolución en la incidencia de casos de Enfermedad Tuberculosa (ET) probable y confirmada en niños de 0 a 14 años desde el 1/1/2008 al 31/12/2015.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron los casos registrados en el Programa de Tuberculosis de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP) que fue creada 1946 para el control, prevención y tratamiento de la Tuberculosis (TB) en todo el país. Se incluyeron los pacientes entre 0 y 14 años con diagnóstico de caso de ET probable o confirmada. Se calculó la incidencia por 100.000 habitantes de 0 a 14 años. Fuente de datos: ficha registro de la situación epidemiológica, presentación clínica, lectura de PPD o resultado de IGRA, diagnóstico imagenológico u otros estudios. El diagnóstico etiológico se realizó por baciloscopia, cultivo y estudios moleculares en muestras respiratorias y otras, cuando correspondía.

RESULTADOS: El promedio anual de casos para el trienio 2006 - 2008 fue 15,6 correspondiendo a una tasa promedio anual de 2,1 por 100.000 habitantes (IC 95% 1 - 3,1); para el trienio 2009 - 2011 el promedio anual de casos fue 34,6 y la tasa 4,7 (IC 95% 3,1 - 6,3); el promedio anual de casos fue de 47,6 para el trienio 2012 - 2014 la tasa promedio fue de 6,5 (IC 95% 4,7 - 8,4). En el trienio 2012 a 2014 se registraron 143 casos, 82 (43%) niños vivían fuera de la capital del país.

En el año 2015 se trataron 54 niños, correspondiendo a una tasa 7,4 por 100.000 habitantes de 0 a 14 años (IC 95% 7,4 - 9,4), 17 (31%) casos de ET fueron diagnosticados fuera de la capital del país.

En cuanto a las formas clínicas, los casos con afectación pulmonar tuvieron una tasa/100.000 niños de 0 a 14 años de 3,47; 30% de ellos confirmados, mientras que para las extra pulmonares la tasa fue de 0,43 con un 80% de los casos confirmados.

CONCLUSIONES: El aumento de casos fue significativo, los casos han predominado en la capital, esto es esperable pues se han seguido las recomendaciones de intensificar la búsqueda de casos en la población adulta e infantil, la OMS estima que la tasa para este país debería ser 30/100.000 habitantes, cuando la tasa país de 2015 fue de 26 por 100.000 habitantes. El aumento significativo de casos en niños indica una gran transmisibilidad de la enfermedad. El aumento de la proporción de casos diagnosticados en la capital podría corresponder a una mejora en la detección de casos.



ID: 188 / PP: 5

Abstract

Palabras clave: tuberculosis, contactos institucionales, seguimiento

SEGUIMIENTO DE LOS CONTACTOS INSTITUCIONALES MENORES DE 15 AÑOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN UNA POLICLINICA DE REFERENCIA NACIONAL

Gabriela AMAYA LOPEZ^{1,2,3}, Federica BADIA^{1,2,3}, Gabriela SISTO², Gabriela ALGORTA^{1,2,3}, María Catalina PIREZ^{1,2,3}

¹Facultad de Medicina, Universidad de la República; ²Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes; ³Centro Hospitalario Pereira Rossell; gabyamaya22.10@gmail.com

OBJETIVO: Describir el seguimiento de los contactos institucionales de pacientes con tuberculosis, referidos a una policlinica pediátrica de referencia en el año 2016. Describir si existe relación entre el diagnóstico de infección tuberculosa latente (ITBL) y la edad y estado bacilar del caso índice (CI).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, de corte transversal de los niños menores de 15 años que fueron contacto institucional de un caso de enfermedad tuberculosa (ET), de acuerdo a protocolos preestablecidos. La ET en el CI puede ser sospechada o confirmada, e ingresó al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNC-TB). Se define contacto institucional a un contacto no conviviente con el CI pero con una relación de tipo laboral o escolar que favorece la transmisión de la infección tuberculosa. La recolección de datos fue a partir de las planillas de registro del PNC-TB, de las que se obtuvo: datos personales, resultado de la Prueba Tuberculínica (PT), indicación de quimioprofilaxis o tratamiento.

RESULTADOS: A partir de 6 casos de ET, se estudiaron como contactos escolares a 106 niños, lo que corresponde al 88% de los contactos posibles de ser estudiados. Los CI corresponden a 3 adultos (educador, auxiliar de servicio, y estudiante mayor de 15 años) y 3 niños. La ET fue pulmonar en 5 casos y miliar en 1 caso (pulmonar y meníngea), 4 CI eran bacilíferos. La media de edad de los contactos fue 4 años, rango 1-14 años. En 18 contactos (17%) la PT fue positiva (mayor o igual a 5 mm), indicándose al 100% tratamiento de la ITBL con isoniacida por 6 meses. A 42 contactos con PT negativa se les indicó profilaxis primaria con isoniacida por 3 meses. En 2 niños se constató viraje tuberculínico durante el seguimiento, sin elementos de ET. No se diagnosticó ningún caso secundario de ET. Analizando la variable edad del CI (adulto o niño) con los resultados de la PT, no se constató asociación, en cambio, al analizar el resultado de la baciloscopia del CI con la PT en los contactos se constató que existe asociación entre el CI bacilífero y la ITBL ($p=0.03$).

CONCLUSIONES: Es importante el estudio y seguimiento de los contactos institucionales de pacientes con ET para realizar la correcta prevención primaria o tratamiento de la ITBL, en vistas a contener el avance de la ET en la comunidad. Es preciso considerar si el CI es o no bacilífero para ajustar los protocolos de actuación, como lo justifica la literatura.



ID: 189/ PP: 4

Abstract

Palabras clave: Infección osteoarticular; Neutropenia Febril;

INFECCIÓN OSTEOARTICULAR EN EL NIÑO NEUTROPÉNICO FEBRIL CON ENFERMEDADES MALIGNAS

Analia L VIÑA¹, S Cristina CECCOLI¹, Fabiola J PLAT¹, Maria Marta CONTRINI¹, Noemí A RIVAS², Eduardo L LOPEZ²

¹Unidad 9 - Infectología - Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"; ²Departamento de Medicina - Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"; tierradeosos@gmail.com

El compromiso osteoarticular es una localización infrecuente de infección en niños con neutropenia, tal como refiere la literatura internacional. En nuestro medio se carece de datos locales o regionales al respecto.

OBJETIVO: evaluar la incidencia de infección osteoarticular en niños hospitalizados por neutropenia y fiebre (NF) en una sala de Infectología y describir características clínico-epidemiológicas, mecanismos fisiopatológicos y los hallazgos microbiológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio prospectivo, observacional con el análisis de incidencia, datos clínicos y microbiológicos de historias clínicas de niños hospitalizados por NF en una sala de Infectología, durante el período 1998 - 2015. Se elaboró una Ficha epidemiológica para recolección de datos. Análisis descriptivo.

RESULTADOS: Período Enero 1998 - diciembre 2015. Se registró hospitalización de 1965 episodios de NF en 872 pacientes (2,25 episodios/paciente). Foco osteoarticular (OA): 8/1965 - 0,4%. Caracterización clínica: varones 4/8 (50%); edad: 113 (\pm 51,6), rango 21-198 meses. En 7/8 (87,5%) pacientes se observó neutropenia profunda al ingreso y eran de alto riesgo hematológico.

Localización cadera 2/8 (25%), hombro 1/8 (12,5%), rodilla 1/8 (12,5%), tobillo 1/8 (12,5%), columna 1/8 (12,5%), fémur 1/8 (12,5%) y tibia 1/8 (12,5%). Signos clínicos relevantes: dolor, tumefacción, impotencia funcional y contractura muscular. Métodos diagnósticos complementarios: RMN y TAC: predominio imágenes osteolíticas.

Los mecanismos fisiopatológicos involucrados fueron: vía hematogena 5/8 (62%); infección por contigüidad 3/8 (38%). Presentaron artritis: 3/8 (37,5%), osteoartritis en 2/8 (25%), osteomielitis 2/8 (25%) y espondilodiscitis 1/8 (12,5%)

Cultivos microbiológicos positivos en 6/8 (75%) pacientes. Aislamiento en hemocultivos en 5/8 (62,5%), y en material purulento 5/8 (62,5%)

Los agentes etiológicos aislados fueron *Staphylococcus aureus*: 2/6 (33%), *Salmonella* spp.: 1/6 (17%), *Klebsiella oxytoca*: 1/6 (17%), *Aeromonas* spp.: 1/6 (17%), *Pseudomonas aeruginosa*: 1/6 (17%).

CONCLUSIONES:

- Coincidimos con la bibliografía, para nuestra serie las infecciones osteoarticulares durante NF: son muy infrecuentes.
- El dolor puntual es síntoma relevante. Los métodos por imágenes contribuyen fuertemente al diagnóstico.
- Es mandatorio tomar cultivos microbiológicos para optimizar el tratamiento antimicrobiano específico.



ID: 190/ P1-M1: 4

Abstract

Palabras clave: meningoencefalitis, virus Saint Louis

MENINGOENCEFALITIS POR VIRUS SAINT LOUIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ana Gabriela FEDULLO¹, Martín Eduardo BRIZUELA¹, Carola Katherine CEDILLO VILLAMAGUA¹, Soledad Estrella GONZALEZ¹, Silvina Denise RUVINSKY¹, Alicia MISTCHENKO², María Alejandra MORALES³, Nuria AISENBERG¹, Rosa María BOLOGNA¹

¹Hospital J. P. Garrahan; ²Laboratorio Central de Virología Hospital Gutierrez; ³Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio. I. Maiztegui"; anagabyfe@gmail.com

OBJETIVO: presentación de un paciente con diagnóstico confirmado de meningoencefalitis por virus Saint Louis.

DESCRIPCIÓN: sexo masculino, 5 años de edad. Consulta por cambios en la conducta y signos de foco neurológico. Inicia con fiebre 10 días previos, asociado a odinofagia. A los 7 días agrega cambios de conducta, progresando a mutismo, sialorrea, vómitos y pérdida del control de esfínteres. Examen físico: reactivo, conectado, signo de Kernig presente. Comprende órdenes, afasia de expresión, sialorrea, reflejo nauseoso presente. Postura en flexión de los cuatro miembros con elevación de los mismos constantemente. Postura distónica de mano izquierda, con cabeza y cuello lateralizados a la izquierda. Limitación en la dorsiflexión de ambos pies. Sedestación independiente. Hemograma: 8970 glóbulos blancos/mm³ (61% neutrófilos, 30% linfocitos), 430000 plaquetas/mm³. Tomografía de cerebro: "hipodensidad de los ganglios basales bilateral. Cavidades ventriculares pequeñas con colapso parcial a predominio supratentorial". Resonancia de cerebro: "marcada hiperintensidad de señal en secuencias T2 y FLAIR a nivel ganglio-basal bilateral y se extiende hacia la región insular izquierda con afectación cortical y subcortical, y de menor intensidad a nivel de la corteza parieto-occipital bilateralmente".

Líquido cefalorraquídeo (LCR): glucorraquia 55mg%, proteinorraquia 37mg%, 30 elementos (100% linfocitos). Cultivo gérmenes comunes, hongos y micobacterias negativos. PCR Herpes Simple 1 y 2, Herpes 6, Varicela Zoster, Epstein Barr, Citomegalovirus, Adenovirus, Influenza y Mycoplasma en LCR: negativas.

PCR West Nile negative - IgM Saint Louis positiva confirmada en centro de referencia.

Recibió ceftriaxona 10 días, aciclovir 21 días y 5 pulsos de metilprednisolona. Presentó buena evolución clínica, con recuperación de la deambulación, control de esfínteres, y examen neurológico al seguimiento, normal.

COMENTARIOS: el virus de la encefalitis de Saint Louis es un arbovirus del género *Flavivirus*, que se transmiten por mosquitos de la especie *Culex*. Los humanos son huéspedes definitivos accidentales y menos del 1% de las infecciones son sintomáticas. La enfermedad puede variar de un síndrome febril transitorio a una meningoencefalitis grave. El aislamiento viral en suero y LCR es poco frecuente porque la viremia es transitoria. Consideramos que es un agente etiológico a tener en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes con meningoencefalitis en áreas de circulación activa.



ID: 191 / P1-M1: 3

Abstract

Palabras clave: Sepsis Listeria Monocitogenes

SEPSIS NEONATAL PRECOZ POR LISTERIA MONOCITOGENES

Clara CORDEYRO, Juan Manuel MARTIN

Hospital Universitario Austral; clarita_cordeyro@hotmail.com, jmartin@cas.austral.edu.ar

OBJETIVO: Presentación de un caso de sepsis neonatal precoz por un microorganismo poco frecuente.

DESCRIPCIÓN: Paciente nacida de término con peso adecuado para la edad gestacional. Durante el trabajo de parto la madre presentó un registro febril y los resultados significativos de laboratorio fueron: Glóbulos blancos 21660 mm³. Se realizó una cesárea por monitoreo no reactivo. Los resultados del laboratorio de la niña al nacimiento fueron GB 11360 (82/6/11) PCR + con el cual se tomó conducta expectante y se decidió su internación conjunta. A las pocas horas de vida la paciente comenzó con quejido y presentó un registro febril (38°C) por lo que se decidió su internación en UCIN. Se realizó laboratorio GB 10350 (90/4/4) PCR Negativa Ácido Láctico 6.6, punción lumbar LCR: glucosa 60 proteínas 0.54 leucocitos 18 hematies abundantes PMN 70%, hemocultivos x2 y cultivo de LCR. Se indicó tratamiento empírico con ampicilina y gentamicina por vía endovenosa. Presentó 2/2 hemocultivos positivos para *Listeria monocytogenes* con cultivo de LCR negativo. Con hemocultivos de control a las 48hs negativos se suspendió la gentamicina y cumplió 14 días de tratamiento con ampicilina. Con el resultado de los hemocultivos positivos para *Listeria monocytogenes* se reinterrogó a la madre sin encontrar antecedentes relevantes para la infección por *Listeria* sp. La paciente evolucionó favorablemente por lo que a los 15 días de vida, habiendo finalizado tratamiento antibiótico, se otorgó el egreso hospitalario.

COMENTARIOS: En los Estados Unidos la incidencia de listeriosis es de 0.29 cada 100.000 personas y en mujeres embarazadas es de 3 cada 100.0000 En argentina no hay datos por lo que se desconoce la magnitud del problema.



ID: 192/ P2-M5: 6

Abstract

INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PEDIATRÍA

Ximena Soledad JUAREZ, Micaela DELGADO, Mariana CAMIANSQUI, Patricia GLASMAN, Carolina SAENZ, Andrea MONACO, Cecilia ECHAVE, Marina PASINOVICH, Patricia DONDOGLIO, Aldo CANCELLARA

Hospital Pedro de Elizalde; ximenasjuarez@gmail.com

OBJETIVOS: Describir las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y evolutivas de pacientes internados con infecciones por *Staphylococcus aureus* (SA) en un hospital pediátrico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo analítico y descriptivo. Se recolectaron los datos de la internación de las historias clínicas y se volcaron en una ficha destinada a tal fin. Los resultados se analizaron con Epi Info versión 7.2.

RESULTADOS: Durante el período Enero 2016-Febrero 2017 se internaron 120 niños con infección documentada por SA. La mediana de edad fue de 24 meses (rango 1-204) y el 51.7% fueron varones. Se rescató el antecedente de forunculosis familiar en el 15.8% y personal en el 17.6%. El 68.3% fueron niños sanos. El 80% de las infecciones tuvo origen en la comunidad. El 95% de los pacientes presentó un foco único al ingreso, el más frecuente fue infección de piel y partes blandas (IPPB) en el 55.8 % de los casos, seguido por las infecciones osteoarticulares en el 18%. La resistencia global a meticilina fue del 70 %; para las infecciones de la comunidad fue del 78.7 % y para las intrahospitalarias del 40% con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,00603$). En el 62,5% ($n=15$) de las infecciones adquiridas en el hospital se rescató SA meticilino sensible (SAMS).

La resistencia a clindamicina fue de 8,4%.

El 37.5% ($n=45$) presentaron bacteriemia. Desarrollaron complicaciones el 21.6% ($n=26$) y éstas fueron más frecuentes aquellos con hemocultivos positivos con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000057$). La mediana de días de hospitalización fue de 14 (rango 3-75).

El 35% ($n=42$) requirió cirugía. El 45.9 % ($n=39$) de las infecciones producidas por SAMR y el 8.9 % ($n=3$) de las causadas por SAMS requirieron drenaje quirúrgico, con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000061$).

No hubo diferencias significativas entre SAMR y SAMS en la frecuencia de complicaciones, días de hospitalización ni ingreso a unidades de cuidados intensivos. Una paciente falleció (0.8%) secundario a la infección diseminada por SAMR.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes eran sanos y sin antecedentes de IPPB.

El SAMR predomina en las infecciones provenientes de la comunidad; esto no ocurre en aquellas adquiridas en el ámbito hospitalario donde la proporción es similar para SAMR y SAMS.

La resistencia a clindamicina continua siendo baja.

Las infecciones por SAMR requieren drenaje con mayor frecuencia que las producidas por SAMS.



ID: 193/ P1-M6: 3

Abstract

NEUROCISTICERCOSIS EN PEDIATRÍA, PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS

Patricia GLASMAN, Micaela DELGADO, Carolina SAENZ, Mariana CAMIANSQUI, Ximena Soledad JUAREZ, Andrea MONACO, Cecilia ECHAVE, Patricia DONDOGLIO, Aldo CANCELLARA

Hospital Pedro de Elizalde; patoglasman@gmail.com

INTRODUCCIÓN: La neurocisticercosis (NC) es una enfermedad infrecuente en nuestro medio. Suele ser asintomática aunque puede presentarse con cefalea y/o convulsiones. El tratamiento está indicado en pacientes con lesiones activas en la neuroimagen y es controvertido en el resto de los casos.

OBJETIVO: Describir tres pacientes atendidos en nuestro servicio con diagnóstico probable de NC según los criterios de Del Brutto durante 2013-2016.

DESCRIPCIÓN:

1) Niño de 10 años procedente de CABA, padres bolivianos, presentó cefalea y vómitos de 4 días de evolución agregando depresión del sensorio. Tomografía (TC) de sistema nervioso central (SNC) imagen hipodensa parietal izquierda. Fondo de ojo (FO) normal, electroencefalograma (EEG) ritmo levemente hipovoltado. Resonancia (RNM) se observa lesión focal heterogénea con halo grueso periférico, realce anular en región posterior de circunvolución temporal superior izquierda con edema perilesional; compatible con NC. Recibió albendazol 28 días y dexametasona (DXM) 6 días.

2) Niña proveniente de CABA, concurre por convulsión tónico clónica generalizada, afebril. Se constató hemiparesia braquiocrural izquierda. En TC se observa imagen hipodensa frontal derecha con leve efecto de masa, y en RNM formación nodular menor de 1cm rodeada por área de señal alterada en región preseptal de lóbulo frontal derecho sin realce; compatible con NC. EEG y FO normales. Recibió albendazol 15 días y DXM 5 días.

3) Adolescente masculino oriundo de Bolivia, consultó por presentar convulsiones focales de miembro superior izquierdo con generalización posterior, afebril. En TC se observan 4 imágenes puntiformes (calcificaciones corticosubcorticales) derechas y área hipodensa corticosubcortical sin efecto de masa en cisura central derecha. RNM SNC sin lesiones activas. EEG: leve asimetría de voltaje izquierdo. FO normal. Recibió 5 días con DXM y clobazam.

En los tres pacientes se descartaron otras etiologías de masa ocupante en SNC, ninguno tuvo serología positiva para *Taenia solium*.

CONCLUSIONES: Destacamos las dificultades en el diagnóstico dado la baja sensibilidad de los métodos serológicos y la utilidad de los criterios de Del Brutto para englobar a estos pacientes. Recalamos la necesidad de sospechar NC aun cuando no refieran antecedentes de viajes a zonas endémicas, dada la comprobada transmisión interhumana.



ID: 194 / P1-M7: 1

Abstract

Palabras clave: sífilis congénita - control perinatal

SIFILIS CONGENITA. PROGRAMA DE PESQUISA PERINATAL.

Liliana Noemi VAZQUEZ, Susana ANHEL, Vanesa PARENTI, Ana PEDRAZA

Clínica y Maternidad Suizo-Argentina; liliananvazquez@gmail.com

INTRODUCCIÓN: La sífilis gestacional sin tratamiento puede ocasionar entre el 50-85% de afectación fetal (aborto, muerte fetal y neonatal, parto prematuro, bajo peso e infección congénita). Esta infección es prevenible con adecuado control prenatal. A pesar de que la gran mayoría de nuestros recién nacidos son producto de embarazos controlados, teniendo en cuenta la alta prevalencia de sífilis en la población general, y siguiendo con las recomendaciones del MSAL desarrollamos un programa de pesquisa perinatal cuyos resultados vamos a comunicar.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desarrollamos en conjunto con el servicio de hemoterapia (H) un programa de control perinatal de sífilis. En toda mujer que se interna para un parto, los técnicos de H realizan una toma de sangre para grupo, factor y bajo este programa se incluyó también la realización de un test no treponémico cualitativo (TNTc). En caso de ser positivo, se realiza un Test Treponémico, prueba rápida (TTPR), dentro de las 24 horas de la toma de la muestra de sangre. Todo resultado positivo se informa inmediatamente por mail al Servicio de Neonatología e Infectología.

RESULTADOS: Durante el año 2016, nacieron 7.198 niños, y se realizaron 7.047 determinaciones de TNTc, que representa el 98% de los nacimientos. La incidencia de sífilis durante el embarazo fue de 1 % RN evaluados (7/7047).

Tuvimos 34 TNTc reactivos (0.48% de los RN evaluados).

- » TTPR positiva: 19/34 (55%).
- » Sífilis durante el embarazo: 37% (7/19), 2 casos fueron detectados en el puerperio.
- » Sífilis previa al actual embarazo: 52% (10/19)
- » Falsos positivos: 11%, 2 casos confirmado por VDRL cuantitativa y FTA-ABS neg
- » Falsos positivos de TNTc: 15/34 (45%)

Sólo 3 pacientes RN recibieron tratamiento antibiótico (penicilina benzatínica).

COMENTARIOS: Sólo el 20% (7/34) de los TNTc requirió una evaluación diagnóstica para el RN. Contar con TTPR nos permitió excluir falsos positivos de TNT, y seleccionar en las primeras horas de vida, los pacientes RN que verdaderamente requieran evaluación y tratamiento para descartar sífilis congénita.



ID: 195 / P1-M1 5

Abstract

Palabras clave: aspergillus flavus – inmunocomprometido – aspergilosis

ENFERMEDAD DISEMINADA POR ASPERGILLUS FLAVUS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

Piedra, D; Dujé A; Gomila,A; Vanzo, C;Garnero,A.

Servicio de Infectología Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba

OBJETIVO: Reportar caso de Aspergilosis Diseminada por Aspergillus flavus en paciente inmunocomprometido.

CASO CLÍNICO: Paciente de 4 años sexo femenino con diagnóstico de leucemia mieloide aguda. En abril 2016 comienza tratamiento con quimioterapia y corticoesteroides. Al mes de presenta dos lesiones en miembro superior pápulo-nodulares de 5mm. Afebril y no neutropénica. Se realiza biopsia cutánea y comienza con antibióticoterapia: ceftazidima-vancomicina. A las 72 horas se agrega dolor abdominal y cefalea. Ecografía abdominal: lesiones hipoeoicas hepatoesplénicas y renales con centro ecogénico, compatibles con abscesos fúngicos. TAC cerebro: lesiones ocupante de espacio en regiones temporal y frontal izquierdas, que realzan con contraste y edema perilesional; TAC de tórax: lesiones pseudonodulares en lóbulo pulmonar superior izquierdo; TAC abdominal: lesiones hipodensas redondeadas esplénicas, hepáticas y renales. Se inicia tratamiento antifúngico con anfotericina B desoxicolato. Se solicita D- Galactomannan: 4.4 ng/ml (VN: ≤ 0.5 ng/ml) se rota a voriconazol y se suspende tratamiento antibiótico. Se recibe cultivo de biopsia de piel: Aspergillus flavus. Anatomía Patológica: presencia de hongos filamentosos con hifas de tamaño variable.

A los nueve días de tratamiento, buena evolución clínica, D-Galactomannan:0.2 ng/ml. TACs: disminución del tamaño de todas lesiones. Actualmente asintomática, continúa tratamiento con voriconazol y en seguimiento clínico e imagenológico por persistencia de lesiones cerebrales.

COMENARIOS. La aspergilosis invasiva es una enfermedad severa en pacientes inmunocomprometidos siendo el *A. fumigatus* más frecuente y mejor pronóstico que el *A. flavus*.

Es nuestra primera experiencia de Aspergilosis Invasiva diseminada, la cual tiene una elevada tasa de mortalidad principalmente por su compromiso cerebral. Se destaca la evolución clínica favorable de la paciente teniendo en cuenta: enfermedad de base de alto riesgo para compleciones infecciosas, germen aislado y compromiso sistémico.

