

## Ecos de las XXX Jornadas

*Continuamos con la presentación de posters de las XXX Jornadas realizadas en octubre 2013 en el Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez".*

# DELECIÓN SUBTELOMÉRICA 17pter RESULTADO DE UNA INVERSIÓN PERICÉNTRICA p13.3q25.1 DE ORIGEN PATERNO

N° 67

**Autores:** Casali B<sup>1,2</sup>, Laudonia A<sup>3</sup>, Villegas F<sup>4</sup>, Fernández MC<sup>5</sup>, Boywitz AI<sup>6</sup>, De Bellis R<sup>1</sup>, Arbernas C<sup>2</sup>, Rapoport MG<sup>1</sup>, Bergadá J, del Rey G<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Laboratorio de Citogenética; Centro de Investigaciones Endocrinológicas-CEDIE "Dr. César Bergadá"; CONICET-FEL División de Endocrinología Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. <sup>2</sup>Seción de Genética, Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". <sup>3</sup>Lexel SRL, Division in vitro, Buenos Aires, Argentina. bcasali@cedie.org.ar

## INTRODUCCIÓN

Las **inversiones pericéntricas** representan el 1-2% de los rearrreglos cromosómicos en humanos. Se originan a partir de dos rupturas en ambos brazos cromosómicos con posterior re inserción del segmento invertido. Los portadores son fenotípicamente normales sin embargo el 50% de sus gametas son desbalanceadas y se asocian a fenotipos con monosomía y trisomía parcial del segmento invertido.

## OBJETIVO

Presentar una niña quién consultó con **fenotipo peculiar, cuello corto y ancho con piel sobrante** cuyo cariotipo inicial reveló material adicional en el brazo corto del cromosoma 17.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### ESTUDIOS CITOGENÉTICOS AR

El estudio citogenético de AR y BG evidenció cariotipo:

Propósito: 46,XX,add(17)(p13.3)

Paterno: 46,XY,inv(17)(p13.3q25.1)

### FISH

Propósito: 46,XX,rec(17)dup(17q)inv(17)(p13.3q25.1)pat

**RESULTADOS:** Los estudios citogenéticos moleculares evidenciaron en el propósito una delección subteloamérica 17pter sin comprometer la región SMD y duplicación 17q25.5-qter.

| Características fenotípicas observadas en el propósito<br>(trisomía 17q25.5-qter, monosomía 17p13.3) | mat 17q25 | pat 17q25 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Anteojos rasgados o palpebras pesadas                                                                | x         | x         |
| Boca hendidura ciliar (HIS + HIS)                                                                    | x         | x         |
| Alargamiento (PC - 230)                                                                              | x         |           |
| Puntos ampulosos                                                                                     | x         |           |
| Puntitos blancos (puntos blancos ampulosos y puntos ampulosos)                                       | x         |           |
| Estrabismo cruzado a largo                                                                           | x         |           |
| Lábios finos                                                                                         |           |           |
| Falanges breves                                                                                      | x         |           |
| Hipoplasia                                                                                           | x         |           |
| Oscilación bucal y labial, protrusión pronunciada y labios gruesos                                   | x         |           |
| Cuello corto con piel sobrante, hinchazón en el cuello                                               | x         |           |
| Hipoplasia                                                                                           | x         |           |
| Nódulo (verificación de frotamiento, hinchazón moderada, zona amarillenta y ruborosa)                |           |           |
| Piel con textura papulosa profusa                                                                    |           |           |
| Hipoplasia de la nariz (nariz)                                                                       |           |           |
| Hipoplasia                                                                                           |           |           |
| Falange distal con hinchazón prominente, dedos parciales, 2da falange VO parietal                    | x         | x         |

## CONCLUSIONES

La paciente presenta características fenotípicas compatibles con la región duplicada 17q25.

Los estudios de FISH permitieron evidenciar una delección subteloamérica por fuera de la región SMD y caracterizar el mecanismo por el cual se generó el cromosoma recombinante (inversión pericéntrica).

# EL FLUJO DE AIRE DE LOS COMPRESORES DE NEBULIZADORES EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA DISMINUYE CON EL USO INTENSO Y PROLONGADO



Yanina Sciancalepore, Florencia Martínez, Carlos Kofman y Alejandro Teper

Centro Respiratorio. Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires (yanisc@hotmail.com)

73

## Introducción

El tratamiento nebulizado (con broncodilatadores, mucolíticos o antibióticos) es uno de los pilares en el manejo de los pacientes con fibrosis quística (FQ)

La calidad de las partículas generadas por un nebulizador depende, entre otras cosas, del flujo de aire que genera el compresor.

## Objetivo

Reevaluar los flujos generados por los compresores luego de un uso intenso y prolongado de los nebulizadores en pacientes con FQ

## Materiales y Métodos

**CRITERIOS DE INCLUSION:** Compresores de pacientes con FQ, que:

1. Hayan sido evaluados hace más de un año
2. Se encuentren aún en uso



## Resultados

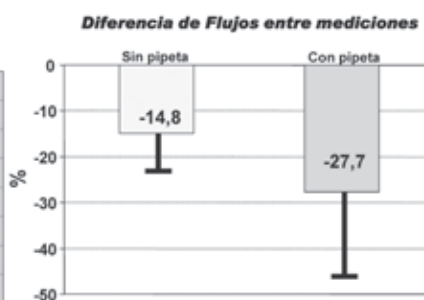
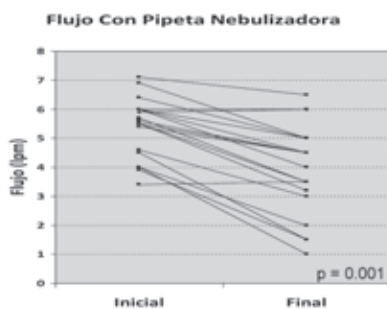
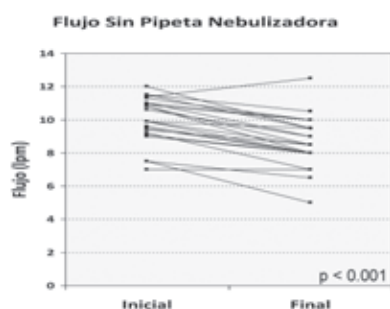
|                               |                                                                           |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Compresores (n= 25)           | Devilbiss Pulmoaide = 12<br>Pari Trek = 8<br>Pari Proneb = 4<br>SanUp = 1 |
| Pipetas nebulizadoras (n= 26) | Pari LC Plus = 20<br>Pari LC Sprint = 5<br>Sidestream = 1                 |

|                                | 1ª evaluación       | 2ª evaluación           | p      |
|--------------------------------|---------------------|-------------------------|--------|
| Tiempo de uso*                 | 12 meses<br>(1 -67) | 26.5 meses<br>(13 - 84) |        |
| Flujo sin pipeta nebulizadora# | 10.0 ± 1.3 lpm      | 8.6 ± 1.5 lpm           | <0.001 |
| Flujo con pipeta nebulizadora# | 5.5 ± 0.9 lpm       | 4.1 ± 1.4 lpm           | 0.001  |

Intervalo medio entre estudios =  $15.1 \pm 2$  m

Uso promedio =  $3.2 \pm 1.7$  neb/día.

\*(mediana-rango)  
#(media ± DS)



## Conclusiones

- ✓ Los flujos de los compresores nebulizadores disminuyen luego de más de un año de uso intenso.
- ✓ Es posible que este deterioro afecte la calidad de la aerosolterapia en los pacientes con fibrosis quística.

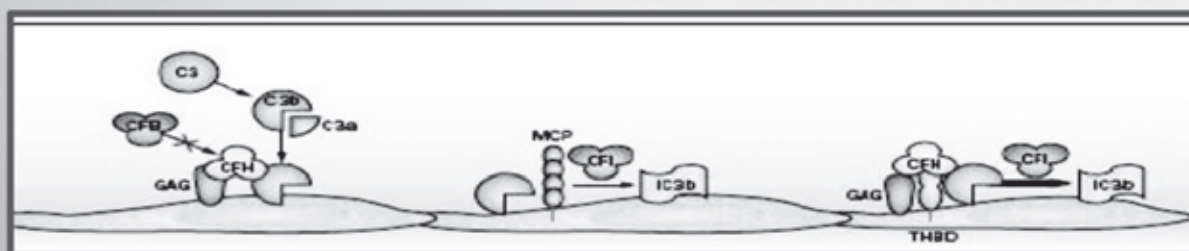
**TITULO:****SINDROME UREMICO HEMOLITICO ATIPICO: CLINICA, DIAGNOSTICO MOLECULAR Y TRATAMIENTO CON ECULIZUMAB. PRESENTACION DE CASO CLINICO.****AUTORES:**Bonany P.<sup>1</sup>; Jiannello P.<sup>2</sup>; Vallejo G.<sup>1</sup>; Perez F.<sup>3</sup>

1 Servicio de Nefrología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, CABA (Argentina)

2 Sanatorio San Cayetano, OSMATA (Argentina)

3 SECUGEN, (España)

**Introducción:** El Síndrome Urémico Hemolítico atípico (aSUH – no asociado a verotoxina) es causado por trastornos en la regulación de la vía alterna del complemento: Factor H, Factor I, Trombomodulina, Proteína Cofactor de Membrana (MCP), Ac-anti FH. Esta vía se halla permanentemente activada dañando los lechos vasculares generando microangiopatía trombótica. La identificación molecular del componente alterado permite definir pronóstico, riesgo de recurrencia y tratamiento. El tratamiento con Eculizumab (anticuerpo monoclonal IgG, anti-C5, recombinante humanizado) impide la formación del complejo de ataque de membrana.

**CFH, MCP Y THBD****Mecanismo de acción del Eculizumab**

**Objetivo:** Descripción clínica, estudios de laboratorios, diagnostico molecular y tratamiento de un paciente SUH atípico.

**Caso Clínico:** Varón de 11 años, presento 12 episodios de SUH desde los 6 meses de vida. La mayoría en otoño-invierno. En las recurrencia recibió Plasma Fresco Congelado (10 ml/kg/día por 7 días) y diálisis peritoneal en el 3er y 5to evento recuperando plaquetas y filtrado, sin proteinuria, ni hipertensión. Estudios: Verotoxina (sangre y material fecal), HIV, HBV, HCV negativos; y C3, C4, CH 50, FH, Complemento de Familiares, Vit B12, Factor VIII, Factor de Von Willebrand (FVW), Cofactor Ristocetina plasmático, Actividad de la proteasa clivadora de FVW, Índice de inhibición de la clivación del FVW, Multímeros Extra Largos de FVW, todos normales intra e inter crisis. Biopsia renal: MO, IFI y ME normal. Determinación molecular (SECUGEN – España): Gen CFH: un cambio no descrito (c.1646G>C, p.Gly549Ala), Gen MCP: mutación descrita (c.535G>C, p.Glu179Gln) y otra no descrita (c.963delC, p.Tyr321\*). Polimorfismos de Gen CFH y Gen MCP con haplotipos de riesgo para SUH en heterocigosis. Comenzó tratamiento con Eculizumab sin registrar efectos adversos ni recaídas.

**Conclusión:** Los estudios moleculares detectan la/las molécula/as del complemento alterada en mas del 50% de los casos. El monoclonal Eculizumab abre importantes expectativas de tratamiento.





## FARMACOCINETICA POBLACIONAL DE BENZNIDAZOL EN CHAGAS PEDIATRICO

115



García Bournissen F ([facugb1@gmail.com](mailto:facugb1@gmail.com)), Moscatelli G, Moroni S, Giglio N, Koren G, Freilij H, Marson E, Mastrantonio G, Altcheh J

Servicio de Parasitología y Chagas, Htal de Niños R. Gutiérrez; LASEICIC, Dto de Química, Cs. Exactas, Univ. de La Plata; Hospital for Sick Children, University of Toronto

### INTRODUCCION

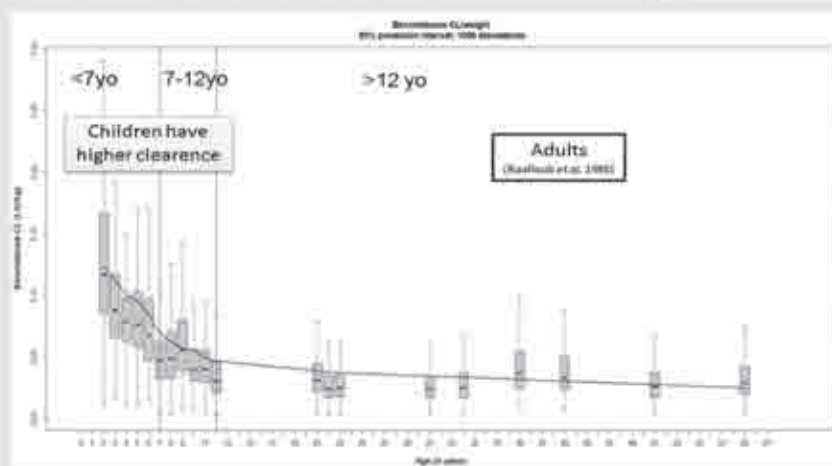
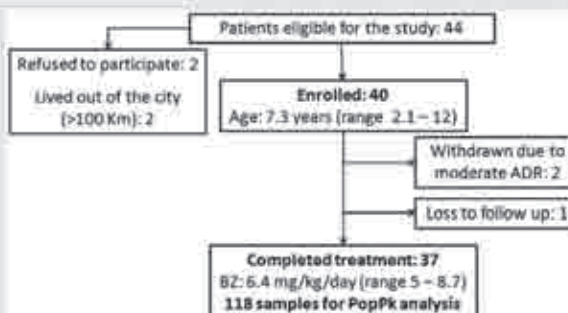
- La enfermedad de Chagas, causada por el *Trypanosoma cruzi*, puede ocasionar complicaciones severas a largo plazo
- El tratamiento con benznidazol (BZ) en niños con Chagas es efectivo, a pesar de la falta de conocimiento sobre sus farmacocinetica (PK)
- Solo 2 estudios de PK de BZ, ambos en adultos
- La dosis pediátrica es un adaptación de la dosis de adultos (en mg/kg)
- Comprender la PK de BZ en niños es vital para asegurar una respuesta terapéutica adecuada

### DISEÑO, POBLACION Y METODOS

- Estudio de cohorte prospectivo en niños con enfermedad de Chagas, entre 2-12 años de edad, que recibieran tratamiento con benznidazol 5-8 mg/kg/día c/12hs por 60 días (clinicaltrials.gov #NCT00699387).
- Se obtuvieron muestras de sangre luego de la primera dosis, durante el estadió estacionario y/o después de la última dosis
- Las muestras se midieron por HPLC. Analisis de PK por NONMEM

### RESULTADOS

- N=44; Edad: 7.3 (rango 2.1-12)
- Dosis BZ: 6.4 mg/kg/d (rango 5-8.7)
- C<sub>max</sub>: 4.3 mg/L
- Cl/Kg superior a la de los adultos
- Todos los pacientes respondieron al tratamiento (PCR neg al fin de tratamiento, y caída anticuerpos)
- Eventos adversos leves en 4 pacientes



### CONCLUSIONES

- Este estudio es el primero en su clase en estas drogas
- Se observaron concentraciones de benznidazol por debajo de los niveles previamente reportados para adultos (tratados con dosis comparables en mg/kg)
- El tratamiento fue bien tolerado en los niños, con menor incidencia de eventos adversos comparado con los adultos
- Si se confirman nuestros hallazgos, la reducción de la dosis para los adultos podría ser beneficiosa, manteniendo la eficacia terapéutica pero disminuyendo el riesgo de eventos adversos asociado a la droga



## Uso de talleres de simulación clínica como estrategia docente para el análisis y resolución de los trastornos del medio interno en una Residencia de Clínica Pediátrica.

Dartiguelongue J.B.; Battolla J.; Díaz Pumará E.; Bárbaro C.; Rossi S.; Elías Costa C.

Comité de Docencia e Investigación, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

### INTRODUCCIÓN

Los trastornos del medio interno son alteraciones muy frecuentes y generan un desafío clínico continuo para los Pediatras en formación. Durante los años 2011 y 2012 implementamos como estrategia docente el uso de talleres de simulación de toma de decisiones aplicados a la resolución de los disturbios del medio interno.

### OBJETIVO

Demostrar la utilidad de los talleres de simulación clínica como herramienta para el aprendizaje de los disturbios del medio interno.

### POBLACIÓN

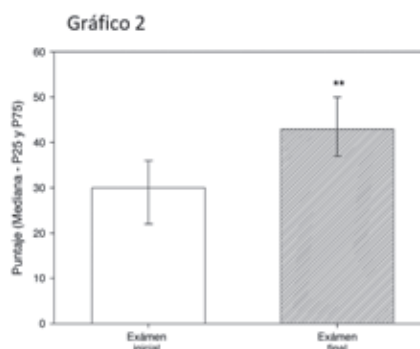
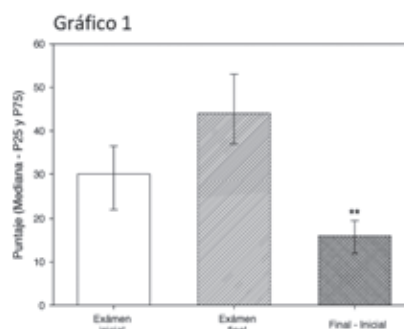
Todos los Residentes de primer año de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de los años 2011 y 2012.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El taller contó con una etapa VIRTUAL y otra PRESENCIAL. La etapa virtual se realizó a través del Campus Virtual del Comité de Docencia del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, que utiliza una plataforma MOODLE versión 2.2.1 como soporte en línea. Se basó en la realización de distintos simuladores de toma de decisiones vinculados a los ejes temáticos tratados (hidratación, deshidratación, disnatremias, diskalemias, disturbios del estado ácido-base, cetoacidosis diabética, disturbios combinados del medio interno). La duración total fue de 9 meses por año. La frecuencia fue semanal y la duración del encuentro presencial fue de 2 horas. El número total de Residentes que realizó el Taller fue de 77. Se aplicó una misma prueba pre y post taller a todos los Residentes, con una estructura similar a la de los simuladores. Para la comparación de los resultados antes y después se empleó el test no paramétrico de rangos de Wilcoxon.

### RESULTADOS

Los resultados están expresados como mediana y percentilos 25 y 75. El porcentaje de respuestas correctas en los simuladores tomados a un mismo Residente antes y después del Taller mostró una diferencia significativamente superior a favor del post test ( $p < 0,0001$ ) (gráfico 1). Estos resultados también se observaron en toda la muestra estudiada ( $p < 0,0001$  test U de Mann-Whitney) (gráfico 2).



### CONCLUSIÓN

La implementación de Talleres de simulación de toma de decisiones clínicas como mecanismo de integración y aplicación de los conocimientos del medio interno demostró mejorar el desempeño de los Residentes para la resolución de casos.

167

# **ESTUDIO PRELIMINAR DE COHORTE PARA EVALUAR EL RIESGO DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (DSM) EN HIJOS DE MADRES VACUNADAS CON VACUNA ANTIGRIPIAL**



Gutson K; Regatky N; Giglio N; Salamanco G; Bakir J; Castellano V; Gentile A.

**Objetivo:** Establecer el riesgo de trastornos del desarrollo en hijos de madres inmunizadas durante su embarazo con vacuna antigripal H1N1.

**Material y métodos:** **Diseño:** estudio observacional analítico de cohorte prospectivo.

**Población:** niños de 10 a 30 meses sin diagnóstico previo de trastorno del desarrollo, secuela neurológica, enfermedad genética, déficit sensorial o agudamente enfermos.

**Metodología:** Evaluación clínica y del antecedente de vacunación antigripal (VAG) de las madres durante el embarazo. Madres inmunizadas: **Grupo 1:** SI **Grupo 2:** NO

**Método de pesquisa:** Administración de Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) a todos los pacientes incluidos.

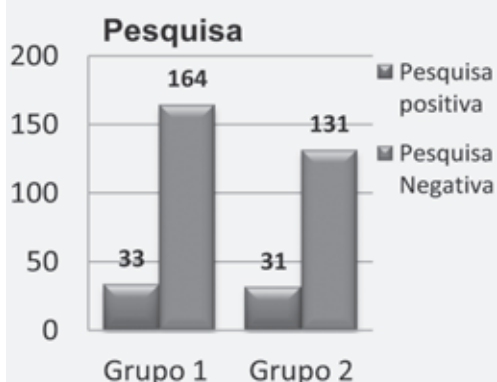
**Método diagnóstico:** para niños que presentaron pesquisa positiva:

- 1- Pruebas formales de diagnóstico
- 2- Evaluación interdisciplinaria

**Análisis estadístico:** Riesgo relativo (RR) con intervalo de confianza del 95% y valor significativo de  $p < 0.05$ .

| Resultados     | Datos población | N total | Grupo 1<br>N % | Grupo 2<br>N % | RR (IC 95%)                               |
|----------------|-----------------|---------|----------------|----------------|-------------------------------------------|
| N: 359         | Sexo F          | 163     | 84 51.5        | 79 48.5        | -----                                     |
|                | M               | 196     | 113 57.7       | 83 42.3        |                                           |
| Grupo 1<br>197 | RN Pretérmino   | 29      | 22 75,9        | 7 24,1         | <b>2,58 (1.13-5.89)</b><br><b>P: 0.03</b> |
|                | Término         | 330     | 175 53,0       | 155 47,0       |                                           |
| Grupo 2<br>162 | Madre Prim. SI  | 329     | 180 54,7       | 149 45.3       | 0.97 (0.68-1.38)                          |
|                | Completa NO     | 30      | 16 53.3        | 14 46.7        |                                           |

| Datos población | N total | Grupo 2<br>N % | Grupo 1<br>N % | RR (IC 95%)                               |
|-----------------|---------|----------------|----------------|-------------------------------------------|
| NBI SI          | 59      | 34 57.6        | 25 42.3        | <b>1.35 (1.05-1.74)</b><br><b>P: 0.04</b> |
| NO              | 300     | 128 42.7       | 172 57.3       |                                           |



RR 0.87 (0.56-1.36)



RR 0.82 (0.50-1.33)

No finalizaron la evaluación:  
3 en grupo 1  
3 en grupo 2

## **Conclusiones:**

No se encontró en esta población una asociación de riesgo entre la aplicación de la vacuna antigripal H1N1 en el embarazo y trastorno del desarrollo.

Los resultados de este estudio son preliminares.





## PERFIL DE LOS RECIÉN NACIDOS DE ALTO RIESGO EN SEGUIMIENTO SISTEMATIZADO POSTERIOR AL EGRESO DE UCIN

173

Santoalla, M; Torres Tobío, M C; Alfaro, P; Peralta, M; Florio, G; Junius, L; Carreras, I.  
Hospital de Niños Dr. R. Gutiérrez. Gallo 1330. CABA (1450) Te: 1149625649 u2guti@gmail.com

**INTRODUCCIÓN:** Los niños egresados de la Unidad de Neonatología del HNRG (UCIN) conforman un grupo con patología pendiente de resolución y alto riesgo de secuelas cuyo seguimiento sistematizado permite conocer su supervivencia, calidad de vida y avalar o corregir las terapéuticas empleadas. Presentamos nuestra reciente experiencia con esta actividad.

**OBJETIVO:** Describir el perfil de los pacientes controlados en forma sistemática y estandarizada después del egreso de UCIN, medir la adherencia y el n° de reinternaciones.

**POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Se incluyeron los RN que egresaron de UCIN y concurren a control más de 1 vez entre sep-2012 a abril-2013 con 1 o más de los siguientes criterios: prematuridad, bajo peso, infecciones graves, malformaciones complejas, asfixia, problemas psicosociales graves, tratamientos invasivos. Admisión prealta y entrevistas al 1°, 2°, 3° y 6° mes. Variables estudiadas: edad, sexo, domicilio, peso, adherencia, diagnósticos, categoría de riesgo, dependencia de tecnología, morbilidad relevante, desarrollo madurativo, necesidad de estimulación, n° de especialistas requeridos, reinternaciones.

**RESULTADOS:** Cumplieron criterio de inclusión 40 pacientes, 57 % varones. Edad media: 47 ds (7-172); corregida: 84 ds (46-206). Peso medio de admisión: 3300 g (2130-4440).

| Procedencia                              | n  | %    | Principales patologías observadas                             | n  | %     |
|------------------------------------------|----|------|---------------------------------------------------------------|----|-------|
| Conurbano                                | 22 | 55.0 | Patología abdominal quirúrgica                                | 10 | 25    |
| CABA                                     | 17 | 42.5 | Neuroquirúrgicos                                              | 7  | 17,50 |
| Interior y países limítrofes             | 1  | 2.5  | Malformaciones mayores                                        | 20 | 50    |
| <b>Reinternaciones</b>                   | 4  | 10   | <b>Patología pendiente de resolución</b>                      | 22 | 55    |
| Reinternaciones x patología de base      | 3  | 7,5  | <b>Retardo madurativo</b>                                     | 10 | 25    |
| Reinternaciones por IRAB                 | 1  | 2,5  | <b>Retardo motor</b>                                          | 7  | 17    |
| <b>Pérdidas durante el seguimiento</b>   | 6  | 15   | <b>Necesidad de estimulación</b>                              | 40 | 100   |
| <b>Fallecidos durante el seguimiento</b> | 1  | 2,5  | <b>Niños dependientes de tecnología</b>                       | 10 | 25    |
| <b>Adherencia</b>                        | 35 | 87,5 | <b>Necesidad de consulta especializada nivel III (&gt; 5)</b> | 18 | 45    |

**DISCUSIÓN:** En nuestra realidad, los RN de riesgo presentan múltiples complicaciones que implican riesgo orgánico y psicosocial. Muchas de las familias de éstos niños viven en situación de pobreza estructural lo cual constituye un mayor desafío para el equipo de salud.

Las estrategias diseñadas para disminuir los riesgos incluyen:

- 1- Acercar el equipo de atención a la residencia de los niños asesorando sobre los centros más idóneos cercanos al domicilio
- 2- Definir niveles de cuidado
- 3- Estimular una buena comunicación y retroalimentación entre los profesionales
- 4- Hacer informes periódicos y reuniones de discusión
- 5- Mantener padres actualizados en la situación del hijo
- 6- Considerar los valores, costumbres, opiniones y capacidades de la familia
- 7- Extender el seguimiento hasta la transición a la adultez con derivación programada a centros de adultos.

El cuidado centrado en la familia implica involucrar los recursos de la comunidad, incluyendo centros de salud, servicios sociales, familia ampliada, vecinos y amigos, grupos de padres, ONG, escuelas e instituciones de rehabilitación e intervención temprana como así también las instituciones de salud.

**CONCLUSIONES:** Los resultados reafirman la necesidad de instaurar la vigilancia postalta para los RN de alto riesgo biológico y social y de consolidar la consulta de seguimiento por un equipo multidisciplinario.

## XXX JORNADAS DEL HOSPITAL DE NIÑOS

"Dr RICARDO GUTIÉRREZ"

## X JORNADAS DE ENFERMERÍA

15 al 18 de octubre de 2013

## TRATAMIENTO DE LA COMPLICACION HEMORRAGICA CON EMBOLIZACION ENDOVASCULAR Y PERCUTANEA DEL LINFANGIOMA GIGANTE : A PROPOSITO DE 2 CASOS.

<sup>1</sup>Eisele G; <sup>1</sup>Galli E; <sup>1</sup>Johannes E; <sup>1</sup>Cuervo J; <sup>1</sup>Tonini S; <sup>1</sup>Viola B; <sup>1</sup>Joaquín W; <sup>1</sup>Fainboin A; <sup>1</sup>Di Matteo A, <sup>2</sup>Carreras I, <sup>2</sup>Russman M, <sup>2</sup>Satragno D.

Hospital de Niños Dr R Gutiérrez. 1 Hospital de Día Polivalente. 2 Servicio de Neonatología

Poster nº 174

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ

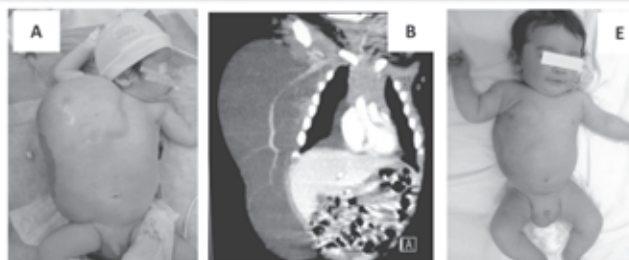
H N R G



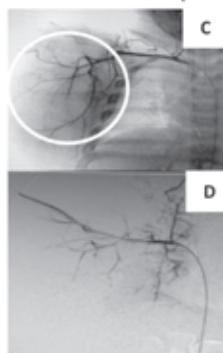
**Objetivos :** Mostrar 2 casos de linfangioma gigante (LG) complicados con sangrado severo y resueltos con embolización endovascular (EE) y percutánea (EP).

**Introducción :** Los LG muestran gran desarrollo al nacimiento en general, evolucionan típicamente en forma lenta y es rara su complicación. Sin embargo, en ocasiones los LG pueden complicarse en forma grave por sangrado intra lesional asociado o no a infecciones. La resolución quirúrgica tradicional suele ser efectiva aunque con riesgo de secuela en pacientes que requerirán reintervenciones múltiples a lo largo de su vida. La EE y EP disponen del beneficio de asociar el control del LG y también del sangrado.

**Casos :** Un bebé (Figuras A-E) y una niña de 4 meses y 4 años respectivamente debutaron al nacimiento con LG que afectaban más del 30% de la superficie corporal. Agregada a la dificultad en la motilidad de miembros superiores se asoció fenómenos repetidos de sangrado intra quístico severo y requerimiento de transfusiones. Si bien las múltiples sesiones de EP con Bleomicina fueron efectivas en el control del crecimiento de los quistes, se debió complementar con EE para cohibir el sangrado de los tabiques del LG. La niña de 4 años además sufrió infecciones del LG resueltas medicamente y con drenaje.



A . Bebe con LG toraco abdominal derecho complicado por importante sangrado desde ramas arteriales de los septos vistos en TAC (B) y arteriografía (C, círculo blanco).



Luego de varias sesiones de EP y con agentes esclerosantes, la EP resultó indispensable (D) para el control del sangrado intraquístico. En la figura E en el control a 3 meses de seguimiento con reducción franca del tamaño y sin nuevos sangrados del LG.

**Conclusión :** Las complicaciones hemorrágicas de LG son muy infrecuentes y sin manejo preestablecido. En los casos descriptos la asociación de EE y EP permitió controlar el sangrado y crecimiento de estas lesiones.