

(49,3% mujeres) de centros escolares de Extremadura (50,1% rural), completaron una batería de cuestionarios autoadministrados en una única sesión para valorar aspectos sociodemográficos, SRCAV (EQ-5D y Escala Visual Analógica) y nivel de actividad física (IPAQ).

Resultados: los adolescentes que viven en zonas rurales manifestaron peor SRCAV en las dimensiones de movilidad ($p = 0,05$) y dolor/malestar ($p = 0,017$) y en la percepción de la salud evaluada con la escala visual analógica ($p = 0,000$). Asimismo, las adolescentes mujeres manifestaron peor SRCAV en las dimensiones de dolor/malestar ($p = 0,000$), ansiedad/depresión ($p = 0,000$) y en la percepción de salud evaluada con la escala visual analógica ($p = 0,000$). En cuanto al nivel de actividad física, adolescentes rurales y mujeres han visto reducida la cantidad de actividad física en los últimos 12 años, lo cual guarda una estrecha relación con las dimensiones actividades cotidianas ($p = 0,004$), dolor/malestar ($p = 0,003$) y percepción de la salud ($p = 0,000$).

Conclusiones: los adolescentes que viven en zonas rurales, especialmente las féminas, perciben una peor SRCAV y realizan menos actividad física informal. Se recomiendan medidas para promocionar actividades que reduzcan dicha inequidad.

Sacroileitis por *brucella*.

A propósito de un caso

Navas Alonso PI, Montero Salas A, Fábrega Valverde MT, Gil Camarero E, Real Terrón R, Portillo Márquez M.
Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción: la brucelosis es una zoonosis causada por la bacteria del género *Brucella*, siendo más frecuente la especie *B. melitensis*. Hay diferentes formas de contagio, predominando la forma digestiva en Pediatría. España se considera país endémico con máxima incidencia en zonas rurales de Castilla, Aragón, Andalucía y Extremadura. Su incidencia ha descendido por la pasteurización obligada de la leche y derivados.

Caso clínico: niño de 4 años con fiebre alta intermitente de 3 semanas de duración acompañada a partir de la segunda semana, de cojera en miembro inferior izquierdo. Antecedentes personales: hipocusia neurosensorial bilateral severa con implante coclear a los 13 meses. Niega ingesta de lácteos sin pasteurizar. Antecedentes familiares: trombopenia en rama paterna. Exploración física: febril a su ingreso con buen estado general. Sopro sistólico inespecífico vibratorio. Movilidad dolorosa a la rotación externa e interna de la cadera izquierda. No signos inflamatorios en ninguna articulación. No megalias. Resto normal. Pruebas complementarias:

Hemograma: 3.600 leucocitos con linfomonocitosis. Serie roja normal. Plaquetas 46.000. VSG: 20 mm. Bioquímica general y factor reumatoide normal. PCR 88,7 mg/l. Procalcitonina 0,5-2 ng/ml. Rosa de bengala negativo. Serología hepatitis A, B y C, CMV, VEB y Toxoplasma negativos. Sedimento de orina normal. Ecografía de cadera y rodilla izquierda normales. Serología mediante aglutinación para *Brucella* positivo con título 1/640 y hemocultivo positivo a *Brucella*. Gammagrafía compatible con sacroileitis izquierda. Evolución: se inicia tratamiento con cefotaxima ante la posibilidad de osteomielitis. El rosa de Bengala al ingreso es negativo, positivizándose posteriormente junto con la serología y el hemocultivo para *Brucella*, por lo que se pauta rifampicina y cotrimoxazol durante 6 semanas, con evolución favorable.

Conclusión: es un diagnóstico a tener en cuenta ante cojera en zona endémica. La negativización inicial de rosa de Bengala no excluye el diagnóstico. La sacroileitis es una complicación frecuente que se debe descartar.

Patología hereditaria en Atención Primaria. ¿Es posible ofrecer consejo genético?

Mendoza C, Hernández M, Navarro J, Llobet JL, Castelló P, Vilalta M. *ABS Collblanc, L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.*

Introducción: el consejo genético tiene una importancia creciente en la Pediatría moderna siendo a menudo el pediatra el primer profesional que entra en contacto con los pacientes con defectos congénitos y se afronta a las incógnitas planteadas por los padres sobre el riesgo de recurrencia. Nuestro objetivo es evaluar si desde los centros de Atención Primaria, asumiendo nuestras limitaciones, podemos ofrecer de forma individualizada un cálculo de riesgo por cada paciente estudiado.

Material y métodos: presentamos las historias clínico-familiares de cuatro pacientes hijos de progenitores sanos no consanguíneos afectados de entidades con posible patrón de herencia conocido: síndrome de Down, síndrome de Angelman, acondroplasia y síndrome de Noonan. Tras estudiar los patrones hereditarios y su expresividad se analiza si es posible o no evaluar el riesgo de recurrencia de la forma más acertada en base a los datos obtenidos en cada caso.

Resultados y conclusiones: en los casos de acondroplasia y síndrome de Down,